

Solidaarse ravikindlustuse roll kolme arsti vaates

Eli Lilles

Põhja-Eesti Regionaalhaigla erakorralise kirurgia keskuse ülemarsti-juhataja prof Peep Talvingu sõnul annab solidaarne ravikindlustus ühiskonnas turvatunde. Samas võiks solidaarse kindlustuse kõrval olla ka erakindlustuse võimalus.

Kui palju peate oma igapäevatoös selgitama, kuidas ravikindlustus töötab?

Erakorralise kirurgia keskus Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (PERH) on ainuke struktuuriüksus Eestis, kus antakse ainult erakorralist kirurgilist ravi. Erakorralist ravi saavad kõik haiged, ükskõik, kas nad vajavad konservatiivset ravi, lõikust või intensiivravi ja need teenused ei ole haigetele piiratud. Küll aga on haiglal aastane ravileping, mis hõlmab kõiki ravijuhtusid, rahaliselt piiratud ning see seab raamid ka üksikjuhtude raviks.

Erakorralised kirurgilised haiged ausalt öeldes ei küsi pea mitte kunagi, kas nad saavad ravi või mitte. Haiged võtavad seda iseenesestmõistetavalt, ja see ongi ühiskonna üks turvalisuse näitaja. Haiglal on haigekassaga leping, mida on vaja pidevalt jälgida mitteerakorraliste tegevuste puhul ja mis selgelt raamistab ravivõimalused. Erakorraline üldkirurgia töötab haigekassaga sõlmitud üldkirurgialepingu alusel, mille alla mahuvad nii erakorraline kui ka plaaniline üldkirurgia. Kui erakorralise kirurgia maht kasvab, jääb plaanilise üldkirurgia maht ja ravivõimekus proportsionaalselt väiksemaks.

Näiteks saab eluohtlikus seisundis patsient vajaliku erakorralise operatsiooni ja vajaduse korral intensiivravi, mis toovad haige kriitilisest olukorrast välja. Kui patsient on kriitilisest seisundist väljas ja vajab hiljem lisaoperatsiooni, mis enam ei ole erakorraline, siis tekib haigele probleem praeguse rahastusmudeli ja lepingu foonil. Haiged, kes vajavad mitteerakorralist ravi, jäävad tihti ootele ning see on haige seisukohalt kindlasti segav ja vabadusi piirav.

Teil on töökogemus mitmest riigist. Kuidas sealseid süsteeme meie oma-ga võrdleksite?

Kõige rohkem erineb solidaarsest kindlustusest USA süsteem, mida *Affordable Care*

Act ehk nn *Obamacare*'i seadus muutma pidi, et tuua ka ameeriklastele laiapinnaline ja solidaarsem ravikindlustus. See seadus on poliitilistes pööristes ja võib tulevikus muutuda, aga ka USAs on seadused erakorraliste seisundite reguleerimiseks ja rahastuseks olemas. Erakorralise tervise seisundi ja aktiivse sünnitusfaasi ravi seadus (*Emergency Medical Treatment & Labor Act – EMTALA*) on föderaalne seadus, mille järgi ei tohi erakorralises seisundis või aktiivses sünnitusfaasis patsienti erakorralise meditsiini osakonnast ära saata ning talle peab ravi pakkuma. Los Angelese keskhaiglas, kus töötasin pikalt, oli üle 40% traumapatsientidest kindlustamata. Trauma haige keskmine ravikulu oli välja arvatud ning osariigi ja omavalitsuste kokkulepete alusel kaeti kuld osariigi raha eest. See ongi solidaarsus.

Trauma- ja erakorralise kirurgina ei vaadanud me Kalifornias kunagi, kas inimesel on kindlustus. Isegi siis, kui ravikulud olid väga suured. Näiteks mäletan üht noort meest, kellel oli maksaveresoonte raske vigastus ja kellele anti kokku üle 300 ühiku verekomponente ning kes sai kuu aega kallist intensiivravi. Muide, USA Punane Rist, mis tarnib USAs vereprodukte, võtab ühe vereühiku eest 400 eurot. See teeb vaid vereproduktide hinnaks selle haige puhul 120 000 eurot, lisandus intensiivravi hind 150 000 eurot, samuti operatsioonid.

Perspektiivika ravi ajal ei küsinud haigla eales, kas haiget on mõttekas ravida, ja see ongi solidaarsus. Vastupidi, kui verepangas vereproduktid otsa said, panid haige omaksed sellekohase teate Facebooki ja kohalikud elanikud ruttasid verd loovutama. Taas solidaarsus! Erinevused ravivõimalustes tekivad hiljem, näiteks taastusravi korral. Kindlustamata haige jäi USAs avalikku haiglasse, kindlustatu viidi kohe erahaiglasse edasisele ravile ja taastusravile. Eakate, laste



Peep Talving

või rasedate raviks on USAs olemas mitmed programmid, mis solidaarselt ravi rahastavad.

Rootsi süsteem töötab sarnaselt Eestiga, kuid seal investeeritakse tervishoidu kaks korda rohkem ning loomulikult jagub sellest siis rohkem.

Lõuna-Aafrikas said samuti kõik patsiendid erakorralist ja traumaravi, kellelki ei küsitud ravikindlustust.

Minu kogemus erinevatest arenenud riikidest on see, et erakorralist ravi saavad kõik ja arenenud riikides kedagi erakorralise meditsiini osakonna (EMO) ukselt tagasi ei saadeta. See on solidaarne erakorralise ravi kindlustus.

Milliseid eeliseid näete praegusel Eesti süsteemil ja solidaarsel ravikindlustusel?

Solidaarse süsteemi suur eelis on turvalisus. Teadmine, et EMOs on moodne varustus ja inimesed, valveliin on mehitatud ja rahastatud, annab ühiskondliku turvatunde. Kas kõrvale tekitada erakindlustus? Kui inimesel on piisav sissetulek ja soov omada lisakindlustust, siis miks mitte osta lisakindlustust – seda võimalust kasutavad mitmed riigid.

See on mu isiklik arvamus, et erameditsiinilise abi saamise võimalusi võiks Eestis olla rohkem. Erameditsiin võiks pakkuda teenuseid, mille järele on suur vajadus ja mis vähendaks ooteaega vajaliku teenuse saamiseni. Peaks eksisteerima võimalus, et kui haigekassa lepingumaht ei võimalda ravida mitteerakorralises seisundis haigeid piisavalt kiiresti, siis saab inimene ise juurde panustada ja talle võimaldatakse vajalik ravi erameditsiinis. Tulevikus kindlasti kasvab ravirahastus, mis praegu on 6% sisemajanduslikust koguproduktist (SKPst), kui soovime anda sarnast ravi lähiregiooni riikidega nagu Soome või Rootsi, kus raviraha on 10–12% SKPst.

Kui inimene on kogu aeg makse maksnud, on tal õigus oma ravi saada mõistliku aja jooksul. Kui me ei tõsta sotsiaalkindlustusmaksu või see maks ei laeku kõigilt, kes raviteenust praegu või hiljem vajavad, peame mingi kompromissi leidma ning peame selleks valmis olema.

Kui mõtlete Eesti ravikindlustusele, siis milline on olnud Teie eriala puhul areng, mida hõlmab solidaarne ravikindlustus (teenused, ravimid vms)?

Oleme PERHis teinud täiesti uue erakorralise kirurgia struktuuriüksuse, mida olen

koos kolleegidega üles ehitanud. Suures pildis on tehtud muudatuse mõju erakorraliste haigete ravile olnud positiivne, kuid haigekassa lepingu maht haiglaga ei ole sellest johtuvalt kasvanud.

Näiteks võtab PERH regionaalhaiglana üle raskemaid haigeid maakonnahaiglatest ning see on õige ja vajalik. PERHi erakorraliste kirurgiliste haigete arv on viimaste aastate jooksul pidevalt 10–15% võrra kasvanud, aga nende inimeste ravi rahastus ei tule maakonnast kaasa. Seega peaks süsteem tagama, et teiste maakondade haiged ei kasutaks ära tallinlaste lepingut. Raha nn kaasaskandmine peaks saama lahendatud, see oleks õige ja aus.

Millised on tulevikusuunad, näiteks mis võiks Teie eriala puhul olla solidaarselt kaetud ja mis jääda patsiendi enda kanda?

Lisakindlustus kiirema teenuse saamiseks läheb solidaarsest mõtlemisest natuke välja, kuid inimestel, kelle sissetulek seda võimaldab, võiks olla mingi lisakindlustus. Entusiastlik vastuargumenteerija ütleks selle peale, et 13% sotsiaalmaksu laekumisel jaguks kõigile, kui kõik seda vaid maksaks. Näiteks on inimesi, kes töötavad Eestist eemal, aga pahaloomulise haigusega pöörduktakse tagasi Eestisse. Ravi hakkab korvama Eesti maksumaksja ja need summad võivad olla üsna suured. See mõjutab teiste ravi ning tekitab solidaarsuses kitsaskoha.

Ravis ja seadmetes ma ei näe eriti suuri puudusi. Küll aga peame arvestama sellega, et erakorralisse ja katastroofimeditsiini peab investeerima pigem rohkem kui täpselt praegust vajadust rahuldava osa, et säilitada valmidus kriisiajal toime tulla. Regionaalhaiglatel ja keskhaiglatel peaks seega olema arvestatav lisarahastus kriisiajal toimetulekuks.

Uute ja suurte projektide puhul, näiteks kompetentsikeskuste arendamisel regionaalhaiglatesse, tekib samuti küsimus, kes tasub väljastpoolt regionaalhaiglate ravilepingut kompetentsikeskusesse saabuvate haigete ravi. Kas kohalik elanikkond, kes finantseerib sotsiaalmaksust kohalikku ravi, on solidaarselt valmis rahastama näiteks suurt traumakeskust, südamekeskust või vähikeskust? Ühtlasi peavad poliitikud koos arstide ja omavalitsustega hoolikalt vaagima, kuidas kvaliteetset ja kallist ravi solidaarselt kõigile pakkuda ning kuidas maksta homse ja tuleviku tervishoiu eest.

Tartu Ülikooli Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku juhataja prof Joel Starkopf nendib, et tänapäevane meditsiin on tänu teadmiste ja tehnoloogia arengule kallis ning peaks toimuma ühiskondlik debatt selle üle, kas meie panus tervishoiukindlustusse on ikka piisav.

Kui palju peate oma igapäevatöös patsientidele selgitama, kuidas ravi-kindlustus töötab?

Minu eriala on anestesioloogia ja intensiivravi, seega olen igapäevatöös seotud pigem raskes ja kriitilises seisundis patsientidega, kes sageli pole võimelised ise suhtlema. Küsimusi, mis ravim maksab ja mis on kindlustusega kaetud, tekib tõtt-öelda väga harva, kui üldse. Sellised juhud on pigem erandlikud.

Millises kontekstis see küsimus üldse üles kerkib?

Intensiivravi erineb teistest erialadest, kus toimuvad ambulatoorsed vastuvõttud, kus patsient on teadvusel ja saab oma ravis kaasa rääkida. Intensiivravi kontekstis tekivad küsimused pigem patsiendi lähedastel. Harvadel juhtudel on näiteks küsitud, kes ravi eest maksab või kuidas ravi on tagatud, kui palju see kõik maksab, kui suur on ühe või teise protseduuri rahaline hind. Tuleta meelde, et intensiivravi eest patsient eraldi tasuma ei pea. Kui muidu on patsientidele kehtestatud haiglas voodipäevatasu, siis intensiivris seda pole.

Kuidas Teile tundub, kas patsiendid hoomavad seda, et ravi on neile n-ö tasuta selle tõttu, et nad on sellesse juba varem panustanud?

Patsientide ja omastega suheldes ma küll ei ole tunnetanud, et sellele suurt tähelepanu pöörataks. See on ka inimlikult mõistetav. Meie patsiendid on valdavalt kriitilises seisundis ning seetõttu domineerivad küsimused, kas patsient saab terveks, kas ta jääb ellu, mida toob homme, kas sellest seisundist on võimalik välja tulla. Selgelt on esikohal haiguse ja tulevikuprognosi ümber keerlevad küsimused.

Võime väga rahul olla, et saame patsientidele abi osutada nii, et ravi maksumuse küsimus ei ole esikohal. Vastasel juhul oleks intensiivris väga keeruline töötada, sest intensiivravi on väga kallis. Kui patsientide ja nende lähedastega on ravi maksumus harv teema, siis arstkonnas tekib diskussioon sageli. Arutletakse just selle üle, mida ravikindlustuse eelarve võimaldab, kuhu

kulutused suunatakse, kui palju kulutada ühele haigele *versus* kui palju saaks näiteks plaanilisi operatsioone teha. Selles arutelus ei ole õigeid ega valesid seisukohti, aga diskussioon on igapäevaste situatsioonide pinnalt tekkinud küll – näiteks kui kaua haiget väga kallite ravimeetoditega edasi ravida. Ja seda olukorras, kus ellujäämise tõenäosus on 20% ning patsient on eakas.

Raviasutuse eelarve on piiratud, ning kui erakorralisele haigele kulutatakse suur osa eelarvest, jääb plaaniliste haigete raviks väiksem osa. Ühiskonna liikmetena teame, kui palju ravitegevuseks raha on, ning peame mõtlema selle optimaalsele kasutusele.

Minu arvates ei saa arstid ennast sellest diskussioonist distantseerida.

Millised on need kohad, mis kõige rohkem vaidlusi või küsitavusi tekitavad?

Üks arusaamine on küll kindel – tänapäevane meditsiin ongi kallis. Nüüdisaegne arstiabi on väga tehnoloogiarikas, kaugelearenenud ja väga võimekas patsientide tervist taastama. Ühiskonna jaoks on suur küsimus, kui palju oma maksumulust suunata tervishoidu nüüd ja tulevikus. See on kindlasti põhimõttelise vaidluse küsimus. Väga heade tulemuste saavutamiseks peame väga palju maksma, niisama lihtne see ongi.

Teaduse ja tehnika progress toob kaasa selle, et teoreetilised võimalused käivad alati reaalsest teenuse kättesaadavusest ees. See on kahjuks vältimatu ja paratamatu. Sama probleemi ees on ka teised riigid.

Loomulikult peab arstiabi ees eraldatud ressursse optimaalselt kasutama, see on pidev ja igapäevane ülesanne. Siin peab olema täpne kontroll ja põhjendatud otsused. Seda saab alati paremini korraldada ja ka siin on rohkem vaidlusi ja küsimusi.

Kuivõrd olete kokku puutunud teiste riikide kindlustussüsteemidega? Kuidas meie kindlustussüsteemi nendega võrdlete?

Ma ei ole neid süsteemselt uurinud ja detailselt kursis, muljed on tulnud kolleegide kaudu või mõttevahetustest välismaiste kolleegidega.



Joel Starkopf

Oluline aspekt meie süsteemi puhul on see, et meil on põhimõtteliselt vaid üks kindlustuskompanii. 1,3 miljoni suuruse rahvaarvu puhul tundub, et palju rohkem ettevõtteid kindlustustulu kogumiseks ja kallite juhtude eest tasumiseks siia ei mahukski. Süsteemi eelis on kindlasti lihtsus: kehtib üks eelarve, mida jagatakse teenuse osutajate vahel. See tagab usaldusväärse ülevaate, võimaldab tagada tervishoiuteenuse võrdse tagamise kogu riigis. Haigekassa statistikaandmed on ekstrapoleeritavad praktiliselt kogu ühiskonnale ning kasutatavad tervisetrendide hindamiseks.

Erakindlustusettevõtted ei saa olla efektiivsemad, sest erinevalt praegusest süsteemist taotlevad nad kasumit.

Meie kindlustussüsteem on lihtne. Tööandja tasutud tööjõumaksude foonil pole töövõtjal muret, kuidas tema tervisekindlustus sünnib.

Ameerikas on erinevad kindlustus-tasandid ning inimestel on omajagu peamurdmist, et aru saada, mida tervisekindlustus sisaldab, mille vastu isik on kaitstud ning mis oleks optimaalne kindlustusmaks. Noor töövõtja tõenäoliselt ei tunneta haigestumisrisiki ja võib otsida kõige väiksema maksega kindlustusvõimalust. Haigestumisel osutub kogutud kindlustusraha aga napiks, et arveid tasuda. Meil sellist peamurdmist ei ole ja see on solidaarsuskindlustuse suur eelis.

Kas vestlustes kolleegidega on välja tulnud vahendid või raviviisid, mis on mujal Euroopas kindlustusega kaetud, kuid peate nentima, et Eestis veel mitte?

Selliseid intensiivravi tegevusi ikka on, kuid need pole nii suure mõjuga. Üks põhilistest erinevustest on palgakomponent ehk küsimus, kui palju personali on intensiivravis kaaasatud, millised on arstide ja õdede palgad. See on peamine, millele Euroopa enim arenenud maades kindlustusraha intensiivravi kontekstis kulub. Nii moodustavad seal personalikulud 75% kogu intensiivravi maksumusest, meil 50%. Palgakulu suurem osakaal ei tähenda lihtsalt kõrgemat palka, vaid ka seda, et ravi läbi viimiseks on oluliselt rohkem personali, sh õdesid, hooldajaid ja abitöötajaid. Eeltoodu ei tähenda, et Euroopa maades ei peaks üldse intensiivravi kulusid arvestama, kaugeltki mitte. Administraatori tööülesanded Eestis,

Šveitsis, Saksamaal või Soomes oluliselt ei erine, lihtsalt tulud on väiksemad.

Näiteks on hingamisaparaadid ning muu aparatuur ja sisseseade meil samal tasemel kui Šveitsis või Soomes, aga erinevus on selles, mida on võimalik lubada pärast intensiivravi – järelravi, rehabilitatsioon, füsioteraapia, toetused, kodune põetus.

Teine väga suur erinevus on selles, milline on ressurss personali koolituseks või oma töötulemuste teaduslikuks analüüsiks. See on aga otseselt seotud ravikvaliteediga. Kui me ühiskonnana tahame siin parimat, peame nende kuludega arvestama. Taani on hea näide sellest, kui põhjalik on tervishoiustatistika ja ravikvaliteedi analüüs. Unistame samasugusest süsteemist ja oleme sel teel ka esimesi samme astunud. Suures pildis aga oleme oma analüüsivõimekuse ja -tasemega Euroopa enim arenenud riikidest oluliselt maha jäänud. Oma töö analüüsiks meil raha kas pole või on seda väga vähe.

Kui mõtlete oma erialale, siis kuidas see on ajas muutunud ja milline on olnud areng ravikindlustuse kontekstis?

Areng on olnud dramaatiline, 25 aastat tagasi oli võrreldes tänasega nagu öö ja päev. Märksõnad on siin tehnoloogia ja teadmised. Teadmised on 25 aastaga märkimisväärselt muutunud ning toonud selge süsteemipõhise ravitegevuse. Tehnoloogia areng on lisaks otsesele ravitegevuse muutusele toonud kõik maailma teadmised meile kirjutuslauale.

Kõigi nende arengutulemuste n-ö maaletoomise eelduseks on olnud ravikindlustus ehk siis tervishoiu rahastamine.

Tehnoloogia areng, kogu meditsiiniline aparatuur, ravimid, alustades narkoosiravimitest lõpetades antibiootikumidega, on märkimisväärselt muutunud. Anesteesias on see tulem eriti hästi mõõdetav, sest oleme ise anesteesiategevust aastakümnete jooksul analüüsinud: kui 1990ndate alguses oli 10 000 anesteesia kohta üks letaalne tüsistus, siis nüüd on anesteesiast tingitud surmajuhte üks 100 000 – 200 000 anesteesia kohta. Anesteesia on enam kui kümme korda ohutumaks muutunud ning see on tehnoloogia ja teadmiste kokkupanemise efekt. Ka intensiivravis oleme jõudnud oma ravitegevuse usaldusväärse analüüsamiseni, mida 20 aastat tagasi teadus- või tõenduspõhiselt ei osanud teha.

Kuidas oma eriala puhul tulevikku vaatate, mida võiks solidaarne kindlustus hõlmata?

Väga üksikutel juhtudel on haigusjuht ainult meie eriala haigusjuht. Nüüdne meditsiin on väga kompleksne ja seetõttu ei saa seda küsimust vaadelda erialakeskselt.

Intensiivravi on onkoloogia kõrval valdkond, kus tekivad kõige kallimad haigus- või ravijuhud. Siin ei näe ma solidaarsele riiklikule ravikindlustusele head alternatiivi. Ilmselt ei ole Eestis palju inimesi, kes oma kindlustusmaksetega suudaksid korvata 10 000 – 100 000 euro suuruse ravijuhu. Arutelu koht küll on see, kas haigestumine enasthävitava käitumise tulemusena peaks olema kuidagi omaosalusega kaetud, kuid reegleid seada on siinkohal äärmiselt keeruline.

Omaosalus peaks olema selline, mis distsiplineerib patsiente, kuid mille osakaal

peab jääma tagasihoidlikuks. Elanike tehtud kulutuste analüüsimisel selgub, et kuigi haiglaravi on patsiendile n-ö tasuta, siis ambulatoorselt kulutatakse palju just ravimitele ning hambaravile. Kokkuvõttes ei ole praegu patsiendi keskmised kulud tervishoiule sugugi olematud või liiga väikesed.

Küll aga peavad ühiskonnaliikmed aru saama, kuidas tervishoiu rahastamine meil Eestis korraldatud on. Maksude maksmine ei tähenda seda, et patsient peab kõha või nohu korral kohe ja kindlasti vähem kui 24 tunni jooksul arsti vastuvõtule saama. Tubli maksumaksmine tähendab hoopis, et vanaemale tehakse südamehaiguse korral veresoonte laiendamine või südameoperatsioon või pannakse puusaprotees, kui ta kukkudes reieluukaela murrab. Kõik need on tuhandeid eurosid maksvad protseduurid.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla onkoloog Anneli Elme tõdeb, et poliitiliste otsusteta oleme lähiaastatel raskete valikute ees – ravivõimalused on olemas, kuid raha ei piisa ja seda mitte ainult vähktõve raviks.

Kui palju peate igapäevatöös ja -vastuvõttudel patsientidele selgitama, kuidas ravikindlustus toimib ja mida see endast kujutab?

Ma ei eelda, et vähihaiged tulevad vastuvõtule mõttega, mis nende ravi maksab, neil on paraku sel hetkel raskemaid mõtteid mõelda. Kes selliseid selgitusi peaks jagama, on küsimus omaette. Arvan, et peaks, kuid pole kindel, kas seda peaks tegema arst oma napist vastuvõtuajast ja valusamate teemade kõrvalt. Rahvastiku harimist vähiravi tegelikust maksumusest pean väga oluliseks.

Minu töös on seda haruharva ette tulnud, et patsient või sugulased tunneks huvi, mis käimasolev ravi maksab. Aegajalt olen selgitanud, mis ravi maksab, mille eest maksab haigekassa, näidanud raviarveid. Patsiendid on imestunud, kui ostavad 100% soodustusega retsepti välja ning näevad sellel originaalravimi hinda. Kui tegu on ülikalli ravimiga, soovitan välja osta maksimaalselt ühe kuu ravi korraga – kõrvaltoimete ilmnemisel võib tekkida oht, et kallid kompenseeritud ravim jääb kasutamata. On patsiente, kes mõistavad ja on tänulikud, et neile on kättesaadav ravi,

mida meist veidi ida või lõuna pool elavad saatusekaaslased ei saa.

Millisena näete erinevaid süsteeme võrreldes solidaarse kindlustuse eelist?

Eelis on mäekõrgune. Olen suur solidaarsuskindlustuse pooldaja, sest see on meie tingimustes teinud Eesti haigetele kättesaadavaks parima vähiravi. Paremat alternatiivi ma ei näe. Ka rikaste riikide, kas või USA näitel teeb ligi 30% patsientidest vähki haigestudes läbi isikliku pankroti, vaatamata sellele et neil on kindlustus. Solidaarsuskindlustus võtab selle mure ära.

Kas oskate oma erialalt tuua näiteid, mis on kindlustusega kaetud, aga mõnes teises riigis näiteks mitte?

Meil on kaetud suur osa parimat ravi – elupäästev/tervendav ravi ning läbimurret toonud ravivõimalused, mis pikendavad elupäevi neil haigetel, keda suure tõenäosusega enam tervendada ei saa. Kui ravita kaotaksime patsiendi mõne kuu jooksul, siis ravides suudame patsientidele elukvaliteeti säilitades kinkida mitte ainult kuid, vaid sageli ka häid aastaid. Enamikku sellis-



Anneli Elme

test ravivõimalustest haigekassa praegu kompenseerib. Alati on soovid suuremad kui võimalused, eriti Eestis, kus ravikindlustusse makstav osakaal on nii marginaalne võrreldes teiste Euroopa riikidega.

Kui mõtlete tagasi, siis milline on areng onkoloogias olnud, kuidas seda on hüvitatud?

Onkoloogia puhul võib öelda, et elame tormilisel ajal. Paari aasta tagused võimalused on võrreldes tänasega nagu öö ja päev. Kui mitte iga kuu, siis iga paari kuu tagant tuleb uus teadusuuringute info uutest ravivõimalustest, mida võiksime vähihaigetele patsientidele pakkuda.

Kuna mulle kõige tuttavam teema on seedetraktikasvajate ravi, siis toon võrdluse – 10 aastat tagasi oli soolevähi ravis pakkuda sisuliselt ainult üks ravim, millega IV staadiumi haige elas keskmiselt 6–9 kuud. Nüüd on soolevähi ravis kasutusel keemiaravile lisaks vähemalt viis uue põlvkonna preparaati, mis on pikendanud soolevähihaigete keskmist elulemust 3,5 aastani. 10–15 aastat tagasi kaotasime vaatamata parimale kirurgilisele ravile kaugsiirete tõttu umbes pooled maovähihaiged. Praegu saame neile pakkuda efektiivset süsteemravi ning elule tagasi tuua 15–20% rohkem haigeid.

Kuidas näete, millised ravimid või teenused võiks tulevikus olla solidaarselt kaetud?

Ressursid on äärmiselt piiratud ning need jagunevad erinevate erialade vahel. Paraku kasvab onkoloogiliste haigete arv iga aastaga kiires tempos, laienevad ravivõimalused. Ennetustöö pole kandnud seni oodatud vilja ehk patsiente ei suudeta ravida varases staadiumis, kui ravi on kõige odavam.

Praeguse teadmise kohaselt võtab lähitulevikus maad onkoloogilise ravi tulemusi kardinaalselt muutev immuunravi, märklaudravi, millest on ravijuhendite järgi saamas standardravi. Nende raviviiside puhul kasvab pikki aastaid haigusvabalt elavate patsientide osakaal 20–40% võrra, seda ka mitmete agressiivsete vormide puhul.

Näiteks katab Soomes ravikindlustus juba praegu uuenduslikke bioloogilisi ravimeid, millega patsient elaks 50–60%

töenäosusega pikki aastaid, võib-olla saaks tervekski. Teadmine, et meie haigekassa seda veel ei tee, tekitab onkoloogis frustratsiooni. Immuunravi on efektiivne, kuid ülikallis. Kas me leiame selleks ressursse lähiaastatel?

Kui ravikindlustuses midagi ei muutu ning poliitilist otsust ei tehta, oleme peatselt väga raskete valikute ees: ravim on olemas, kuid raha pole ning kaotame inimesi, keda võiks ravida ja väga hästi ravida. Näeme juba praegu, et raha ei piisa ja oleme murelikud, mis lähiaastatel toimuma hakkab.

Kas näete, et patsiendi omaosalus võiks kuidagi muutuda?

Lisaressursside teema tuleb Eesti meditsiinis tõstatada ning mõelda, millised on meie ühised võimalused. Kas see on ravikindlustusmaksu tõus lisaressursi saamiseks, aga võib olla tasuks kaaluda ka erakindlustuse ja lisakindlustuse võimalusi? Kui riik ei suuda kogumahus kompenseerida lähitulevikus standardiks saavat immuunravi või märklaudravi, kuid patsient on teadlikult aastate jooksul lisakindlustust kogunud, siis saab ehk kahepeale koos finantsid leida.

Ma ei arva, et pensionärid või raskelt haigestunud – näiteks vähihaiged – peaksid oma vähesest sissetulekust omaosaluseks raha leidma või seetõttu ravita jääma

Taas toonitan, et elame õnnelikus riigis – meil on solidaarne kindlustus, ning kui patsient haigestub, ei pea ta muretsema, kuidas vajalikud kulutused kaetud saavad. Küll aga näen, et sageli tekivad mured sotsiaalse poolega. Kompenseerime ravi, aga lisaks vajatakse kodust toetust, invahendeid, hooldust, muud abi, mille parem tagamine vajab ka lisaressursse.

Õhku viskaks veel sellise tähelepaneku: kui inimene ei ole aastaid makse maksnud ja töötab n-ö mustalt, siis vähki haigestudes „korraldab perearst talle puude“, Eesti maksumaksja hakkab patsiendile invaliidsuspensiooni maksma ning haige saab solidaarselt teistega parimat ravi. Arstina ei ole mul õigust teha haigetel vahet, vaid täidan oma kohust, kuid see näide elust enesest tekitab küsimuse, kas õigused on meil kõigil, aga kohustused mitte. Tsiteerin patsienti: „Sebisin haigekassakaardi“.

Ravikindlustuse 25. sünnipäeva puhul uurisime arstidelt, kuidas nemad näevad solidaarse ravikindlustuse rolli.