
EESTI HAMBAAARSTIDE LIIDU
SEISUKOHAD HAMBARAVI KORRALDUSE
OSAS

JUUNI 2018



Sisukord

Kokkuvõte	3
Hambaravi korraldusest üldiselt	6
1) Eesti erasektoril põhinev hambaraviteenus on üks Euroopa parimaid	6
2) Arstiabi „riigistamine“ läbi HVA haiglate süsteemi pole õnnestunud ja seda ei tohiks hambaravile laiendada	7
3) Nüüdisaegne tervishoiupoliitika peab baseeruma preventatsioonil	8
4) Hambaravi peab olema vajaduspõhine ning personaalne	9
5) Hambaravi peab olema inimesekeskne	10
6) Hambaproteeside piirhindadeta hüvitissüsteem on samm õiges suunas	10
Täiskasvanute hambaravi hüvitussüsteem	10
7) Kehtiva hüvitise süsteemi „kurja juur“ on piirhinnad	10
8) Hambaraviteenus jääb mõistlikult kättesaadavaks vaid suuremates linnades ja asulates	11
9) Finantsiline kättesaadavus ei parane	12
10) Kuni neljandik hambaarstidest lahkub Eestist	12
11) Ravijärjekorrad pikenevad	13
12) Täna pakutava teenuse kvaliteeti langeb	13
13) Teenuse arengusse ei ole võimalik investeerida	14
14) Ennetav ravi jääb endiselt tahaplaanile	14
15) Segregatsioon hambaravis: „rikkad“ vs „vaesed“	15
16) „Tootmismahtude“ eelistamine sisulistele mõõdikutele	15
17) Riik ootab kogu avantüürist vaid marginaalset kasu	15
Ettepanek	16

Kokkuvõte

Eesti Hambaarstide Liit tervitab riigi soovi tõsta hambaraviteenuse kättesaadavust ning pöörata rohkem tähelepanu suutervisele. Senine peamiselt erakliinikutel põhinev hambaraviteenus on aastate jooksul oma kvaliteedilt arenenud Euroopa parimate tasemele. Investeeringud tänapäevastesse raviseadmetesse ja personali täiendkoolitamisesse võimaldavad pakkuda laia valikut nii suuhaigusi ennetavaid kui ka hammaskonda restaureerivaid teenuseid.

Samas on kindlasti ka arenguruumi. Riiklikul tasandil on endiselt puudu tähelepanust ning ressurssidest haigusi ennetavale tervishoiupoliitikale. Elanikkonna tervist säilitavate preventiivsete tervishoiuteenuste pakkumine aitaks inimestel teadvustada suu- ja hambahaiguste olemust ning seeläbi oma tervisekäitumist muuta, et tekiks võimekus ise oma tervist otseses mõttes hoida. Samuti saame parandada hambaravi kättesaadavust: kuigi Eesti elanike hambaarsti külastuste arv on Euroopa üks parimaid¹, on meil siiski inimesi, kes erinevatel põhjustel ei ole võimelised hambaarsti külastama².

Eesti Hambaarstide Liidule on oluline, et tänapäevane, eelkõige haiguse ennetamisel põhinev hambaravi jõuaks üha enamate Eesti inimesteni. Selle eesmärgi saavutamiseks on vajalik riigi ja erakliinikute koostöös eelisarendada preventiivset hambaravi ning luua riiklik hambaravihüvitise süsteem, mis vähendaks eelkõige majanduslikust barjäärist tekkivat ebavõrdsust. Hambaravi riigistamine, mida 2017. aastal täiskasvanute hambaravi mitterahalise hüvitise kehtestamisega alustati, ei ole hambaravi vähese kättesaadavuse probleemile adekvaatne lahendus.

Seni on hambaravi korraldus hoitud ülejäanud arstiabist³ eraldi ja on välditud olukorda, kus teenuse kvaliteedile ning kättesaadavusele pannakse tsentraalse juhtimisega tugev pitser. Kui näiteks eraettevõtlusel põhinev Eesti hambaraviteenus on Euroopa Liidu üks parimatest, siis riikliku arstiabiga on seis risti vastupidine - vaid Läti arstiabi on veel halvema kättesaadavusega. Samuti on tugevas langustrendis eestlaste hinnang arstiabi kvaliteedile ja kättesaadavusele⁴.

1. juulil rakendunud mitterahalise hüvitise süsteem aga juhib hambaravi just selles suunas, kus praegu on ülejäanud arstiabi: kättesaamatu, tihti madala kvaliteediga ning reaktiivne - enamasti vaid sümptomaatilisele ravile keskenduv. 40-eurone riigipoolne hambaravitoetus võiks küll teoreetiliselt tõsta täiskasvanute seas hambaraviteenuse kasutamist, kuid Eestis rakendatud hüvitise mudel, mille eesmärk on sundida hambaarste teenust osutama ebamõistlikult madala hinnaga, vähendab nii

¹ Eurostat, 2017. Consultation of a dentist, 2010 and 2015 (average number of consultations per inhabitant)

² Kantar Emor, 2016. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile, lk 125.

³ Siin ja edaspidi viitab arstiabi ainult perearsti- ning eriarstisüsteemile.

⁴ Hambaravi ja arstiabi kvaliteedinäitajate täpsem statistika on peatükis „Hambaravi korraldusest üldiselt“.

hambaraviteenuse kättesaadavust kui kvaliteeti, mille tagajärjeks on suurenenud pikaajalised tervishoiukulud. Küsimus ei ole pelgalt ideoloogiline – poliitikaotsustes on kaotajaks reaalsed inimesed reaalsete terviseprobleemidega.

Järgnevalt toome välja peamised tähelepanekud seoses praeguse süsteemiga:

1) Kehtiva süsteemi „kurja juur“ on piirhinnad

Turu reguleerimine piirhindadega, mis määravad maksimaalselt lubatavad hinnad, on kogu hüvitise süsteemi probleemide allikaks – vabaturumajanduse mehhanismid, mis on senise edu aluseks, on kadunud. Turutingimustes kohanduvad hinnad võimaldaks ettevõtetel reageerida nõudlusele, demograafilistele ning tehnoloogilistele muutustele ja tagada seeläbi reaalsete kulude katmise. Näiteks peaks praeguste piirhindade juures erinevaid hügieeni tagavaid vahendeid korduvkasutama!

Kartus, et piirhindade seadmiseta tõuseks hambaraviteenuse hind, ei ole põhjendatud. **Tiheda konkurentsi olukorras ei toonud nii proteeside kui ka varasema kuni 2009. aastani toimunud täiskasvanute hambaravi piirhindadeta hüvitissüsteem kaasa hindade tõusu.**

2) Hambaraviteenuse kättesaadavus väheneb

Kuntslikult madalad hinnad viivad nii geograafilise, ajalise kui ka finantsilise kättesaadavuse vähenemiseni.

Kehtiva süsteemi tulemusel on paljud kliinikud sunnitud oma tegevuse lõpetama. Nad kas ei suuda katta oma reaalseid kulusid või jäävad turukonkurentsis alla haiglavõrgu arengukava haiglatele, kel on võimalik toetuda riiklikule investeringule. **Eriti mõjutab see maapiirkondi, kus teenuspakkujaid on niigi vähe.** Täiendavalt lahkub kuni neljandik hambaarstidest Eestis, sest väheneva ressursi olukorras ei suuda Eesti kliinikud olla enam Euroopa turul konkurentsivõimelised. Kuna väheneb nii kliinikute kui arstide arv, siis on möödapääsmatu, et ravijärjekorrad muutuvad pikemaks.

Kuigi 2017. aastal toimunud muudatuste eesmärgiks oli finantsilise kättesaadavuse paranemine, siis muudatuste mõju jääb marginaalseks. Kliinikute liitumine hüvitise süsteemiga on olnud märgatavalt väiksem prognoositust (hetkel on liitunuid vaid 25%) ning juba on esimesed kliinikud ka lepingud üles öelnud. Pikemas perspektiivis, kui üha enam kliinikuid peab lepingud üles ütlema ning hüvitis on kättesaadav vaid suuremate linnade riigi rahastatud haiglates, jõuame olukorrani, kus riigi poliitika on valijaid alt vedanud.

3) Hambaraviteenuse kvaliteet langeb

Kvaliteetne meditsiiniteenus, sealhulgas hambaraviteenus, ei ole odav. Nüüdisaegse hambaravipraksise ülesehitamine maksab suurusjärgus 100 000 eurot ühe hambaravikabineti kohta. Riigi poolt alla surutud madalate hindade korral pole võimalik kõrgetasemelisele hambaarstile maksta

konkurentsivõimelist palka ja nappima hakkab ressursse ravitehnika ajakohastamiseks, elukestvaks õppeks ning kulumaterjali ostmiseks.

Hindade kunstlik allasurumine vähendab ka kliinikute võimekust investeerida koolitustesse, seadmetesse ja interdistsiplinaarse ravi arengusse. See omakorda muudab kehvemaks hambaarstide töötingimused ja vähendab võimalusi maksimaalseks erialaseks arenguks, mis on tänapäevase kvaliteetse ravitöö eelduseks.

4) Ennetav ravi on endiselt tagaplaanil

Preventsioonil ehk haiguse ennetusel põhinev ravi on tänapäeva tervishoiu peamine arengusuund. Samas pole Haigekassa mitterahalist hüvitist kehtestades arvestanud Eesti Hambaarstide Liidu ettepanekutega võimaldada hüvitise kasutamist ainult diagnostiliste ja ennetavate raviteenuste tarbeks – nii kuulutati esmavajalikeks kõik tervishoiuteenuste loetelu teenused ja praktikas kasutatakse hüvitist enamjaolt vaid haiguse sümptomaatiliseks, mitte põhjuslikuks raviks. On äraspidine loota, et pelgalt tagajärgedega tegelev hambaravi suudab muuta inimeste tervisekäitumist.

5) Hambaproteeside piirhindadeta hüvitissüsteem on samm õiges suunas

Veel 2017. aasta sügisel kavas olnud piirhindadega hüvitissüsteemi rakendamine hambaproteesidele otsustati koostöös Hambaarstide Liiduga katkestada. Proteesihüvitise piirhindade ära jätmise oli õige samm ning seda põhimõtet peab rakendama ka laiemalt.

Eesti Hambaarstide Liidu ettepanekuks on rakendada täiskasvanute hambaravi puhul piirhindadeta rahalist hüvitist. Rahaline hüvitis – erinevalt mitterahalisest hüvitisest – võimaldab patsiendil kasutada riigipoolset toetust ükskõik millise hambaarsti juures ning piirhindade mitterakendamine garanteerib teenuse normaalse toimimise. Sellega kindlustame finantsiliselt kättesaadava teenuse, mis on kvaliteetne nii täna kui homme.

Laiemas plaanis on Liidu ettepanekuks rakendada hambaravi korralduses põhimõtteid, mis tagaksid Eesti elanikele tänapäevase raviteenuse, milles oleks kõige olulisem haigestumise vältimine ehk – vastavalt individuaalsele haigestumise riskile – personaalse ning patsienti aktiivselt kaasava raviskeemi juurutamine. Tervishoiupoliitika, mis ka realselt motiveerib inimesi oma suutervise eest hoolt kandma, tooks reaalseid tulemusi rahvatervise näitajates. Seetõttu on vajalik, et tervishoiupoliitika kujundajad näevad kaugemale, kui vaid finantsilise barjääri madaldamine.

Hambaarstide ja riigi ühiseks eesmärgiks peaks olema üles kasvatada tervete hammastega põlvkond. Eesti on piisavalt väike ja paindlik riik, et eelkõige mõtteviiside muutmisele keskenduv suutervishoiu reform käivitada.

Hambaravi korraldusest üldiselt

1) Eesti erasektoril põhinev hambaraviteenus on üks Euroopa parimaid

Eesti elanikud on senise, tugevas konkurentsisis toimuva hambaraviteenusega rahul. Seda väidab Kantar Emori uuringu kohaselt 93% hambaarsti külastanutest inimestest ning sealjuures on 54% hambaraviga väga rahul⁵. Meil on ka piisavalt arste, et tagada eeskujulik kättesaadavus. Mõni aasta tagasi oli Eestis 100 000 elaniku kohta 94 hambaarsti ja sellega olime Euroopa Liidus neljandas kohal⁶. Tänapäevaks, mil Eestis on üle 1300 praktiseeriva hambaarsti⁷, on hambaarstide/elanike suhtarv ületanud juba 100 piiri. Lisaks on **Eesti elanikud ühed aktiivsemad hambaarsti külastajad Euroopa Liidus**⁸.

Tabel 1. Hambaarsti visiitide arv ühe elaniku kohta, 2015

Riik	Visiite elaniku kohta
Holland	2,53
Saksamaa	1,50
Leedu	1,43
Luksemburg	1,42
Eesti	1,41
Rootsi	1,33
ELi keskmine	1,05
Ühendkuningriik	0,74
Taani	0,6

Tabelist nähtub, et Ühendkuningriigi – kelle süsteemi peetakse Eesti 2017. aastal juurutatud süsteemiga kõige sarnasemaks – elanike visiitide arv jääb pea kahekordselt Eestile all. Samuti leiame tabeli teisest poolest piirhindu kasutava Taani. **Sealjuures on tabeli eesotsas Holland oma erakindlustusel põhineva ja riigi sekkumiseta toimiva hambaravisüsteemiga.** Muuhulgas on Hollandis enamike kindlustuspoliiside osaks ka kohustuslik hambaarsti visiit⁹. Süsteemi tulemusel on

⁵ Kantar Emor, 2016. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile

⁶ Eurostat, 2015. Practising dentists, pharmacists and physiotherapists

⁷ Terviseamet, 2017. Tervishoiutöötajate veebiregister (11. detsember 2017).

⁸ Eurostat, 2015. Consultation of a dentist, 2010 and 2015 (average number of consultations per inhabitant)

⁹ Tartu Ülikool RAKE, 2014. Valitud riikide elanikkonna hambaravi ja hambahaiguste ennetuse rahastamise ülevaade ja rahastamisel kasutatavate põhimõtete analüüs.

Holland riik, kus kõige rohkem inimesi käib korra aastas hambaarsti juures¹⁰ ja kus täitmata ravivajadus on madalaimal tasemel¹¹.

Ka tehnoloogiliselt arengult on Eesti hambaravikliinikud esirinnas. Patsiente ravitakse maailma tipptasemel tehnoloogiat kasutades. Igapäevaseks on saanud juureravi protseduurid mikroskoopi kasutades, diagnostikat ja veretuid kirurgilisi protseduure aitavad läbi viia laserseadmed ning kasutusel on ülimalt vastupidavad täidismaterjalid. Järjest tavalisemaks on muutunud hambaarsti vastuvõtul CAD/CAM tehnoloogia, mis võimaldab traditsiooniliselt paar nädalat kestva protseduuri läbi viia paari tunniga. Tänapäevases hambaravikliinikus on standardiks muutumas koonuskimptomograafi kasutamine. Nii näiteks kasvas aastatel 2013 - 2015 3D-röntgenuuringute läbiviimine ligi kaks korda¹².

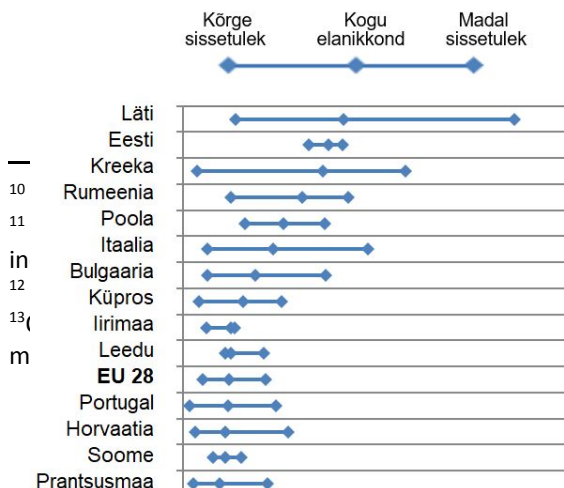
Need eespool toodud näited tõendavad, et Eestis pakutav hambaraviteenus on kõrge kvaliteediga ja Euroopa parimate tasemel tervishoiuteenus. Seetõttu on Eesti Hambaarstide Liidu jaoks oluline tagada hambaravisüsteemi peamine alustala, milleks on patsiendi vaba liikumine.

2) Arstiabi „riigistamine“ läbi HVA haiglate süsteemi pole õnnestunud ja seda ei tohiks hambaravile laiendada

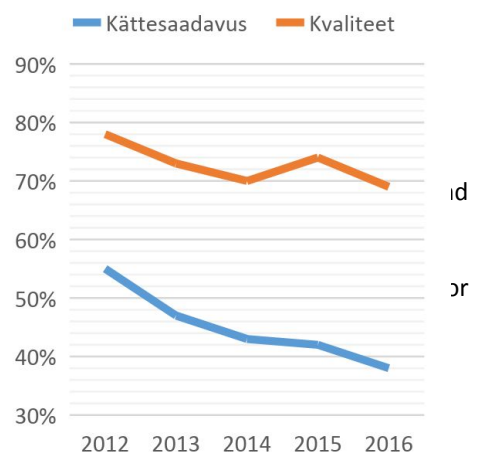
Eesti arstiabi süsteem on hetkel sisuliselt riigistatud läbi olemasoleva rahastussüsteemi – teenuseid koondatakse järjest rohkem haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglate kätte ning erameditsiin on turult suures ulatuses välja tõrjutud. Kuigi seni on hambaravi toimunud eraldi süsteemina, on süvenemas arusaam, et hambaravi teistsugune kohtlemine ei ole põhjendatud ega loogiline ning küsitakse endalt: „Kui arstiabi tsentraliseerimine toimib jõudsalt, siis miks me peaks hambaravile teisiti lähenema?“

Riigi praegune mõtteviis on väär. Ülal viidatud Kantar Emori tervishoiu uuringud näitavad, et inimeste hinnang arstiabile on pidevas languses (Joonis 1). Konkreetselt kättesaadavuse osas on viimased hinnangud pea 50% madalamad kui neli aastat varem! Sealhulgas näitab OECD statistika eredalt (Joonis 2), kuidas **vaatamata ühtlasele rahalisele kättesaadavusele on Eesti arstiabi Euroopa Liidus tagant poolt teine** – jäädes alla vaid lõunanaabritele¹³. Nende näitajatega eristub arstiabi märgatavalt turukonkurentsis toimivast hambaravist.

Joonis 2. Täitmata arstiabi ravivajadus, sissetuleku alusel, 2014



Joonis 1. Positiivse hinnangu osakaal Eesti arstiabile





Üha langev hinnang on tõestuseks riiklikult juhitud tervishoiusteenuse süvenevast kriisist vananeva ühiskonna ja kiire tehnoloogilise arengu tingimustes. Tervishoiusteenuse nõudluse suurenemisega, tehnoloogiliste muutustega ning nendega kaasnevate kulude pideva muutumisega on võimatu tagada igal ajahetkel õiget ning õiglast teenuse hinda. Riik võib küll turuhinnad rangelt ära fikseerida – kusjuures, kulutades selleks tohtul hulgal raha ja aega – kuid tulemuseks on ikkagi reaalsusele mittevastav olukord. Ka senine hambaravi piirhindade määramise protsess, kus riigi poolt ettenähtud eelarve raamidesse jäämiseks Exceli-tabelit vastutustundetult muudeti, on seda tõestanud.

Tsentraliseeritud juhtimis- ja rahastussüsteem on teoreetiliselt efektiivne vaid olukorras, kus muutujaid on vähe ning info on otsustajatele kergesti kättesaadav. Kompleksne tervishoiusüsteem, kus toimuvad pidevalt suured muutused ei ole lihtsalt juhitud staatiline süsteem. Selle tagajärjeks on elanikkonna üha suurenev rahulolematuse raviteenusega.

„Visiidi ajal oli arstil pidevalt telefon. Oma tervisemuredest sain rääkida katkendlikult ning lõpuks loobusin.“ – perearsti patsiendi kommentaar (Kantar Emor, 2016)

3) Nüüdisaegne tervishoiupoliitika peab baseeruma preventsiioonil

Moodsa tervishoiu peamiseks eesmärgiks peab olema haigestumise ärahoidmine ennetustegevuste abil – asjata ei märgi OECD ennetust kui peamist vahendit saavutamaks arenguid tervisevaldkonnas¹⁴. Sealjuures on oluline pöörata tähelepanu suuhaiguste olemusele ja nende otsesele seosele üldtervisega. Näiteks igemepõletiku korral levivad vereringe kaudu elutähtsatesse organitesse põletikku tekitavad bakterid, mille tagajärjeks on muuhulgas väga kõrge südameinfarkti risk ja ateroskleroosi teke. Sealjuures on tähtis, et hambahaigusi puudutav info ning nende ennetav ravi (nt

¹⁴ ibid., lk 11.

kaarieselaikude taasmineraliseerimine) jõuaks ka majanduslikult raskemini toimetulevate ühiskonnagruppideni, sest just vaesust loetakse hambahaiguste suurimaks riskiteguriks.

Kahjuks on meil praktilises elus ennetavad tegevused endiselt ravipüramiidi tipus - proaktiivne-ennetav-konservatiivne ravi on tagaplaanil võrreldes reaktiivse-restauratiivse-operatiivse raviga. Selle põhjused on ühiskonna kivilinenud paradigmas, kus arstis nähakse eelkõige remondimeest, ja tervishoiukorraldajate poolelt kindlasti ka rahastamise mudelis, kus hambaarsti tööd hinnatakse eelkõige restauratiivse ravi tükitöö järgi, mis tervise hoidmist ja haiguse põhjuslikku ravi ei väärtusta. Sealhulgas ei teeni ka äsja juurutatud täiskasvanute mitterahalise hambaravihüvitise süsteem rahvatervise huve, sest ei mõjuta elanikkonna eluviisi-tervisekäitumist kui kõige suuremat riskifaktorit.

WHO ametlikust seisukohast¹⁵ nähtub, et arstlik abi suudab kontrollida keskeltläbi 10% tervist mõjutavatest teguritest. Peamisteks mõjutajateks on inimese eluviisid, keskkonna tegurid ning geneetika. Kui pöörame rohkem tähelepanu proaktiivsele tööle, suureneb patsiendi teadlikkus ja selle kaudu omaosalusena panus oma tervise säilitamisse, mistõttu õnnestub vältida krooniliste haiguste (nt kaaries) tüsistusi ja vähendada kulutusi tervishoiule.

Selleks, et patsient raviprotsessis osaleda saaks, peab ta ise suutma seada endale eesmärged. Patsient peab saama võtta vastutuse oma tervise eest ehk patsient peab saama võimestatud.

Eesti Hambaarstide Liidu seisukohaks on, et riigi prioriteediks hambaravi korralduses peab olema ennetava ravi väärtustamine ning arendamine. Näiteks Šotimaal kontakteerub piirkondlik suutervisedendaja üldise terviseedenduse programmi raames juba kolme kuu vanuse lapse vanemaga^{16,17}. Lisaks suutervise teadlikkuse kasvatamisele on sellise tegevuse eesmärk võimalikult varakult välja sõeluda võimalikud riskipatsiendid, et sellistele perekondadele erilist tähelepanu pöörata.

4) Hambaravi peab olema vajaduspõhine ning personaalne

Nagu tervishoius laiemalt, ei ole optimaalne rakendada hambaraviteenust kogu populatsioonile ühetaoliselt. **Selle asemel tuleb rohkem tähelepanu ja ressursse pühendada teatud demograafilistele gruppidele.** (Eestis eelkõige madalama sissetulekuga inimesed¹⁸ ning mõningal määral venekeelt kõnelevad inimesed¹⁹). Lisaks on vajalik riigil määratleda need grupid, kes vajavad

¹⁵ <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

¹⁶ Macpherson L, Ball G, Brewster L, Duane B, Hodges CL, Wright W, et al. Childsmile: the national child oral health improvement programme in Scotland. Part 1: Establishment and development. Br Dent J 2010;209(2):73-8.

¹⁷ Turner S, Brewster L, Kidd J, Gnich W, Ball GE, Milburn K, et al. Childsmile: the national child oral health improvement programme in Scotland. Part 2: Monitoring and delivery. Br Dent J 2010;209(2):79-83.

¹⁸ OECD, 2016. Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. Graafik: Unmet need for dental examination for financial, geographic or waiting times reasons, by income quintile, 2014

¹⁹ Kantar Emor, 2016. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile, lk 130.

hambaravi suuremas ulatuses tulenevalt nende üldhaigusest seisukohast (nt sügava vaimupuudega patsiendid, onkoloogilist ravi saavad ja endoproteesimist ootavad haiged).

Majanduslikes raskustes perede viletsa tervisekäitumise probleem ei ole algselt ainult küsimus ligipääsust teenusele, vaid elementaarsete terviseteadmiste puudulikkusest tingitud hambavaenulik käitumine. Nagu kõikide muudegi tervisekäitumise probleemidega, on lahendused siin keerulised ning ei seisne ühe raviteenuse riigistamises vaid elanikkonna väärtushinnangute muutmises. Küsimused sellest, kuidas sekkuda perekonna ellu, kus väikelapsele antakse magamamineku hõlbustamiseks magusat mahla või kus täiskasvanu sööb hilisõhtul teleka ees, on teema, millest hambatervise kompleksust kirjeldades kirjutas teadusajakiri Nature juba 18 aastat tagasi.

Meditiin muutub juba lähitulevikus üha enam personaalsemaks. Näiteks võimaldab geenikaart juba praegu välja sõeluda kaasasündinud haigestumise riskiga patsiendid, et neid kohelda erilise tähelepanuga. Üldistatult võib hinnata 5-10% patsientidest kõrge haigestumise riskiga ja 5-10% sellisteks, kel hambaarsti juures tõenäoliselt erilisi probleeme ei tuvastata. Vahepealse segmendi osas on määravad eelkõige tervisekäitumuslikud harjumused ja tervislikke valikuid võimaldavad või takistavad keskkonnatingimused. Tervisepoliitika peaks aga just neid kujundama ja seetõttu on poliitikakujundajatel vajalik olla suunatud tulevikku mitte minevikku.

5) Hambaravi peab olema inimesekeskne

Hambaravi korraldus peab sõltuma tulemustest, mis on inimestele olulised: parem tervis, patsiendi rahulolu ning finantsiline kättesaadavus. See eeldab hambaravi korraldust, kus ollakse valmis viima läbi põhjalikumad ning mitmekülgsemad analüüsi, kus ollakse valmis tänasel päeval investeerima rohkem, et kindlustada parem tulevik, kus mõistetakse kliendikogemuse olulisust ravi tulemuste saavutamisel ja kus panustatakse ka sisulisele teenuse kvaliteedile nagu patsiendiga suhtlemine, selgitamine ning tähtaegadest kinnipidamine.

Puhtkvantitatiivsed hinnangud nagu tehtud visiitide arv, mis väärtustavad vaid „tootmismahte“, peavad jääma möödanikku.

6) Hambaproteeside piirhindadeta hüvitissüsteem on samm õiges suunas

Veel 2017. aasta sügisel kavas olnud piirhindadega hüvitissüsteemi rakendamine hambaproteesidele otsustati koostöös Hambaarstide Liiduga katkestada. Hambaproteeside planeeritud hinnakirjade koostamine, mis oleks toonud endaga kaasa samasuguseid probleeme nagu järgnevas peatükis käsitletakse, oli piisavalt tugevalt välja toonud kavandatud süsteemi ebamõistlikkuse ning suudeti vastu võtta ainuõige otsus ja tagada sellega proteesimisteenuse jätkusuutlikkuse.

Proteesihüvitise piirhindade ära jätmine oli õige samm ning seda põhimõtet peab rakendama ka laiemalt.



Täiskasvanute hambaravi hüvitussüsteem

1. juulist kehtiva süsteemiga, kus riik tahab määrata hambaravi turuhinnad, jäävad kaotajaks kõik hambaravisüsteemi osalised: patsiendid, hambaarstid ja kliinikud. Kuigi esmapilgul võiks 40 euro ulatuses patsiendi toetamine suurendada hambaravi kasutamist, siis **Eestis rakendatud täiskasvanute mitterahalise hüvituse tulemusel inimeste suutervis ei parane. Ohtu on seatud nii teenuse kättesaadavus – eelkõige haavatavamatele gruppidele – kui ka teenuse kvaliteet.** Neli kliinikut, kes varasemalt Haigekassaga lepingu sõlmisid, on selle tänaseks juba lõpetanud, kuna kogesid reaalsuses selle negatiivset mõju.

7) Kehtiva hüvitise süsteemi „kurja juur“ on piirhinnad

Turu reguleerimine piirhindadega, mis määravad hambaraviteenuses maksimaalselt lubatavad hinnad, on kogu hüvitise süsteemi peamiseks probleemide allikaks. **Piirhinnad likvideerivad vabaturumajanduse mehhanismid, mis võimaldavad ilma väärtuslikku riigi ressursi raiskamata määrata sobivad hinnad teenuspakkujate kulude katteks.** Senine hambaraviturg on Eestis olnud just piisava konkurentsiga, mida tõestab hindade stabiilsus varasemate rahaliste hüvitiste rakendamisel – konkurents on andnud patsientidele piisava valiku ja hoidnud kliinikuid ebamõistlikkest hinnatõusudest.

Õiged ning turutingimustes automaatselt kohanduvad hinnad võimaldavad ettevõtetal reageerida nõudlusele ja demograafilistele ning tehnoloogilistele muutustele. See tähendab, et kliinikutele on võimalik seada teenuse hindasid nii, et need kataksid reaalsed kulud kvaliteetse teenuse pakkumiseks täna ning võimaldaksid ka edasist arengut. Piirhinnad aga kaotavad selle võimaluse.

Kui turuhindasid soovitakse paika panna tsentraalselt – nagu praegu – siis on tulemuseks absurd. **Näiteks peaks Haigekassa piirhinna arvutuskäigu kohaselt hambaarst sisuliselt kasutama ühte tuimestuslahuse ampulli kolme patsiendi peal.** Mitme patsiendi peal tuleks kasutada samu kindaid, kattepõllesid ja matriitse. Üldse pole arvestatud instrumentide ja tarvikutega, mis on vajalikud täidise sidustamiseks ja viimistlemiseks. Ka pole arvestatud investeeringuid täiendõppesse ja uutesse seadmetesse. Seda nimekirja võib jätkata. **Piirhindu seadvatel asutustel lihtsalt ei ole võimalik omada ja hoomata kogu turu infot,** et määrata õiged ning õiglased hinnad.

Ilma vabal turul, patsientide ning ettevõtete üksikute otsuste tulemusel tekkivate hindadeta ei ole võimalik pakkuda Eesti elanikele kättesaadavat ning kvaliteetset hambaraviteenust.

Kartus, et piirhindade seadmiseta tõuseks hambaraviteenuse hind vastavalt hüvitise suurusele, ei ole põhjendatud. Tiheda konkurentsi olukorras ei toonud nii proteeside kui ka varasema kuni 2009. aastani toimunud täiskasvanute hambaravi hüvitissüsteem kaasa hindade tõusu.

Piirhindade üheks tagajärjeks on kättesaadavuse vähenemine

8) Hambaraviteenus jääb mõistlikult kättesaadavaks vaid suuremates linnades ja asulates

Senised vabal turul kujunenud hinnad suutsid tagada kvaliteetse hambaraviteenuse olemasolu igas Eesti nurgas. See olukord on muutumas.

Kui kliinik sõlmib praegu Haigekassaga lepingu, siis ei suudeta kunstlikult madalate hindadega enam senist teenust pakkuda. Kliinikutel on väheneva käibe juures vaja otsustada, kas nad on nõus pakkuma kohalike inimestele eelmise sajandi kvaliteeti või sulgevad kliiniku hoopistükkis (mittereguleeritud teenuste hinna tõstmisega hüvitatud teenuste ristsubsideerimine ei saa olla jätkusuutlik lahendus). Selline dilemma on eriti akuutne maapiirkondades, kus on alles jäänud niigi vähe hambaarste. Kliinikute sulgemine oleks kahjuks järgmine samm maaelu edasises väljasuretamises.

Kui kliinik aga Haigekassaga lepingut ei sõlmi, siis liigub hinnatundlikum patsient nende kliinikute juurde, kus lepinguga kaasnevat riikliku hambaravihüvitist on võimalik kasutada. Kuid nagu arstiabiga, hakkavad nendeks teenuspakkujateks üha enam olema haiglavõrgu arengukava haiglad, kel on investeringuid tehes võimalik toetuda riiklikule rahakotile. Kuna erakliinikute patsientide hulk jääb väiksemaks, siis järgneb ka kliinikute sulgemine ja kättesaadavuse vähenemine. Jällegi on suurimateks kannatajateks maapiirkonnad, kus riigi haiglaid ei ole.

Teise stsenaariumi juures mõistagi eeldame, et riigi poolt rahastatud haiglad täidavad osaliselt tühimiku, mis tekib erakliinikute lepingute mittesõlmimisel. **Kui riigahaiglad erakliinikute asemele ei tule, siis tekib olukord, kus inimestele lubatud hüvitis on sisuliselt kättesaamatu.**

9) Finantsiline kättesaadavus ei parane

Inimestel pole võimalik kasutada neile lubatud hüvitist. Hetkel on Haigekassa lepingutega (s.t. hüvitise ja piirhindadega) kaetud vaid 25% kliinikutest ning juba on tulnud esimesed juhtumid, kus lepingud on üles öeldud. Seega on meil olukord, kus riik on soovinud teha hambaarsti teenuse finantsiliselt kättesaadavamaks aga reaalsuses ollakse eesmärgist väga kaugel. Ja jällegi lööb see tugevamalt vaesemaid maapiirkondi, sest just seal ollakse kõige rohkem hambaravi teenusest tõrjutud rahalistel põhjustel.

10) Kuni neljandik hambaarstidest lahkub Eestist

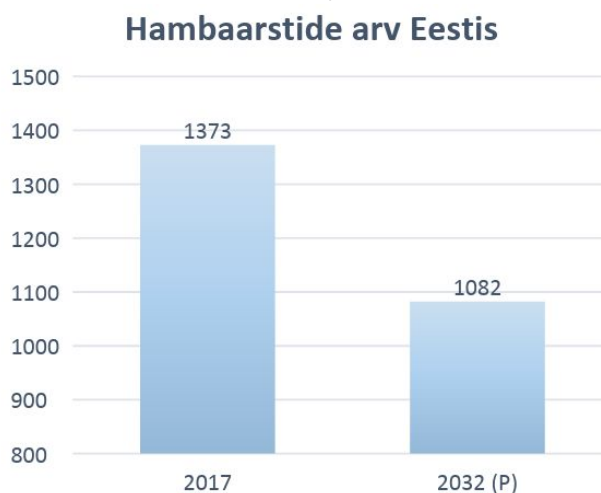
Hetkel on Eesti hambaarstide/elanikkonna suhtarvu poolest Euroopa Liidus neljandas kohal²⁰. Senine eeskujulik olukord aga ei saa jätkuda, kui hiljuti loodud hüvitissüsteem leiab laia kasutust.

Hambaravi tsentraliseerimine ning kulude ja hindade allasurumine käivitab suure tõenäosusega uue laine meditsiinitöötajate liikumises piiri taha. Väheneva ressursi olukorras alaneb hambaarstide palgapotentsiaal, töökeskkonna kvaliteet ning koolituste kättesaadavus, mis **motiveerib**

²⁰ Eurostat, 2015. Practising dentists, pharmacists and physiotherapists.

ambitsioonikamaid ning konkurentsivõimelisemaid hambaarste otsima riike, kus nende tööd ka väärtustatakse.

Näiteks arstide seas on OECD andmetel Euroopa Liidu liikmesriikidesse Eestist lahkunud üle 1400 arsti²¹ (2002 aastal oli näitaja 104²²), mis moodustab umbes neljandiku Eestis hariduse omandanud tegevarstidest²³. Turu reguleerimisega kaasnevate ettevõtlustingimuste halvenedes võib sama saatus ees oodata ka hambaravisektorit ning aastal 2032 oleks Eestis umbes 300 hambaarsti vähem kui tänasel päeval. See tähendaks, et Eesti langeks hambaarstide/elanikkonna suhtarvu poolest Euroopa Liidu ühelt liidripositsioonilt keskpäraste sekka.



11) Ravijärjekorrad pikenevad

Hambaraviasutuste ja hambaarstide vähenemisega kahaneb ka hambaraviteenuse ajaline kättesaadavus. Väiksemate ressursside juures on paratamatu, et sama hulga patsientide korral tekivad vähenenud teenusepakkujate juures pikemad ravijärjekorrad.

Näiteks Soome avaliku sektori hambaravikliinikutele piirhindade seadmine on viinud lausa selleni, et **järjekord akuutse hambaprobleemi lahendamiseks on umbes kolm kuud** ja plaaniliste ravivisiitide järjekord võib ületada aasta. Seda ei saa kuidagi pidada mõistlikuks ja patsiendisõbralikuks.

Piirhindade ebarealistlikkus on Eestis tekitanud olukorra, kus mõned kliinikud, kes on teenuse osutamise lepinguga ühinenud, on huvitatud vaid nende teenuste osutamisest, mis on mõistlikult hinnastatud (hetkel kehtivas tervishoiuteenuste loetelus on nendeks kirurgia ja parodontoloogia). Teistele hüvitatavatele teenustele, mis on kahjumlikud, tekitavad nad kunstlikult pikad järjekorrad.

Piirhindade teiseks tagajärjeks on kvaliteedi langus

12) Täna pakutava teenuse kvaliteeti langeb

Hambaraviteenus ei ole odav – WHO hinnangul on suuõõnehaiguste ravimine kalliduselt neljas²⁴. Nüüdisaegse hambaravipraksise ülesehitamine maksab suurusjärgus €100 000 ühe hambaravikabineti kohta, millele lisandub kuni €100 jooksvat kulu ühes tunnis. Kui kehtiv hüvitissüsteem leiab laiemat rakendamist, siis pole enam võimalik pakkuda tänapäevast

²¹ OECD statistika andmebaas. Health Workforce Migration: Foreign-trained doctors by country of origin - Stock

²² Praxis, 2004. Tervishoiutöötajate migratsioon Eestist: migratsiooni potentsiaalne suurus, mõju tervishoiutöötajate vajadusele ja poliitikavalikud, lk 35.

²³ Terviseamet, 2017. Tervishoiutöötajate veebiregister (11. detsember 2017).

²⁴ FDI World Dental Federation, 2015. The Challenge for Oral Disease – A Call for Global Action, lk 56.



hambaraviteenust: hambaarstidele pole võimalik maksta konkurentsivõimelist palka ja **patsiendid peavad leppima vähem haritud ravipersonali, kõige odavamate hambaravimaterjalide ning amortiseerunud tehnikaga.**

Toimiv konkurents hambaraviturul motiveerib ettevõtteid pakkuma läbimõeldud teenust, mis pöörab tähelepanu patsiendile kui inimesele (patsiendiga suhtlemine, haiguse olemuse ja erinevate raviskeemide võimaluste selgitamine ning tähtaegadest kinnipidamine). Kunstlikult madalatest hindadest tulenev konkurentsi kadumise kahju hambaravi kvaliteedile tuleb eredalt välja, kui võrrelda patsientide hinnanguid probleemidele arstiabiga ning probleemidele hambaraviga. Kui riigi poolt ülalpeetavad perearsti ja eriarsti teenuste peamiseks probleemideks on „ebakompetentsus“, „ükskõiksus, „ebameeldivus“ ja „üleolevus“²⁵, siis hambaravi puhul on kvaliteedi suunal tehtud märkused marginaalse osakaaluga²⁶.

*„Visiit oli mõttetu, ravi ei saanud. Arst määras korduvvisiidi mõne kuu jooksul, kuid pöördusin tasulise arsti poole, kus sain siiralt ja kvaliteetselt oma probleemile lahenduse.“
– eriarsti patsiendi kommentaar (Kantar Emor, 2016)*

13) Teenuse arengusse ei ole võimalik investeerida

Hindade kunstlik allasurumine vähendab kliinikute võimekust investeerida koolitustesse, seadmetesse ja uuemate ravilahenduste (nt interdistsiplinaarne ravi, mis võimaldab pöörata tähelepanu üldistele terviskäitumuslikele haiguspõhjustele²⁷) arengusse. See omakorda muudab kehvemaks hambaarstide töötingimused ja vähendab võimalusi maksimaalseks erialaseks arenguks, mis on tänapäevase ravitöö eelduseks.

Näiteks satuvad löögi alla innovaatilised materjalid, steriliseerimistingimused, röntgenseadmed ja digitehnoloogia kasutus nii haiguse diagnoosimise, ravi tervikliku planeerimise kui ravi tulemuse prognoosimise ja teostuse faasis. Samuti võivad hääbuda juba kasutusel olevad tipp tehnoloogiad nagu näiteks koonuskimptomograafia, mikroskoobid ja CAD-CAM.

Ka on ohus koolituste tagamine hambaarstidele, mis on hädavajalik tulenevalt arstiteaduse pidevast arengust. Üldiselt on soovitatav planeerida 5-10 koolituspäeva aasta jooksul. Eesti kontekstis on oluline silmas pidada, et paljud koolitused leiavad aset välismaal, kus vastava spetsiifika hambaarste on märksa rohkem – see omakorda tõstab kliinikute kulutusi personalile koolituste pakkumisel.

²⁵ Kantar Emor, 2016. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile, lk 100 ja lk 132.

²⁶ ibid., lk 52.

²⁷ FDI World Dental Federation, 2015. The Challenge for Oral Disease – A Call for Global Action, lk 24 ja 94.

Uutesse tehnoloogiatesse ning ravivõtetesse **investeerimine võimaldab pikemas perspektiivis vähendada nii hambaravi kui ülejäänud tervishoiu kulutusi**. Eelkõige on tuleviku seisukohalt oluline ennetavasse ravisse investeering, mis vähendab vajadust hambaravile ja hoiab ära üldise tervise halvenemise tulenevalt nõrgast suuhügieenist. Vaid odavusele rõhuv hüvitissüsteem töötab nende teenuste arengutele vastu.

14) Ennetav ravi jääb endiselt tahaplaanile

Nagu ülal argumenteeritud, hambaravi jätkusuutlik ja kaasaegne korraldus peab rajanema ennetavale ravile. Samas Haigekassa pole tervishoiuteenuste loetelus ette näinud mitterahalise hüvitise kasutamist ennetavate raviteenuste tarbeks – kaetud on vaid sümptomeid ravivad protseduurid. Ning **on äraspidine loota, et tagajärgedele keskendunud hambaravi suudab inimestes ennetavaid käitumisharjumusi tekitada nagu praeguse seaduse loomise ajal argumenteeriti**. Ka hüvitise omaosalus ei muuda inimeste käitumist paremaks – on ju hambaravi praegu täies ulatuses patsiendi katta ning hüvitisega omaosalus ainult väheneb. Ennetav ravi võiks teoreetiliselt hüvitisega tõusta, nagu uuringud on näidanud²⁸, kuid selleks on vaja ka ennetavaid teenuseid hüvitada.

Täiendavalt toome esile kolm tähelepanekut:

15) Segregatsioon hambaravis: „rikkad“ vs „vaesed“

Haigekassa lepingutele allutatud odav hambaravi viib sarnase segregatsioonini, mida näeme teiste Eesti tervishoiuteenuste puhul: osa patsientidest saavad head ja kaasaegset ravi erakliinikutes kohe kui tekib vajadus, ülejäänud aga on sunnitud kasutama teisejärgulist ravi ning vaid siis kui ravijärjekord lubab.

Tekib mitmetasandiline hambaravivõrk: kvaliteetsele ravitulemusele orienteeritud kliinikud ja riiklikule, allasurutud hindadele orienteeritud asutused. **Kahjuks peavad odavamad teenust kasutama just need, kel hambaravi kõige rohkem vaja on.**

16) „Tootmismahude“ eelistamine sisulistele mõõdikutele

Kuna valdav osa kliinikutest ja raviarstidest ei ole nõus vabatahtlikult osutama kehvemat teenust ning lepingutega liitunute arv on seetõttu on jäänud väikseks, on Haigekassa välja pakkunud täiendava motivatsiooni arstidele, kes pakutud lepingu allkirjastavad: lisaboonused arsti poolt “toodetud mahu” pealt. See illustreerib hästi plaanimajandusliku lähenemise kaldumist absurdi:

²⁸ Meyerhoefer, C., Zuvekas SH, and Manski R., 2013. The demand for preventive and restorative dental services. - Health Economics, 23(1). 14–32.

tervishoiupoliitika ei ole enam orienteeritud patsiendikesksele ravimisele, vaid tootmisstatistikale. Ravitulemuste asemel mahule seatud fookus tähendab patsiendi jaoks piltlikult seda, et varasema tunni asemel peab raviarst tegema sama töö ära 20 minutiga.

Praegune sotsiaalkaitseminister Kaia Iva sõnas hiljuti: „poole rohkem ja poole kiiremini tegemine ei ole sotsiaalvaldkonnas lahendus“²⁹. Ootame selle printsiibi rakendamist ka tegudes!

17) Riik ootab kogu avantüürist vaid marginaalset kasu

Drastilise süsteemse muutuse tulemuseks ootab riik vaid 6 protsendipunkti suurust kasvu täiskasvanute hambaravi hõlmatuses (35% pealt 41% peale). Kusjuures, mainitud 6 protsendipunkti ei ületa isegi arvestusliku analüüsi vea piiri ulatust³⁰! Samal ajal kui muudatustest tulenevad kahjud (näiteks piirhindade ja reaalsete kulude väga suured erinevused) on ilmselged ja lihtsasti nähtavad, siis oodatav kasu on hinnangute vea piiri arvestades sisuliselt olematu.

Kokkuvõtvalt on praeguse süsteemi laienemisel ohus Eesti elanike suutervis.

Kliinikuid ja hambaarste jääb vähemaks, hüvitise kasutamine on piiratud ning teenuse kvaliteedis teeme suure sammu tagasi. **Kõigele lisaks on suurimas ohus just haavatavamate gruppide ligipääs teenusele**, kelle jaoks on ülioluline parandada finantsilist kättesaadavaust ning samal ajal võimaldada kaasaegset ennetavat ja interdistsiplinaarset ravi.

Ettepanek

Eesti Hambaarstide Liit ei ignoreeri fakti, et peamine barjäär hambaravile on kõrge hind – ligi 45% inimestest tõi Kantar Emori uuringus just selle probleemi esile ning Euroopa Liidus oleme sellega ülemise poole seas³¹. Kuid nagu eelnevast nähtub, siis piirhindadega mitterahalise hüvitise laiem rakendamine ei suuda viia odavamalt teenust piisavate inimesteni ning annab tugeva löögi Eesti hambaravi kvaliteedile.

Eesti Hambaarstide Liidu ettepanekuks on rakendada täiskasvanute hambaravi puhul piirhindadeta rahalist hüvitist. Rahaline hüvitis – erinevalt mitterahalisest hüvitisest – võimaldab patsiendil kasutada riigipoolset toetust ükskõik millise hambaarsti juures ning piirhindade mitterakendamine garanteerib teenuse normaalse toimimise. Sellega kindlustame finantsiliselt kättesaadava teenuse, mis on kvaliteetne nii täna kui homme.

Oleme teadlikud ministeeriumi ja Haigekassa senisest argumentatsioonist, et piirhindadeta hüvitis ei sobi, kuna hambaarstid lihtsalt lisaksid hüvitise summa senistele hindadele. Kuid selline

²⁹ <http://www.pealinn.ee/tagid/koik/iva-sotsiaalvaldkond-vajab-innovatsiooni-korval-ka-inimkesksust-n204939>

³⁰ Vabariigi Valitsus, 2016. Seletuskiri ravikindlustuse seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu juurde, lk 21.

³¹ Eurostat, 2014. Share of persons aged 16 and over reporting unmet needs for dental care due to being too expensive, by income quintile Group.



argumentatsioon pole õigustatud. Vabaturukonkurents on piisavalt kliinikuid, kel on motivatsiooni hindu mitte tõsta ja seeläbi võtta üle nende kliinikute kliendid, kel peaks olema soovi hüvitise tõttu hindu tõsta. Selle turuloogika tõestuseks on nii kuni 2009 aastani kehtinud täiskasvanute hambaravi rahaline hüvitis ja praegu veel kehtiv pensionäride proteesihüvitis, kus hüvitise tulekuga hinnad ei tõusnud.

Laiemas plaanis on Liidu ettepanekuks laiemalt rakendada hambaravi korralduses esimeses peatükis mainitud põhimõtteid: pöörata tähelepanu primaarsele preventsoonile kontrollimisele ja käsitleda patsienti personaalse vajaduse põhiselt, et koostöös tervishoiutöötajatega haiguse põhjus kontrolli alla hoida. Poliitika kujundamine nendest printsiipidest lähtuvalt toob tulemusi nendes mõõtmetes, mis on inimestele olulised (parem tervis, patsiendi rahulolu ning finantsiline kättesaadavus), mitte „tootmismahitudel“ põhinevad eesmärgid.

Hambaarstide ja riigi ühiseks eesmärgiks peaks olema üles kasvatada tervete hammastega põlvkond, kes oskab teadlikult käitudes oma tervist hoida kogu elukaare jooksul. Eesti on piisavalt väike ja paindlik riik, et kõiki ühiskonnaliikmeid kaasates, alustades poliitika kujundajatest, käivitada mõtteviisi muutev tervishoiureform.