

Heategevuskonverents „Heategija – riik või inimene?“

28. novembril 2014

Tanel Ross

Lugupeetud konverentsi korraldajad ja külalised,

Suur tänu võimaluse eest selgitada riikliku solidaarse ravikindlustuse toimimise põhimõtteid ja võimalusi ning ravikindlustuspaketi täiendamise printsiipe.

Tänased ettekanded on puudutanud mitmeid erinevaid tahke ühiskonnas valitsevatest hoiakutest ja kogemustest raskekujuliste haigustega inimeste toimetuleku ja toetuse osas. Minu eelkõneleja juba puudutas ka riikliku ravikindlustuse solidaarsuspõhimõtet ning ühiskondliku ressursi jaotamise küsimusi. Jätkan samal teemal ning panustan tänase päeva teemaderingi lühida ülevaatega olulistest põhimõtetest, millest ravikindlustusressursside jaotamisel lähtutakse. Keskendun sellele, mida haigekassa hüvitab ja millistel tingimustel on riikliku ravikindlustuse panus võimalik.

Esmalt soovin aga tunnustada tänase konverentsi korraldajaid – vähiraivifondi eestvedajaid - nende lühikese tegutsemisperioodi jooksul tänu aktiivsusele ja pühendumusele saavutatud olulise avaliku kõlapinna eest. Fondi tegevus on aidanud mitmeid, kes just praegu abi vajavad.

Teisalt soovin fondi tänada avatud suhtluse ning haigekassaga järjepidevas ja konstruktiivses dialoogis olemise eest. Ka meie peame seda oluliseks. Riigi ja erainitsiatiivi koostöös on võimalik kahtlemata saavutada enamat ning meie eesmärk on ühine – tagada parim võimalik abi neile, kes seda vajavad.

Nüüd aga lähemalt riikliku ravikindlustuse toimimise põhimõtetest.

Ravikindlustuse korraldamisel tuleb silmas pidada mitmeid väga olulisi printsiipe.

Eesti ravikindlustussüsteemi üldised põhimõtted on sätestatud ravikindlustuse seaduses, mille kohaselt põhineb ravikindlustus kindlustatud isikute solidaarsusel ja piiratud omaosalusel ning lähtudes vajadustele vastavate teenuste osutamise, ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse ja ravikindlustusraha otstarbeka kasutamise põhimõttest.

Solidaarsus ravikindlustuses tähendab seda, et kellegi ravikindlustusmaksed ehk panus süsteemi ega ka juurdepääs vajaminevale abile ei sõltu vanusest, sissetulekust või terviseriskidest. Kõigil Eesti ravikindlustatud inimestel on õigus saada ühesugust kvaliteetset tervishoiuteenust, olenemata sellest, kas nad tasuvad ravikindlustusmaksu või mitte.

Kvaliteetse tervishoiuteenuse eelduseks on meditsiiniline tõenduspõhisus. Tõenduspõhine meditsiin on parimate olemasolevate tõendite üksikasjalik, kaalutud ja sihipärane arvestamine otsuste tegemisel. Haigekassa saab kaaluda uue tervisetehnoloogia, st meetodi või ravimi

rahastamist siis, kui eksperimentaalmeetodist on saanud ravistandard, see tähendab, et tõenduspõhisus ja eelised on pikaajalistes uuringutes ja praktikas selgelt kinnitust leidnud.

Lisaks võrdsete võimaluste tagamisele ja kvaliteedi hindamisele on ülioluline, et haigekassa tervishoiuteenuste ja ka ravimite loetelu sisaldaks kaasaegseid ja vajalikke teenuseid ning ravimeid. Selleks hindame me iga-aastaselt uute teenuste taotlusi vastavalt seaduses seatud kriteeriumitele. Sel aastal laekunud 93 uue teenuse taotlusest on 2015. aastast kindlustatutele haigekassa kulul kättesaadavad 50 uut teenust.

Siinkohal ongi paslik anda lühike ülevaade, kuidas toimub ravikindlustuspaketi täiendamine. Kõige aluseks on ravikindlustuse seadus.

Enne igat rahastamisotsust tuleb hinnata, kas uus ravimeetod, ravim või meditsiiniseade on tõestatud toimega ning millised on selle eelised ja puudused võrreldes olemasolevate ravivõimalustega. Tihti on küsitud, kas ei võiks seda etappi ravimite puhul vahele jätta, kuna näiteks müügiloa taotlemise käigus ravimid juba läbivad ühe hindamise.

Müügiloa väljastamiseks koostatavast hinnangust aga ei piisa. Müügiloa kõlblikkuse hindamise ülesandeks on kaaluda, kas ravim on platseeboga ehk mitteravimisega võrreldes efektiivne, ohutu ja kvaliteetne, st ei tekita võrreldes ravimata jätmisega tervisele kahju.

Ravimite ja ka tervishoiuteenuste hüvitamise hindamise etapis on aga lisaks oluline võrrelda uut ravimit juba kasutatavate ravimeetoditega, et selgitada välja, kas see on võrdväärne seniste standarditega ja kas ning mil määral saadakse uuest ravimist või teenusest lisakasu ehk et kui efektiivne on uus meetod võrreldes olemasolevatega.

Samuti on piiratud ressursside tingimustes oluline kulutõhususe hindamine, mille eesmärgiks on vaadata, kas ravist saadav kasu on selle maksumusega vastuvõetavas tasakaalus. Vastuvõetav kulutase on osaliselt seotud rahvusliku rikkusega. Käesoleval ajal püüab Eesti ravimite puhul järgida Maailma Terviseorganisatsiooni poolt soovitatud põhimõtet, mille kohaselt tuleb kulutõhusaks lugeda selliseid ravimeetodeid, mille abil lisanduva täiskvaliteetse eluaasta maksumus ei ületa kolmekordset rahvusliku kogutulu aastamäära ühe elaniku kohta. 2013. aasta andmetel on seega jõukohasuse tase umbes 40 tuhande euro juures.

Loomulikult ei ole nimetatud kulutase ei Eestis ega ka teistes riikides ainsaks otsustuskriteeriumiks, oluline on arvestada ka alternatiivsete ravivõimaluste olemasolu.

Mida enam ületab ravimi prognoositav kulu soovitatavat taset, seda tugevamad peavad olema ravist saadava tulu argumendid, et teha positiivset rahastamisotsust.

Esineb juhtumeid, kus positiivse rahastamisotsuse takistuseks osutub ka ravimitootja poolt ravimile määratud ebanõistlikult kõrge hind. Võib üsna kindel olla, et kui kogu farmaatsiatööstuse poolt pakutav pikemalt kaalumata ära osta, on järgmisel päeval selle maksumus lihtsa majandusloogika kohaselt tõusnud ja vajadused jälle võimalustega katmata.

Tänapäevaste ravimite hind ja neist saadav kasu vääraks eraldi debatti, kahtlemata on tegemist suure ja kasumliku tööstusharuga. Näiteks on juba üsna tavapärane, et kaugelearenenud vähi ravimi eest, mis pikendab patsiendi eluiga keskmiselt 3-6 kuud, küsib ravimitootja 50-100 tuhat eurot ühe patsiendi kohta. Täna keskmist palka saaval maksumaksjal kuluks ravikindlustusmaksu võrra sääste kogudes sellise summa kokkusaamiseks ligikaudu 50 aastat. Võrdluseks – 100 tuhande euro eest on võimalik teostada ligikaudu 120 rinnakasvajate kemoteraapiakuuri e. ravida u 18 patsienti. Siinkohal soovin rõhutada, et otsuseid tehes ei vastandata ühtesid patsiente teistele, vaid kõiki uusi teenuseid ja ravimeid hinnatakse eraldi. Küll aga tuleb alati silmas pidada kõigi kindlustatute vajadusi sõltumata haigusest.

Tuleb rõhutada, et eelpool nimetatud kaalutlused on universaalsed – sarnastel põhimõtetel hinnatakse tervisetehnoloogiaid ka teistes riikides. Kaalutluste peamine eesmärk on tagada, et ühiskondlikke ressursse kasutatakse maksimaalselt efektiivselt ning et kasusaajate hulk oleks võimalikult suur.

Seega on meie jaoks võtmeküsimus, kuidas ravikindlustuse eelarve raames eelpool nimetatud ravikindlustuse põhimõtteid võimalikult hästi järgida.

Ilmselt oleks meil võimalik muuta pikemalt kaalutlemata rahaliselt kättesaadavaks kõikvõimalik ravi ühe või teise tõsise haiguse puhul. Samas on väga kaheldav, et ülejäänud haigustega patsiendid, kes millestki seetõttu võib-olla loobuma peavad, sellega nõus oleksid. Seega on riiklikul ravikindlustusel omapoolsete kompenseerimisotsuste tegemisel mitmeid olulisi kaalutluskohti.

Et saavutada ravikindlustuse seisukohalt aktsepteeritav hinnatase ning muuta uued innovaatilised ravimid inimestele kättesaadavaks, püüame leida erinevaid uudseid lähenemisviise. Ühe lahendusena oleme tänaseks kahe vähiravimi puhul praktiseerinud riskijagamist ravimi müügiloa hoidjaga. See tähendab, et riiklik ravikindlustus tasub ravi eest ainult selgelt mõõdetava, nn oodatud toime avaldumise korral - selle puudumisel jääb ravimi kulu ravimitootja kanda. Kuivõrd sellist lähenemist oleme katsetanud alles lühikese perioodi jooksul, on lõplikke järeldusi veel vara teha. Siiski teame, et mainitud ravimeid on kasutanud juba mõned patsiendid. Koostöös erialaarstide ja sotsiaalministeeriumiga uurime praegu võimalusi, kuidas riskijagamine tulevikus enam kasutust leiaks. Selle eduka rakendamise korral peaks kokkuvõttes tekkima tasakaal ka juhtudel, mil ravimist saadav kasu ja selle maksumus on olnud esialgselt ebamõistlikud.

Kõik eelpool nimetatud printsiibid on üliolulised tagamaks solidaarsuse põhimõtte arvestamine ning Eesti ravikindlustussüsteemi jätkusuutlikkus.

On selge, et kulude tasakaalu ja meditsiinilise tõendus põhise põhimõtte ei pruugi olla kooskõlas iga haigestunud inimese, tema lähedase või raviarsti ootustega. Inimlikult on täiesti arusaadav, et haiguse korral soovitakse kasutada kõiki olemasolevaid vahendeid sellega toimetulemiseks ning ravimi meditsiiniline tõendus põhise ei ole haige inimese jaoks ainus argument. Eriti juhul kui haigus on raske ja vaatamata ravile ei ole paranemine kindel. Sellise

olukorra ees seistes on tõesti palju oodata, et patsient või tema lähedased mõtleks esimese asjana sellele, kas ravi maksumus ja oodatav tulemus on tasakaalus või mitte.

Küllap seetõttu on ikka üleval küsimus, kas me ei saaks olla paindlikumad ja loobuda kriteeriumite kaalumisest. Kuid see saaks pädida ainult emotsioonipõhise otsustamisega ning tulemuseks saaksid parima rahastuse ainult piisavalt emotsionaalsed juhtumid ja häälekamad hüüdjad. Õiglus ja solidaarse ravikindlustuse kestlikkus ei oleks enam tagatud.

Siinkohal tuleb siiski rõhutada, et uusi tõenduspõhiseid teenuseid ja ravimeid lisatakse haigekassa rahastatavate ravimite ja teenuste loetellu pidevalt. Näiteks on viimasel kahel aastal haigekassa poolt hüvitatavate retsepti- ja haiglaravimite loetellu kokku lisatud 35 uut toimeainet. Kõigi ravimite hüvitamine ulatub käesoleval aastal juba 170 miljoni euroni.

Ka vähiravi võimaluste parandamisse on viimastel aastatel panustatud märkimisväärselt. Viimase 5 aasta jooksul on onkoloogilise ravi rahastamine kasvanud kolmandiku võrra ning vähkkasvajate raviks on haigekassa tervishoiuteenuste loetellu lisatud 5 uut teenust ning üle 30 ravimi.

Lõpetuseks.

Lähtudes tõenduspõhisusest ja kulutõhususest ning pidades silmas solidaarsuse põhimõtet tuleb tagada, et erinevate haiguste ravimisel toimuks kaalutlemine ühtede, kokkulepitud ja üldtunnustatud põhimõtetele vastavalt ning läbipaistval moel.

Adekvaatne ja läbipaistev hindamisprotsess on paratamatu ja hädavajalik ning kui mõni uus ravim ei ole seeläbi kiiresti rahaliselt kättesaadav, ei ole tegemist süsteemi tõrkega, nagu seda vahel on nimetatud. Tegu on igati seaduspärase kaalumise tulemusel langetatud otsusega.

Ravikindlustatud inimeste ühetaolise kohtlemise ning otsustusprotsesside läbipaistvuse tagamiseks on selged ühiselt aktsepteeritud põhimõtted ning aruandekohustuse täitmine täie vastutustundega kõigi tervishoiusüsteemi osapoolte ees. Neist põhimõtetest lähtub haigekassa kogu oma tegevuses. Uute teenuste menetlusprotsess on avalik - kõik osapooled ja huvilised saavad ettepanekute, taotluste menetluskäigu ja eksperthinnangutega kursis olla meie kodulehe vahendusel.

Üksikjuhtumite arutamise asemel tuleks senisest enam keskenduda ravikindlustuse otsuste aluseks olevatele põhimõtetele ja kriteeriumitele. Piiratud avalike ressursside tingimustes on ülioluline tagada otsustusprotsesside ratsionaalsus, selged põhimõtted ning läbipaistvus. Siinkohal panustab haigekassa järjepidevalt otsustusprotsesside avalikustamisse. Ainult enamuse kindel teadmine, et lähtutakse selgetest avalikult teadaolevatest põhimõtetest, kaasatud on pädevad eksperdid ja otsustusprotsess on läbipaistev, saab olla edasimineku aluseks ning tagavad vähemalt kindlustatute enamuse hinnangul ühiselt kogutud raha õiglase jaotuse.

Samal ajal on ravikindlustust alati täiendama oodatud erainitsiatiiv, mis ei pea muretsema kestlikkuse pärast ja võib oma otsustes lähtuda enda valitud kriteeriumitest. Eestis seni

kehtinud ravikindlustuse korraldus ja otsustamise aluseks olevad põhimõtted on suutnud pikki aastaid tagada kindlustatutele ühtse ja võrdse arstiabi, mille taset ei pea ka Lääne-Euroopas häbenema ning millega on rahul ka enamik Eesti elanikest.