

## Arstide mäss

### Piirideta Eesti 2.02

Ameerika futuristi Peter Schwartzi väitel kujundab tervishoiu tulevikku paljuski asjaolu, et inimene tarbib lõviosa ravikuludest oma viimase eluaasta või -kuu jooksul. Varem või hiljem peame me kõik arstidele silma vaatama. Selles mõttes on nende pehme võim ühiskonnas unikaalne. Küll on põlvkonniti muutumas kontekst, milles me arstiga suhtleme. See on muutus, mis meid kõiki intiimselt puudutab.

Tervishoidu mõjutavatest trendidest kõige laiemalt tuntud on tehnoloogia areng. Seejuures on meie ürgne instinkt kauem elada, vähemalt meditsiinivallas, tehnorengu peamiseid vedajaid – klient on alati olemas.

Teine laiemalt tuntud trend on elanikkonna vananemine. Selle taga on ühelt poolt seesama tehnoloogia ja teiselt poolt terviseteadlikkuse tõus. Seejuures kipuvad tervisekäitumise trendid olema vastandlikud – paralleelselt tarbime ka rohkem ja tugevamaid meelemürke. Nii või teisiti, neid elukaare lõppu jäävaid ravikulusid tarbime järjest hiljem.

Kolmandaks trendiks on piiride hägustumine, mis avaldub uute valdkondade pealekasvamises meditsiini äärealadel. Alates näiteks viljatusravist ja ortopeedilistest jalatsitest ning lõpetades töötervishoiu või iluraviga. Piiri tõmbamine ravi- ja n.ö. tavalise tervisetootte vahel muutub üha keerukamaks. Koos sellega muutub ka ravikindlustuse kõikehõlmavus järjest enam müüdiks. Ühelt poolt ei jõua me kõiki uusi leiutisi kõikidele kinni maksta. Teisalt ei lase Haigekassa monopol inimesel end isegi tavaliste ravikulude osas täiendavalt kindlustada (näiteks vanaduspõlveks).

Neljandaks, veidi varjatumaks trendiks on globaalsete ravimifirmade võimu suurenemine. Ravimiturg on maailmas kasvavalt reguleeritud, uute tulijate sisenemine raskendatud ja konkurents vähenemas. Samas muutuvad uutesse ravimitesse ja tehnikasse, aga ka kõige selle riiklikku kontrollimisse, investeeritud inimaeg ning teadmised järjest kallimaks. Nii läheb iga tehnoloogia abil juurdevõidetud eluaasta ja -kuu meile üha rohkem maksma.

Viiendaks, eelnevate koosmõjus on tõusmas eetiliste küsimuste valulikkus. Varasem praktika jättis eetilised valikud pea alati arstidele tsunfti-siseseks otsustamiseks. See praktika annab järjest enam tõrkeid, sest absoluutselt igal arstlikul otsusel on ka majanduslikud tagajärjed. Eestil on selles osas olemas õpetlik pretsedent (millest me vist küll midagi õppinud pole) – kadunud Marge Valdmanni lugu.

Eelnevat pilti täiendab veel üks, meditsiinist esmapilgul kaugelseisev suundumus – töövormide mitmekesisustumine. Meie töösuhted on muutumas lühemaks ja projektipõhisemaks. Seetõttu on ka traditsioonilise palgatöö osatähtsus teiste vormide kõrval aegamisi vähenemas. Timothy Ferrissi raamat „Neljatunnine tööpäev“ on hea näide noore üleilmastunud põlvkonna muutunud arusaamadest ja võimalustest seoses tööga. See ei tähenda fikseeritud tööajaga palgatöö lõppu. Küll aga on see 20. sajandil domineerinud töövorm taandumas tahaplaanile – umbes nii, nagu talupidamine. Seos meditsiiniga tuleb ilmsiks, kui meenutame, et selle hääbuva vormi külge on sotsiaalmaksu kaudu ankurdatud kogu Eesti tervishoiu rahastamine.

Kokkuvõttes, konflikt kirjeldatud suundumuste vahel on ilmselge. Seejuures ei lohuta meid eriti teadmine, et me pole üksi. Ja et samade vastuolude käes vaevlevad ka kõik teised

solidaarsuspõhimõttele rajatud tervishoiusüsteemid. Küll peaks see asjaolu meid mõtlema panema. Vähemalt enne, kui me Soome putkanud arstide-õdede asemele ukrainlasi ja moldaavlasti kutsume. Miks ikkagi on nii, et ka kõige rikkamatel riikidel, Norrast alates ja Austraaliaga lõpetades, on puudus kodumaistest arstidest ja õdedest? Miks on ka seal ravijärjekorrad igapäevane nähtus? Mis ikkagi on see fundamentaalne haigus, mida põevad kõik need riiklikud tervishoiusüsteemid?

Väidan siinkohal, et norrakate või austraallaste võimetus probleemi tuumale pihta saada on mõistetav – neil puudub sotsialismiehitamise kogemus. Eestlaste sinisilmsusesse sama leebelt suhtuda ei saa. Meile peaksid märksõnad nagu „järjekord“, „tööjõupuudus“ ja „defitsiit“ kananaha ihule ajama – kogu seda kremplit oleme ühes eelmises elus juba kogenud. Diagnoos on tegelikult lihtne: haiguse nimi on totalitaarsus.

Mäletan nõukogude ajast töökangelasi, alates lüpsjatest ja treialitist ning lõpetades dirigentide ja teadlastega.. Kindlasti on jäägitult tööle pühendunud inimesi ka praegu, kuid toona oli see omamoodi mässamine ümbritseva vastu. Kuna osa normaalse eneseteostuse valdkondi oli suletud, kandus teistesse rohkem energiat. Paradoksaalselt hoidsid paljuski just seda tüüpi mässajad tollaegset majandust ja kultuuri lõplikult kokku kukkumast.

Nõukaajal kippus häid töölisi vähemaks jääma, joodikute ja käegalööjate hulk kasvama. Täna tervishoidu vaadates on pilt nukralt sarnane. Ka see seisab sisuliselt püsti tänu vaikides, oma töö kaudu mässavatele arstidele ja õdedele. Tänu neile, kes ei ole veel piiri taha pagunud. Tänu neile, kes teevad oma tööd hingega, vaatamata ümbritseva bürokraatliku süsteemi totrusele. Tänu neile, kelle sotsiaalne närv ei ole karmis töökeskkonnas veel lõplikult nüristunud. Arvan, et meist enamikul on särav-sooje kogemusi kokkupuutest nendega. Nii, nagu ka masendavaid kogemusi väljumisest arsti juurest, näpu vahel mõttetu saatekiri kuu aja pärast toimuvale uuringule. Süsteemi tumeda poole valusamaid näiteid mäletab avalikkus Järve haigla patsientide ning kadunud Robert ja Ene Lepiksoni lugudest. Oma lähikondsete seast leiaksime sarnaseid lugusid lisaks ilmselt kõik. Paraku on meie praeguse süsteemi juures kindel vaid see, et häda korral ei saa te sellele kindel olla. Ainuke, mis teid ehk aitab, on (üllatus-üllatus) tutvused.

Õilsatel kaalutustel oleme oma ravikindlustuse rajanud kulupõhistele hindadele. Paraku on see enesepettus. Kes viitsib veebis avada raviteenuste hinnakirja, leiab eest rabava sarnasuse omaaegsete plaanikomitee normiraamatutega. See on ka loomulik, sest majandusteoreetiliselt on kulupõhine hind lihtsalt ümbernimetatud plaaniline omahind. Nii oleme taas-loonud maailma, kus edukas on see, kes paremini põhjendab, mitte see, kes paremini majandab. Osavamad majandijuhid olid varustuskomiteest alati sammu võrra ees. Nii on ka haiglajuhid ja farmaatsiatöösturid moodsa aja aparatšikutega kohanenud. Saunaõhtute asemel on ravimifirmade turunduseelarves küll uuenenud, kuid mitte alati eetilised kuluread – õhtusöögid ja õppereisid valitud arstidele näiteks. Majandusfilosoofiliselt on kulupõhine hind ka iseenesega vastuolus. Seda põhjusel, et ta sisaldab varjatud alusloogikat: mida rohkem kulutad, seda rohkem teenid. Siit ka fundamentaalne põhjus, miks ükski käsumajandus kunagi jätkusuutlik ei ole – igiliikur on võimatu. See jätkusuutmatuse võimaldabki, meie senise ravikindlustussüsteemiga jätkamisel, ennustada selle kokkukukkumist sama veendunult, kui Põhja Korea režiimi lagunemist. Ennustamatu on vaid kriisi täpne aeg ja vorm, mitte kriis ise. Selle fataalse diagnoosi kokkuvõtteks jääb vaid lisada, et meditsiinis tuntakse totalitaarsust – ühetaoliste rakkude monotoonset vohamist – ka vähi nime all.

Kas see tähendab, et tervishoius pole solidaarsusel tulevikku ja igäüks hoolitsegu enda eest ise? Ei tähenda. Solidaarsus ja totalitaarsus on kaks absoluutselt erinevat asja. Me elame Euroopas, kus solidaarsus on üks ühiskonna alusväärtuseid (see, mis meid näiteks Ameerikast eristab). Seega oleks solidaarsuse hülgamine vastuvõetamatu. Ajas tagasimineki ei ole üldiselt olnud hea lahendus. Vastupidi, edasimineki on.

Kindlasti ei ole väljapääs leitav senise paradigma seest. Näiteks haigusrahade väljaviimine Haigekassa eelarvest või FIEde pitsitamine maksuameti poolt ei puuduta probleemi olemust. Kui Anthony Giddensi moodi kolmandat teed otsida, siis eeldab see senisest kastist väljumist. See eeldab mõtteliste piiride tuvastamist ja ületamist, mis meie tänast süsteemi kammitsevad. Et jutt ketserlikult lõpetada (ja et kogu eelnev ei jääks vaid tühjaks kurtmiseks), julgen mõne ideealge ka välja öelda.

Totalitaarsuse vastu aitab otsedemokraatia. Me saame ära kasutada neid vilju, mida sotsiaalne innovatsioon on ümbritsevas ruumis juba loonud. Nii peaks õiglase kaubanduse mudel olema avalike teenuste hinnakujunduses tõsiseltvõetav alternatiiv kulupõhisusele. Ka saab seda kombineerida avatud lähtekoodi tööpõhimõtetega. Miks ei võiks me lasta raviteenuste hinnakirja koostada rahval? Või miks ei võiks me ise, näiteks mõnes kohandatud e-riigi foorumis, arsti, haiglajuhhi ja kindlustajaga hinnas kokku leppida? Väidan, et kartused kaasneva korralageduse ees on asjatud. Avatud keskkondades tekkivad sotsiaalsed normid on osutunud ootamatult jõuliseks korrastajaks. Vikipeedia ja Linuxi mudelid on oma elujõulisust ammu tõestanud.

Vähemalt esialgse googeldamise tulemusel ma maailmast sellelaadset pretsedenti ei leidnud. Seega on meil ka võimalus olla teenäitajaks. Seni aga võib revolutsiooni oodates vaid kõigile soovida, et teie vajadus arstiga kohtuda lükkuks võimalikult kaugele tulevikku.

Guido Viik

Avaldatud: Piirideta Eesti, Eesti Päevalehe vaheleht, 20.02.2009