



19.06.2024

Lp Kadri Lepikult

Konkurentsi haldusmenetluse valdkonna juht

Konkurentsiamet

Tatari 39, 10134 Tallinn

edastatud e-kirjaga: info@konkurentsiamet.ee, Kadri.Lepikult@konkurentsiamet.ee,
EnnRobert.Kinnas@konkurentsiamet.ee

RE: Konkurentsiameti ortodontiateenuste lühianalüüs

Lugupeetud Kadri Lepikult

Eesti Ortodontide Selts („EOS“) tänab võimaluse eest osaleda Konkurentsiameti poolt 13. juunil 2024 korraldatud ümarlaval. Konkurentsiameti koostatud lühianalüüs on heaks esmaseks sissevaateks valdkonnaga seotud küsimustele. Samal ajal peame rõhutama, et lühianalüüs vajab arvestataval määral täiendamist ja täpsustamist. Kasutatud andmed ei ole olnud lõpuni täpsed ning kõrvale on jäetud ka olulisi küsimusi. Lühianalüüsi pinnalt (i) ei ole võimalik asuda seisukohale, et ortodontiateenuste hinnatase on tõusnud (pigem ilmneb laiem mure hambaraviteenuste hinnatasemega ning ortodontias on näiteks palgataseme kasv olnud madalam inflatsioonist samal perioodil, st reaalhinnad on langenud); (ii) puudub analüüs tegeliku kättesaadavusega seotud probleemi osas (ei ole analüüsitud peamist viisi, kuidas jõutakse ortodontini); (iii) üldse ei ole käsitletud kvaliteediga seotud küsimusi; ja (iv) pakutud lahendus võib pigem viia olukorrani, kus tõusevad tervisehoiuteenuste hinnad, langeb nende kättesaadavus ja seda esteetilise eesmärgiga teenuse eelistamisel (st. olemuslikult pigem kannab ühiskonna kui terviku heaolu).

Alljärgnev EOSi tagasiside on jagatud kolme alapeatükki: (i) kommentaarid Konkurentsiameti koostatud ülevaatele (slaidide kaupa); (ii) täiendavad teemad, mida analüüs peaks hõlmama; ja (iii) EOSi ettepanekud olukorra parandamiseks. Tulenevalt jäetud lühikesest tähtajast ei ole EOSil olnud kahjuks võimalik kõiki toodud teemasid ise lõpuni analüüsida ega ka alati asjakohaseid andmeid hankida. Oleme valmis kindlasti panustama analüüsiga seotud järgmiste sammude korral. Kinnitame valmisolekut panustada ka suvekuudel.

A. Kommentaarid Konkurentsiameti edastatud lühianalüüsile

Slaid nr 3: Konkurentsiamet on selgituste kohaselt pannud analüüsi kokku vaid avalikel andmetel, sh lähtudes meediakajastusest. EOSile teadaolevalt on mitmed avalikud käsitlused sisaldanud ekslikke faktiväiteid, mistõttu nende kasutamisel on vajalik olla allikakriitiline. Näiteks:

- Rudi, H. (2022). [Ortodontide nappus on viinud pikkade järjekordadeni](#). Materjal sisaldab valeväidet palga osas. Ajakirjandusse jõudnud 10000-11000 eurone kuupalk põhineb valedel andmetel, mis vajavad tugevat korrektuuri koostöös Tervise Arengu Instituudiga, mida Tervise Arengu Instituut juuni alguses toimunud kohtumisel EOSiga ka kinnitas ning lubas metodoloogia ümber vaadata, et veel käesoleval aastal andmeid korrigeerida.
- Einmaa, I-M. (2024). [Hambaarstid tahaks ortodontilist ravi teha, ortodondid ei nõustu](#). ERR. - aastaid kestvad järjekorrad; "Hambaarstide hinnangul ei ole keskmiselt enam kui 10 000 eurot kuus teenivad ortodondid aga huvitatud ühise laua taha istumisest.
- Pärli, M. (2024). [Konkurentsiamet uurib, miks ortodondi juurde on liiga pikad järjekorrad](#). ERR. Materjalis on meelevaldselt kasutatud sõnu nagu ebamõistlikult pikk, lootusetu olukord jm. "Seda ilmestab ka asjaolu, et ortodontide palgad on meditsiinisektori kõrgeimad, keskmiselt 10 000 eurot kuus, mis ületab arstide keskmist palka 2,5-kordselt."

Lisaks juhime Konkurentsiameti tähelepanu, et suur osa artiklitest ortodontia teemal on kirjutatud EPL ajakirjaniku Piret Reiljani poolt. Viidatud ajakirjanik on küsimuse suhtes olnud kallutatud. Antud artiklite osas on EOS tänaseks kaevanud pressinõukokku eelkõige faktide ja oletuste segi ajamise ning lugude kallutatuse eest.¹ Näited sellistest artiklitest on järgnevad: Piret Reiljan, 05.02.2024 Eesti Päevaleht, "[Uues teraapias soovitatakse lapse suu ööseks kinni teipida. Arstides tekitab see vastakaid arvamusi](#)"; Piret Reiljan, 22.01.2024 Eesti Päevaleht, "[Madin magusa äri pärast: ortodondid ei taha hambaarste oma tööpõllule lasta](#)"; Piret Reiljan, 20.12.2023 Eesti Päevaleht, "[Eriarst: ortodontia kobarkäkk-ärihuvid segavad arstiaegade puuduse lahendamist](#)". Kokkuvõttelikult, võimalik ei ole lähtuda ainult avalikest allikatest.

Lühianalüüsi tekstist ei ole kahjuks täpselt järgitav, kuidas viites nr 1 toodud allikaid on alati kasutatud ning kuidas need on mõjutanud seisukoha kujunemist. Vastavalt ei ole võimalik ka konkreetset esitada seisukohti seonduvalt antud artiklitega.

Lisaks tuleks Konkurentsiametil võtta arvesse ka teisi andmeid peale avalike, kuna eelneva tegemata jätmine võib tekitada olukorra, kus toodud käsitlus ei ole lõpuni täpne. Lühianalüüsis on just viidatud mure ka tekkinud. Kuigi on püstitatud hüpoteese seoses turu toimimisega, siis on jäetud seonduvad andmed kogumata (kuigi eelnev oleks pigem lihtsamini teostav ja vastavalt saaks ka lahendada küsimuse, kas hüpoteesid on paikapidavad). **Sektoripõhine**

konkurentsianalüüs ei saa põhineda ainult avaldatud meediaartiklidel ning teistel lihtsalt leitavatel andmetel, vaid vajalik on kasutada ka laiemat ringi avalikult kättesaadavaid andmeid.

Meedias esitatavate väidete juures on oluline, et nn COVID'i ajast on veel jäänud alles järjekorrad, mis senini avaldavad mõju tänasele olukorrale (lisaks ortodontiale ka laiemalt meditsiinisektoris). COVID'i pandeemia ajal kulus ortodondi visiidiks vähemalt kaks korda rohkem aega (desinfektsiooninõuded, aerosoole genereerivate protseduuride edasi lükkamine, uute patsientide vastuvõtu mahu vähendamine), ehk umbes 50% patsientidest ei saanudki vastuvõtule, lisaks mõjutasid valdkonda ka liikumis – ja vastuvõtupiirangud, mille ulatust on täpselt võimatu hinnata. Igal juhul tuleks analüüsis võtta arvesse vähemalt järgmisi meedias ilmunud artikleid.²

Slaid nr 4: Ortodontiateenuste pakkumine [1]

Konkurentsiamet rakendab lühianalüüsi ühe olulise elemendina nn „backward-bending supply curve of labour“ teooriat. Lühianalüüsi teksti pinnalt ei ole järgitav, miks on antud teooria käesoleval juhul kohalduv (miks see on relevantne ortodontide osas, kuid mitte näiteks hambaarstidele vms). Lahti ei ole selgitatud antud teoreetilise mudeli kasutamise eeldusi. Samuti järgne empiirilised ega teoreetilised argumendid, mis õigustaks viidatud teoreetilise mudeli kasutamise (seda eriti olukorras, kus toodud mudel on otseses vastuolus nn tavapäraste majandusteoreetiliste mudelitega, mille keskeks eelduseks on hinnakasvuga kaasnev pakkumise kasv). EOSile arusaadavalt on antud mudeli paikapidavus oluliseks eelduseks lühianalüüsi tulemuste õiguspärasusele. Kui teooria ei ole hetkel empiirilisel rakenduv, siis peaks ortodontide kõrgem palk (kui see eksisteerib) tooma kaasa suurema pakkumise turul ning selliselt kõrvaldama konkurentsiprobleemi (kui see ka eksisteeriks). Vastavalt on analüüsiga edasi liikumisel oluline toodud mudeli relevantsuse tuvastamine.

Toodud teoreetilise käsitluse teoreetiliseks aluseks on toodud 1962. aasta teadusartikkel (EOSile ei ole artikkel tervikuna kättesaadav). Viidatud artikli esimene lause viitab, et antud teooria on primaarselt olnud relevantne **teatud tingimustele vastavate arengumaade korral**. Lisaks selgitab antud artikli esimene lõik, et artikkel **ei hinda teooria empiirilist paikapidavust** ning tegeleb ainult antud fenomeni (kui see eksisteerib) teoreetiliste mõjude analüüsiga. Tulenevalt tagasiside andmise lühikesest ajaraamist ei ole olnud võimalik detailsemalt analüüsida asjakohast kirjandust, kuid esmapilgul on ilmnenu, et vähemalt algselt on fenomeni uuritud just vähem arenenud riikides ja ka väiksema sissetulekuga inimgruppide korral (selgelt käesoleval juhul mittekohalduvad stsenaariumid). Arenenud riikide osas esineb vähemalt viiteid, et kirjeldatud

teoreetilise käsitluse empiiriline paikapidavus ei ole üheselt tuvastatud.³ Selliselt on küsitav selle kohaldamine Eesti kontekstis (vähemalt eeldab viidatud lahendus detailsemat selgitust ja tegeliku olukorraga sidumist).

Lisaks, lühianalüüsis on eeldatud, et nn tahapoole kõverdunud pakkumiskõver kohaldub **kõikidele ortodontidele**. Selliseks seisukohaks puudub põhjendus. Kui mõni ortodont ka eelistab enam vaba aega suuremale sissetulekule, **siis lühianalüüsis toodu kohaselt on paljudel ortodontidel mitu töökohta**, st nende osas tundub kohalduvat tavapärane pakkumiskõver (suurem hind tingib suurema pakkumuse). Lühianalüüsis tuleks käsitleda, miks tervikuna (ortodontide üleselt) kohaldub tavapärase majandusteooriaga vastuolus olev käsitlus.

Laiemalt on küsitav tahapoole kõverdunud kõvera teooria empiiriline relevantsus, sest erinevates empiirilistes uuringutes on pakkumuse elastsus varieerunud niivõrd palju, et see on seadnud kahtluse alla tööjõuturu puhul nõudluse ja pakkumuse kõverate teooriate kohaldumise tervikuna.⁴ Uuringutes on tuvastatud vertikaalseid, *forward falling*, tahapoole kõverduvaid ning tagurpidi S-kujulisi kõveraid. Selliste vastuoluliste tulemite olukorras on oluline kahtlus, kas ükski tööjõuturu pakkumuse kõver tegelikkuses kirjeldab reaalsust piisava täpsusega.⁵ Kuna teaduses on aluseks võetud käsitlused küsimärgi all ning nende tõepärasus ei ole kindel, siis tahapoole kõverduva kõvera teooriale tuleb tugineda kriitiliselt ja põhjendatult, mida Konkurentsiamet hetkel teinud ei ole. Selle teooria paikapidavust on eeldatud ilma analüüsi ja kriitilise käsitluseta.

Samuti on küsitavad antud teooria kohaldamise eelduste aja- ning asjakohasus 1962. aasta järgselt aset leidnud muutuste tõttu majandusteoorias. Eelkõige, viidatud teooria põhineb suuresti klassikalisel käsitlusel, et inimesed on ratsionaalselt kalkuleerivad (nn *homo economicus*). Samas Konkurentsiameti viidatud artiklile järgnevalt arenenud käitumuslik majandusteooria (*behavioural economics*) on selle eelduse kahtluse alla seadnud.

Lõpuks, kui lähtuda Konkurentsiameti kogutud andmetest, siis on ortodontide nominaalne palgatase viimaste andmete kohaselt ja reaalne palgatase juba aastate lõikes langenud. Vastavalt, kui kohaldub nn tahapoole kõverduv pakkumiskõver, siis peaks aset leidma ka ortodontide suurem tööle naasmine (seda ei ole aga tuvastatud). Alternatiivselt, kui kohalduvad tavapärased majandusteoreetilised mudelid, siis langevate hindade korral väheneb ka teenuse pakkumine, mis ei viita aga konkurentsiprobleemile, vaid tarbijate soovimatusele enam teenust tarbida.

Sõltumata konkreetsest teoreetilisest mudelist, 2019. aasta algusega võrreldes on inflatsioon olnud Eestis üle 40%, samal ajal on ka lühianalüüsis toodud andmetel kasvanud ortodontide palgad ca 35%, st ostujõud on langenud. Sellises olukorras ei ole eluliselt usutav, et palga nominaalne kasv tingib väiksema teenuse pakkumise.

Konkurentsiamet esitab kategoorilise väite, et tegelik teenuse pakkumine oluliselt madalam kui 75 inimese täistööaeg. EOSi hinnangul eeldab sellise kategoorilise väite esitamine detailset tõendamist. On täiesti võimalik, et osad ortodondid ei tööta täistöökoormusega. Samas ei ole lühianalüüsis kaalutudki seda, et mitmed spetsialistid võivad töötada suurema tööaja koormusega nagu meditsiinis tavaline või töötavad mitmel toolil (ehk teenindavad samaaegselt mitut patsienti, kasutades abistavate tegevuste juures kolleege). Täpsema ülevaate ortodontide tegelikust töökoormusest saaks hambaravikliinikute poole pöördumisel. Selle sammu astumata jätmisel on antud väide hüpoteesiks, mis ei ole veel tõendatud.

Slaid nr 5: „Ortodontiateenuste pakkumine [2]“.

Lühianalüüsis esitatakse väide, mille kohaselt Tervise Arengu Instituudi uuringus *tuuakse välja, et Eestis on ortodontiliste teenuste ravi vajadus juba laste seas suurem Euroopa riikide keskmisest.* EOS tutvus uuringuga ning ei suutnud leida kinnitust toodud väitele, et Eestis on ortodontiliste teenuste ravivajadus juba laste seas suurem Euroopa riikide keskmisest. Uuringus on kasutatud ortodontilise ravivajaduse hindamiseks IOTN indeksit, kuid võrdlust Euroopaga (lähtudes sellest indeksist) ei ole toodud. Lisaks on uuringu läbiviijad nentunud, et 3- ja 6-aastaste tulemused võivad olla tulenevalt IOTN indeksi omapärast ebatäpsed. Täiendava teaduskirjanduse analüüsi abil on leitud, et IOTN indeksi väärtused on Eesti 12-aastaste laste seas aga tugeva ja väga tugeva ravivajaduse kontekstis madalamad, kui teistes Euroopa riikides (Rootsis 29-30%⁶, Saksamaal 30,8%⁷, Itaalias 27%⁸ vastava vanusega populatsioonis). Palume kontrollida lühianalüüsis esitatud seisukohta ning võimalusel täpsustada viidet lehekülje numbriga, et oleks võimalik antud väidet kommenteerida. Eelnev on analüüsi kontekstis relevantne, kuna mõjutab väiteid seoses teenuse nõudlusega (lühianalüüsi keskne seisukoht on, et ortodontiliste teenuste nõudlus on kõrge).

EOSil on hea meel, et tähelepanu on pööratud ka laste hammaste tervise uuringus kajastatud dmft ja DMFT indeksitele. **Need ei hinda aga ortodontilist ravivajadust, vaid näitavad hambaravivajadust ehk kaariesest kahjustatud, täidistega ("plommitud") või eemaldatud hambaid.** Uuring tõestab, et Eesti kontekstis on meil probleem kaariese ja selle tüsistustega (st pigem on probleeme laste nn klassikalise hambaravi kvaliteediga). Kui suudaksime hoida dmft/DMFT indeksid madalad, oleks võimalik ennetada ka kaariese kaugtagajärgi ehk liigvara piimahamba eemaldamise järgselt tekkinud ruumipuudust ja seega ortodontilise ravi mahtu vähendada või sootuks ilma ravita hakkama saada.

Lühianalüüsis selgitatakse, et *kuna ortodontide suhtarv populatsiooni on madal, siis on arvutuste veamäär kõrge.* EOSile ei ole antud mõttekäik järgitav. Arusaadavalt on olemas täpsed andmed

ortodontide kohta riigiti. Samuti on üldreeglina kättesaadavad täpsed andmed elanikkonna kohta. Seega ei tohiks viidatud veamäär oluliselt mõjutada toodud suurust. Isegi kui veamäär oleks mingil põhjusel oluline, siis peaks see olema samaväärne ka teiste riikide osas (kuna neis riikides on viidatud suhtarv veelgi madalam). Vastavalt palub EOS Konkurentsiametil antud argument kas eemaldada lühianalüüsi lõppversioonist või seda detailsemalt põhjendada.

Samuti ei ole lühianalüüsis täpsemalt selgitatud, mida on mõeldud riiklike omapäradega arvestamisel.

Ulatuses, milles slaidi nr 5 sisu on võimalik kontrollida, on võimalik järeldada ainult seda, et Eestis on ortodonte enam, kui seda soovitab WHO.

Slaid nr 6 ja 7: „Ortodontiateenuste pakkumine [3] [4]“. Tehniliselt võib olla eksitav slaidide pealkirjades ortodontiateenuste pakkumisele viitamine, kuna antud slaidid tegelikkuses analüüsivad hambaraviteenuste pakkujate hulka laiemalt (samalaadselt võiks olla eksitav analüüsida Eestis avalikus teenistuses olevate isikute arvu ning esitada selle pealt järeldusi Konkurentsiameti töötajaskonna kohta).

Lisaks:

- Kui slaidil nr 5 selgitatud madal suhtarv populatsiooni põhjustab suure veamäära, siis kohaldub antud kaalutlus seda enam ka slaididel nr 6 ja 7 toodud andmete numברי osas. Vastavalt oleks korrektne ka antud kaalutluse lisamine ka siia (või slaidilt nr 5 välja jätmine).
- Veelgi enam, **antud andmed ei ole asjakohased ortodontiliste teenuste kättesaadavuse hindamisel.** Slaidid analüüsivad hambaarstide üldarvu ja järelkasvu. Ortodontide osakaal neis numbrites on alla 4%, mistõttu antud numbritest ei ole võimalik teha järeldusi eriarstide osas.

Arusaadavalt saab slaididest 5-7 teha järelduse, et **Eestis on asjakohaseid erialaspetsialiste (hambaarste, sh ortodonte) Euroopa keskmisest enam, kuid murekoht on uute spetsialistide koolitamine.** Eelnev omakorda võiks tingida hambaravi teenuste tervikliku kättesaadavusega seotud probleemid tulevikus. Nende järeldustega EOS nõustub ning palub seda Konkurentsiametil kindlasti oma kokkuvõttes olulisemal määral välja tuua ning võtta arvesse ka soovitude juures.

Slaid nr 8: „Ortodontiateenuste pakkumine [5]“.

- Slaidil toodud väited ortodontide järelkasvu osas ei anna edasi tervikpilti. Esiteks, tuleks esitada juurdekasv suhtarvuna (kuna erialaspetsialiste on vähe, siis tegelikkuses on juurdekasv võrdlusarvuna olulisem). Teiseks on oluline vaadata eeldatavat juurdekasvu võttes arvesse ka juba hetkel ülikooli lõpetama hakkavaid residentide. Kolmandaks, tuleb arvestada Eestisse tagasi pöörduvate ortodontidega (näiteks on 2023. aastal Eestisse naasnud vahepeal välismaal töötanud arst Marju Vunder).
- Kahjuks ei olnud võimalik kontrollida toodud viiteid ortodontia eriala arengukavale (edastatud lingid ei töötanud). EOS ei vaidlusta siiski asjaolu, et kehtivat arengukava ei ole. See olukord ei ole ortodontia spetsiifiline – **enamikel erialadel puudub kehtiv arengukava**. Samuti, erialade arengukavade kujundamisel on alati osalenud valdkonna spetsialistid ning ortodontide osalus valdkonna arengukavade koostamisel ei ole kuidagi eriline. Jääb mulje, et ortodontidele heidetakse justkui ette osalust oma valdkonna strateegilises arengus (või nähakse selles isegi midagi korruptiivset). Palume Konkurentsiametil lühianalüüsi järgmistes projektides antud seisukoht kas välja võtta või täpsustada olulisel määral.
- Arengukava puudumine tuleneb asjaolust, et varasemalt kehtestati arengukavad TTKS § 56 lg 1 p 8 alusel sotsiaalministri määrusega. Antud volitusnorm tunnistati kehtetuks alates 01.01.2008. Seejärel tellis sotsiaalministeerium arengukavasid, kuid ka see praktika on lõppenud. Seega palume KA-l kaaluda, kas erialade arengukavade informatsioon on üldse asjakohane (sh soovitude osas) ja kui on, siis täiendada avaldatavat informatsiooni selgitusega, et:
 - arengukavad ei ole kohustuslikud ja puuduvad enamikel erialadel;
 - arengukavasid võib sotsiaalministeerium tellida, kuid on otsustanud seda mitte teha;
 - arengukavade koostamisel on igas meditsiiniharus kandev osa erialaseltsidel, kui antud osas nähakse mingil põhjusel probleemi, siis tuleks täpsustada, miks ja kuidas seda peaks vältima.
 - Igal juhul ei ole põhjust hetkel viidata 2012. aasta arengukavale, kuna tegemist on äärmiselt vana dokumendiga.
- Lõppastmes, palub EOS selgitada, millel põhineb väide, et EOSil on tugev jõud valdkonna kujundamisel. Tegemist on sisuliselt põhjendamata seisukohaga. Veelgi enam, lühianalüüsist on jäänud välja analüüs sellest, kuidas on omavahel seotud viidatud strateegia, sellele väidetavalt EOSi avaldatav mõju ning erialaspetsialistide juurdekasv. Põhjus, miks Eestis on aeglustunud hambaarstide (sh ortodontide) juurdekasv, seondub kõrghariduse rahastamisega ning riigipoolse tellimusega antud erialale. EOS pooldab igati

antud tellimuse suurendamist, kuid lühianalüüsi võib lugeda viisil justkui oleks EOS seotud madala riigipoolse tellimusega. Selline väide on aga eksitav.

Viimasest väitest tekib samas kahtlus, et meedias ilmunud artiklid on suurel määral mõjutanud Konkurentsiameti analüüsi, sest just väide, et EOS seisab valdkonna arengu vastu on sageli ilmunud meediakanalites. Vastupidiselt meedias ilmunud süüdistustele, ei reguleeri EOS õppetellimust ega uute teenuste turul pakkumist ning on organisatsioonina igati valmis koostööks.

Täiendavalt, EOS palub hoiduda lühianalüüsis hinnanguliste terminite kasutamist (kui see ei ole selgelt põhjendatud). Näiteks on slaidil 8 kasutatud väljendit „vaid 12 ortodonti“. Kuigi EOS nõustub, et spetsialistide juurdekasv peaks olema suurem, on antud väljendi kasutamine eksitav (arvestades ortodontide koguarvu) ning võib jätta lühianalüüsist kallutatud mulje. Kontrastiks võime tuua suu-, näolõualuukirurgide hulga – „vaid“ 6 lõpetanud 10 aasta jooksul.

Slaid nr 9: „Ortodontiateenuste pakkumine [6]“.

EOSi hinnangul ei ole viide, et 20 ortodonti töötab mitmes kliinikus täpne. Tõene on, et arstid sageli töötavad mitmes kliinikus, mis paiknevad eri asukohtades. Kas neid on just 20, on keeruline kommenteerida ja täna avalikult kättesaadavad andmed sõltuvad arstide ja kliinikupidajate esitatud andmetest, mis võivad olla ka vananenud. Eelnev näitab samas, et pakkumise poolne olukord ei ole sedavõrd problemaatiline, kuna selliselt jaguneb spetsialistide arv ühtlasemalt, võimaldades patsiendile pakkuda teenust tema elukohale kõige lähedasemas kliinikus.

Veelgi enam, asjaolu, et ortodondid tegutsevad mitmes asukohas pigem lükkab ümber „*backward-bending supply curve of labour*“ teooria asjakohasuse: (i) kui antud teooria kohalduks, siis peaks mitmel kohal olevate ortodontide arv olema väiksem (puuduma). Vastupidiselt sellele aga viimase 10 aastaga on ortodontiateenuse pakkumine laienenud Tallinnast ja Tartust ka Rakverre, Pärnusse, Võrru, Viljandisse, Kuressaarde; (ii) antud number pigem näitab, et kui ka mõnel spetsialistil ei ole soovi täistööajaga töötada, siis on neid, kes võivad pakkuda teenust sellest enam, selliselt jõudes olukorda, kus pakkumine tervikuna ei ole analüüsiv valitud teoreetilise mudeli valguses. EOSi esialgne palga – ja töökoormuse uuring näitas samuti, et arvestatav osa ortodontidest käib tööl mitmes linnas ja sageli väljaspool oma töökohta olevas linnas (seal siis ühel päeval nädalas). Selline olukorra väärtõlgendus võiski jätta mulje, et ortodondid ei tööta kogu tööaja ning võis samuti ajendada ülalmainitud ja meedias korduvalt mainitud kahtlusi, et ortodondid ei soovi teha tööd, mida Konkurentsiamet osaliselt põhjendab "backward bending supply curve theory" abil.

Slaid nr 10: „Ortodontiateenuste nõudlus [1]“.

Lühianalüüsis selgitatakse, et ka EOS tunnistab, et ravijärjekorrad võivad olla 9-24 kuud. Antud refereering ei ole aga lõplik alus määratlemaks ravijärjekordade pikkust: (i) EOSi esindaja on selgelt vastanud hinnanguliselt ja mitte konkreetseid andmeid analüüsides (vastuses on selgitatud „kui ma nüüd peast täpselt mäletan“) ; (ii) konkreetne järjekord erineb raviastutuse kaupa, st tegemist ei ole keskmise ajaga; (iii) viidatud on ainult teatud kliinikutele.

Lühianalüüsis ei ole samas andmetele põhinevalt tuvastatud, milline on tegelik olukord ravijärjekordadega (näiteks läbi Tervisekassa andmebaaside või hambaravikliinikute osas uuringu läbi viimise). Ühe intervjuu käigus antud vastus (järjekord 9-24 kuud) on väga üldine määratlus ning selliselt ei saa olla realistliku konkurentsiolekorra analüüsi aluseks. Ometi ei ilmne lühianalüüsist muid andmeid ravijärjekordade pikkuse osas. EOS-i andmetel on keskmine järjekord ilma lepinguta asutuses juures 4,1 kuud nii lastel kui täiskasvanutel (vahemik 1,5-6 kuud). Tervisekassa lepinguga asutustes on laste keskmine ootejärjekord 16 kuud, täiskasvanute keskmine 11 kuud (vahemik 3 kuni 36 kuud). Selliselt tuleks eraldiseisvalt uurida, kas pikemad järjekorrad on pigem põhjustatud vähesest Tervisekassa finantseeringust ja mitte võimalikust konkurentsiprobleemist.

Igal juhul on oluline, et ortodontiline ravi pole reeglina aegkriitiline. 6-12 aastaste vanusegrupis on tugev ja väga tugev ravivajadus kuni 6% ja 12-aastastel väga tugev ravivajadus kuni 3%. Selliselt saab ravi tavapäraselt planeerida (ning aegkriitilised patsiendid on saanud teenust ka vastavalt vajadusele kiiremini). Vastavalt ei pruugi pikemate raviaegadega kaasneda ka automaatset ulatuslikku sotsiaalmajanduslikku mõju. Veelgi enam, ravijärjekordade pikkuse võrreldavuse tagamiseks tuleks seda kõrvutada teiste eriarstide järjekordade pikkusega. RaKS § 38 lg 3 alusel määrab tervisekassa poolt rahastatavate teenuste järjekorra maksimumpikkuse Tervisekassa nõukogu. Tervisekassa nõukogu viimase otsuse kohaselt võivad ravijärjekorrad olla kuni 18 kuu pikkused ja seda teenustel, mis ei ole üldse kosmeetilist eesmärki taotlevad (suurte liigete endoproteesimine näiteks).⁹ Kuna erialaspetsialistide järjekorrad võivadki olla pikad, siis oleks EOSi hinnangul Konkurentsiameti poolse ressursi kasutuse osas mõistlikum, kui keskendutakse kogu meditsiinisüsteemi hõlmavatele küsimustele, selle asemel, et tegeleda tervikliku süsteemi mõistes pigem väiksema küsimusega.

EOSi hinnangul ei ole Konkurentsiameti läbiviidud testid ortodontilise vastuvõtu aja broneerimiseks relevantset arvestades teenuse pakkumise omapäradega. Lisaks osutame vajadusele uurida ravijärjekordade pikkust vähemalt kahes geograafilises piirkonnas: Tallinnas ja Harjumaal ning ülejäänud Eestis. EOSis läbiviidud esialgsed liikmete uuringud vihjavad, et olukord ravijärjekordadega piirkonniti erineb drastiliselt ja seega võiks ka Konkurentsiameti analüüsi

fookus tähele panna piirkondlikke erinevusi ja hoida Harjumaa ning ülejäänud Eesti ravijärjekordade andmed lahus olukorra tõese kajastuse eesmärgil.

- **Üldreeglina ei leia ortodondi juurde aja broneerimine aset Konkurentsiameti kirjeldatud viisidel.** Ortodont on eriarst, kelle vastuvõtule registreerimine ning aegade kõige operatiivsem leidmine leiab praktikas aset hambaarsti saatekirjaga ja hambaarsti abil. Kuna ortodontia vastuvõtt eeldab paljuski patsiendipõhist lähenemist (vastavalt patsiendi demograafilistele andmetele, nt kui laps alla 10.eluaasta, on planeeritava diagnostika maht väiksem ja visiidi ajakulu lühem). Reeglina saadab hambaarst patsiendi eelinfo ise ortodontile, kellega ta tavapäraselt koostööd teeb, edasi. Selle järgselt leitakse patsiendile visiidi aeg ortodondi juurde. Eelnev on vajalik kasutamaks ortodondi aegu kõige efektiivsemal viisil (ja vältimaks põhjendamatuid pöördumisi). Hambumuse ravi käigus on sageli vaja ortodondil patsient suunata tagasi mõne raviprotseduuri tõttu (hammaste ravi, eemaldamine ja puhastus) ja hambaarsti ning eriarsti (ortodondi) vaheline koostöö möödapääsmatu. Veelgi enam, üldiselt töötavad ortodondid hambaravikliinikutes, mistõttu on hambaarstidel kõige lihtsam samas ettevõttes töötava ortodondi poole pöörduda aja saamiseks. Kui kliinikul ka ei ole endal ortodonti, siis tavaliselt on juba varasemalt paigas koostöösuhe, mis võimaldab efektiivse edasi suunamise.
- **Digiregistratuur (ÜDR) ordontiavaldkonnas ei tööta.** ÜDR pole tervishoiuteenuse osutajale kohustuslik ja vabatahtlikult pole keegi eraettevõtluse omapäradest tingituna liidestamist ette võtnud. Kuna täna on ÜDR'i plaanis riigi poolt ka uuendada ja selle töös esineb oluliselt vigu, kinnitavad EOSi andmed, et paljud kliinikud ootavad süsteemi uuenemist, et liituda kohe uue rakendusega ja mitte teha kahekordset investeeringut. Sellest tulenevalt ei näita test II, mitte ortodontiliste teenuste pakkumist/mittepakkumist, vaid hoopis tervishoiusüsteemi teisi kitsaskohti. **Minimaalselt tuleks kontrollida TEHIK-ust, kas ortodondi vastuvõtuaegasid üldse pakutakse digiregistratuuri kaudu välja.** EOSi andmetel ei edastata sinna vastuvõtuaegasid, sest selleks ei ole õigusaktidest (Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded § 5 lg-d 15 ja 16) või Tervisekassaga sõlmitud lepingust kohustust (ja ortodondini jõudmine peaks põhimõtteliselt leidma aset hambaarsti vahendusel).
- **Telefoni teel aja broneerimine ortodondi juurde on üks võimalikest viisidest vastuvõtule registreerimiseks.** Ka siin ei pääse EOS koostöö vajaduse rõhutamisest - ortodondid koos hambaarstidega on osad hambaravikliiniku tööst ning ka telefoni teel broneerimiseks on vajalik just hambaarsti koostatud digisaatekiri, millele eelneb läbivaatus. Seejärel pannakse patsient ootelisti, misjärel pakutakse aeg. Graafiku avamise järel (eri arstidel erineva perioodi ulatuses) tekivad uued vabad ajad esmaste patsientide jaoks ja need ajad pakutakse ootelistis olijatele vastava järjekorra alusel. Abiks on, kui suunamine

tuleb sama kliiniku hambaarsti poolt, sest eristatakse majasiseseid suunamisi majavälistest. Seda eelkõige põhjusel, et enne eriarsti (ortodondi) visiidile tulekut oleks tehtud hambaarsti juures vajalikud ettevalmistused (kaariese ravi, igemeravi jne.). Eelneva eesmärk on, et esmasel ortodondi visiidil ei tekiks muid põhjuseid, mis välistavad hambumuse raviga alustamist põhjusel, et eelnevalt vajab suu saneerimist.

- Eelnevast kantult ei ole tihtilugu võimalik broneerida aega ka veebis. Hambaravi ja ortodontiateenuseid tuleb vaadata ühe tervikliku teenusena. Lühianalüüsis nähakse ortodontiat hambaravi teenustest erinevana, see aga ei võta arvesse tegelikku olukorda. Samalaadselt toimib eriarstivastuvõtule suunamine ka meditsiinisüsteemis laiemalt, kus esmane kontakt on perearst, kes suunab patsiendi juba edasi saatekirja või e-konsultatsiooni kaudu. Selle kohta soovitame Konkurentsiametil lugeda Tervisekassa selgitust Eesti tervishoiusüsteemi astmelisusest.¹⁰ Selle dokumendi põhjal võib väita, et ortodontilisele teenusele pääsemine peabki toimuma läbi hambaarsti ja mitte patsiendi otse pöördumisega.

Sellisel ei näita lühianalüüsi aluseks olevad kolm testi tegelikku ravijärjekordade olukorda. **Sellisel viisil ortodondi juurde aja broneerimine aset ei leia (sh tingitult hambaravikliinikute eelistustest).** Antud viisil aja broneerimise laiem võimaldamine tingiks ka väga suure eriarsti kompetentsi väärkasutamise, kuna ortodont peaks hakkama tegelema tegevustega, mis tavapäraselt peaks jääma hambaarsti vastutusse. Palume Konkurentsiametil kaaluda eemaldamast viiteid toodud kolmele testile (need ei ole antud segmendis asjakohased ja selliselt on eksitavad). Antud osas võib olla abi Tervisekassa dokumendist sotsiaalkomisjonile, kus samuti juhitakse tähelepanu ÜDR probleemile.¹¹

Slaid nr 11: „Ortodontiateenuste nõudlus [2]“. Konkurentsiamet on seisukohal, et *ortodontilise teenuse nõudlus võib olla suurem, kuna „lootusetud“ ja hinnatundlikud patsiendid võivad olla ootejärjekorda registreerimisest juba loobunud.* Antud seisukoht ei võta arvesse, et vastuvõtule registreerimise mudel on erinev Konkurentsiameti eeldatust. Tegelik patsiendi tee ortodondini käib läbi hambaarsti. Ei ole põhjendatud olukorra teke, kus patsient peab ise leidma eriarsti, kelle juurde visiidile minna. Konkurentsiameti toodud analüüs selle elemendiga ei arvesta.

Esmatasandi arst peaks olema abiks eriarstiga suhtlemisel ja patsiendi kohta eelinfo edastamisel. Üks selliseid võimalusi on ka e-konsultatsiooni lahendus. Kahjuks ei ole hetkel vastavad platvormid veel kasutuses, kuid siin kiire lahenduse leidmine on üks kõige efektiivsemaid võimalusi ortodontiateenuse kättesaadavusküsimuse edendamiseks.

Selguse huvides toonitame, et Konkurentsiameti kirjeldatud mudel, kus patsient ise helistab ortodonte läbi esmase vastuvõtuaia saamiseks, on olemuselt ebaefektiivne. See tingiks olulise ressursikulu.

Samuti on väide, et on patsiente, kes loobuvad ravist, põhjendamata ning antud väitele tuginedes eeldaks täpsemate andmete kogumist. Eelkõige vajaks täpsemate andmete kogumist ja kinnitamist väide, et ortodontilise teenuse ostmisest loobutakse tulenevalt selle hinnast. Lühianalüüsis ei ole esitatud andmeid, mis võimaldaks väita, et ortodontiateenuste hinnatase on kõrge.

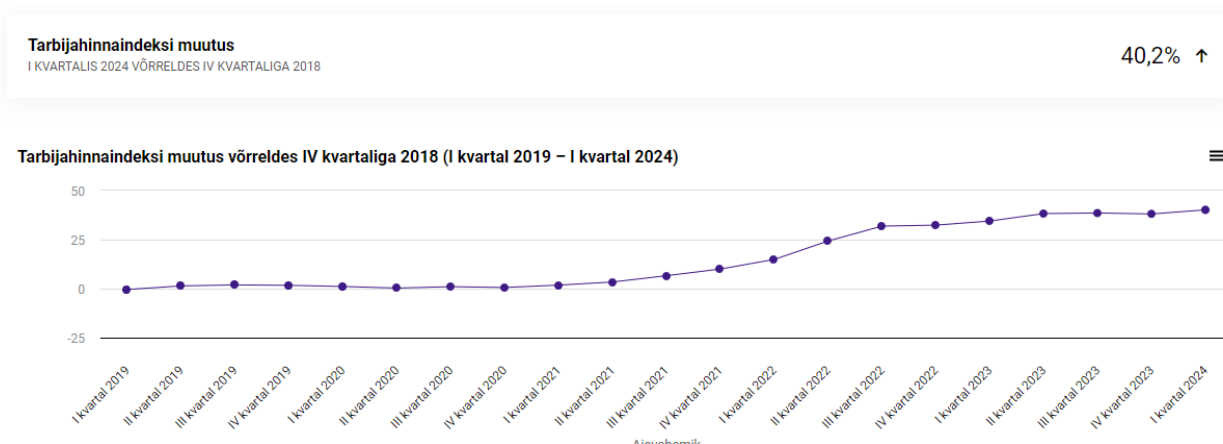
Slaid nr 12: „Konkurentsiprobleemi avaldumine [1]“. Lühianalüüsis esitatakse ülevaade, kuidas Eestis on hambaraviteenuste hinnakasv olnud suurem, kui ELis keskmisena.

- **Toodud hinnakasv ei peegelda ortodontiliste teenuste hinnakasvu.** Seda põhjusel, et ortodontia on väga väike osa hambaraviteenustest. Kasutades lühianalüüsis toodud andmeid, siis eeldades, et spetsialistide arv (1952 hambaarsti, kellest 75 on ortodondid) näitab ka teenuste osutamise mahtu moodustavad ortodontilised protseduurid alla 4% kõigist hambaraviteenusest. Selliselt illustreerib toodud analüüs vaid seda, et **hambaraviteenused tervikuna** (milles sees on väikse osana ortodontia) on muutunud kallimaks.
- Viidatud andmete juures tuleb arvestada kas sellega, et Eesti hinnatõus on tervikuna olnud kõrgem Euroopa keskmisest. Statistikaameti andmetel on hinnakasv 2015. aasta algusest kuni I kvartalini 2024 olnud 52,3%. Eurostati andmetel oli Euroopa Liidu üldine hinnakasv perioodil 2014-2023 poole väiksem, täpsemalt 25.2%. Vastavalt tuleb ka eeldada, et Eestis on teenuste hinnakasv kiirem.
- Hambaravi teenuste kallimaks muutumise põhjuste osas peaks täpsemalt uurima ka sisendhindasid, st. kas ja kui suures ulatuses on muutunud personalikomponent ja millises mahus sisseostuhinnad. Eesti-sugusel väikesel turul materjalide hankimine väikeste mahtude juures tähendab kõrgeid sisseostuhindu, sh. kõrget teenuste sisseostuhinda kasutades välismaiseid laboreid ja nende teenuseid, kuna Eestis vastavad kompetentsid ja lahendused puuduvad. Olulist rolli tooraine hinnatõusu valdkonnas mängis ka Venemaa rünnak Ukraina vastu ja seotud sanktsioonid, mis mõjutasid oluliselt nt. erinevate kaarematerjalide ja arstiriistade sisseostuhindu.

Slaid nr 13: „Konkurentsiprobleemi avaldumine [2]“. Lühianalüüsis esitatakse ülevaade, palgatasemete muutustest. EOS soovib täpsustada ning rõhutada KA analüüsis tuginevate andmete ebatäpsusele, mille osas on EOS koos TALga astunud samme arvutusmetoodika korrastamiseks ja selguse loomiseks.

- Kõik meedias ja TAI andmebaasides esitatud andmed põhinevad tööandjate edastatud tööajaandmetel ning makstud töötasul ühe kuu lõikes, mida üldistatakse tervele kalendriaastale. Tööajaandmetest esitatakse tarkvaralistel põhjustel aeg, mille arst veedab arstitooil (toolil töötatud aeg). Juurde ei arvestata ettevalmistustöid, vastuvõtuaegade planeerimist, ravige planeerimist, progressi monitoorimist, kliiniku administratiivset ja paberitööd (ravikaartide sissekanded jm). Heaks kliiniliseks tavaks on iga 6 toolil töötatud tunni kohta 2 tundi toolivälist tööaega mida toob välja ka näiteks UK arstide vastav [uuring](#). Seega on täpsuse huvides vajalik sisendandmete korrigeerimine - täiendamine või korrutamine valdkonna keskmise koefitsiendiga. EOSi hinnangul võib n-ö peidetud koormus ehk tooliväline tööaeg olla kuni 40%.
- Palume Konkurentsiametil pöörduda palgatasemete teadasaamiseks ka tegevusluba omavate tervishoiuteenuse osutajate poole. Nemad saavad esitada üldistatud andmeid selle kohta, milline on ortodondi tegelik palk, mitte statistiline keskmine. Ilma tööandjate poole pöördumiseta jääb Konkurentsiameti lühianalüüs paratamatult puudulikuks ja muutub kergesti rünnatavaks.
- Andmete ebatäpsus võimendub eriti arstide puhul, kes töötavad mitme tooli süsteemis. Ka näiteks kolme tooli süsteemis töötavate arstide tööajaandmed antakse toolil töötatud ajana, kuid seejuures ei korrutata seda mitte kolmega, vaid esitatud saab ajaline kulu vaid ühekordselt (nt. ortodondil on 4 tundi kestev kolme tooli vastuvõtt, siis esitatakse vaid 1x4h tööaega, mitte 3x4h tööaega ja 3 x1.6h toolivälist tööaega). Ortodontiliste teenuste pakkumist Eestis on parandanud nn mitme tooli vastuvõtu praktika. Selliselt tõsteti teenuse kättesaadavust ning eelnev võimaldas ka tõsta visiitide koguarvu hüppeliselt. Arvestades tarkvaraerisusi edastatakse aga mitme tooli vastuvõtu puhul vaid $\frac{1}{3}$ kogu toolil töötatud ajast. Ometigi on arst mitme tooli tööga hõivatud aja jooksul tavavastuvõtuga võrreldes mitu korda efektiivsem, kandes ettevalmistus- ja administratiivkoormust vaid isiklikult. Just viimase tõttu kasvab töökoormus mitme tooli vastuvõtu puhul mitmekordseks. Taaskord on väide kinnitav ka arvutuskäiguga, mida on võimalik teha visiitide koguarvu ja töötatud aja põhjal, mis annavad keskmise vastuvõtu ajakuluks 21,19 minutit, kuigi tegelikkuses jäävad ainuüksi visiitide keskmised 30-45 minuti ümbrusesse tööpäevade lõikes, rääkimata kabineti välisest ettevalmistus- ja administratiivkoormusest. Selliselt on alahinnatud tegelik ortodontide tööaeg, mis omakorda näitab ortodondi palgataset ülemääraselt kõrgena.

- Toodud võrdlus ei võta arvesse, et erinevalt ortodontidest on paljud hambaarstid praktilise omanikud (ja ortodontid üldiselt mitte). Toome siia vaid mõned näited: [Hanzadent OÜ](#) (dividendid 2022. aasta eest on 90 000 ja 2021. aasta eest - 365 000 eurot); [dr. Kalle OÜ](#) (dividendid aastal 2022. on 20 000 ja kasum 209 039 eurot) [dr. Mõttus Hambaravi](#), (2022. aasta jooksul välja võetud dividendide summa on 100 000 eurot) Selliselt ei kajastu kogu hambaarsti tasu palgana, vaid teatud osas ka dividendidena. Palume Konkurentsiametil antud asjaoluga arvestada ning võtta arvesse tasude võrdlemisel (alternatiivselt tuleks toodud võrdlus jätta välja, kuna tegemist oleks eksitava ülevaatega).
- Ka antud andmete osas (mis alahindavad hambaarstide palku ja ülehindavad ortodontide sissetulekuid) on oluline, et 2019-2023 on hambaarstide **keskmise palk kasvanud 71%**, samas ortodontide keskmine palk on **kasvanud 35%** (ja 2022-2023 olnud languses). Statistikaameti andmetel on vahemikus 2019-2024 (I kvartal) **THI muutus olnud 40,2%, st ortodontide keskmine reaalpalk on tegelikkuses vähenenud**, erinevalt hambaarstidest. Vastavalt ei ole võimalik esitada ka argumente ortodontide kiirest palgakasvust ja seotud konkurentsiprobleemidest. Seevastu hambaarstide osas on vähemalt Konkurentsiameti kogutud andmetel antud probleem olemas. Eelnevaga peab arvestama ka soovitude kujundamisel.



- Lühianalüüsis ei ole ka analüüsitud, et kajastuvad palgaerinevused võivad olla põhjendatud kõrgema kvalifikatsiooniga, kitsa spetsialiseerumisega kaasnevast lisanduvast tasust, sh ei ole näiteks võrreldud meditsiinisektori teisi palku ega nende vahesid. **Hambaarsti ja ortodonti palgatasemete võrdlus ei anna palgaerinevustest terviklikku pilti.** Korrektsem oleks võrrelda hambaarstide palgataset üldarstidega (st. residentuuri mitteläbinud arstidega). Ortodontide palgataset tuleks omakorda võrrelda samalaadselt residentuuri lõpetanud spetsialistiga, kes pakuvad teenuseid vabal turul (näiteks võiks kõne alla tulla ortodontide palgatasemete võrdlus plastilist kirurgiat pakkuvate teenuse

pakkujatega). Puhtalt hambaarsti kui üldarsti ja ortodondi palgataseme võrdlus on eksitav, kuna teenuse pakkuja kvalifikatsioon on äärmiselt erinev.

Slaidid nr 14-15: „Konkurentsiprobleemi avaldumine [3, 4]“. Lühianalüüsis selgitatakse lühidalt, et vahemikus 2000-2022 on kasvanud patsientide arv, kuid samaväärses mahus ei ole kasvanud visiitide arv. Lisaks rõhutatakse et laste visiitide arv on langenud.

- Vanusegrupis 0-14 olevat patsientide osas rõhutus, et „Laste visiitide arv on lausa langenud“ on olemuselt eksitav. Antud vanusegrupis olevate patsientide arv ise on langenud, mistõttu visiitide arv patsiendi kohta on jõudnud ka suhtarvuni, mis on samaväärne kõikide vanusegruppide kaupa (seda kinnitab ka graafik slaidil nr 16).
- Lisaks, vajalik on kaardistada põhjused, miks on täiskasvanud hakanud rohkem ortodontiateenust tarbima. EOSi hinnangul on nõudluse kasv tekkinud just esteetilisel eesmärgil tarbitavate teenuste tõttu ja seda on tagant tõuganud esteetilisi probleeme lahendavate kaperavi pakkuja aktiivne müügitöö (millel puudub laiem ühiskondlik kasutegur).
- Veelgi enam, esteetilist ravi soovivad isikud vajavad tavapäraselt ka vähem vastuvõtte soovitud tulemi saavutamiseks: (i) tihti piirdub antud ravi vaid ühe visiidiga, mille järel ravi olemust selgitades patsient loobub edasisest ravis; ja (ii) esteetilise eesmärgiga ravi on tihtilugu olemuselt mõneti lihtsam ja seda on võimalik teostada väiksemate visiitide arvuga. Soovitame tutvuda KA-I meditsiiniseadmete registri andmetega ja uurida statistikat meditsiiniseadmete müümise kohta Eestis, sest kapid liigituvad vastavalt MDR-ile meditsiiniseadmete hulka, mille tõttu on ka statistika olemas.

Slaidid nr 16: „Konkurentsiprobleemi avaldumine [5]“. Konkurentsiamet selgitab, et patsiendi kohta tehtavate visiitide arv on langenud. Eelnev indikeerivat, *et sagedasem on ühekordsete visiitide tegemine, raviplaanist loobumine ja/või ravi venimine*. Lühianalüüsis ei ole antud järeldust põhjendatud. Eelkõige on põhjendamata väide, et aset on leidnud raviplaanist loobumine ja/ või ravi venimine. EOSi hinnangul on teenuse enda osutamine muutunud efektiivsemaks ning võimalik on enam protseduure viia läbi väiksema arvu külastustega. Lisaks, väiksema visiitide arvu on põhjustanud ka ortodontide vastuvõtul konsultatsiooni käigus leidmine, et järgnev visiit ei ole vajalik. Ei ole korrektne asuda seisukohale, et väiksem arv ravivisiite on tingitud teenuse kättesaadavuse puudumisest (analüüsimate teenuse enda osutamise sisu).

Selguse huvides, Konkurentsiametil oleks võimalik antud küsimuses suuremat selgust saada läbi empiiriliste uuringute, kas patsientide, ortodontide või kliinikupidajate seas. Hetkel on slaidil 16

toodud seisukohad vaid hüpoteesid, mis ei pruugi langeda kokku tegelikkusega ja mida igal juhul ei tõenda esitatud joonised.

Slaidid nr 17: „Konkurentsiprobleemi avaldumine [6]“. Konkurentsiamet selgitab, et *Ortodontiateenuste nõudluse kasv on muutnud nõudluse ja pakkumise dünaamikat ning nihutanud nõudluse kõverat. Kuna pakkumine on fikseeritud, siis on see tõstnud avatud turul teenuse hindasid.*

Antud järeldused ei lähtu lühianalüüsis kajastuvatel faktidel:

- **Lühianalüüs ei ole tõendanud üheselt, et on olemas nõudluse kasv.** EOS ei vaidle, et juurde on tulnud patsiente, kuid lühianalüüsis ei ole selgitatud, kas nende osas on tegelikkuses rahuldamata nõudlust (võttes arvesse üleval kirjeldatud teenuse pakkumise mudelit).
- **Ekslik on väide, et pakkumine on fikseeritud.** Lisandunud on ortodonte. Kui ka peaks vastama tõe väide, et ortodontide töökoormus saaks olla suurem, siis on tegelikkuses kasutamata võimalused suuremas mahus töötundide kaasamiseks. Ka on Eestisse tagasi pöördunud ortodonte.
- **Lühianalüüsis puuduvad andmed, mis võimaldaks hinnata ortodontide teenuste hindade muutust (pigem on võimalik, et ortodontiateenuste reaali-hinnad on 2019. aastast langenud):** (i) esitatud on ainult hambaraviteenuste hinnamuutus tervikuna (ortodontia on sellest vaid väiksem osa); (ii) palgatase on ortodontide osas tõusnud oluliselt vähem kui hambaravil (reaalväärtuses on palgatase vähenenud). Sellest lähtuvalt saab (kitsalt lühianalüüsis toodu pinnalt) pigem järeldada, et kiiresti on kasvanud hambaravi teenused (mis ei sisalda ortodontilisi teenuseid) ning ortodontilised teenused on pigem tõusnud oluliselt vähem, kui hambaravi teenused. Eelneva paikapidamisel (mille osas infot ei ole lühianalüüsis kogutud), ei oleks korrektne slaidil 17 toodud järeldus. **St olemuslikult on võimalik (ja isegi tõenäoline), et arvestatavat ortodontia teenuste hindade kasvu ei ole aset leidnud, mis omakorda seab kahtluse alla väite, et nõudlus ületab pakkumist (ja et vastavalt esineb konkurentsiprobleem).** Kui hambaraviteenustest kiiremat hinnakasvu ei ole aset leidnud, siis (i) majandusteoreetiliselt on küsitav, kas selles segmendis on üldse nõudluse kasvu (või on suurenenud ka pakkumine); ja (ii) kui hambaravi teenuste hinnakasv ületab ortodontia teenuste hinnakasvu, siis võib lühianalüüsis kajastuvate meetmetega tekkida veelgi suurem hambaravi hinnakasv ja teenuse kättesaadavuse oluline langus.

Slaidid nr 18: „Kokkuvõte [1]“. EOSi hinnangul ei seonu mitmed toodud järeldustest lühianalüüsis kogutud andmetega.

- Konkurentsiamet selgitab, et *ortodontiateenust saab inimene tarbida avatud turul pakutava tervishoiuteenusena, mille puhul tarbija peab saama teha alternatiivseid valikuid ning langetada ratsionaalseid otsuseid. Praegu on tarbijal alternatiivsete otsuste tegemine raskendatud*. Lühianalüüsis ei ole võetud arvesse, et tegemist on eriarsti teenusega, mille toimimine ei ole lõpuni samaväärne muude teenustega. Ortodondid ei paku teenust üldiselt nn spetsialiseeritud teenusepakkujatena, vaid hambaravikliinikutes, kus on olemas ka üldarstid (hambaarstid). Selliselt on turul toimiv mudel, kus primaarselt toimub ortodondile suunamine hambaarsti vahendusel ning ortodontia on osa terviklikust hambaravi teenusest. On väga oluline arvestada, et Konkurentsiameti öeldu on vastuolus Tervisekassa poliitikaga. Tervisekassa hinnangul ei ole normaalne olukord, et patsient, kes on alla 19-aastane, käib koos vanemaga mitmed lepingupartnerid läbi, lootes saada tasuta diagnostikat (visiidikulu ca 350€) ja selle põhjal mõne arsti kinnitust, et leidub Tervisekassa hüvitatav diagnoos, mis muudaks muidu tasulise ravi “tasuta” raviks. Ehk Konkurentsiameti soovitud olukord reaalsuses viib selleni, tasuta diagnostikat (3-4 erineva arsti juures, mis läheb tervisekassale maksma 1400 eurot) ja esmaseid konsultatsioone lepingupartnerite juures kasutatakse ära endale sobivama raviplaani või isiklike eelistuste alusel valitud raviarsti leidmiseks.
- *Konkurentsiameti hinnangul on perioodil 2011-2018 toimunud järjepidev nõudluse kasv ning teenuse tarbimine on turul jäänud 2018. aastast alates staatiliseks*. Lühianalüüsis ei ole esitatud andmeid, mille kohaselt oleks nõudlus kasvanud. EOS nõustub, et visiitide arv patsiendi kohta on langenud, aga see ei tähenda kuidagi, et patsient ei saaks nõudlust rahuldada vähema arvu visiitidega. EOS on seisukohal, et arvestades tehniliste võimekuste kasvu ja aparatuuri kaasajastumist on võimalik sama tulemuseni jõuda väiksema arvu visiitidega (nt. iselgeeruvate breketite puhul on aktiveerimisvisiitide arv väiksem ja tagasikutseajad visiitidele pikemad).
- Väidetavalt eksisteerivad „aastates mõõdetavad ravi ootejärjekorrad ning teenuse hinnakasv“: (i) faktiliselt ei ole lühianalüüsis tõendatud ravijärjekordade pikkust, vaid on toodud umbmäärane indikatsioon (sh ei ole viidatud isegi, et järjekorrad on justkui kasvanud varasemate perioodidega võrreldes); ja (ii) **lühianalüüsis ei ole esitatud andmeid mitte üksnes ortodontiateenuste hindade kasvust, vaid hindade kasvust ühiselt hambaraviteenustega (millest ortodontiateenus moodustab väga väikse osa ja esinevad põhjused eeldada, et ortodontiateenuste hinnakasv on alla inflatsioonitaseme).**

- Järgnevalt selgitab lühianalüüs, et *Sellise turutõrke ning konkurentsiolukorra puhul on oht teenuse kvaliteedilanguseks ja võimalikuks ravivigade kasvuks, kuid selle võimalikku realiseerumist avalike andmetega võimalik kontrollida ei ole.*
- EOSi hinnangul on kvaliteedilanguse ja ravivigade osas võimalik infot siiski koguda. Ravivigade kohta on võimalik saada informatsiooni avalikest allikatest. Tervishoiuteenuse kvaliteedi üle teostab järelevalvet Terviseamet, erapooletut hinnangut annab sotsiaalministeeriumi juures tegutsev tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi ekspertkomisjon ning vaidlusi lahendavad Eestis kohtud. **Kõikide nende organisatsioonide statistika on avalik informatsioon.** Konkurentsiametil on võimalik esitatud väidete kontrollimiseks ka neilt organisatsioonidelt andmeid koguda. Lisame, et mure kvaliteedi pärast on ka EOSi hinnangul peamine, miks peab kõiki muudatusi hoolikalt kaaluma. Tervisekassa on toonud välja sama mure - pädevus ja sertifikaat ei taga kvaliteeti ning süsteemne järelevalve puudub, mistõttu teenust osutavad need isikud, kellel selleks õigus puudub.¹²
- Veelgi enam, selliste andmete kogumine on ka hädavajalik. Senine lühianalüüs ei ole näidanud tegelikku hindade tõusu ega pakkumise mitte-elastsust. **Kui ei ole võimalik tuvastada ka kvaliteedilangust, siis ei ole kuidagi võimalik majandusteoreetiliselt jaatada slaidil 17 toodud järeldust nõudluskõvera nihkumisest ja konkurentsiprobleemist.** Konkurentsiameti järeldused ja soovitused turuolukorra parandamiseks peavad tuginema andmetel. Käesoleval juhul ei ilmne lühianalüüsist ei hindade kasvu ega ole üritatudki näidata kvaliteedilangust. Vastavalt on elulised kahtlused üles tõstetud hüpoteesi relevantsusel.

Slaidid nr 19: „Kokkuvõte [2]“. EOSi hinnangul ei seonu ka antud slaidil toodud järeldused lühianalüüsis kogutud andmetega.

- Nõudluse ja pakkumisega seotud küsimusi on juba kommenteeritud ülevalpool.
- EOS nõustub põhimõtteliselt järeldusega, et ortodontide juurdekasvu juures lasub vastutus riigil. Riigipoolse tellimusega seotud mured on samas kesksel kohal kogu meditsiinisüsteemis.
- Samas ei saa EOS nõustuda seisukohaga, et *[v]aldkonna strateegilises juhtimises ilmneb, et juhtimisvõime raskuskese asub ortodonte esindaval Ortodontide Seltsil ja Tartu Ülikoolil, kes on omavahel tihedalt seotud.*

- EOSil ei õnnestunud lühianalüüsist leida ühtegi tõendit, mis viitaks, et EOS kuidagi determineeriks ortodontide juurdekasvu. EOS on püsivalt rõhutanud vajadust suurendada erialaspetsialistide koolitamise mahtu. EOSi hinnangul peaks üks Konkurentsiameti põhilisi soovitusi olema ka suunatud sellele, et Eesti meditsiinisüsteem vajab suuremat erialaspetsialistide arvu (nii hambaravis, ortodontias, kui ka teistes valdkondades).
- Vältimaks antud eksitava väite põhjendamatu levikut palume Konkurentsiametil lühianalüüsist antud teemakäsitlus eemaldada või alternatiivselt esitada spetsiifiliselt põhjendatud analüüs, millele EOSil oleks võimalik vastata. Rõhutame eraldiseisvalt, et asjatundmatule lugejale võib sõnakasutusest jääda muidu mulje kui korruptsiooniohtlikust olukorrast. Eeldame, et Konkurentsiamet ei ole soovinud sellist etteheidet esitada.
- Konkurentsiametil tuleks antud osas võrrelda hindade läbipaistvust teiste meditsiiniliste erialadega, kus patsiendid ise maksavad. Näiteks plastilise kirurgia kliinikute hinnakirjadega. Ütleme etteruttavalt, et ka selles valdkonnas on tavaline, et hind esitatakse vahemikuna või märkega “alates”. Võrreldes näiteks Meliva kliiniku ortodontiaravi ja Kotka erahaigla plastikakirurgia hinnakirju (<https://kirurgia.ee/hinnad/>) saab ruttu selgeks, et tegemist on sarnase metoodikaga tehtud hinnakirjadega.

EOSi hinnangul ei ole väide ortodontide hinnatasemetest erinevates riikides korrektne. Esiteks tuleks lühianalüüsis selgitada detailsemalt, kuidas antud järelduseni on jõutud. Seda ei ole aga tehtud. Teiseks, pigem ei ole analüüsitud hinnakirjad võrreldavad: (i) Eesti hambaraviteenuse pakkujad on pigem Tallinnast ning üldiselt nn kõrgema hinnatasemega teenuse pakkujad, teiste riikide hinnakirjad tunduvad olevat valitud pigem pealinnadest väljas ning odavamad, veelgi enam pole osade kliinikute töötajate nimekirjas ka ortodonte; (ii) kaasatud valimid on väga väiksed ja piirkondade valikus ei ole tegemist samaväärsetega; (iii) puudub igasugune hinnakirjade võrdlus, sh kas on võrreldud samaväärseid teenuseid või on tegemist ainult skriinimisvisiidiga jne.

Slaidid nr 21: „Soovitused konkurentsiolekordade parandamiseks [1]“. EOSil ei ole põhimõtteliselt vastuväiteid strateegilise arengukava loomisele. Lühianalüüsis on tehtud vihjeid justkui oleks EOS ja Tartu Ülikool omavahel liigselt seotud (EOS sellega ei nõustu). Samas, erapooletuse tagamiseks võiks kaaluda soovitusi, et arengukava väljatöötamisel jääks siis juhtrolli andmine sotsiaalministeeriumile või Tervisekassale. Tegemist oleks ortodontide niigi napi ressursi raiskamisega, kui arengukava valmis saades jäetakse see kohe kõrvale kallutatuse kahtluse tõttu (kuigi see ei pruugi olla põhjendatud).

Slaidid nr 22: „Soovitused konkurentsiolukorra parandamiseks [2]“.

- Ekspertgrupi ja huvigrupi lahushoidmine: esiteks ei ole selgitatud, et selline mure on. Teiseks, tuleks täpsustada, mida antud erisuse juures on mõeldud. Kui huvigrupi all peetakse silmas ortodonte, siis on see ekslik. Majanduslik huvitatus on mitte töötajal, vaid tervishoiuteenuse osutajal ehk kliinikul, kus ortodondid töötavad. Loomulikult on üksikuid kliinikuid, mille üle omavad kontrolli ortodondid. Samas enamus Eesti ortodonte ei kuulu kliinikute omanikeringi, vaid on palgatööjõud. Konkurentsiamet peaks täpsemalt ka selgitama, mis on ortodontide majanduslikuks huviks enne seisukohtade võtmist, mida kujutab endast huvigrupp ja ekspertgrupp.
- Teenuse pakkumise suurendamine: EOS on igal juhul nõus järeldusega, et vajalik on suurendada erialaspetsialistide arvu. Seoses ümberhindamisega, millised spetsialistid milliseid teenuseid osutavad on oluline rõhutada, et lühianalüüs peaks hõlmama ka käsitlust eelneva mõjust seotud turgudele. Olukorras, kus igasugune hindamine toimub teaduslikult tõendatud standardite alusel, on EOS loomulikult valmis panustama.
- Selts tervitab ka mõtet, et leida üles need arstid, kes on pädevate ametkondade hinnangul võimelised ortodontiaalaseid protseduure läbi viima. Kõikide ametkondade üksmeelne seisukoht on praegusel ajal, et sellisteks isikuteks ei saa olla hambaarstid¹³, kuna praegusel hetkel kehtiva õppekava kohaselt õpitakse hambaarstiõppes ortodontilisi probleeme ära tundma, ent mitte ravima. Hüpoteetiliselt - kui luua Tartu Ülikooli juurde täienduskoolitus ortodontiliste protseduuride läbi viimiseks ehk ravi teostamiseks teatud piirides, on täpsema info saamiseks vajalik pöörduda Tartu Ülikooli poole. Alternatiiv täienduskoolitusele on õigusruumi fundamentaalne muutmine, mida aga saab teha ainult riik. Viimast ei soovi isegi hambaarstid, sest vastavalt kehtivale hambaravi eriala arengukavale¹⁴ soovitakse õigusaktide muudatusi ainult keelenõuete, reklaami ja maksustamise valdkonnas. Küll aga tasub tähelepanu pöörata nii välismaale läinud ortodontide tagasitoomisele ning ortodondina töötamist mitte alustanud või juba lõpetanud arstide töölemealitamisele. Selliseid “arstid tagasi tööle” programme on läbi viidud mitmel erialal.¹⁵
- Ortodontilise teenuse pakkumise suurendamisele aitaks kindlasti kaasa ka ortodontidel mitmel toolil töötamise levimine. Seda, miks kõik ortodondid ei tööta mitmel toolil korraga, tuleb uurida kliinikutelt, kelle poole KA pole kahjuks oma analüüsis veel jõudnud pöörduda.

Slaidid nr 23: „Soovitused konkurentsiolukorra parandamiseks [3]“. EOS palub Konkurentsiametil muuta antud soovitusi täpsemaks, kuna hetkel on see pigem loosunglik.

B. Täiendavad küsimused, mida lühianalüüs peaks hõlmama

EOS rõhutab taas, et lühianalüüs on hea esmane kaardistus valdkonnaspetsiifilistest küsimustest ning püstib mitmeid asjakohaseid hüpoteese. Samas edastatud materjalidest ilmneb mitmeid lahtiseid küsimusi, mida on vajalik täiendavalt analüüsida (antud asjaolud on toodud välja juba peatükis A teksti sees).

Samas tuleks täiendavalt analüüsida vähemalt järgmisi elemente:

- Ortodontiateenuse hinnatase: lühianalüüsis esitatakse väiteid justkui oleks ortodontiateenus kallis. Samas on antud väited suuresti põhjendamata. Võrdlus geograafiliselt lähedaste riikidega on sisuliselt puudu (nii nominaalhindades ning veel vähem PPP alusel korrigeerimata). Sisuliselt tundub ainult väide ortodontiateenuse kalli hinna (ja hinnatõusu) osas olevat ortodontide palgataseme andmed. **See on aga eksitav olukorras, kus hambaarstide palgakasv on ca kaks korda kiirem ja ortodontide palgakasv jääb alla sama perioodi inflatsioonile (palgad reaalkaarduses langevad).**
- Teenuse pakkumise hinnaelastsus: lühianalüüsis esitatakse korduvaid väiteid, et ortodontiateenuste pakkumine on olemuselt hinnaelastne. Samas ei ole aga näiteks viidud läbi ühtegi uuringut ei kliinikupidajate ega arstide seas, mis antud küsimust hindaks.
- Teenuse kvaliteet: lühianalüüsis on puudu igasugune teenuse kvaliteedi hinnang. Olukorras, kus lühianalüüsis sisalduvad väited hinnatõusust ja pakkumuse vähesest elastsusest on küsitavad, ei ole võimalik väita, et eksisteerib turulukk vms konkurentsiprobleem ilma, et oleks tuvastatud langenud kvaliteet. **Ilma kvaliteediprobleemide tuvastamiseta saaks senise lühianalüüsi pinnal asuda seisukohale, et ortodontiliste teenuste hinnamuutus (lähitudes palkadest) jääb alla relevantse perioodi inflatsioonile ja ei ole detailselt selge, kuidas reageerib pakkumine hinnamuutusele (lühidalt on eluliselt küsitav, kas üldse esineb konkurentsiprobleem).**
- Lühianalüüs peaks võtma arvesse ka laiemaid mõjusid seotud turgudele (eelkõige hambaravi teenustele). Lühianalüüsi pinnalt jääb mulje, et hinnasurve all on hambaraviteenused, sh ulatuses, mis ei hõlma ortodontiateenuseid (kõrgem palkade kasv, langev järelkasv). Selliselt teatud ortodontiliste teenuste liigutamine hambaarstidele võib tekitada täiendava nõudluse kasvu, mis omakorda tingib: (i) (esteetiliste teenuste arvelt) meditsiiniteenuste hinnatõusu ja meditsiiniteenuste kättesaadavuse langemise; ja (ii) vähendab stiimulit ortodontide juurdekasvuks.
- Ortodontiateenuse hinnakujunemisel mängivad olulist rolli sisendihinnad ning võrreldes hambaarstidega on abiks kasutatavate aparaatide maht ja kasutussagedus kordades kõrgem. Seepärast on oluline arvestada ka sisendihindasid, k.a tarkvara, materjalide,

toorainete jt kulu. Viimane on oluliselt muutunud k.a Venemaa Ukraina vastase rünnaku ja sanktsioonide tagajärjel. Tegemist ei ole avalike andmetega, Info on kättesaadav kliinikutepidajate käest. Tervisekassas toimub hetkel samuti teenuste hindade kaasajastamine, mis võib olla ehk abiks ka Konkurentsiameti protsessis.

C. EOSi ettepanekud

EOSi hinnangul on keskne küsimus hambaravis (ning ortodontiavaldkonnas laiemalt) riikliku residentuuritellimuse suurendamine. Antud sammude astumata jätmine tingib olukorra, kus halveneb kõikide teenuste kättesaadavus.

Lisaks on vähemalt järgmised võimalused ortodontiateenuste kättesaadavuse parandamiseks.

- E-konsultatsioonilahenduste rakendamine. Hetkel valmisolevate tarkvaralahendused on algelised ning need on vajalik arendada töös kasutatavaks. EOS on selle nimel suuri samme koos Tervisekassaga astunud ning augustis 2024 toimub ümarlaud koos kõikide hambaravitarkvara esindajatega.
- Raviteekonna kaardistamise käivitamine koostöös Tervisekassaga, mis peaks looma selguse patsiendi teekonna osas ortodontini.
- Laiaulatuslik ennetustegevus perearstide ja hambaarstide rutiini osana, mille eesmärgiks on ennetada lastel ortodontiliste probleemide esinemist.
- Soodustada mitme tooli süsteemis töötamist ja toetada vastava pädevusega abipersonali koolitamist (õdede, assistentide ja diagnostikute väljaõpe).
- Koostöös Tartu Ülikooliga hambaarstiteaduse põhiõppe ümberkorraldamine, pöörates suuremal määral rõhku ennetustegevustele, interdistsiplinaarsele koostööle meeskonnas.
- „Talendid koju“ tüüpi programmid toomaks Eestist lahkunud hambaarste tagasi hambaraviteenust, pakkuma. See tooks Eesti tööturule tagasi kogenud ja laiapõhjalise kliinilise taustaga spetsialistid, kes saaksid anda oma panuse õigeaegsesse ennetusse ja suunamisse, kuigi peame mainima et selle meetme efekt võib kujuneda ka marginaalseks.

Austusega

Katri Herman, Eesti Ortodontide Seltsi president

Liis-Eleen Kalmer, Eesti Ortodontide Seltsi juhatuse liige

/digitaalselt allkirjastatud/