

# Üldine tervisekindlustus on saavutatav ja selle eesmärgi poole tasub liikuda ka Eestis

Kaija Kasekamp – Sotsiaalministeeriumi tervisevõrdsuse poliitika juht

Terviklik ja tõhus tervishoiusüsteem peab põhinema solidaarsusel ja piiratud omaosalusel ning tervishoiuteenuste võrdse kättesaadavuse põhimõttel. Neid tingimusi täites on võimalik saavutada eesmärk pakkuda kogu elanikkonnale tõhusaid tervishoiuteenuseid.

Eesti on ühinenud ÜRO peaaugsamblleel 12. detsembril 2012 heakskiidetud resolutsiooniga üldisest tervisekindlustusest (*universal health coverage* – UHC), milles kutsuti riike üles lähtuma põhimõttest, et üksikisikud ja perekonnad saaksid oma vajadustele vastavaid kvaliteetseid tervishoiuteenuseid ega sattuks seejuures nende teenuste eest tasumisel vaesusesse (1).

Nimetatud põhimõtteid toetavad ka ÜRO säästva arengu eesmärgid ja tegevuskava aastani 2030 (vastu võetud 25.09.2015) (2). See sisaldab 17 ülemaailmset säästva arengu eesmärki, millest kolmas eesmärk on tagada kõikidele vanuserühmadele hea tervis ja heaolu ning selle kaheksas alaeesmärk on tagada kõikidele inimestele ravikindlustus, sealhulgas kaitse finantsriskide eest, juurdepääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele ning ohututele, tõhusatele, kvaliteetsetele ja taskukohastele ravimitele ja vaktsiinidele.

Eestil on olnud omamoodi üldise tervisekindlustuse eestvedaja roll. Siin kinnitasid kõik Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization*, WHO) Euroopa regiooni riigid 2008. aastal Tallinna harta „Tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks“ (3). Selle kohaselt peaksid tervishoiu rahastamisskeemid toetama vahendite ümberjaotamist nii, et oleks võimalik reageerida muutuvatele tervisevajadustele,

vähendada rahalisi takistusi vajalike teenuste kasutamisel ja kaitsta abivajajaid finantsriskide eest, ning seda kõike fiskaalselt vastutustundlikul viisil. Samas ei ole see eestvedaja roll kandunud üle riigi tervishoiupoliitikasse ning musta plekina Euroopa Liidu ja enamiku Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (*Organization for Economic Co-operation and Development*, OECD) liikmete seas paistame silma riigina, kus võrdlemisi suurel osal inimestest puudub ravikindlustuskaitse ning omaosaluskoormus on suur.

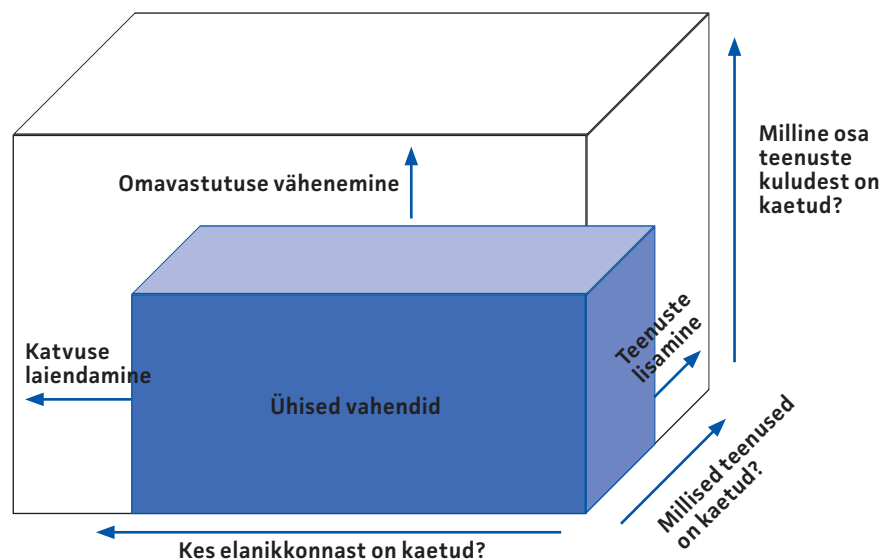
Selleks et mõõta üldise tervisekindlustuse taset, on WHO välja pakkunud kolm dimensiooni, mida tuleks jälgida (vt joonis 1):

- süsteemi katvus – kellel on ligipääs tervishoiuteenustele, s.t kas kõigil või osal sihtrühmadest;
- katvuse ulatus – milliseid hüvesid kindlustuskaitse hõlmab, sh

milliseid teenuseid rahastatakse;

- katvuse sügavus – kui suures ulatuses tuleb inimesel endal katta kulutused tervishoiuteenustele, inimese omaosaluse määr.

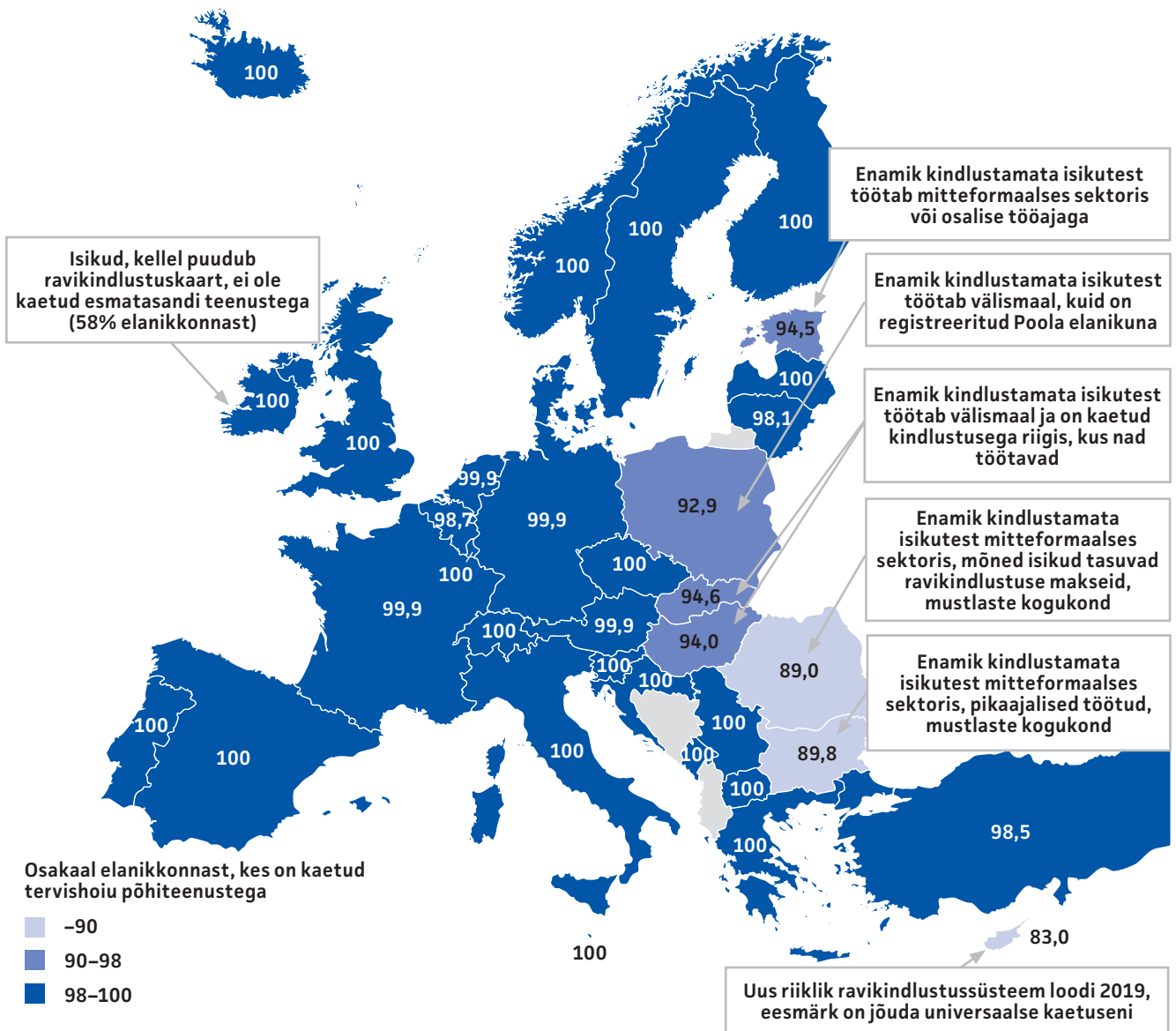
Üldise tervisekindlustatuse poole püüdlemisel tuleb arvestada kõiki kolme dimensiooni. Ideaalses olukorras oleks süsteemi katvus üldine ehk teenused oleksid kättesaadavad kogu rahvale. Katvuse ulatus peaks olema tervishoiuteenuse kulutõhususe piirini ehk kättesaadavad peaksid olema kõik tervishoiuteenused, mis on efektiivsed ja kulutõhusad. Teenuste kulutõhususe piirid määravad riigid, lähtudes tavaliselt oma maksevõimest. Katvuse sügavus on ideaaljuhul olukord, kus inimesel puudub kulutõhusate tervishoiuteenuste tarbimisel omaosalus. Seega ei tähenda üldine tervisekindlustatus



Allikas: WHO, 2013. Research for Universal Health Coverage. The World Health Report. Geneva.

Joonis 1. Üldise tervisekindlustuse dimensioonid.

# MITMESUGUST



Allikas: OECD Health Statistics 2020; European Observatory Health Systems in Transition (HIT) Series for non-OECD countries.

**Joonis 2.** Tervishoiu põhiteenustega kaetud inimeste osakaal 2019. aastal või sellele lähimal aastal, mille kohta on andmeid.

seda, et valimatult oleks kõigile inimestele kõik tervishoiuteenused kättesaadavad. Küll aga tuleks üldise tervisekindlustuse saavutamiseks kaotada kättesaadavuse takistused, sealhulgas nii kindlustuse puudumine kui tõendatult tõhusate tervishoiuteenuste puhul omaosalus. Juba kulutõhusaks hinnatud tervishoiuteenuste kättesaadavuse piiramine omaosaluse ja kindlustuskaitse puudumise kaudu mõjutab eelkõige väiksema sissetulekuga või suurema teenusevajadusega inimesi ning suurendab ebavõrdsust tervises ja tervishoiuteenuste kättesaadavuses.

Kulutõhusate teenuste kättesaadavuse piiramine on juba oma olemuselt ebaefektiivne (4). Nii näiteks oleks ilmselgelt ebamõistlik jätta katmata diabeeti põdevale patsiendile vajalike ravimite kulu, kuna ravimi mittekasutamisest tingitud tüsistused toovad kaasa suured kulutused tervishoiusüsteemile, rääkimata mõjust ühiskonnale tervikuna.

Enamikus Euroopa Liidu riikides on riigis alaliselt elavate isikute keskmine ravikindlustuskaitse ulatus 98%, Eesti näitaja on sellest väiksem: 94,5% (vt joonis 2).

Euroopas ei ole kõigil inimestel tervisekindlustust enamasti seetõttu, et õigus kindlustusele on seotud tööhõivega või kindlate sissetulekute tasumisega, s.t toimib n-ö panustan-saan-süsteem nagu Eestis. Samas kui sissetulekute tasumine on seadusega nõutud, et ravikindlustust saada, seab see süstemaatiliselt ebasoodsamasse olukorda nii haavatavamad inimrühmad kui ka need, kellel on vahendeid oma panuse andmiseks, kuid kes soovivad seda vältida (isegi kui maksmine on kohustuslik). Selle tulemusel säilib alati elanikkonna osa, kellel

tervisekindlustus puudub, ja seda õnnestuks vältida vaid juhul, kui maksete kogumise meetmed on väga tõhusad (5).

Lisaks on Euroopas kasvav probleem ebakindel tööhõive (6–8). Täistööajaga tähtajatu lepinguga töötajad moodustasid 2003. aastal 62% tööga hõivatutest, kuid 2016. aastaks oli nende osakaal vähenenud 59%-ni (8). OECD andmetel on iga kuues töötaja iseenda tööandja ja iga kaheksas töötab ajutise (tähtajalise) lepingu alusel. Platvormitöö (veebiplatvormi vahendusel tehtavad tööd, nt kohaletoometamine, kodu- ja puhastusteenused) tegijate osakaal on veel väike, kuid sellele prognoositakse kiiret kasvu. Eesti näitajad siin Euroopa omadest ei eristu.

2018. aastal töötas võlaõigusliku lepingu – töövõtu- või käsunduslepingu – alusel kuus keskmiselt 40 110 inimest, mis moodustas 7% kõigist töötajatest. Nendest inimestest töötas ainult võlaõigusliku lepingu alusel 22 359 inimest. Võlaõigusliku lepingu alusel töötavate töötajate arv ja osakaal kõigist töötajatest on viimase kümne aasta jooksul kahekordistunud (2008. aastal oli see 17 034 inimest ja 3%). Kõigist töötajatest moodustasid ainult võlaõigusliku lepingu alusel töötajad 2018. aastal 4% ning nende osakaal on samuti viimastel aastatel märkimisväärselt suurenenud (2008. aastal oli see 1%) (9). Ettevõtlikuskontod ning platvormitöö kasvab hoogsalt ka Eestis. Seega võib prognoosida, et kasvab nende inimeste arv, kellel ebakindla töösuhte tõttu puudub püsiv ravikindlustus.

OECD hinnangul kahandab paindlike töövormide laialdasem kasutus riikide sotsiaalkaitse-süsteemide tõhusust (10). Kuigi paindlikud töövormid on töötajatele atraktiivsed, suurendavad need OECD hinnangul ka riske, kuna mittestandardse töölepingu alusel töötavad inimesed tegelevad suurema tõenäosusega mitteametliku tööga, seisavad silmitsi tööturu suurema ebakindlusega või on

ekspluateerimise (nt mitteametlikule töövormile sündimine) suhtes haavatavamad (11).

Lisaks on OECD välja toonud, et suurema tõenäosusega on terviseprobleemidega inimesed ja laiemalt tööturu riskirühmad tööga hõivatud just mittetavapäraste töövormide kaudu ja episoodiliselt (nt puudega inimeste tugiisikud) (12). Mittetavapäraste töövormidega hõivatutel on madalam sissetulek ning seetõttu võivad nimelt nende sihtrühmade sissetulek sotsiaalkaitse saamiseks jääda liiga väikeseks (13). Samas ilmestavad poliitikareeglid tihti ootust traditsioonilistele töövormidele, olenemata uuringute tulemustest, et mittetavapärased töövormid toovad kaasa raskusi elanikkonna ravikindlustusega katmisel.

WHO hinnangul peavad paljud riigid sissetulekukohustuse kehtestamist tervisekindlustuse saamiseks viisiks, kuidas julgustada nii töötajaid kui töötajaid loobuma mitteametlikest töösuhetest ja maksma makse. Samas puuduvad tõendid selle kohta, et see suurendaks maksukohustuste täitmist või vähendaks ümbrikupalkasid ja muud mitteametlikku tulu. Majandusteadlased on ELi riikides tehtud uuringutele tuginedes järeldanud, et eriti just madalapalgaliste puhul on selgelt näha, et kui palgalt makstavad maksud on suured, otsitakse mitteametlikke tööviise, et maksudest kõrvale hiilida. Seega näivad tõendid osutavat vastupidises suunas: sissetulekukohustuse kehtestamine tervisekindlustuse saamiseks soodustab mitteformaalset töötamist, eriti nende inimeste hulgas, kes tervisekindlustuse olemasolu oluliseks ei pea (14).

Enamik ELi riike on leidnud lahendused, kuidas tagada oma inimestele püsiv kindlustuskaitse. Eestiga sarnase taustsüsteemiga riigid on näiteks Prantsusmaa ja Tšehhi, kus on varem olnud või on jätkuvalt kasutusel ravikindlustuspõhine süsteem, kuid elanikkond on siiski universaalselt ravikindlustusega kaetud.

Prantsusmaa (15, 16) tervishoiusüsteem põhines esialgu analoogselt Eestiga peamiselt sotsiaalse tervisekindlustuse (*social health insurance*) süsteemil. Alates 1990ndatest on Prantsusmaa vähehaaval tervishoiusüsteemi tulubaasi muutnud, sest ainult tööjõumaksudel põhinev süsteem ei olnud jätkusuutlik. 1990ndatel kasvas Prantsusmaal traditsioonilise kindlustuspõhise süsteemi juures kindlustamata noorte arv. Seetõttu otsustati 1990. aastate lõpus ravikindlustussüsteemi reformida ning muuta tööjõumaksudel põhinev tervisekindlustussüsteem residentsuspõhiseks. Selle muudatuse eesmärk oli laiendada tervisekindlustust esmalt väikesele, kuid prognooside kohaselt kasvavale kindlustamata isikute rühmale. Kindlustuse said kõik Prantsusmaal kauem kui kolm kuud elavad isikud, sh viimase muudatusena ka illegaalsed immigrandid.

Tšehhis (17) on tervisekindlustus tagatud kogu rahvale ja see on seotud alalise elukohaga: kõik, kes elavad Tšehhis, on automaatselt kindlustatud. Töötavad Tšehhi kodanikud ja ELi residentid, kes on palgatöötajad või füüsilisest isikust ettevõtjad, maksavad tervisekindlustusmaksu. Kõik ülejäänud Tšehhi kodanikud on kas riigi poolt kindlustatud või peavad maksma minimaalse kuumakse tervisekindlustuse saamiseks. Oluline on aga see, et tervisekindlustuse olemasolu ei sõltu maksu tasumisest – isegi kui inimesel tekib maksuvõlg, ei takista see ligipääsu tervishoiuteenustele. Maksude kogumisega tegeleb maksuamet. Üldiselt tagab aga universaalse kindlustuse riigi poolt kindlustatud sihtrühmade võrdlemisi lai juriidiline määratlus. Isikutel, kes ei tööta ja kes ei kuulu riigi kindlustatud sihtrühma, tuleb teha kohustuslikke sissetulekuid tervisekindlustussüsteemi. Sissetulek suuruse tasemel fikseeritud (näiteks 2018. aastal oli see 1018 Tšehhi krooni ehk 40 eurot kuus).

Tuleb kahjuks nentida, et Eesti paljukiidetud tervishoiusüsteem

on veel üks väheseid Euroopa Liidus, kus on säilinud klassikaline panustan-saan-põhimõte, mis ei suuda ravikindlustusega katta kogu rahvast. Viimastel aastatel pole kindlustamata inimeste osakaal Eestis oluliselt muutunud ja püsib 5–6% juures. Mis on põhjus, et tervisekindlustuseta inimeste osakaal Eestis on nii suur võrreldes teiste arenenud riikidega?

Läbi aastate on Eestis rakendatud erandlikke viise kindlustuskaitse laiendamiseks üksikutele ühiskonna rühmadele. Viimased kindlustuskaitse saanud on nunnad ja mungad ning ajateenijad kolm kuud teenistuse järel. Ravikindlustussüsteemi peenhäälestamine on viinud selleni, et meil on üle 50 erineva aluse kindlustuskaitse saamiseks. Ühe võimaliku põhjusena tingib kindlustuse puudumise olemasoleva süsteemi keerukus – kindlustuskaitse aluseid on palju, need on kohati ebaselged, neid on riigil keeruline hallata ja inimestel teada. Võib juhtuda, et isik ei teagi, et tal on õigus ravikindlustusele ja on seetõttu kindlustamata, näiteks töötud, kes ei pöördu töötukassasse, ja välisriigis õppijad, kes ei tea, et neil on õigus kindlustusele.

Teine hüpotees on, et suur osa Eestis registreeritud inimesi töötab Soomes ja meil ei ole lihtsalt teadmist, et neil on Soomes tervisekindlustus olemas. Kindlustamata inimeste täpse arvu hindamine on väljakutse, kuna töötajate vaba liikumine ning välismaal töise tulu teenimine on raskendanud riikidel inimeste elukoha ning ka sotsiaalsete garantiide olemasolu hindamist.

Praxise 2017. aasta uuringus toodi ka välja kindlustatuse madala määra põhjusena eelkäsitletud erinevusi töösuhete vormides (18). Katkendliku kindlustuskaitsega või kindlustuskaitseta inimeste hulka liigitub tuhandeid inimesi, kelle eest makstud sotsiaalmaks on arvestatava suurusega, kuid kelle ebaregulaarse töövormi eripära ning kehtivate hõive ja sissetuleku poliitikareeglite koosmõju tõttu on ravi-

kindlustuskaitse lünklik. Teisisõnu loob praegune poliitika olukorra, kus inimesed, kelle eest makstakse aasta vältel samas summas sotsiaalmaksu, võivad ravikindlustuskaitse osas olla erinevas olukorras sõltuvalt sellest, millises vormis ollakse hõivatud või kui püsivalt töist tulu saadakse. WHO on viidanud, et klassikalise panustan-saan-süsteemi puhul on väga keeruline jõuda kõikide inimesteni, kuna alati tuleb ette olukordi, kus mingis ettearvamatus situatsioonis kindlustuskaitse katkeb.

Olenemata põhjusest, miks inimene on kindlustamata – kas ta optimeerib oma makse ja on teadlikult kindlustamata, on ta kindlustamata teadmatusest või ei ole tal võimalik oma sissetulekuid arvestades ravikindlustust saada –, on ebaefektiivne ja ka ebaetiline jätta need inimesed ilma kulutõhusatest raviteenustest.

Eestis rahastatakse mittekindlustatutele tagatud vältimatut abi alates 2019. aastast haigekassa eelarvest (19), varem tehti seda riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi kaudu. Haigekassa tasus 2018. aastal 19 020 mittekindlustatud inimese vältimatut abi tervishoiuteenuse raviarve eest, mille kogumaksumus oli 8,2 miljonit eurot ja mis kaeti haigekassale riigieelarvest. Arstlikest erialadest moodustasid suurema kulu psühhiaatria 1,3 miljoni (16%), üldkirurgia 1,3 miljoni (16%) ja ortopeedia 1,1 miljoni euroga (14%). Perearstiabi raviarveid oli 565, kokku 22 000 euro eest (20). Seega pöörduvad mittekindlustatud inimesed ravi vajaduse korral eelkõige erakorralise meditsiini osakonda (EMO). Nüüdseks on ravikindlustuseta isikutele tagatud kiirabiteenused, HIVi, tuberkuloosi ja COVID-19-ga seotud teenused ning võõrutusraviteenused. Uuest aastast on plaanis tagada kindlustamata inimestele ligipääs ka sõeluuringutele.

2020. aasta alguses levima hakanud COVIDi-pandeemia tõttu laiendati vältimatut abi mõiste tõlgendust ning vältimatut abina käsitatakse ka kõiki kindlustamata

inimeste pöördumisi, mille puhul inimene kurdab koroonaviirusnakkusele viitavate sümptomite üle. Sellisel juhul tasub nendele inimestele osutatud teenuste eest, sh koroonaviiruse testimise ja COVID-19 ravi eest haigekassa. Kinnitatud COVID-19 viirusega juhtude raviarveid esitati haigekassale perioodil märtsist juunini 111 ravijuhtu ja 85 kindlustamata isiku eest kogusummas 92 000 eurot. Ambulatoorse ravi kulud sellest olid 5000 eurot ning statsionaarse ravi kulud 87 000 eurot.

Riigikontroll jõudis erakorralise meditsiini auditis järeldusele, et ravikindlustamata inimeste piiratud juurdepääs tervishoiuteenustele tingib selle, et nad jõuavad EMOsse kehvas seisundis, mistõttu on nende ravi kulukam kui kindlustatud inimestel (21). Haigekassa andmetel oli 2017. aastal ravikindlustamata inimeste keskmine EMO ambulatoorse raviarve maksumus ca 27% ning EMOst hospitaliseeritud patsientide statsionaarse raviarve keskmine maksumus ca 33% suurem kui ravikindlustatud inimestel. Auditit tegemise ajal ei olnud tegu epideemiaga, kuid praeguses ärevas epidemioloogilises olukorras võib ravi edasilükkamine, perearsti poole viirushaiguse testimiseks pöördu-mata jätmine ja seetõttu viiruse levikule kaasaaitamine kindlustuse puudumise tõttu tuua kaasa rahva tervisele ja riigi majandusele veelgi ulatuslikumad mõjud. Seetõttu on paljud riigid otsustanud võimaldada COVID-19 suhtes testimist ning nakatumise korral ka ravi kogu elanikkonnale sõltumata ravikindlustuse olemasolust. Seda on teinud ka enamik erakindlustusel rajanevaid süsteeme, näiteks kaetakse Ameerika Ühendriikides kindlustamata inimeste COVID-19 kulud riiklikest vahenditest (22).

COVID-19 tingitud kriis on hästi ilmestanud, kui oluline on üldise tervisekindlustuse tagamine kogu rahvale, kuna vastasel juhul jõuavad kindlustamata inimesed tervishoiusüsteemi alles siis, kui nende

ravi osutub juba väga kulukaks või on inimene leivanud ulatuslikult ohtlikku haigust. Sama oluline on tagada kogu rahvale kõigi kulu-tõhusaks hinnatud tervishoiuteenuste kättesaadavus. Teiste riikide kogemus näitab, et see on võimalik ja selle poole tuleb liikuda.

#### KIRJANDUS

1. UHC2030, Universal Health Coverage Day. <https://www.uhc2030.org/what-we-do/uhc-day/>.
2. United Nations Sustainable Development Summit 2015, eesti keeles: <https://riigikantselei.ee/et/saastev-areng>.
3. Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks. WHO Euroopa ministrite konverents tervisesüsteemidest. 2008. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/2083/1/WHO2008.pdf>.
4. Prof Charles Normand, märts 2019, ettekanne Maailma Terviseorganisatsiooni tervishoiu rahastamise koolitusel (WHO Barcelona Course on Health Financing for Universal Health Coverage) <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/03/who-barcelona-course-on-health-financing-for-universal-health-coverage>.
5. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. World Health Organization; 2019.
6. Benach J, Vanroelen C, Vives A, et al. Quality of employment conditions and employment relations in Europe. Dublin: Eurofound; 2013.
7. Olsthoorn M. Measuring precarious employment: a proposal for two indicators of precarious employment based on set-theory and tested with dutch labor market-data. Soc Indic Res 2014;119:421–41.
8. European Parliament. Precarious employment in Europe. Brussels: European Union; 2016.
9. Maksu- ja Tolliameti poolt Sotsiaalministeeriumile väljastatud andmed.
10. OECD. The future of social protection: what works for non-standard workers? 2018, <https://www.oecd.org/social/Future-of-social-protection.pdf>.
11. OECD. Tax policies for inclusive growth in a changing world. 2018, <http://www.oecd.org/g20/Tax-policies-for-inclusive-growth-in-a-changing-world-OECD.pdf>.
12. OECD. Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. 2012, [https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2014/05/Miranda\\_OECD\\_sick-on-the-job\\_presentation\\_Vilnius-2013.pdf](https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2014/05/Miranda_OECD_sick-on-the-job_presentation_Vilnius-2013.pdf).
13. OECD. In it together: why less inequality benefits all. Paris: OECD Publishing; 2015.
14. Pagés C, Rigolini J, Robalino D. Social insurance, informality and labor markets: how to protect workers while creating good jobs. Bonn: Institute for the Study of Labor; 2013.
15. OECD and European observatory on health systems and policies. State of health in the EU. France: Country health profile 2019. Paris: OECD Publishing; 2019.
16. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
17. OECD and European observatory on health systems and policies. State of health in the EU. Czech Republic: Country health profile 2019. Paris: OECD Publishing; 2019.
18. Koppel K, Piirits M, Masso M jt. Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile – kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses? Tallinn: Poliitikauringute Keskus Praxis; 2018.
19. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (09.05.2001). RT I 2001, 50, 284; viimati muudetud 17.02.2011. <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009>.
20. Eesti Haigekassa andmetel
21. Erakorraline meditsiin. Kas erakorralise meditsiini osakonnas ravitakse neid patsiente, kelle tervislik seisund vajab vältimatut abi? Riigikontrolli aruanne Riigikogule, Tallinn, 23. oktoober 2018. <https://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaaruanded/tabid/206/Audit/2472/AuditId/406/language/et-EE/Default.aspx>.
22. Covid-19 Health System Response Monitor. How are countries removing financial barriers to accessing health services in the context of Covid-19? 2020, <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/04/27/how-are-countries-removing-financial-barriers-to-accessing-health-services-in-the-context-of-covid-19/>.