

# Tervishoiuteenuste omaosaluspoliitika vajab muudatusi

Kaija Kasekamp – Sotsiaalministeeriumi tervisevõrdsuse poliitika juht

Eesti ravikindlustuse põhiväärtuse – solidaarsuse – peamine eesmärk on tagada inimestele vajalike tervise-teenuste kättesaadavus sõltumata nende sissetuleku suurusest ja kaitsta inimesi suurte ravikulude eest. Eesti omaosaluspoliitika analüüsi tulemused näitavad, et inimeste endi tasutud ravikulud on suured ja risk suurte ravikulude tõttu vaesusesse sattuda on samuti suur (1, 2).

Inimeste omaosalus tervishoiuteenuste saamisel tekib peamiselt kahel moel: tasuna teenuste või ravimite eest, mida riiklik tervishoiusüsteem ei kata, ja osatasuna selliste teenuste või ravimite eest, mida riik hüvitab kokkulepitud ulatuses vaid osaliselt, näiteks hambaravi ja haigekassa hüvitatavad soodusravimid.

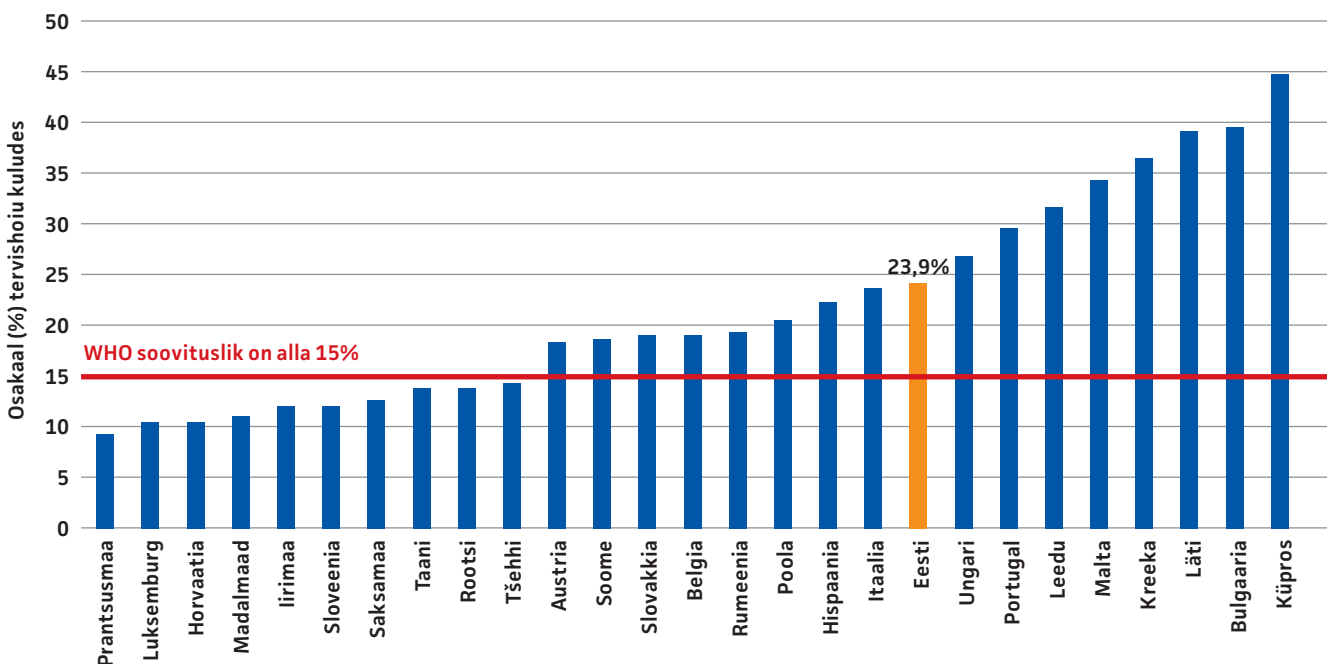
Tervishoiukulude omaosaluse mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele ja vaesumisele on suur ning ebavõrdsus tervishoiuteenuste kättesaadavuses sõltuvalt inimese sissetulekust on ebaõiglane. Seepärast peab riik otsima poliitika-meetmete kaudu võimalusi, kuidas inimeste omaosalust tervishoiu vähendada ning inimesi suurte kulude ja vaesumise eest kaitsta.

Eestis moodustasid 2019. aastal tervishoiukulud 1,9 miljardit eurot ja sellest ligi veerand (23,93%) oli inimeste omaosalus (3). 2000ndate algusest on omaosaluse osakaal tervisele tehtavates kulutustes olnud vahemikus 20–25%. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul tuleb omaosaluspoliitika toimevus kriitiliselt üle vaadata,

kui omaosalus moodustab enam kui 15%, et välistada olukordi, kus see põhjustab inimestele suurt rahalist koormust või osutub rahaliseks piiranguks vajamineva abi saamisel (4).

Rahvusvahelises võrdluses paistab Eesti silma pigem suure omaosaluskoormusega. Enamiku Euroopa Liidu (EL) riikidega võrreldes on omaosalus Eestis suurem (vt joonis 1).

Eestis kulutatakse tervishoiule avalikust sektorist vähem kui ELis keskmiselt, mistõttu tuleb leibkondadel tervishoiukuludest enam katta omaosalusena. Eestis on viimase 10 aasta jooksul inimeste omaosalus suurenenud kiiremini kui avaliku sektori panus tervishoiukuludesse.



Allikas: Eurostat

Joonis 1. Omaosalus tervishoiukuludes Euroopa Liidu riikides aastal 2019 (või lähim aasta).

- 2010. aastal oli omaosaluse osakaal sisemajanduse koguproduktis (SKP) 1,3% ja 2019. aastal oli vastav näitaja 1,61%.
- Avaliku sektori panus tervishoidu osakaaluna SKPs oli 2010. aastal 4,83% ja 2019. aastal 5,02%.

Iga riigi tervishoiupoliitikast sõltub, kellele, millised kulud ja kui suures ulatuses katab avalik sektor ning kui suure osa maksavad leibkonnad ise ning kuidas omaosalus erinevate teenuste ja sissetulekurühmade vahel jaguneb. 2019. aastal moodustasid Eesti inimeste omaosaluskoormusest kulud ravimitele 32% (retseptiravimid 18% ja käsimüügiravimid 14%) ja sellele järgnes hambaravi 28%-ga. Viimastel aastatel on oluliselt suurenenud kulutused pikaajalisele õendus- ja hooldusabile, mis moodustab kogu omaosaluskoormusest 18%. Sarnaselt kulutatakse ka teistes riikides kõige enam ravimitele, seejärel hambaravile või muule ambulatoorsele ravile (5).

Viimase ligi 20 aasta jooksul on WHO leibkondade tarbimise ja sissetuleku andmete põhjal korduvalt analüüsinud tervishoiukuludest tingitud vaesumist Eestis ja Euroopa regioonis (1, 2, 4, 6). Analüüsi põhjal hinnatakse,

- kui suure osa oma sissetulekutest kulutavad leibkonnad omaosaluse tasumisele osutatud tervishoiuteenuste eest. Omaosalust, mis ületab leibkonna maksevõime, käsitatakse katastroofilisena;
- leibkonna võimet rahuldada pärast omaosaluse tasumist oma põhivajadusi. Omaosalust, mis viib leibkonna allapoole vaesuspääri või põhivajaduste piiri, käsitatakse vaesumist soodustavana;
- kui palju on oluliselt mõjutatud leibkondi, millised leibkonnad on suurema tõenäosusega ohustatud ning millist tüüpi teenused toovad kaasa rahalised raskused.

Ligi 2% Eesti leibkondadest on pärast tervishoiuteenuste eest omaosaluse tasumist vaesumisohus, 1% vaesunud – kuna neil puudub edasine maksevõime –, ja 1,5%, kes

olid juba enne maksevõimetud, langevad veelgi sügavamale vaesusesse (7). Analüüsidest kasutatud vaesuspääri peegeldab põhivajaduste (nt toit, üür, kommunaalmaksud) tehtud kulutusi Eesti suhteliselt vaese elanikkonna hulgas.

Kui võrrelda Eestit näiteks Tšehhi, Slovakkia, Horvaatia või Sloveeniaga, siis nimetatud riikides kaitseb omaosaluspoliitika leibkondi vaesusesse viivate kulude eest paremini, samas on nende elatus-tase sarnane Eestiga. Võrreldes enamiku ELi riikidega on Eestis kehvem omaosaluspoliitika, mis ei kaitse leibkondi tervishoiukuludest tingitud vaesumise eest (4, 6).

Hukatuslike tervishoiukulutuste suurim põhjus Eestis on inimeste omaosalus ravimite eest tasumisel. Sellele järgnevad hambaravi ja meditsiinilised seadmed (näiteks prillid, kuuldeaparaadid jms). Samas sõltub omaosalusega seotud tervishoiuteenuste profiil leibkonna sissetulekust. Kõige väiksema sissetulekuga viiendik leibkondadest kulutab omaosalusele ligikaudu 20–30 eurot kuus, mis moodustab nende kogueelarvest ligi 10%, ja see kulub peamiselt ravimitele. Rikkamad leibkonnad kulutavad lisaks omaosalusele ravimite eest tasumisel oluliselt ka ambulatoorsetele teenustele, meditsiinilistele toodetele (nt prillid) ja hambaravile (vt joonis 2).

Mida jõukam on leibkond, seda enam kulutatakse ambulatoorsele eriarstiabile (peamiselt hambaravile) ja meditsiinitarvikutele ning vähem ravimitele. Võib arvata, et madalama sissetulekuga inimesed ei suudagi endale hambaravi lubada, mis seetõttu omaosalusena ei saagi väljenduda.

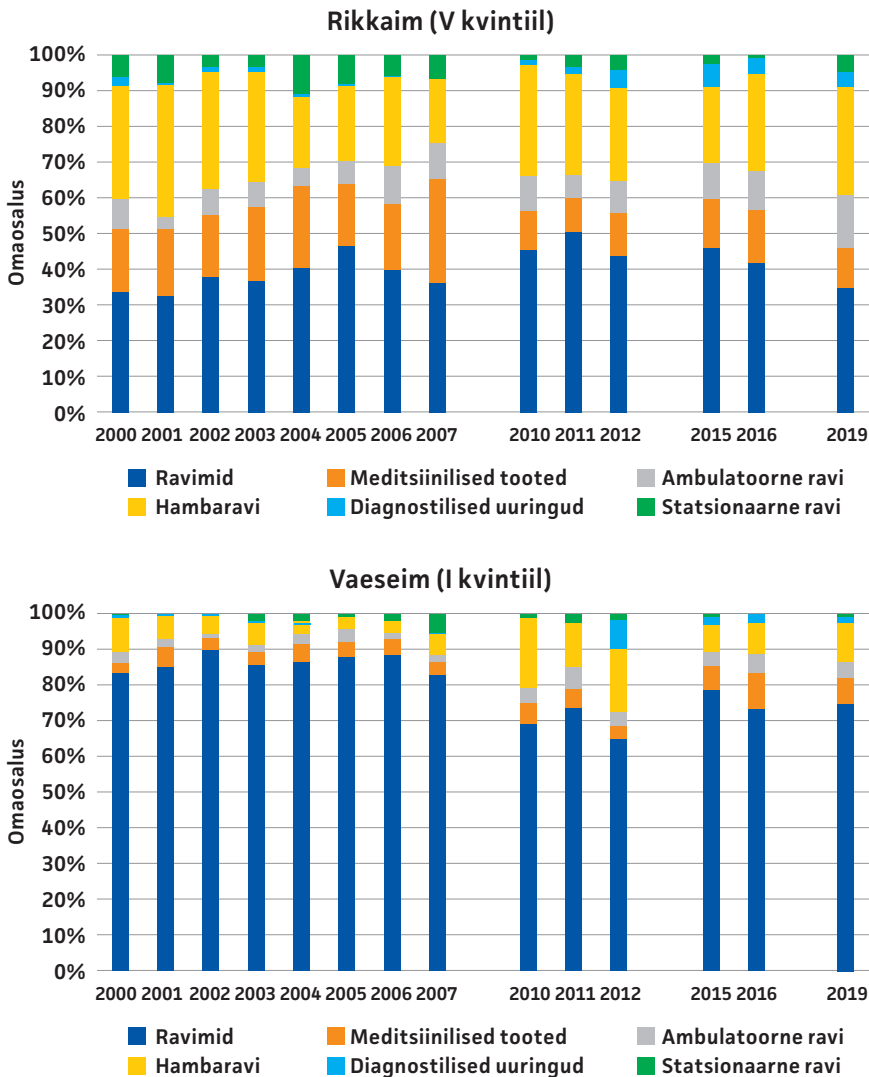
Sotsiaalministeeriumi tellimusel tehti 2017. aastal analüüs, mille eesmärk oli välja selgitada inimesed ja leibkonnad, kelle puhul võib suur omaosalus osutada vajaliku abi saamisel takistuseks ja kellele pole sissetulekute nappuse tõttu tagatud teenuste võrdne kättesaadavus (8). Analüüsist selgus, et 31%-l abivajajatest piirab rahapuudus hambaravi

saamist ja 6,6%-l retseptiravimite ostmist. Peamine sihtrühm, kellel rahalistel põhjustel jäävad teenused saamata, on töötud ja töövõimetus-pensionärid.

Rahapuuduse tõttu on 26% inimestest jäänud vajaliku hamba-ravita ja 7,8% muu meditsiiniabita. 2019. aastal tehtud uuringust (9) selgus, et veidi üle kümnendiku nendest, kellele on viimase 12 kuu jooksul välja kirjutatud retseptiravim, on jätnud ravimi rahalistel põhjustel välja ostmata. Madalama sissetulekuga (kuni 400 eurot) inimeste hulgas on neid, kes rahalistel põhjustel väljakirjutatud retseptiravimit välja ei ostnud, mõnevõrra enam (16–33%) kui suurema (üle 800 euro) sissetulekuga inimeste hulgas (7–16%).

Viimastel aastatel on tehtud mitmeid muudatusi, mille eesmärk on olnud vähendada inimeste omaosalust ravimite soetamisel. Olulisimaks võib pidada 2010. aastal apteekidele pandud kohustust pakkuda toimeainepõhise retsepti korral patsiendile kõige soodsamat, enamasti siis geneerilist ravimit. Võrreldes 2010. aastaga vähenes aastaks 2016 patsiendi keskmine omaosalus retsepti kohta 12,6%. Samas tõusis see 2019. aastal võrreldes eelneva aastaga 10%. Kindlustatu keskmine omaosalus soodusretsepti kohta oli 2019. aastal 6,34 eurot (10).

Geneeriliste ravimite kasutamine on Eestis aastatel 2007–2019 suurenenud 29%-lt 38%-le summaarsest ravimikogusest (5). Vaatamata positiivsele arengule on geneeriliste ravimite osakaal meil endiselt väiksem kui ELis keskmiselt (50%) ja palju väiksem kui naaberriigis Lätis (74%), samuti moodustavad geneeriliste ravimite kulud kõikides ravimikuludes väiksema osa (16,0%) kui ELis keskmiselt (23%). Seega tuleks kasutada täiendavaid poliitilisi mehhanisme, näiteks kohustust üldjuhul valida geneeriline ravim ja korraldada geneeriliste ravimite eelistamist suurendavaid teavitavaid kampaaniaid (11).



**Joonis 2.** Keskmise katastroofilise omaosaluse jaotus tervishoiuteenuse tüübi kaupa esimeses ja viiendas tarbimiskulude (leibkonnaliikme tarbimisega seotud rahalised ja mitterahalised väljaminekud) kvintilis (7).

Lisaks retseptiravimite kompenseerimisele muudeti alates 2018. aastast patsiendi jaoks lihtsamaks täiendava ravimihüvitise süsteem, mille eesmärk on katta osaliselt inimese aasta jooksul tehtud kulutusi soodusravimitele, kui need ületavad kokku teatud piiri. Kuna hüvitise maksmise süsteemi muudeti alles 2018. aastal, on pikaajalist mõju veel vara hinnata. Samas näitavad esmased tulemused, et 2018. aastal suurenes täiendavat ravimihüvitist saanud kindlustatute arv 3000-ilt 134 000-ni. Täiendava ravimihüvitise süsteemi muutumise tõttu

vähenes retseptiravimitele aastas üle 250 euro kulutanud patsientide arv 24 000-ilt 1000-le ehk 95% (12).

Hambaravihüvitise rakendamise eesmärk oli vähendada patsientide kulutusi hambaravile ja tagada ravi parem kättesaadavus. Sotsiaalministeerium on 2019. aastal koostanud analüüsi (13) hambaravihüvitise reformi hindamiseks, mis annab esmase ülevaate täiskasvanute hambaravihüvitise poliitikamuudatuse mõjust. Kuigi küsitlusuuringutega on tuvastatud, et hambaravi teenus on kättesaadavam (14, 15), ei ole veel võimalik teha järeldusi poliit-

tikamuudatuse pikaajaliste mõjude kohta elanikkonna suutervisele.

Omaosalusega seotud küsimused vajavad COVID-19-epideemia olukorras erilist tähelepanu, kuna rahalised takistused tervishoiuteenuste saamisel võivad soodustada viiruse laiemat levikut. Näiteks ei pruugi nakkusohtlik patsient otsida õigel ajal abi, kuna tal puudub võimalus tasuta visiiditasu. Seetõttu on ka WHO rõhutanud just praeguse kriisi valguses vajadust üle vaadata omaosaluspoliitika, et nakkusohtlikel patsientidel oleks võrdne ligipääs vajalikele teenustele. WHO soovib kaotada kõik omaosalusmäärad ambulatoorsele ja statsionaarsetele teenustele ning haigushüvitistele karantiini ja isolatsiooni perioodil. Saamata jäänud tulu tuleks raviasutustele tagada riigieelarvest (16).

Kokkuvõtvalt: Eestis on leibkondade omaosaluskoormus tervishoiuteenuste saamisel võrreldes teiste ELi riikidega suur ning teatud teenuste kättesaadavuses esineb sissetulekust sõltuvat ebavõrdsust. Omaosaluskoormust tuleb Eestis lähiaastatel vähendada ja leida võimalusi selle ümberjaotamiseks, et kaitsta haavatavamaid elanikerühmi suurte kulude ja vaesusesse sattumise eest. Sotsiaalministeerium on koostöös haigekassaga koostamas analüüsi, et mõtta omaosaluskoormust isikupõhiselt, sh analüüsida detailselt ravimeid ja hambaravi puudutavate viimaste poliitikamuudatuste mõju erineva sissetulekuga elanikkonnarühmadele. Isikute kaupa nende omaosaluse analüüsimine loob võimaluse jaotada omaosaluskoormus ümber, et kaitsta eelkõige haavatavamaid elanikerühmi suurte kulude eest nii, et vajalikud teenused ja ravimid oleksid kõigile kättesaadavad.

#### KIRJANDUS

1. Võrk A, Habicht T. Kas inimesed saavad endale tervishoiu eest tasumist lubada? Maailma Terviseorganisatsioon; 2018.
2. Võrk A, Saluse J, Reinap M, Habicht T. Out-of-pocket payments and health care utilization in Estonia, 2000–2012. World Health Organization; 2014.

3. Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika andmebaas <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>.
4. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
5. OECD Health Statistics <https://www.oecd.org/health/health-statistics.htm>.
6. Thomson S, Evetovits T, Cylus J. Financial protection in high-income countries. Czechia Estonia Latvia. WHO Regional Office for Europe; 2018.
7. Võrk A. Ettekanne sotsiaalkomisjonis 17.11.2020.
8. Võrk A. Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kasutamisega Eesti Terviseuuringu 2014 andmetel. 2018.
9. Kallaste E, Järve J, Sõmer M, Lang A. Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. Lõpparuanne. CentAR; 2019.
10. Eesti Haigekassa andmed.
11. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Estonia: Country Health Profile 2019. In: State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing; 2019.
12. Eesti haigekassa 2018. aasta majandusaasta aruanne <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/majandusaruanded-ja-eelarve> (20.01.2021).
13. Sotsiaalministeerium, Analüüs hambaravihüvitise täiendamiseks, 2019. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/hambaravi\\_analuus.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/hambaravi_analuus.pdf) (20.01.2021).
14. Statistikaamet. Eesti sotsiaaluuringu andmed, 2018 ja 2019. <https://andmed.stat.ee/et/stat> (20.01.2021).
15. KANTAR EMOR, Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile, 2018 ja 2019. <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/eesti-haigekassa/uuringud-ja-analuusid> (20.01.2021).
16. Kutzin J. Priorities for the Health Financing Response to Covid-19, P4H; april 2020. <https://p4h.world/en/who-priorities-health-financing-response-covid19> (20.01.2021).