

Eesti positsioon Euroopa tervishoiusüsteemis

Siiri Oviir – Euroopa Parlamendi liige

Tervishoid peab tagama rahva tervise paranemise.

Tervishoid peab olema kõigile kättesaadav, sõltumata rahalistest võimalustest.

Tervishoiu ülesehitus peab vastama ühiskonna ootustele ja veendumistele.

Euroopa Liidu põhiõiguste harta

Euroopa Parlamendi resolutsioon "Sotsiaalkaitse ja kvaliteetne tervishoid" (28. aprill 2005)

Euroopa Komisjoni üldhuviteenuseid käsitlev "Valge raamat" (2004)

*Lissaboni (2000), Göteborgi (2001), Barcelona (2002) ja Brüsseli (2003) Euroopa Ülemkogu lõppjärel-
sed tervishoiu ja pikaajalise hoolduse kohta*

Tervisekaitse – inimese põhiõigus

Õigus tervishoiule on üks olulisematest sotsiaalsest põhiõigustest. Euroopa Liidu põhiõiguste harta tunnustab iga isiku õigust tervishoiuteenustele ja ravile. Ka Eesti põhiseaduse § 28 fikseerib, et igapähele on õigus tervise kaitsele. Rõhuasetus on suunatud inimesele ehk meedikute kõnepruugis patsiendile. Eesti õiguslik positsioon on siin sarnane Euroopa Liidu vaatenurgaga. Juriidikas tähendab see aga, et isiku õigus tuleb riigil tagada oma-poolse tegevusega. Ja see ei ole enam pädevate valitsusasutuste õigus, vaid kohustus.

Rahvatervis on ühiskonna väärtussüsteemi osa ja selle hoidmine ühiskonna olulisemaid kohustusi. See on ideoloogiline baas, millele toetuvad kõik Euroopa Liidu vastavad dokumendid. Summutamaks siinkohal tõusta võivaid protestihääli, et Euroopa Liidus on rahvusriikidel ju tervishoiuvaldkonnas suveräänsus, rõhutan, et suveräänsus on neil küll tervishoiuvaldkonna korraldamisel ja rahastamissüsteemi valikul, kuid see peab täitma kohustuse tagada igapähe põhiõigus tervise kaitsele.

Kuhu oleme jõudnud?

Eesti tervishoiusüsteemi radikaalset ümberkorraldamist alustati 1991. aastal. 14 aastat on tervishoidu rahastatud ravikindlustusmaksu alusel, haigekassa kasutuses on praegu kordi rohkem raha,

haiglad on ümber korraldatud eraõiguslikeks siht-asutusteks või aktsiaseltsideks, esmatasandi arstiabis toimib perearstindus. Kerkinud on moodsaid tervisekeskuseid, uusi haiglaidki. Lisandunud on mitmeid uusi teenuseid jne. Pealisehitus on ümber korraldatud.

1991. aastal avaldas Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) strateegia "Ühised tervishoiueesmärgid". Ka Eesti valitsus on WHO eesmärgid heaks kiitnud ja võtnud kohustuseks parandada rahva üldist tervislikku seisundit juba enne 2000. aastat. Praegu on aasta 2005 ja olukord on halvem kui 10–15 a tagasi. WHO ja Euroopa Komisjoni viimaste aastate analüüsid näitavad, et eestlaste südame- ja veresoonehaiguste suremuskordaja on kolm korda suurem Euroopa Liidu keskmisest, vähisurumuse kordaja on kolmandiku võrra suurem. Meeste surma ja vigastuste välispõhjuste, ka mürgistuste kordaja on aga Euroopa Liidu keskmisega võrreldes koguni neli korda suurem, naiste rinnavähi ja emakakaelavähi suremuskordaja kolm korda suurem jne. Neid murettekitavaid arve võiks loetlema jäädagi, sest positiivseid näitajaid võrdluseks esitada meil paraku ei ole.

2004. aastast on ka Eesti hõlmatud Euroopa Liidu ühtsesse sotsiaaluuringusse. On selgunud, et 21% meie elanikkonnast ehk 232 000 inimest on sattunud olukorda, kus neil oli vaja arstiabi, kuid nad ei saanud seda. 33% neist, kes perearsti

Tabel 1. Eesti positsioon Euroopa Liidu liikmesriikide hulgas kulutustelt tervishoiule (% SKTst)

Saksamaa	10,9
Prantsusmaa ja Malta	9,7
Kreeka	9,5
Portugal	9,3
Rootsi	9,2
Holland ja Belgia	9,1
Euroopa Liidu 25 liikmesriigi keskmine	9,0
Taani	8,8
Itaalia	8,5
Sloveenia (2001)	8,2
Ungari	7,8
Suurbritannia ja Austria	7,7
Hispaania	7,6
Tšehhi Vabariik	7,4
Iirimaa ja Soome	7,3
Luksemburg	6,2
Poola ja Küpros (2001)	6,1
Leedu	5,8
Slovakkia	5,7
Eesti	5,1
Läti	4,9

Allikas: WHO 2005

juurde ei pääsenud, nimetas takistava tegurina majanduslikke põhjuseid (puuduv ravikindlustus, transpordiprobleemid) ja 18% liiga pikka ootejärjekorda. Eriarsti puhul olid samad näitajad 40% ja 28%. Väiendamatult on halbade tervisenäitajate ja arstiabi kättesaadavuse vahel seos.

Mitte ükski ühiskond ei ole jätkusuutlik, kui inimestele ei ole tagatud õigeaegne ja kvaliteetne arstiabi. Mõttetuks osutub riigi pingutus ja investeeringud sündimuse suurendamiseks, kui õigus tervise kaitsele on puudulikult tagatud või arstiabi kättesaamatu. Palju sõltub arstiabi kättesaadavus poliitilistest otsustest, sellest, kui suur osa ühiskonna loodud kogurikkusest otsustatakse suunata tervishoiule ja kui efektiivselt seda kasutatakse. Seda illustreerib ülevaade liikmesriikide kulutustest tervishoiule osakaaluna sisemajanduse kogutoodangust (SKT) ja kulutustest tervishoiule ühe inimese kohta (vt tabel 1, 2).

Tervishoiu rahastamine ja kulutuste jagunemine

Mõistmaks, miks on Eestis tervishoiukulude osakaal väiksem kui teistes samal rikkuse astmel olevates Euroopa riikides, tuleb vaadelda ka tervishoiu rahastamise allikaid ja avaliku sektori kulutuste osakaalu tervishoiu kogukuludes (vt tabel 3).

Tabel 2. Tervishoiukulutused ühe inimese kohta (USA dollarites)

Luksemburg	3065
Saksamaa	2817
Prantsusmaa	2736
Holland	2643
Taani	2580
Rootsi	2517
Belgia	2515
Iirimaa	2367
Austria	2220
Itaalia	2166
Suurbritannia	2160
Euroopa Liidu 25 liikmesriigi keskmine	2128
Soome	1943
Kreeka	1814
Portugal	1702
Hispaania	1646
Sloveenia (2001)	1405
Küpros (2001)	1293
Malta (2001)	1174
Tšehhi Vabariik	1118
Ungari	1079
Slovakkia	698
Poola	654
Eesti (2002)	604
Leedu (2001)	491

Allikas: WHO. Juuni 2004

Avaliku sektori (riigieelarve) suurem osakaal tervishoiukulude katmisel tagab inimesele terviseriskide eest ühtlasema finantskaitse. Euroopa riike iseloomustabki avaliku sektori tervishoiukulutuste suur osakaal: 65–90% on kaetud avalikust sektorist tulevatest erinevatest vahenditest. Näib, et Eesti vastav näitaja – 76,3% – on teiste riikidega võrrelduna keskmisel tasemel. See arvamus kujuneb aga pelgalt kuiva arvujada võrreldes. Lähem analüüs näitab, et Eesti on üks kahest Euroopa Liidu liikmesriigist, kus peaaegu kogu ravikindlustusmaksu koormus lasub töötajate palgafondil. Seega on meil sisuliselt tegemist töövõtja-poolse tervishoiusüsteemi rahastamiskeemiga, kus tööandja teeb palgafondist vaid ülekande riigikassasse.

Arvamused Eesti tööandja suurest maksukoormusest on tendentslikud. Toetudes Eurostati analüüsile (2004), ei ole mitte üheski Euroopa Liidu riigis ettevõtjale sedavõrd soodsaid maksutingimusi kui Eestis. Kahtlemata on selle üheks soodustajaks tööandja-poolse sotsiaalmaksu koormuse sisuline puudumine. Tasutakse ju sotsiaalmaksu töötajate palgafondist, mitte ettevõtte kogutulust. Riigi kvalitsuse osakaal tervishoiu rahastamisel jääb Eestis

Tabel 3. Tervishoiukulutuste jagunemine erinevate rahastamisallikate vahel

Riik	Üldine maksukoormus (% SKTst)	Sotsiaalmaks (suhe üldisesse maksukoormusesse)		Riigieelarve kulutused tervishoiule (% tervishoiu kogukuludest)
		Töövõtja (%)	Tööandja (%)	
Austria	44	13,7	15,8	69,9
Belgia	46,4	9,9	19	71,2
Holland	39,2	16,6	11,7	65,6
Eesti	33,5	4,3*	0*	76,3
Tšehhi	39,3	10	28,3	91,4
Taani	48,9	2,7	0,7	82,9
Soome	45,9	4,7	20	75,7
Prantsusmaa	44	9,3	25,3	76
Saksamaa	36	17,6	19,8	78,5
Kreeka	35,9	12,7	15,5	52,9
Ungari	38,3	6,2	23,8	70,2
Iirimaa	28,4	4,5	9,6	75,2
Itaalia	42,6	5,6	20,4	75,6
Luksemburg	41,8	11,3	12,4	85,4
Slovakkia	33,1	8,5	25	89,4
Hispaania	35,6	5,6	24,9	71,3
Rootsi	50,2	5,8	24,3	85,3
Suurbritannia	35,8	6,8	9,6	83,4
EL keskmine	40,6	9,1	16,3	-

5–6% vahele. Riigi kulutused (vaid 0,4% SKTst) koosnevad ravikindlustamata isikute vältimatu arstiabi, kiirabi ja erijuhtudel makstava sotsiaalmaksu kuludest.

Eestis puudub ka kohalikul omavalitsusel seadustega sätestatud kohustus tervishoidu rahastada. Euroopa Liidu riikides rahastab üldjuhul omanik (riik / kohalik omavalitsus) tervishoiuasutuste kulusid. Kohustused on sätestatud õigusaktidega ega sõltu poliitikute üksikotsustest. Inimeste omavastutus tervishoiukuludes on Eestis aga kasvanud juba 24%ni (võrdluseks 1999. a 14%). Meie inimeste maksujõulisust arvestades ei ole seda rohkem võimalik suurendada.

Eesmärgiks tuleb seada patsient ja rahvatervis

Tabelis 3 toodud andmeid analüüsides on näha, et kõikides Euroopa riikides võtavad tervishoiusüsteemi rahastamisest töövõtja kõrval osa nii tööandjad kui ka avalik sektor riigi erinevate maksutulude kaudu. Samal ajal on Euroopa Liidu kõikides liikmesriikides kasutusel solidaarne maksusüsteem kombineerituna riikliku eelarvelise finantseerimisega (vt tabel 4).

Eesti solidaarse maksusüsteemi sisuks on aga kujunenud 600 000 töötaja kohustus maksta kinni ligikaudu 1,2 miljoni inimese ehk peaaegu kogu

Eesti elanikkonna ravikulud ja tervishoiusüsteemi ülalpidamine. Ligikaudu 80 000 Eesti inimesele on nende põhiseaduslik õigus tervise kaitsele sootuks tagamata: nad ei ole hõlmatud ravikindlustusega. Absoluutne toetumine otsesele palgafondimaksule ohustab tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkust ja rahvatervise edendamist. Ka solidaarsusel on oma piirid, eriti kui vaatamata maksumaksja-poolsele korrektsele panustamisele arstiabi kättesaadavus aasta-aastalt halveneb. Tähelepanuta ei tohiks jääda ka demograafilise olukorra muutus, eakate inimeste osakaalu pidev suurenemine: üle 65aastaseid oli 1999. a 12% ja 2003. a 15,9% rahvastikust.

Eelneva kontekstis on viimane aeg keskenduda korralduslike abinõude reformidelt (mille elluviimise vajalikkuses ma üldjoontes ei kahtle) patsiendile. Tervishoiusüsteemi toimimise eesmärgiks on rahva tervise parandamine. Rahvusvaheline kogemus näitab, et ilma sellekohaste pikaajaliste sihtide püstitamiseta eesmärke ei saavutata. Eesti vajab tervisepoliitikat koos rakenduse ja rahastamisallikate mitmekesistamisega. Konkreetseid tervise sihte püstitamata jätkub "tulekahju kustutamine".

Ravikindlustuselt tervisekindlustusele

Eesti ühiskonna mõttemaailm ei ole praegu kahjuks veel suunatud tervislikule käitumisele. Oma osa on

Tabel 4. Tervishoiu rahastamise ja -süsteemide korraldus

	Põhiline katteallikas	Tervishoiu rahastamise jagunemine (%; 1999)				Põhilised teenuseosutajad
		Sots-maksud*	Riik	Isikud	Erakindlustus	
Belgia (+)	Sots-kindl. + valitsus	50,8	31,0	12,5	4,7	Ambul.**; H (osaliselt avalikud)
Taani	RTT	-	83,4	14,6	2,0	Üldjuhul avalik
Saksamaa (+)	Sotsiaalkindlustus	69,5	11,0	11,0	8,5	Ambul.**; H (osaliselt avalikud)
Kreeka	Sega: RTT + maksud	46,7	37,5	11,6	4,2	Üldjuhul avalik
Hispaania	RTT	6,4	63,8	26,4	3,4	Üldjuhul avalik
Prantsusmaa	Sotsiaalkindlustus	72,9	6,0	9,8	10,4	Ambul.**; H (reegliina avalikud)
Iirimaa	Avalik tervish-süsteem	4,2	76,6	11,1	7,8	Üldjuhul era
Itaalia	RTT	1,6	66,0	27,2	4,1	Üldjuhul avalik
Luksemburg	Sotsiaalkindlustus	56,0	24,8	17,3	2,0	Üldjuhul era
Holland (+)	Sotsiaalkindlustus	74,5	5,1	6,8	14,9	Üldjuhul era
Austria	Sotsiaalkindlustus	54,6	29,1	10,3	6,0	Ambul. (üldjuhul era); H (üldjuhul avalikud)
Portugal	RTT	11,9	54,1	31,1	2,5	Üldjuhul avalik
Soome	RTT	12,2	64,2	23,2	0,5	Üldjuhul avalik
Rootsi	RTT	11,0	68,3	16,4	4,3	Üldjuhul avalik
Suurbritannia	RTT	7,1	74,2	12,7	6,0	ET ja stom. üldjuhul era; H (üldjuhul avalikud)

Märkused:

* kaasa arvatud tööandjad; ** erasüsteem, RTT – riiklik tervishoiuteenistus; (National Health Service); (+) sotsiaalkindlustus koos vabalt valitatavate fondidega; stom. – stomatoloogid; ET – esmatasand; H – haiglad

Allikad: BASYS (Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung), Augsburg 2002; Eurostat Health Statistics 2002 (Annex I)

sellise mõtlemise mudeli juurdumisel ka meie seadustel. Haigekassa kindlustab haiguse, ennetusele pööratakse tähelepanu vaid tühise murdosa ulatuses võrreldes tegeliku vajadusega. Me ei ole seni ajani pööranud tähelepanu tõsiasjale, et haiguste ennetamine on tervishoiu kõige paremini toimiv ja tõhusam vorm ning et taskukohane ja kättesaadav heatasemeline ennetustegevus tõstab keskmist eluiga, vähendab haigestumist ning lõppkokkuvõttes kahandab tervishoiukulutusi, tagades säästva ja jätkusuutliku tervishoiu rahastamise.

Näide meie tavapärasele arusaamale vastupidisest suhtumisest on Singapuris edukalt toimiv põhimõte, kus kindlustatu saab kaasa rääkida ravirahade jaotuses. Igal kindlustatul on kindlustuskonto, millelt saab heade tervisenäitajate korral pensionieas teatud osa välja võtta. Abivajajate tervisekaitse on rahastatud ka riigi toel. Katseprojektina uuritakse nn Singapuri mudelit praegu mitmes riigis. Ka meil kõneldakse omavastutuse suurendamisest, kuid paraku peetakse selle all silmas pelgalt patsiendi omakulutuste suurendamist. Ometi näitavad Singapuri kogemused meile kätte

teise võimaliku tee omavastutuse suurendamiseks. Sellise tee, kus me saame rääkida tervisekäitumise muutumisest ja seeläbi ka rahva jätkusuutlikkusest. Solidaarsus ei pea seejuures kaduma, kuid see ei tohiks olla mugavaks sildiks uute mõtete tõrjumisel. Solidaarsus ei pea koos käima anonüümsusega, vaid vastupidi – solidaarsus tähendab, et tean, kui palju maksan, kelle eest maksan või saan veel maksta. Miks ei võiks ka meil osa ravikindlustuse rahast kasutada terveks olemise paremaks motiveerimiseks?

Samavõrd kui lisaraha, vajab Eesti tervishoid ka vaatenurga muutusi. Rahvas võib küll olla oma riigita, kuid riiki ei saa olla ilma rahvata. Eestis arendatav tervishoiusüsteem on Euroopas ainulaadne. Abi kättesaadavust ja rahvatervise näitajaid hinnates on see aga paraku ummiktee. Sellest väljatulekuks tuleb

- 1) võtta Riigikogus vastu Eesti tervisepoliitika arengukava ja Vabariigi Valitsuse poolt vastavad rakendussätted;
- 2) muuta tervishoiu rahastamise skeemi;
- 3) minna ravikindlustuskesksusel üle tervisekindlustuslikele põhimõtetele.