

## Maailma Terviseorganisatsiooni ja Eesti koostöö

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

Eesti on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa regiooni liige alates 1993. aastast ja sellest ajast on Eestis ka WHO esindus. Esinduse roll on olnud koordineerida WHO koostööd riigiga – eeskätt valitsusasutustega, aga ka kõigi teiste tervisevaldkonnas tegutsevate organisatsioonidega. Eestis esindab WHOd dr Jarno Habicht, kes on sel ametikohal olnud viimased kaks aastat.

Väino Sinisalu (VS) palus Jarno Habichtil (JH) selgitada **WHO peamiseid üleilmseid tegevusvaldkondi ja -suundi Eestis.**

**JH:** WHO näeb oma peamise ülesandena aidata kaasa kõigi maailmas elavate inimeste tervise tagamisele ja parandamisele. Seejuures toetab WHO igat riiki tema tervisepoliitiliste ülesannete lahendamisel. Meie organisatsioonis on praeguse seisuga esindatud kokku 192 riiki, millest enamikus asub ka WHO esindus. Suuremaks erandiks on vanemad Euroopa Liidu riigid, kus WHO esindusi ei ole, aga samas on mitmed neist avaldanud soovi esindus luua. Viimastest suurtest muudatustest on vahest oluline märkida peadirektori vahetust: alates 2003. aastast on uueks juhiks pikaajalise WHO staažiga dr Joung-Wook Lee.

Kui rääkida globaalsetest olulisematest arengusuundadest, siis Eesti olusid arvestades võiks välja tuua mõned.

1. Tagada 2005. a lõpuks 3 miljonile HIV-nakkusega inimesele maailmas tõhusate antiretroviirusravimite kättesaadavus. Eestis on selleks ajaks vaja tagada ravi võimalused hinnanguliselt sajale inimesele. Tulevikku vaadates suureneb aga ravivajadus Eestis väga kiiresti kui arvestada HI-viiruse laialatuslikku levikut mõned aastad tagasi.

2. Veebruari lõpus 2005. a jõustus WHO ülemaailmne tubakatarbimise vähendamise raamkonventsioon. Raamkonventsiooni väljatöötamine

algas 1990. aastate keskel ja 2003. a kiideti see maailma terviseassambleel heaks. Nüüd on järgnenud konventsiooni ratifitseerimine ning tänaseks on juba peaaegu kuuskümmend riiki selle ratifitseerida jõudnud. Eesti valitsus on konventsiooni allkirjastanud ja praegu on käimas selle ratifitseerimisprotseduur.

3. Toitumise ja füüsilise aktiivsuse alusdokument kiideti heaks 2004. a maailma terviseassambleel. Selles on toodud üldine raamistik, millele riigid saavad oma strateegiaid ja tegevuskavu koostades tugineda. WHO Euroopa regioon tegeleb selle teemaga põhjalikumalt ja selleks on planeeritud 2006. a korraldada Euroopa tervishoiuministrite konverents toitumise teemal. Samuti haakub see otseselt väljatöötatava Euroopa piirkonna mittenakkuslike haiguste strateegiaga.

4. Oluliseks valdkonnaks on veel nakkushaigustega tegelemine ja valmisoleku tagamine, eriti arvestades hiljutist SARSi levikut. 2005. a mai kuus maailma terviseassambleel võetakse vastu uuendatud kujul rahvusvahelised tervise-eeskirjad (*international health regulation*, IHR), mis peaks võimaldama parema valmisoleku ohtudele reageerida.

Lisaks neile paljudele formuleeritud strateegiatele on praegu päevakorral meditsiinipersonali küsimus: kuidas tagada riikides vajaliku ressursi olemasolu, mis kataks elanike järjest suurenevaid tervisevajadusi. Sellele teemale on pühendatud ka 2006. a avaldatav maailma tervisearuanne.

**VS: Kuidas iseloomustada WHO Euroopa regiooni tegevust?**

**JH:** Endastmõistetavalt on maailma eri piirkondade inimeste terviseprobleemid ja -vajadused erinevad. WHO on jagatud kuueks regiooniks. WHO Euroopa regiooni kuulub 52 riiki ja pea-

korter on Kopenhaagenis. Alles hiljuti toimusid Euroopa piirkonna juhi valimised ja aastatel 2005–2010 jätkab dr Marc Danzon. Piirkonna juhtimine käib mitme struktuuri ja komisjoni kaudu. Hea on näha Eesti suurenenud aktiivsust rahvusvahelistes organisatsioonides ja seda, et enam on hakatud osalema ka WHO Euroopa regionaal-komitee juhtivorganites. Eestit esindab seal alates 24. septembrist 2004 dr Katrin Saluvere.

Euroopa regioon peab oma tegevuses vajalikuks keskenduda eelkõige riikidele, arvestades seda, et igas riigis on erinevad vajadused ning nende lahendamiseks on vaja leida individuaalseid võimalusi. Oluliseks peetakse terviklikku tervisesüsteemi käsitlemist ning tervishoidu ja rahvatervist vaadatakse koos, sest osa valdkondi kattub. Lisaks tuleb arvestada, et mitmed lahendused võivad sageli olla just väljaspool tervisesektorit.

Euroopa regiooni tegevust, mis lähtub ka üleilmsetest arengusuundadest, võib lühidalt kirjeldada järgmiste märksõnadega: nakkushaigused, sh HIV/AIDS ja tuberkuloos; laste ja noorukite tervis; haiguste ennetamine ja kroonilised haigused; tervisesüsteemi arendamine (vt ka <http://www.euro.who.int/>).

### **VS: Milline on WHO koostöö Eestiga?**

**JH:** Traditsiooniliselt kooskõlastavad Eesti ja WHO tegevuskavad kaheks aastaks. See põhineb üksikasjalikul riigi tervisevaldkonna olukorra analüüsil, mille korraldab WHO. Teisest küljest võetakse arvesse Eesti arengusuundi lähiaastatel. Praegune tegevusperiood on lepitud kokku aastateks 2004–2005.

Tervisepoliitika valdkonnas on praegu koostöös keskendunud kahele põhilisele tegevusele. Esiteks, analüüsida enam levinud haigus- ja riskikoormust ning seejuures püüda leida kuluefektiivseid meetmeid haiguste leviku vähendamiseks (nt alkoholi tarvitamise piiramiseks analüüsida hinna- ja maksupoliitika, erinevate piirangute jms mõju). Teiseks, analüüsida tervise mõju Eesti majanduse arengule ehk teisisõnu, kuidas inimeste tervis mõjutab majanduse arengut ja kas on valdkondi, kuhu

praegu ressursse suunates on võimalik parandada nii tervist kui ka tagada pikas perspektiivis parem majanduslik olukord.

Tervisesüsteemi edasisel arendamisel on keskselks küsimusteks tervishoiu rahastamine, haiglate reformi ja restruktureerimise kulg, ravimipoliitika, esmatasandi arstiabi areng ja tervishoiu kvaliteedi parandamine. Siinjuures juhin tähelepanu, et WHO hinnangust Eesti perearstisüsteemile on avaldatud lühem ülevaade ajakirjas Eesti Arst (2005;84(1):56–7). Veel on Eesti Arsti samas numbris lühidalt kirjeldatud hiljutist tervishoiukvaliteedi seminari. Süsteemse ülevaate Eesti tervisesüsteemist annab WHO ja European Observatory koostatud ülevaade, mis ilmus 2005. a algul raamatuna „Health Care Systems in Transition“ (vt ka <http://www.euro.who.int/observatory>). Varasemad samalaadsed ülevaadet on avaldatud 1996. ja 2000. a.

Üks olulisemaid koostöövaldkondi on HIV/AIDS, kus tuleb juba praegu keskenduda nii ennetusele kui ka ravile. Eesti oludes on üheks ohuks HIV-infektsiooni ja tuberkuloosi koosinemine. Siin on oluline rakendada töhusaid ennetavaid meetmeid, mille osas loodame suurendada koostööd juba 2005. aastal. Ka Eesti meedikud on tähelepanu juhtinud, et kliiniliselt esineb HIV-infektsiooniga haigetel sagedamini kopsuvälist tuberkuloosi, mille diagnoosimiseks ja raviks ei pruugi tervishoiusüsteem valmis olla.

Koostöös perearstide ja kopsuarstidega on väljatöötamisel hingamisteede haiguste avastamiseks ravijuhendid, mis oleks abiks esmatasandi arstidele ka tuberkuloosi varajaseks avastamiseks.

Hiljuti kirjutas sotsiaalminister Marko Pomerants Helsingis alla Euroopa vaimse tervise deklaratsioonile. WHO vaatenurgast on deklaratsioon üldine raamistik, milles iga riik leiab enda jaoks olulisemad ja määravamad probleemid ning kavandab konkreetsed sammud nende lahendamiseks.

Kuigi Eesti on alles lühikese staažiga WHO liimesriik, on mitmeid siinseid eksperte kaasatud WHO missioonidele teistes maades. Näiteks viibis prof Margus Lember esmatasandi arstiabi eks-

perdina Türgis. Lisaks on Eesti eksperte kasutatud viimastel aastatel haiglate restruktureerimise, meditsiinipersonali planeerimise, nakkushaiguste seire ja valmisoleku, reproduktiivtervise strateegia jt teemade käsitlemisel väljaspool Eestit. Ühe järgmise projektina kaasatakse eksperte just noortelt noortele tervisekoolitussüsteemi väljatöötamiseks Lätis ja arutlusel on samal teemal ekspertide kasutamine Moldovas.

### **VS: Eelmise aasta lõpus valmis WHO ekspertide hinnang Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise kohta. Kuidas seda kommenteerida?**

**JH:** Tõesti, see on üks pikaajalistest koostööteemadest. Eelmise aasta augustis kogunesid kolme Balti riigi sotsiaalministrid ja eksperdid Tallinna, et arutada tervishoiu rahastamise küsimusi. Seejuures arutati, millised on suunad Euroopas, ja analüüsiti põhjalikult iga riigi tervishoiu rahastamist. Pärast viimast kohtumist on WHO ette valmistanud rahastamissüsteemi ülevaate ning toonud välja probleemkohad ning lahendusvõimalused.

WHO kohaselt peaks tervishoiu rahastamise süsteem tagama järgmist: a) kindlustama arstiabi kättesaadavuse ja kaitsma inimest tervisehäirega seotud finantsriskide eest; b) lähtuma üldise solidaarsuse printsiibist ühiskonnas – igaüks panustab oma võimaluste kohaselt ja saab abi vastavalt vajadusele; c) süsteemi haldamine peab olema lihtne ja läbipaistev; d) süsteem peab olema efektiivne ning selle tagamiseks tuleb kasutada õigeid motivatsioonimehhanisme.

Esitatud hinnangu põhjal on Eesti tervishoiu rahastamise süsteemis mitmeid häid külgi. Tervishoiule minev osa SKTst on aastaid olnud küllaltki stabiilne ja 2003. a oli see 5,4%, mis on võrreldav teiste sarnase arengutasemega maadega. Samas on tervishoiu rahastamise süsteem sarnane rikkamate Lääne-Euroopa riikide süsteemidega: 75% tervishoiule minevast rahast tuleb avalikust sektorist ja meie inimesed on suhteliselt hästi kaitstud haigustega kaasnevate finantsriskide vastu (sh ei pea enda ravimiseks võtma laenu!). Üldine valit-

sev suundumus on: mida rikkam riik, seda väiksem on kodaniku omaosalus oma tervishoiukulude katmisel.

Palju on arutatud, et meil on SKTst eraldatav osa tervishoiule väiksem kui teistes Euroopa maades. Võrreldes seda näitajat teiste maadega, ilmneb, et Eesti eraldab tervishoiule proportsionaalselt sama osa, mis enamik samal majanduslikul järjel olevaid riike – ei rohkem ega vähem. Üldine tendents on: mida rikkam riik, seda suurema osa oma rikkusest (SKTst) eraldab ta tervishoiule.

Samas osutab WHO raport kahele suuremale kitsaskohale meie tervishoiu rahastamisel: esiteks, ravikindlustuseta isikute suur hulk – 6% rahvastikust, ja teiseks, ühiskonna tervishoiukulud katavad ainult töötavad kodanikud (kes maksavad sotsiaalmaksu). Samas moodustavad nad kindlustatutest alla poole.

Nii ongi Eestis probleem, kuidas tuua raha juurde ravikindlustussüsteemi, kuid samal ajal tagada kogu ühiskonna jätkusuutlikkus. Lihtsaim viis oleks kindlasti patsiendi omaosaluse suurendamine, s.t haige maksustamine täiendavalt. Ka praegu on kodaniku omaosalus küllaltki suur: 20% kõigist tervishoiukuludest. Suhteliselt tervele ja keskmise sissetulekuga inimestele ei ole see väga suur probleem, kuid juba praegu tooks senine omaosaluse määr pereliikme haigestumise korral ligi 42 000 leibkonda allapoole vaesuspääri.

Teine võimalus ravikindlustusse raha juurde tuua on erakindlustussüsteemi laialdane rakendamine. Samas on teiste riikide kogemused näidanud, et erakindlustuse turg areneb aeglaselt. See on suunatud eelkõige rikkamatele ja tervematele ning on raskesti ligipääsetav suurema terviseriskiga ja krooniliste haigustega inimestele. Ka on erakindlustuse halduskulud üldiselt suured. Erakindlustusel on kindlasti roll tervishoiu rahastamisel, kuid see ei too iseenesest raha juurde.

Nii näibki kõige loogilisemana lisada süsteemi vahendeid ka nende eest, kes praegu kindlustusmaksu ei maksa (nt pensionäride eest). See lahendus tuleks tingimata leida, sest rahvastiku vana-

nemise tendents on ilmne ka Eestis ja tulevikus väheneb töötavate inimeste osakaal rahvastikust veelgi.

Kui küsida, kas lisaraha ravikindlustussüsteemi tuua avalikust sektorist või erasektorist, on WHO soovitus ühene – eelistada tuleb avaliku sektori kaudu suunatavaid vahendeid.

Kulutuste suurendamisel tuleb aga rangelt silmas pidada kuluefektiivsuse põhimõtet – iga kulutatud kroon peab andma parima tulemi rahva tervise paranemise näol.

[eestiarst@eestiarst.ee](mailto:eestiarst@eestiarst.ee)