

MAJANDUSPOLIITIKAST TERVISHOIOUS

Heiki Müür

1992. aasta algusest on Eesti tervishoiusüsteem pidanud tegutsema ravikindlustuse tingimustes ja praktikas realiseerima turusuhetele suunduva süsteemi eesmäärke. Mõistagi pole see toimunud vastuoludeta: üldine majanduslangus on oluliselt vähendanud maksubaasi nii eelarve kui ka sihtfondide tarvis. Küll aga tähendab ravikindlustusele üleminek Eestile põhimõttelist muudatust – sotsiaalsfääris turusuhetele ulatusliku suundumise algust.

Tegemist on ulatusliku eluvaldkonnaga, mida on poolsajandi vältel käsitatud mittetootmissfäärina, ühiskondliku ja riigieelarve kaudu ülalpeetava tarbimisena. Tervishoiu kõrval kuuluvad siia haridus, kultuur, teadus ja muud alad, kus teenuste pakkujaid ei saa neile esitatavate spetsiifiliste nõuete tõttu olla eriti palju. Hüvesid võidakse tarbida kollektiivselt, ka spetsialisti (arsti, õpetaja, juhendaja) suunamisel, ilma et üksiktarbija (patsient, õpilane) oleks alati võimeline hindama konkreetse hüve kasulikkust.

Töötulemus ei esine siin valdavalt mitte materiaalse hüvena, vaid kasuliku teenusena. See aga – inimese tervise taastamine ja tugevdamine, hariduse ja kvalifikatsiooni andmine jpm. – võib otsustavalt määrata inimeste töövõime, tööviljakuse ja koha tööturul üldse.

Sellise spetsiifika tõttu ei toimi ka arenenud riikide sotsiaalsfääris ainumääravalt turusuhted. Nõudmise ja pakkumise tasakaalustamiseks on tulnud seal ikka tagada üldriiklikul või omavalitsuse tasandil minimaalselt vajalik reguleerimismehhanism. Meil tuleb praegu alustada sellest, et nii teenindaja kui teenindatav teadvustaksid, mis konkreetne hüve ja töö tegelikult maksma läheb. Alles väärtuste hindamise ja raha lugemise kaudu saame jõuda huvide suunamisele ning ühiskonna ja kodanike käsutuses olevate ressursside efektiivsemale kasutamisele.

Turusuhetel toimivas sotsiaalsfääris peaksid teenuse eest kulutusi tegema need, kes on sellest huvitatud. Nii peaksid tervishoiukulud katma nii inimesed ise, töövõtjad kui ka omavalitsused ja riik tervikuna. Siit aga jõuame juba tervishoiu makroökonomika probleemistiku juurde, mida oleme seni käsitlenud üpris piiratult.

Argiarusaama kohaselt oleme aastakümneid mõistnud tervishoiusüsteemi all vaid ravi- ja spetsiifilisi meditsiinasutusi ehk tervishoiutalitust. Seda on peetud ülal riigieelarve kaudu, kuhu on oma maksud ja kasumieraldised maksanud ettevõtted, otsesed ja kaudsed maksud ka elanikkond. Maksumaksjatena on nii tööandjad kui ka kodanikud kujundanud tervishoiu ressursibaasi. Seoste ja ümberjaotuskanalite anonüümsuse tõttu oli võimalik kujundada käibearusaam: tervishoidu peab üleval riik, arstiabi on tasuta.

Samal ajal tegeleb raviasutus valdavalt ikkagi haige, töövõime (ka ajutiselt) kaotanud inimesega. Kodaniku tervislik seisund kujuneb välja enne tervishoiuasutust, sinna jõuavad kordaseadmiseks ühiskonna tervisevastase elukorralduse ja kõigi tervistkahjustavate tegurite koosmõju viljad. Raviasutuse sisen-dit (haiget inimest) on kujundanud elu- ja töökorraldus ning -keskkond.

Eelarvete majanduspoliitiline suhe tervishoiusse

Iga riik teostab majanduspoliitikat kõigi käsutuses olevate otseste ja kaudsete vahenditega. Mida rohkem suundub Eesti turusuhetele, mida rohkem baseerub meie majandus omandivormide paljusel, seda rohkem kujuneb meie majanduspoliitika teljeks maksupoliitika. Põhiliseks ümberjaotuskanaliks jääb ikka eelarvesüsteem, munitsipaaleelarved ja riigieelarve, oluliselt muutunud struktuuri ja funktsioonidega. Iga tasandi ühiskondlike huvide esindajana kujuneb eelarvel ka kindel suhe tervishoiusse.

Terve inimene on ühiskonna seisukohalt suur väärtus. Töötajatele hariduse ja kvalifikatsiooni andmine on küllaltki kulukas ja aeganõudev, mistõttu ühiskond on eluliselt huvitatud inimeste pidevast töövõimest ning selle pikendamisest. See on mitmel maal juba sajandi algupoolel viinud munitsipaal- või riigieelarve poolt finantseeritava tervishoiuorganisatsiooni kujundamiseni. Sama teed on läinud endised sotsialismimaad.

Tervishoiukuludeks vajalik raha koondatai meil ettevõtelt eri tasemetel eelarvetesse mitmesuguste maksude (sotsmaades ka lihtsalt kasumieraldiste) kaudu. Tervishoiuasutuste ülalpidamiseks jaotati raha teenindus-, voodi- ja personalikohtade jm. normatiivide kohaselt. Siin ilmneski sellise tsentraliseeritud süsteemi põhipuudus: seose puudumine rahaliste vahendite ku-

jundamise, kulutuste tegemise ja tervishoiuasutuste tegelike töötulemuste vahel.

Eelarveliselt finantseeritavale tervishoiusüsteemile oli iseloomulik tsentraliseeritud planeerimis- ja jaotussüsteem. Tuli kujundada ulatuslik normatiivne baas ja tugev bürokratia-aparaat. All-lülides tekkis kaitserefleksina soov oma tegelikke võimalusi varjata. Arstiabi osutamine tarbijapoolsete kohustusteta on viinud olukorrani, kus nõudmine ületas pakkumise. Raviasutuste tegevuse finantstulemus ja personali palgad olid ette antud ega sõltunud kuigivõrd ravitöö tegelikust mahust, tulemustest rääkimata. Riiklikult tagatud tervishoiusüsteem on oma võimalused ammendanud. Turumajandusele suundumise taustal on hakatudki EV-s käivitama ravikindlustust. Sama teed lähevad ka teised Balti riigid ja Venemaa.

Ravikindlustuse tingimustes vabaneb riigieelarve tervisnõu jooksva tegevuse finantseerimisest ja selleks raha akumuleerimisest. Munitsipaal- ja riigieelarve pädevusse jäävad temale vastava tasandi tervishoiutalituse kapitalimahutused. Seega jääb tervishoiusüsteemi arengu nende probleemide lahendamine endiselt sõltuvusse rahvamajanduse, kõigi ettevõtete töötulemustest ja maksubaasist.

Eelarvetuludes kajastub endiselt haigestumise ja ajutise töövõimetuse tegelik tase. Ajutisele töövõimetusele vastab ettevõtetes saamata jäänud toodang, mille pealt jäävad eelarve tuludesse laekumata ka kõikvõimalikud maksud (tulu-, lisandunud väärtuse, tolli-, litsentsi-, aktsiisi- jm. maksud).

Haigekassade rollist tervishoiu makrosüsteemis

Uueks ja spetsiifiliseks institutsiooniks tervishoiu makrosüsteemis on piirkondlikud haigekassad. Koos maakonna või linna tervishoiutalitusega kujuneb haigekassa regiooni tervishoiupoliitika põhiliseks subjektiks. Olles loodud ravikindlustusele üleminekul ja selle tagamiseks, peavad nad kindlustama ravikindlustusmaksu laekumise ja kõigi ajutise töövõimetusega seotud kulude katmise.

Ettevõtted kindlustavadki oma töövõtjad ja nende kaudu ka mittetöötavad, õppivad perekonnaliikmed oma piirkonna haigekassas. Viimane hoolitseb töötajatele ravikindlustushüvituse andmise, piirkonna elanike ravimise korraldamise (näiteks

teise piirkonna raviasutusse suunamise) ja tervishoiutalitusele ravikulude tasumise eest.

Linnade ja maakondade haigekassadel koos üle-eestilise keskorganisatsiooniga tuleb asuda lahendama ka mitmesuguseid sotsiaalmajanduslikke probleeme. Eesti piirkondade demograafilise olukorra tõttu on suuri erinevusi töötajate (nende pealt laekub ravikindlustusmaks) ja kogu elanikkonna kui potentsiaalsete ravialuste vahekorras. On vajalik mõningane raha ümberjaotus piirkondadele, kus pensionäride osa rahvastikus on eriti suur. Huvitavad muudatused kohalike ja transiitpatsientide vahekorras võivad aset leida Eesti suuremates ravi- ja sanatoorsetes keskustes, vastavalt sellele kujuneb ravitasude piirkondadevaheline korrespondents.

Haigekassa tegevus on allutatud maakonna/linna volikogu, seega üldsuse kontrollile. Laekumisi ei hakka sinna tulema mitte üksnes kindlustusmaksetest. Raha võivad eraldada ka omavalitsusorganid, ettevõtted ja heategevusorganisatsioonid, annetada kodanikud. Tegevus toimuks ettevõtluse põhimõttel, töötajate huvi alusel. Oleks igati mõistlik eeldada, et haigekassa oma vaba rahaga majandaks kas aktsionäri või omanikuna kehakultuuri-, sanitaar-hügieenilisi, turismi- ja teisi inimeste tervise tugevdamisega tegelevaid ettevõtteid.

Majanduspoliitika lähiülesannetest tervishoiutalituses

Tervishoiutalituse mitmesugused raviasutused kujunevad teenindusettevõteteks, mis tegutsevad turumajanduse üldiste mängureeglite alusel. Kui seni finantseeriti neid riigi või kohalikust eelarvest, sõltumata tegelikust töömahust, töö kvaliteedist ja keerukusest, siis nüüd hakkavad haigekassad raviasutustele tasuma tegeliku töö eest kindla ravitariifi alusel. Raviasutustel kujuneb huvi oma patsientidest ja nende heatasemelisest ravimisest, sellest hakkab sõltuma nende personali palk ja kasum.

Siinkohal tuleb vabandada meedikute ees. Teenindusettevõtteks peetakse raviasutust ikkagi ainult oma uue ökonoomilise rolli tõttu. Sisuline erinevus on aga suur: tüüpiline teenindusettevõtte (õmblusateljee, kingsepatöökoda, pesumaja) osutab kodanikule just tema valitud ja soovikohase teenuse. Tervishoiuasutuses antakse inimesele arstiabi, mille sisu, järjestuse ja mahu määrab ainult arst objektiivsel alusel (uuritud), patsiendil on sealjuures ebakompetentse raviobjekti roll.

EV tervishoiutalitusel seisab ees oma tegevuse, potentsiaali ja võimaluste põhjalik analüüs uues majandussituatsioonis. On kujunenud soodus olukord arstiabi nõudluse selgitamiseks, mis tõepäraselt vastaks turusuhete ja ravikindlustuse uuele taustfoonile. Teatavasti alanes raviasutuste külastatavus ja täituvus juba 1991. a. teisel poolel. See ei anna analüüsiks veel usaldavat alust: vastassuunalist mõju avaldas kahtlemata veel aasta lõpuni kehtinud, täispalga ulatuses töövõimetushüvituse maksmise kord. Adekvaatse pildi saame ikkagi käesoleval aastal, mil toimivad ka kõik ravikindlustuse mängureglid.

Uues olukorras toimetulekuks peab EV tervishoiutalitus tegema ümberkorraldusi meditsiiniökonomilistest kaalutlustest lähtudes. Ilmselt ei ole tervishoiuasutuste täituvuse muudatused raviprofiilide kaupa ühesugused – siit tulenevad ümberprofileerimise vajadused ja võimalused, võibolla ka territoriaalsete funktsioonide ümberjaotamine. Arstiabi tõhustumist näeme esmatasandi arstiabi (terapeudid, jaoskonna- ja perearstid) osatähtsuse tõusust: väheneva kontingendi spetsiaalravi saab seetõttu olla põhjalikum ja hinnalisem, mis ehk mõneti kompenseerib töömahu kvantitatiivse languse. Aktsentide ümberlülitus seisneb ilmselt ees tervishoiu investitsioonipoliitikas ja kapitalimahutuste taotlemisel riigieelarvest. Uusehituste vajadus peaks vähenema ja asenduma rekonstrueerimise ning ümberseadmetamisega, moodsa meditsiinitehnika soetamisega. Jne.

Maakonnad ja linnad asuvad kujundama regionaalset tervishoiupoliitikat ökonomilistest kriteeriumidest lähtuvalt: milline raviprofiil orienteerub kohalikule nõudlusele, millised arvestavad ja millises mahus piirkonnavälist patsientuuri, millised profiilid ja kuidas koopereeruvad piirkonniti. Kujuneb raviteenuste turg nõudmise ja pakkumisega, tulude ja kulude ning stiimulitega. Nagu kujunev turg ikka, eeldab see esmalt olemasoleva situatsiooni analüüsi, seejärel aga juba ettesuunatud konjunktuuriuuringuid.

Tuleks inventeerida ka tervishoius kätkevaid ekspordivõimalusi. Ilmselt on võimalik ja otstarbekas laiemalt rakendada meie juba vabanevat ravipotentsiaali kasuliku ekspordiartiklina ka idakaubanduses sealt hädavajaliku kütuse, tooraine, ravimite jm. tarviliku saamiseks, sealhulgas tervishoiule endale.

ECONOMIC POLICY IN MEDICINE

Heiki Mõür

S u m m a r y

For Estonia health insurance means a principal change-it is the transition of social sphere into market relations. State budget gives up current financing of public health and collecting money for this purpose. At the same time its income depends on people's health – sick people do not give production and the budget will remain without taxes.

Sick-funds of towns (districts) will become the principal subjects of health care policy. They will have to solve important social-economic problems. For example, interregional redivision of resources must be carried out proceeding from their demographic structure: money will be paid in sick-funds according to the number of workers (tax-payers), but all peoples, including pensioners and children, must be cured.

The incomes of hospitals are formed by factual work according to treatment taxes. It becomes possible to make clear the real demand for medical services. Service market will be formed according to new conditions. Necessity and potentiality will spring up the transformation of the profiles of hospitals and the interregional redivision of their functions.

ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Хейки Мьюр

Резюме

Страховая медицина означает для Эстонии принципиальное изменение: начинается переход к рыночным отношениям в социальной сфере. Госбюджет откажется от текущего финансирования здравоохранения и накопления для этого средств. В то же время его доходы зависят от здоровья людей: больные работники продукцию не дают, а бюджет лишается доходов (налогов) от недополученной продукции.

Основными субъектами политики здравоохранения становятся больничные кассы уездов/городов. Им предстоит решить неотложные социально-экономические проблемы. Например, необходимо наладить межрегиональное перераспределение средств, исходя из демографической структуры в них: деньги в больничные кассы поступают по количеству работников (налогоплательщиков), лечить необходимо всех проживающих там, в т.ч. пенсионеров и детей.

Доходы медицинских учреждений формируются по фактической работе, в соответствии с тарифами на лечение. Появилась возможность определить реальный спрос на медицинские услуги, исходя из новых условий, формируется рынок этих услуг. Возникают необходимость и возможность перепрофилирования лечебных учреждений и межрегионального перераспределения их функций.