

TERVISHOIU FINANTSEERIMISE STRATEEGIA JA TAKTIKA

Helje Kaldaru, Tiina Pung

Eesti tervishoiu finantseerimise ümberkorraldamine kindlustusmeditsiini põhimõtetele on toonud kaasa vastandlikke seisukohavõtte [1; 2; 3]. Üheltpoolt on see tingitud asjaolust, et ümberkorraldused puudutavad iga inimese huve, teiselt poolt ka sellest, et meil puudub praegu majandusteoorieetiliselt läbitunnetatud kontseptsioon tervishoiu ja teiste mittemateriaalseid (paljudel juhtudel kollektiivselt tarbitavaid) teenuseid tootvate majandusharude käsitlemiseks. Puudub isegi korrektne eestikeelne vaste mõistetele *public economy*, *öffentliche Wirtschaft* või *julkinen talous*. Seetõttu on kasulik analüüsida tervishoiu finantseerimise ajaloolist kogemust ja teha sellest lähtuvalt üldistusi Eestis kavandatu kohta.

Tervishoiu finantseerimise strateegiaid võib eristada kolm:

- 1) finantseerimine teenuste müügist vabaturul saadava sissetuleku arvel,
- 2) riiklik finantseerimine ja tsentraalne regulatsioon,
- 3) finantseerimine kindlustussüsteemide kaudu.

Esimesel strateegial, mispuhul tervishoidu arendatakse patsientide käest võetavate teenustasude arvel, on hulk positiivseid jooni. Need on isiklik vastutus oma tervise eest, võimalus vabalt valida teenindamise taset (muidugi vastavalt rahakotile), konkurents teenuste pakkujate vahel, mis soodustab teenuste kvaliteedi tõusu jne. Ometi kuulub tervishoid sellesse majanduselu valdkonda, kus vabaturg regulaatorina ei toimi küllalt tõhusalt. Selleks, et oleks võimalik pakkuda patsiendile individuaalset meditsiiniteenust (mille eest ta siis maksab), on vaja luua terve hulk kollektiivselt tarbitavaid hüviseid, nagu tervishoiu infrastruktuur, meditsiinitöötajate kaader, arstiteadus jne. Nende hüviste konkreetset kasulikkust patsient ei taju ega ole huvitatud maksma nende loomise eest. Seetõttu jääb tervishoiu arendamiseks vahendeid vajaka. Tervishoiuteenuste ostu-müügi korral vabaturul on probleemiks ka ebahumaanne suhtumine nõrgematesse ühiskonnaliikmetesse (vanurid, haiged, töötud, paljulapselised pered).

Kuna vabaturg küllalt tõhusalt ei toimi, on vajalik regulatsioonimehhanismi loomine. Selleks võib valida kas kindlustussüsteemi arendamise või riikliku reguleerimise. Kui analüüsida maailma riikide tervishoiu finantseerimise korraldust, on võimalik esitada näiteid mõlema variandi kohta. Valik on sõltunud ajaloolisest situatsioonist, riigi majandusarengu tasemest, valitsevatest teoreetilistest seisukohtadest ühiskonna arengu suhtes.

Käesoleval sajandil, mil majanduselus hakkas üha rohkem tooni andma riik ja mil tekkis mitu teooriat tulevase heaoluühiskonna kujunemise kohta, saavutas riiklik finantseerimine tervishoiu finantseerimise taktikana küllalt suure populaarsuse. Huvitav on, et selle võtsid kasutusele nii vaesed kui ka rikkad riigid. Arengumaades on see praegugi levinuim viis [4]. Majanduslikult vähearenenud maades õigustab riiklik finantseerimine end igati, sest nappide ressursside tsentraalselt kontrollitav kasutamine võimaldab tagada ühiskonnaliikmetele minimaalse meditsiiniteenuste taseme. Kooskõlas sotsialismiteooriaga organiseeriti riiklikult finantseeritavad tervishoiusüsteemid kõigis sotsialismimaades. Suur on riiklikult finantseeritava tervishoiu osa olnud ka Põhjamaades ja Inglismaal. Paraku tekitab tervishoiu riiklik finantseerimine palju probleeme, mistõttu see strateegia muutub ühiskonna teatud arengutasemel arengut pidurdavaks teguriks. Seda näitavad nii meie enese kui ka naaberriikide kogemused. Kui veel kümnekond aastat tagasi peeti nii Soome kui ka Inglismaa suurel määral riiklikult reguleeritavat tervishoiusüsteemi suurepäraselt funktsioneerivaks, siis käesoleval ajal on neis riikides ette näha turusuhete osa olulist suurenemist meditsiinilises teenindamises [5].

Kui riik on enesele võtnud vastutuse arstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi eest, siis koondatakse riigieelarvesse vajalik raha mitmesuguste maksude kaudu. Võidakse kasutada ka sihtmakseid, näiteks eraldada tervishoiule mingi osa alkoholimüügist saadud tuludest. Vahendite jaotamiseks tervishoiuasutuste vahel kehtestatakse tsentraalne abinõude planeerimine ja normatiivne ressursside jaotus. Tekivad bürokraatlikud süsteemid, kus ametnikud teavad paremini kui keegi teine, milliseid teenuseid, millises mahus ja millisel tasemel tuleb osutada. Teenuse kasutajale jääb passiivne vastuvõtja roll. Kuna teenuseid jagatakse tasuta, ei ole tarbijal võimalik valida enesele sobivat kvaliteeti. Ka on tarbijad ametnike poolt vastavalt teenuse kvaliteedile klassidesse jao-

tatud. Ressursside õiglase jaotuse tagamiseks tuleb välja töötada hulk normatiive ja panna hulk ametnikke jälgima neist kinni pidamist. Tsentraalse planeerimise paradoks seisneb selles, et keskus saab õigeid plaane koostada ainult tõese info alusel, täitjad on aga alati huvitatud oma tegelike võimaluste varjamisest.

Riigi poolt finantseeritavas tervishoiusüsteemis tekivad paratamatult finantsraskused, mis ei tulene mitte kehvast töökorraldusest või viletsatest juhtidest, vaid süsteemi olemusest. Teenuste osutamine ilma tarbijapoolsete kohustusteta loob olukorra, kus nõudmine ületab alati pakkumise. Tasuta antavaid hüviseid soovitakse alati rohkem, kui neid tegelikult vajatakse, seega ei ole tagatud ressursside otstarbekas kasutamine.

Konkurentsi puudumine teenuste pakujate vahel tingib, et kulutuste kasvule ei pruugi järgneda teenuste kvaliteedi tõus. Suurem arstide hulk ei taga iseenesest paremat arstiabi, kui nende palgatõus ei sõltu töötulemustest, vaid eraldatud summade suurusest. Tsentraalse finantseerimise korral on osaval ametnikul võimalus välja kaubelda lisaressursse, mille sihipärane kasutamine ei ole sugugi tagatud.

Käesoleval ajal on inimeste vajadused muutunud komplitseeritumaks. Arstiabi ei pea andma üksnes füüsilist leevendust, vaid ka psüühilist rahuldust. See on võimalik juhul, kui inimene ise on valinud oma vajaduse rahuldamise viisi. Tsentraalne planeerimine on aga juba oma olemuselt suunatud ühe, kõrgemalt poolt parimaks peetud alternatiivi realiseerimisele.

Kolmas võimalik strateegia on tervishoiu finantseerimine mitmesuguste **kindlustussüsteemide** kaudu. Tervisekindlustus tähendab ressursside sihtotstarbelist kogumist tervishoiusüsteemi potentsiaalsetelt kasutajatelt. Kindlustuse eelis on see, et ootamatud kulud kaetakse eelnevalt kogutud osamaksude arvel. Teenuste tarbijad loovad ressursside ühisvaru, mis võimaldab vältida rahalist kriisi haigestumise korral ning tasuda teenuste eest sellisel määral, et oleks võimalik teha kulutusi tervishoiusüsteemi arenguks. Tervisekindlustus võib olla nii kohustuslik kui ka vabatahtlik, kindlustusmaksed võib koguda nii tööandjalt kui töövõtjalt, tervisekindlustussüsteerne võivad käivitada valitsus, kasumit taotlevad organisatsioonid, heategevusorganisatsioonid. Võib olla korraldatud firmadepoolne oma töötajate tervisekindlustus või regionaalne tervisekindlustus. Variante on

palju ja ilmselt ei leidu kaht riiki, kus tervisekindlustus oleks täpselt ühtemoodi üles ehitatud.

Kindlustusmeditsiini printsiipe järgival tervishoiu finantseerimisel on kahe eespool kirjeldatud strateegilise suunaga võrreldes hulk eeliseid, kuna on põhimõtteliselt võimalik panna tervishoiusüsteem paremini funktsioneerima. See võimalus peab aga realiseeruma konkreetse finantseerimistaktika kaudu.

Turusuhted teenuste tarbimisel ja teenuste pakkujate mõistlik konkurents tõstavad arstiabi kvaliteeti. Kuna on tegemist sõna otseses mõttes elutähtsate teenustega, tuleb pakkujate tegevusse teatud määral sekkuda. See on realiseeritav lepingute sõlmimisega kindlustusfirmade ja teenuste pakkujate vahel. Lepingute eelduseks on teenuste nõutav tase (selle pakkujate kvalifikatsioon). Lepingutega hoitakse kontrolli all ka teenuste hinnad.

Üks tervishoiukorralduse olulisemaid probleeme on sotsiaalse õigluse tagamine. Humaansusest lähtudes peavad arstiabi saama ka need, kes ise selle eest maksta ei suuda. Selliste inimeste ravi võib toimuda riigi kulul või teiste kindlustusvõtjate arvel. Eestis on mindud teist teed, kuna iga piirkonna tervishoiukulude korvamise allikaks on selle piirkonna töötajate palkade suhtes arvatud ravikindlustusmaks. See tekitab aga sotsiaalset ebaõiglust teises mõttes. Mida suurem on töötajate osatähtsus ja mida suurem nende palk, seda rohkem raha on piirkonnas võimalik tervishoiule kulutada. 1990. a. andmetel arvatud teoreetilised kohustusliku tervisekindlustuse laekumised haigekassasse ühe elaniku kohta olid Hiiumaal 1,8 korda suuremad kui Võrus. Täiesti põhjendamatu kujuneb tervishoiu arendamise ressurs Võrumaal palju väiksemaks. Tuleks kaaluda piirkondlikesse haigekassadesse laekunud summade ümberjaotamist. Seda tuleks teha nende piirkondade kasuks, kus tööealiste inimeste osatähtsus on väiksem, majanduslik arengutase madalam ning haigestumus kõrgem. Selline vahendite ümberjaotus on ilmtin-gimata vajalik.

Paindlik finantseerimistaktika kindlustussüsteemis võimaldab tõsta poolte vastutust inimeste tervise eest. Väga oluline on inimese enda vastutuse suurendamine. Visiidimaks, mida kindlustussüsteem korvab ainult äärmise vajaduse korral ja mis ei ole nii sümbolne kui Eestis praegu, on üks lahendus. Kohustusliku kindlustuse kõrvale tuleks kiiresti juurutada vabatahtliku tervi-

sekindlustuse süsteem. Tööandjate huvi töötingimuste parandamise ja selle kaudu inimeste tervise tugevdamise vastu aitaks suurendada ravikindlustusmaksu määra diferentseerimine sõltuvalt töötingimustest ja töötajate haigestumusest. Ka tervishoiuasutused peaksid materiaalselt vastutama halvasti tehtud töö korral. Kui kasumi suurendamiseks kirjutatakse patsient haiglast välja enne täielikku tervenemist, peaks haiguse kordumise korral ravi toimuma haigla kulul.

Ravikindlustussüsteemi juurutamine Eestis on tervishoiu arengu seisukohalt kahtlemata õige samm. Kahjuks ei suju see loodetud kiirusega. Võib-olla tulnuks reformi kauem ja hoolikamalt ette valmistada, sest palju tõrkeid on sünenud lihtsalt inimeste teadmatusest. Teisalt langes ravikindlustuse juurutamine üldse väga segasesse perioodi Eestis. Tervishoiuasutuste praeguses raskes olukorras ei ole süüdi ravikindlustus, kuigi see esmapilgul võib nii paista. Kolmandaks on kõikidel süsteemidel inerts, mis paratamatult takistab ümberkorraldusi. Samuti vajab uus süsteem tegevusse astumiseks aega. Ümberkujunduste periood on väga tihti selline, et vana süsteem tundub tagantjärele paremana. Ometi annab muutuste alustamine võimaluse uute struktuuride loomisega kiiremini toime tulla ja sellega vahepealne arengu seiskumine (või koguni taandareng) tasa teha.

KIRJANDUS

1. Ellamaa, A. Aja Pulss. 1991. Nr. 4.
2. Graf, E., Laaniste, J. Seadused ei tohiks olla nagu loodusõnnetused // Rahva Hääli. 1991 10.okt.
3. Kaldaru, H., Müür, H. Ravikindlustusseaduse jõustumisega ei muutu arstiabi tasuliseks // Rahva Hääli. 1991. 9.nov.
4. Economic support for national health systems for all strategies WHO. Geneva, 1988.
5. Lausilahti, K. Kuntien terveyspalvelut uuteen järjestykseen // Suomen lääkirilehti. 1992. Nr. 1-2.

STRATEGIE UND TAKTIK DER FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS

Helje Kaldaru, Tiina Pung

Zusammenfassung

Es gibt drei Möglichkeiten das Gesundheitswesen zu finanzieren:

- 1) Kauf und Verkauf der medizinischen Dienstleistungen auf freiem Markt,
- 2) staatliches Finanzieren und
- 3) das Finanzieren durch Versicherungswesen.

Beim ersten Fall bekommt man nicht genug Mittel für die Entwicklung des Gesundheitswesens, ebenso werden die Interessen aller Bürger nicht garantiert.

Staatliches Finanzieren ermöglicht zwar in den Staaten mit niedrigem wirtschaftlichem Entwicklungsstand minimale ärztliche Hilfe zu gewährleisten, bei gewissem Entwicklungsstand wirkt das aber bremsend.

Die Anwendung des Versicherungssystems dagegen ermöglicht Marktverhältnisse für die Erhöhung der Qualität der Dienstleistungen und für die sparsame Verwendung der Ressourcen zu benutzen.

Das Finanzieren des Gesundheitswesens ist so zu regeln, daß die Dienstleistungen-Anbieter unter gewisser Kontrolle stünden, daß der Schutz der Schwächeren und das soziale Recht gewährleistet wäre; damit die Verantwortung für die Gesundheit der Menschen bei Arbeitgebern, medizinischen Anstalten und bei selbst jedem Menschen zum Vorschein käme.

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хелье Калдару, Тийна Пунг

Резюме

Финансирование здравоохранения можно осуществить тремя способами:

- 1) за счет поступлений от услуг,
- 2) государственное финансирование и центральное регулирование,
- 3) страхование.

Страховая медицина объединяет положительные черты первых двух стратегий. Рыночные отношения в сфере медицинских услуг содействуют повышению качества услуг и экономии ресурсов, система страхования обеспечивает средства для развития.

Тактические задачи финансирования здравоохранения состоят в обеспечении социальной справедливости и в повышении ответственности за состояние здоровья людей. Материально должны отвечать сам человек, наниматель, медицинская сфера и общество.