

TERVISHOIU SUUNDUMINE UUTELE MAJANDUSSUHETELE JA ETTEVÖTLUSELE

Helje Kaldaru, Heiki Müür

Mõneti ootamatult järsku sündinud iseseisval Eesti Vabariigil tuleb lähiajal kujundada oma staatusele vastavad poliitilised struktuurid ning tagada majandus- ja sotsiaalsfääri suundumine turumajanduse rööbastele. Kuivõrd mitmes eluvaldkonnas alustati reformide ettevalmistamisega juba aegsasti, siis seisab neis ees senitehtu kohaldamine uute tingimuste ja võimalustega.

Üheks selliseks, meid kõiki puudutavaks valdkonnaks on tervishoid. EV Tervishoiuministeerium on juba paar aastat teinud intensiivset eeltööd kindlustusmeditsiini kavandi viimistlemisega [1, lk. 2], vabariigi Ülemnõukogu võttis 12. juunil 1991. a. vastu ravikindlustusseaduse. Seaduse rakendamiseks töötati varakult välja mitu normatiivmaterjalide projekti: juba sama aasta augustis valmisid nimetatud seaduse rakendamise juhend, haigekassa põhimäärus, töövoimetuslehe väljastamise juhend, ravikindlustuse hüvitiste maksmise juhend, raviteenuste hinnakirja makett jpm.

Ravikindlustusseaduse elluviimisega alustatakse EV-s turusuuhetele pürgiva, isemajandava tervishoiusüsteemi kujundamist. Selle funktsioneerimise peavad tagama kõigi osapoolte (kodanikud, tööandjad, munitsipaal- ja riigivalitsemisorganid, raviasutused, haigekassad) majandushuvide koos minimaalselt vajaliku riikliku reguleerimisega. Kõigi osapoolte vahel kujunevad uutel alustel majandussuhted, tervishoiualased ja eetilised vahekorrad. Tervishoiuministeerium on uut süsteemi pikka aega ja meie arvates mitmekülgset, põhjendatult ette valmistanud. Seadusandja tahte kohaselt tuli see 1992. a. algusest käivitada. Mõistagi kasutati järele jäänud aega mitme projektidokumendi täiustamiseks.

Meie arvates ei ole sugugi vähem tähtis vajalik ettevalmistus uue, küllaltki tõenäosuslikus režiimis funktsioneerima hakkava süsteemi töö analüüsimiseks ja sellel alusel tema jätkuvaks häälestamiseks. Ilmselt oleks tarvis määrata juba ette näha olevad olulisemad kitsaskohad, valupunktid ja kava nende analüüsimiseks (objektid, meetodika, info, läbiviijad). Sellisteks uurimis- ja täpsustamisobjektideks on näiteks maakondade (linnade) haigekassade laekumiste diferentseeritus (töötajate ja elanike arvu suhtes), haigete ja ravita-

sude regionaalse liikumise tendentsid uues olukorras, haigekassade omavahelised finantssuhted ning suhted vabariikliku katusorganisatsiooniga. Näeme siin jätkuvat uurimisvaldkonda, mida saaks ühitada näiteks ökonomistide ettevalmistamisega konkreetse haigekassa tarvis.

Samal ajal tuleb jätkuvalt tegelda ravikindlustuse teoreetiliste, metodoloogiliste ja praktiliste probleemide arendamise ning rakendatavate lahenduste põhjendamisega. See on seda vajalikum seetõttu, et seni (ilmselt ka vähese informeerituse tõttu) on isegi spetsialistide ja omavalitsustegelaste seisukohavõttudes võimendatud isiklike ilmseid väärkujutlusi uuest tervishoiusüsteemist [2, lk. 2].

Tahakski esmalt rõhutada ravikindlustussüsteemi teatava järjepidevuse tagamist senise ravisüsteemiga ning eriti kodanike ja tööandjatega seotud kulutuste mahu suhtelise stabiilsuse säilitamist.

Homo sovieticus oli harjunud tasuta arstiabiga. Püüdlikumad nende hulgast püüdsid endale lahendada küsimust, kellele ja palju maksta, et ikkagi tervemaks saada. Vähene osa neist teadvustas endale, et nad tegelikult midagi tasuta ei saa, et neile on selle võrra nende töö eest lihtsalt vähem makstud.

Meie arvates on väga oluline, et EV ravikindlustussüsteem ei näe siin ette järske muutusi: ravikindlustusmaksuga koormatakse esialgu ainult tööandjaid, mitte töövõtjaid. Teiste endiste liiduvabrikide vastavates projektides (näiteks Venemaal) kohtab kodanike endi ulatuslikumat maksustamist ka kohustusliku ravikindlustuse korras. Tuleb tingimata rõhutada, et kindlustusmaksu ei maksa ettevõtte mitte palgafondi arvelt, vaid oma vahenditest palgafondi suhtes, s.t. proportsionaalselt töö palgamahukusega.

Väga oluline on kodaniku huvi kahandamine töövõimetuslehel olemise vastu hüvituse tunduva vähenemise kaudu. Siin ei tohi minna äärmusse: haiget inimest karistada. Meie arvates tuleks praegusel kiire inflatsiooni perioodil võtta hüvituse arvestamise aluseks vahetu eelmise 12 kuu ühe kalendripäeva keskmine tulu, korrigeerides seda viimase 6 kuu elatustaseme (tarbijahinna) indeksiga. Teatavasti nii on lubatud hakata korrigeerima riskigruppide tulusid üldse. Väikepalgaliste kaitseks tuleks juhendites 60 % ja 65 % määrade juures kaaluda ka lisaklausi otstarbekust: "... kuid mitte vähem kui antud momendil aktsepteeritud EV füsioloogiline elatusmiinimum".

On õige, et kodanik saab olla kohustuslikult kindlustatud ainult ühes haigekassas. See saaks olla haigekassa, kuhu tööandja maksab tervisekindlustusmaksu, kus kujuneb tema töötajaskonna raviresurss. Pole reaalne eeldada, et ettevõtete raamatupidamised maksaksid maksu oma töötajate elukoha järgi (linnas, maal, teises linnas) mitmesse haigekassasse. Peamegi arvestama, et tegelikus elus ei lange kodanike töö- ja elupaigad sageli kokku. Pendelmigratsiooni kõrval on siin põhjuseks veel maakonna ettevõtete paiknemine

linnas ja vastupidi, suurettevõtete allüksuste paiknemine perifeerias jne. Kodanik ei ole selles levinud nähtuses süüdi. Seetõttu tuleks ravitasu juurdehindlust (eeldatavasti 20 %) rakendada siis, kui kodaniku töövoimetuslehe andmeil tema elukoht ja kasutatud raviasutus ei asu ühes linnas, maakonnas.

Raviasutused kujunevad turumajanduse tingimustes tegutsevateks teenindustevõteteks. Kui seni neid finantseeriti vabariigi või kohalikust eelarvest sõltumata tegelikust töömahust, töö kvaliteedist ja efektiivsusest, siis nüüd hakkavad haigekassad neile tasuma tegelikult tehtud töö eest kindlate ravitariifide alusel.

Raviasutused on huvitatud patsientidest ja nende heatasemelisest ravimisest, sellest hakkab sõltuma meditsiinipersonali palk ja raviasutuse kasum. Raviteenuste hinnakujundamise väljapakutud korra kohaselt kujuneb kasum kahel viisil, mis mõlemad pole vabad probleemidest. Esmalt saaks raviasutus põhjendatult kasumit efektiivsema ja antud profiili keskmisest lühema ravi korral. Siin jääb vajadus tagada haiguse lõplik väljaravimine. Kui tulla uuesti sisse (millise aja jooksul?) sama diagnoosi või tüsistusega, kas ei peaks siis ravi toimuma raviasutuse arvel? Tekiks omamoodi haigla garantii.

Automaatselt tekitatakse kasum (hinnakirja § 3 p. 3.) esimeste päevade kahekordse päevamaksumusega. See on tugev stiimul patsientide ringe kiirendamiseks, võib aga tekitada ebaterve olukorra tulu jagunemisel erineva ravikestusega meditsiiniliste profiilide vahel ning ebaterve huvi ümberprofileerimise vastu jne. Need topelttasustatavad 3 päeva tuleks jagada statsionaarse ravi keskmise kestusega Eestis ja leida topelttasustavuse määr. Kui see oleks 15–18 päeva, siis topelttasustatavad päevad moodustavad sellest 17–20 %. Selist määra tuleks rakendada iga profiili kohta ravi algmaksumuses topelttasustatava osa arvutamisel.

Ettevõtete maksukoormus on aastate jooksul sisaldanud aadressita makse ja kasumieraldisi, millest on aga riigieelarve ning kohalike eelarvete kaudu ümberjaotuse korras ülal peetud ka tervishoidu. Seega eeldab tervishoiusüsteemi ülalpidamine esialgu samal kulude tasemel ettevõtete üldise maksukoormuse stabiliseerimist tervikuna ning selle raames vaid struktuurilisi muutusi maksukoormuse kanalites nende suurema adresseerituse suunas.

Nii tähendab ravikindlustusmaksu sisseviimine esmalt sotsiaalmaksu sellekohast vähendamist, kuivõrd töövoimetustoetuse väljamaksmine hakkab toimuma nüüd esimese arvel. Ettevõtete maksukoormuse stabiilsuse tagamine võib tähendada ka nende tulumaksu teatavat alandamist. Maksukoormus tervikuna saaks siin tõusta eelkõige ikkagi meditsiinivälistel põhjustel, või siis tervishoiu huvides vaid juhul, kui otsustatakse üldse tõsta tervishoiukulude osa kasutatud ühiskondlikus koguproduktis ja rahvatulus.

Meie arvates on uue ravikindlustussüsteemi jätkuvalt nõrgaks

kohaks seose puudumine ettevõttepoolse finantspanuse ja tema töötajate töövoimetuse tegeliku taseme vahel. Omal ajal maksti eraldi sotsiaalkindlustuseks, siis sotsiaalmaksu, nüüd jälle ravikindlustusmaksu ja seda ikka palgafondi suhtes.

On ju raviaasutused vaid viimaseks lüliks kodanike tervise tagamisel, seal ravitakse neid, kes on tervisest kas ajutiselt või jäädavalt ilma jäänud. Rahva tervislik seisund, töövoime, ka töövoimetuse tase oleneb ikkagi oluliselt kodanike töö- ja olmetingimustest, nende kujundamine sõltub aga tööandjate sellesuunalisest tegevusest ja kulutustest. Seetõttu peame vajalikuks ravikindlustusmaksu edaspidi diferentseerida tema keskmise taseme ümber (algselt 13 % palgafondist), lähtuvalt töökaitsekulutuste ja töövoimetuse tegelikust tasemest ja dünaamikast ettevõtetes, asutustes.

KIRJANDUS

1. Ellamaa A. Tulevik: kindlustusmeditsiin // Aja Puls. 1991. Nr. 4 .Lk.2.
2. Graf A., Laaniste J. Seadused ei tohiks olla nagu loodusõnnetused // Rahva Hää. 1991. 10. oktoober.

DIRECTING PUBLIC HEALTH TOWARDS NEW ECONOMIC RELATIONS AND BUSINESS

H. Kaldaru, H. Müür

Summary

In 1992 a new health insurance system will be introduced in Estonia. We have to analyse the first yields of experiences of the functioning of the new system and on this basis to develop the system. Our health insurance scheme provides that the tax be paid only by enterprises whose other taxes will accordingly be reduced. The health insurance tax of enterprises should be differentiated, proceeding from the actual dynamics of illness frequency and their expenditure on improving the working conditions. The expenses will be paid to hospitals out of the sick pay fund in terms of concrete prices, so that they might develop an interest in treating their patients better and cure them in the shortest time possible.