

HUVID JA TERVISHOIUSÜSTEEMI ARENGUPROBLEEMID

Maris Lauri

Huvide tekkimine ja mõjurid on alati olnud üheks keerulisemaks uurimisvaldkonnaks ühiskonnateaduses, ka majandusteaduses. Praegu, kui Eestis toimub üleminek turumajandusele, on kasvanud huvide uurimise tähtsus. See on põhjustatud sellest, et majanduskorralduse muutmine mõjutab ka huve, nende alusel tekkivaid käitumisviise. Eelnevail aastail kujunenud huvid ja tegevused säilivad osaliseltki lühema või pikema aja jooksul, kuid tasapisi on hakanud ilmuma ka uued huvid ja nende vastavad toimingud. Selline huvide mitmekesisus üleminekuajal nõuab kõigi võimaluste täpset arvestamist, sest ümberkorraldused riivavad paratamatult kellegi huve. Eesti ühiskonna soodsaks arenguks on aga vaja vältida suuri korratusi ükskõik millises tegevusvaldkonnas. Üheks suurimaks muudatusena lähiajal on uue tervishoiukorralduse loomine. See aga puudutab kõiki Eesti ühiskonna liikmeid.

Huvide tekkimine ja nende osa inimese tegevuses

Igal inimesel on teatud vajadused ehk tarbed, mille rahuldamisest ta on huvitatud. Kuid üldjuhul ei ole inimesel võimalik enamast oma tarvetest ise rahuldada, vaid ta peab hankima selleks vahendeid. Vajadustest põhjustatud tarbimishuvist kasvab välja vahendite omamise huvi, see aga tekitab tegevushuvi. Vastavalt keskkonnamitingimustele ja isiklikele oskustele hakkab inimene tegutsema, kasutades mitmesuguseid vahendeid ehk ressursse. Tegevuse tulemusel saab inimene kas elatusvahendeid, mille eest ta muretseb tarbimisvahendeid, või kohe tarbimisvahendeid. Nüüd hindab ta, kas tehtud töö- ja ressursikulutused vastavad saadud vahendite väärtusele. See subjektiivne hinnang mõjutab tema edaspidist tegevushuvi ja tegevust. Vahendite tarbimisel hindab inimene aga tarbimise rahuldatuset võrreldes vajadusega, see aga mõjutab tarbimis- ja vahendite omamise huvi.

Kogu selles protsessis on oluline osa keskkonnal. Isegi põhivajadused konkretiseeruvad vastavalt viimasele (nt. ühiskonna arenguaste, loodustingimused jne.), rääkimata muudest huvidest ja

hindamisest. Tähele tuleb panna ka seda, et tegevusse asumine põhjustab sellega seotud huvide tekkimise.

Eespool toodud huvide tekkimise ja inimtegevuse mõjutuse protsess on esitatud joonisel 1.

Huvide liigendusest

Põhimõtteliselt jaotatakse huvid kahel viisil: vertikaalselt ja horisontaalselt.

Vertikaalne jaotus põhineb huvide kandjal. Kõige üldisemaks on siin globaalsed, kogu inimkonna huvid.

Järgmiseks tasandiks on üldrahvalikud huvid, mille täpsem määratlemine on ikka ja jälle põhjustanud vaidlusi. Neid ei tohi samastada riiklike huvidega, sest eriti totalitarismi kalduvates ühiskondades on need tegelikult riigiaparaadi huvid ja kuuluvad seega järgmisesse tasandisse. Üldrahvalikke huve võiks defineerida kui teatud kindlal territooriumil (nt. ühes riigis) elavate kõikide inimeste ühiseid huve.

Iga ühiskonna võib mitmesuguste tunnuste alusel jagada erinevateks gruppideks, millel on omad kollektiivsed ehk grupihuvid. Jaotus võib olla territoriaalne (administratiivüksused, linn-maa), demograafiline (mehed-naised, pensionärid jne.), sotsiaalne, majanduslik, erialane jne., seetõttu võivad ühed ja samad isikud eritunnuste alusel kuuluda mitmesse gruppi ning neil võivad olla erinevad, ka vastandlikud huvid.

Isiklikud huvid on üksikisiku huvid, mis igal meist võivad olla erinevad. Kuid kui neid vaadelda massiliselt, siis võib märgata, et nad ühtivad omavahel täielikult või teatud tunnuste alusel. See tähendab, et üldrahvalikud ja grupihuvid kasvavad välja isiklikest huvidest.

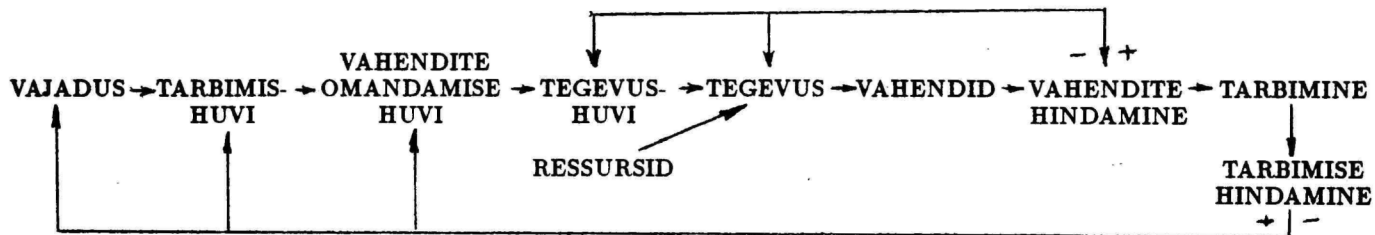
Horizontaalne huvide jaotus põhineb huvide iseloomul. Nii võib eristada majanduslikke, poliitilisi, sotsiaalseid, kultuurilisi jm. huve.

Huvide lähemal käsitlemisel on otstarbekas neid vaadelda vertikaalse jaotuse tasandite kaupa ja tasandite sees horisontaalse jaotuse huvisid.

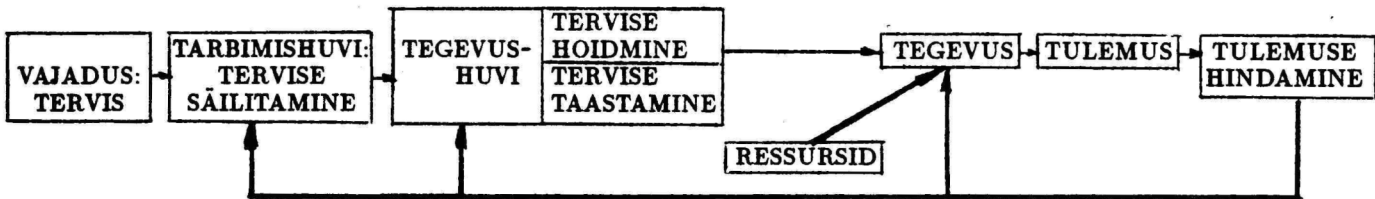
Huvide avaldumine tervishoius

Tervishoiuga seotud huvid tulenevad inimese põhivajadusest – säilitada oma elu – ning tähelepanekust, et surma üheks põhjuseks on haigestumine.

Huvide tekkimise ja realiseerimise üldskeem (jn. 1) muutub veidi. Vajaduseks on sünn tervis, vahendite omandamise huvi kaob, sünn tervis ei ole materiaalne, tarbimishuviks saab tervise säilitamine, tegevushuviks aga sõltuvalt olukorrast kas tervise hoidmine või tervise parandamine. Need kaks erinevat tegevushuvi tingivad risugust tegevust (nt. sportimine, tervislik toitumine, ravimine jne.).



Joonis 1. Huvide tekkimine ja realiseerimine.



Joonis 2. Huvide tekkimine ja realiseerimine tervisega seotud sfääris.

Mõlemal juhul võidakse ette võtta mitut erisugust tegevust, sealjuures ka korraga. Tegevus toob kaasa tulemuse ja seejärel toimub tulemuse hindamine. Huvide tekkimise ja realiseerimise üldskeem muutub selliseks, nagu on esitatud joonisel 2.

Inimühiskonna säilimise soovist ja eetikast lähtudes peaks inimene olema huvitatud teise inimese elu säilitamisest. Seega tundub, et tervise säilitamise huvi on kas globaalne või ühiskondlik huvi. Kuid teisalt on selge, et inimese tervise säilitamine vastu tema soovi on küllaltki keeruline, seega on tegemist isikliku huviga.

Lähtumine sellest, et tervise säilitamine on ainult individuaalhuvi, põhjustas täieliku otsetasulise meditsiiniteeninduse. See tähendab, et iga meditsiiniteenus maksab ja maksjaks on haige ning teeb ta seda teenuse saamisel. Ajalugu näitas, et selline süsteem ei rahulda erinevatel põhjustel (nt. rahapuudus) mitmesuguseid individuaal- ja grupihuve ning kristlikku eetikat.

Nõukogude võimu kehtestamisega kaotati tasuline meditsiiniteenindus põhjendusega, et rahva hea tervis on kogu ühiskonna huvi. Selline lähenemine on arusaadav, kuid selle realiseerimine on nüüdseks põhjustanud hulga keerulisi probleeme. Nende tekkimise algpõhjuseks võib pidada seda, et ühiskonnas absolutiseeriti tootmine ja kõik muu allutati otse või kaudselt sellele. See tõi kaasa enamuse ühiskonna vabade ressursside suunamise tootmisesse ja mitetootmissfääri vaesuse. See põhjustas ka tervishoiusüsteemi kasvava materiaalse mahajäämuse. Ettevõtted olid huvitatud plaanitõimimisest ja töötingimuste parandamisega tegeldi vaid minimaalselt. See halvendas rahva tervislikku seisundit. Kõik see põhjustas olukorra, kus tervishoiukorraldus, mis pidi hoolitsema kõigi ühiskonnaliikmete eest, ei ole võimeline oma ülesannetega toime tulema. Ühiskondlik kõigi inimeste tervise säilitamise huvi oli moonutatud nõukoguliku riigiaparaadi taastootmise grupihuviks, see aga oli kuulutatud ühiskondlikuks huviks. Nende kahe huvi vahel tekkis konflikt.

Eeltoodust tulenevalt võib märkida, et vähemalt ühiskonna praegusel arengutasemel ei ole võimalik luua efektiivselt tegutsevat tasuta tervishoiusüsteemi.

Nagu on ilmnunud, ei ole tervise säilitamine ainult individuaalhuvi, vaid eelkõige individuaalhuvi, aga ka ühiskondlik huvi. Teatud gruppidel (nt. ettevõtjatel) on inimese tervise säilitamisega seotud huvisid (nt. tööjõu olemasolu, võimekus, haigestumine), mida tuleb tervishoiusüsteemis arvestada. Põhiprobleem on siin selles, et tuleb luua tasakaal nende huvide vahel ja tagada, et üks huvi ei hakkaks liialt võimendumata ega tekitaks sellega suuri vastuolusid.

Tervise taastamise huvi – üksikisiku huvi

Kuna tervisesäilitamise huvi on eelkõige individuaalhuvi ja üldisemad huvid tulenevad neist [4, lk. 1–3], on otstarbekas alustada üksikisiku huvidest.

Haigestumise puhul on inimesel võimalik valida kahe põhimõttelise raviviisi vahel – ravida end ise või pöörduda spetsialisti poole. Jätame vaatlemata asjaolud, mis ühe või teise valiku põhjustavad. Pärast ravimist hindab inimene, kas saadud tulemus vastab tema ootustele (huvidele). Need hinnangud mõjutavad hiljem tema ja temaga kokkupuutuvate inimeste käitumist.

Kui saadud tulemus rahuldab inimest, siis on tõenäoline, et ta tulevikus toimib samuti. Kui ei rahulda, siis järgneb rahulolematuse põhjuste analüüs. Vastavalt sellele võib ta muuta ravimisviisi (enese-ravi asemel valida arsti, aga ka vastupidi), muuta oma tegevust (end enam mitte ravida) või koguni kaotada huvi oma tervise säilitamise vastu.

Tundub, et negatiivse tulemuse puhul on järgnevals korraks vähe valikuvõimalusi. Kuna tervis on inimese põhihuvi (elada) tähtis element, siis püüab ta leida täiendavaid võimalusi. Kõige lihtsam ja soodsam on see tegevuse valikul (ise või arst), sest nende valikute sees on võimalik veelgi valida. Nii ongi inimene huvitatud, et tema tegevuse valik ei lõppeks mitte ainult ise- või arstiravi valimisega, vaid et ta saaks neid tegevusi konkretiseerida vastavalt sellele, mis ta arvab olevat edutu tulemi põhjuseks. See huvi on oma iseloomult massiline ja muutub seega ka ühiskonna huviks. Niisiis on ühiskond huvitatud ravivõimaluste mitmekesisusest, et inimene ei loobuks enda tervise säilitamise huvist.

Tänapäeva tervishoiusüsteemid

Niisiis on olemas vähemalt kolm väga olulist erisugustest huvidest tulenevat lähtealust, millest tänapäevane tervishoiusüsteem peab lähtuma:

- 1) see ei tohiks olla täielikult otsetasuline;
- 2) see ei tohiks olla täielikult riigi vahenditest ülalpeetav;
- 3) see peab sisaldama rohkeid valikuvõimalusi patsientidele.

Nende ja muude põhimõtete alusel on loodud arenenud riikide oma tervishoiusüsteemid, mida võib jagada põhimõtteliselt kaheks [3].

Rahvuslik terviseteenistus on saanud ülekaalu Euroopa arenenud riikides. Alguse sai see süsteem 1948. aastal Suurbritannias [2] ja põhineb sellel, et põhilise osa tervishoiukuludest tasub riik ning töövõtjad ja tööandjad maksavad palgatuludelt–kuludelt suhteliselt madalaid makseid. Tegu on seega tasuta meditsiiniteenistusega, kuid

selle kõrval eksisteerib ka väike tasuline meditsiiniteenistus rahulolematutele. Ideoloogiliseks aluseks on see, et teatud tasemeni on tervishoid suhteliselt odav, kuid sellest edasi kallineb ta üpris kiiresti ning neid kulutusi ei ole inimesed enam võimelised tasuma. Pealegi on riigi huvides tõsta elustandardit, haridustaset, töökaitset, luua sotsiaalteenuseid ja muud, sest kõik need kulud parandavad riigi elanike tervislikku seisundit, see aga vähendab kulusid.

Haiguskindlustus on tänapäeva Lääne-Euroopas jäänud vähe-
musse, kuid USA-s liigutakse just tasuliselt tervise teenistusele selle poole. Põhimõte on see, et töövõtja ja tööandja maksavad sihtmärke haigekassadesse, millest kompenseeritakse haigete ravi kulud. Teatud summad lisab ka riik, põhiliselt raskete haigete ja sotsiaalselt vähekindlustatute ravimiseks. Haigekassad kas annavad kindlustatule tõendi, et ta on kindlustatud ja haigekassa tasub tema ravikulud, või kompenseerivad ravikulud kindlustatule pärast meditsiinilist teinimist. Esimest varianti kasutatakse näiteks Saksamaal, teist Prantsusmaal. Ideoloogiliseks aluseks on see, et inimene peab tunnetama vastutust oma tervise säilitamise ja parandamise eest, samuti on nii võimalik kokku hoida raha.

Eesti Vabariigi ravikindlustussüsteem

Eestis on kehtestamisel küllaltki omapärane tervishoiukorraldus [1]. Põhimõtteliselt kuulub see haiguskindlustuse tüüpi, kus ravikulud kompenseerib tervishoiuasutusele haigekassa. Kõige suurem omapära on see, et ravikindlustuse sihtmärke maksavad kohustuslikult vaid tööandjad. Nii langeb maksukoormus põhiliselt ettevõttele ja töövõtja (kui ta pole eraettevõtja või talunik) ei tunneta otseselt, et sisuliselt maksab seda maksu tema. Sel viisil on muidugi suudetud vältida inimeste rahulolematuse tekkimist uue maksu tõttu.

Selleks, et tõsta ettevõtte huvitatust töötingimuste parandamisest, on antud kohalikele omavalitsustele võimalus tõsta halbade töötingimustega ettevõtetes ravikindlustusmaksu määra kuni 3 % võrra. Siin võivad aga tekkida probleemid ettevõtete ja asutuste töötingimuste taseme määramisel ning veel ei ole sugugi kindel, kas lisamakse on töötingimuste parandamiseks piisav stiimul. Paljudes välisriikides on selleks olemas veel üks surveabinõu. Kui Eestis hakkab haigushüvitusi maksma vaid haigekassa, siis mujal on laialt levinud see, et osa haigushüvitusest maksab ettevõtte.

Eesti ravikindlustusseaduse jõustumisel hakkavad ilmne-
ma üksikisikute huvid (tõenäoliselt enim haigushüvituste ja arsti valimisega seoses), haigekassade ja tervishoiuasutuste majandushuvid (tegemist saab olla munitsipaalettevõtetega), meditsiinipersonali huvid (elatusvahendite teenimisega seotult), maakondade-valdade ja riigi huvid. Seaduses on püütud tasakaalustada võimalikke huvide konflikte,

kuid probleeme on veel piisavalt, sest Eesti ühiskonna jaoks uudsesse turumajandussüsteemi liikumine toob tõenäoliselt kaasa ootamatuid käitumisi, mis pole omased ei nõukogude ega lääne elukorraldusele.

KIRJANDUS

1. Eesti Vabariigi ravikindlustusseadus // *Rahva Hääli*. 1991. 9. juuli.
2. *The New Encyclopedia Britannica*. Vol. 23: Macropaedia. 1989. P. 884–939.
3. Sepp J. Sotsiaalkindlustus Euroopas (2). Haigus // *Kaubandus-tööstuskoja Teataja*. 1990. Märts. 6.
4. Sintonen H. *An Approach to Economic Evaluation of Actions for Health*. Helsinki, 1981. 322 p.

INTERESTS AND THE PROBLEM OF DEVELOPING HEALTH SERVICE

Maris Lauri

Summary

Health is both a personal and a social interest. People are not interested in medical aid for which they have to pay themselves, because it is expensive. On the other hand, they are not satisfied with the ineffective health system that is dependent upon the state as it used to exist in the Soviet Union.

For these reasons in most countries there exist different kinds of health systems which are intervening, i.e. individuals, enterprises and the state all take part in the financing of the health system. In principle there are two types of health systems: the National Health Service as it exists in Great Britain and insurance against illness as it occurs in Germany.

The system that will start working in Estonia from early 1992 is similar to those but it will have several peculiarities as it will mainly be financed by enterprises. At the beginning there may arise many problems which all need detailed study and solution.