

TURUD, TARBIJAD JA POLIITIKA: EESTI SOTSIAALKINDLUSTUSREFORMIDE ANALÜÜS TARBIJAKÄITUMISE PERSPEKTIIVIST

Anu Toots

Kontekst

Viimastel kümnenditel Euroopa heaoluriikides läbiviidud sotsiaalpoliitikareformide üks eesmärke on olnud kuluefektiivsuse saavutamine programmide täpsema sihituse kaudu. Selle asemel et 1960ndate sotsiaalse kodakondsuse kontseptsiooni vaimus pakkuda universaalseid teenuseid ja hüvitisi kõigile, püütakse heaoluriigi hüvesid tarbivaid kodanikke siduda vastastikuste kohustuste ja juurdepääsupiirangutega. Samal ajal püsib avalikkuse tugev surve säilitada sotsiaalsed kodanikuõigused, millest annavad tunnistust korduvad protestid valitsuste plaanide vastu kärpida teravhoiu- ja hariduskulutusi või tõsta pensioniiga.

See olukord paneb poliitikakujundajad raskete valikute ette, mis tavaliselt lõpevad vaesusvastaste programmide kokkutõmbamise ning isikliku panuse tähtsuse suurendamisega sotsiaalkindlustuses. Kodanikud kui poliitika produktide tarbijad on sunnitud üha enam tegema tarbimisvalikuid ka sotsiaalkindlustuse valdkonnas, kus konkureerivad erasektori pakkujad tõusevad üha enam arvestatavaks partnerriks traditsioonilistele heaoluriigi institutsioonidele.

Vaatamata Lääne- ja Ida-Euroopa erinevale poliitilisele ajaloole on ülalkirjeldatud dilemmad nende jaoks põhimõtteliselt sarnased. Siiski avaldub solidaarsuse, personaalse panustamise ja tarbijakaitse vahekorra probleem teravamini postkommunistlikes riikides. Kuna need riigid pärisid oma sotsialistlikust minevikust vasakpoolse sotsiaalpoliitika traditsiooni, siis on avalikkuse ootused kõiki hõlmava ja vaba juurdepääsuga sotsiaalturvasüsteemide osas jätkuvalt kõrged. Samal ajal rakendasid mitmed postkommunistlikud valitsused hoopiski selge turuorientatsiooniga neoliberaalseid sotsiaalreforme, mis propageerisid jõuliselt kodanike isiklikku panustamist ja individuaalseid valikuid sotsiaalkindlustuses. Sellega seati siirdeühiskondade kodanikud, kes pidid kiiresti õppima tegema valikuid klassikalistel kaubaturgudel, veelgi nõudlikumasse olukorda – teha tarbimisvalikuid ka elukindlustuses, raviteenustes, eluasemeturul ja haridussüsteemis. Need tooted on keerukamaid ja eeldavad seega ka kompetentsemaid tarbijaid. Sotsiaalses plaanis võib see õnnestada võrdseid võimalusi, kuna kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimesed on aktsioonisuutlikumad ka sotsiaalkindlustusturgudel.

Senised käsitlused tarbimise ja heaoluriigi seostest

Solidaarsuse, õigluse ja efektiivsuse vahekord on üks heaoluriigi teooria klassikalisemaid teemasid. Teadlased on uurinud seost töötururegulatsioonide ja töömotivatsiooni vahel, eri heaolurežiimide lahtikaubastamisvõimet (de-

commodification) ja sotsiaalkindlustuse sissemaksete mõju solidaarsusele (N. Barr, G. Esping-Andersen, R. Goodin, P. Pierson). G. Esping-Andersen väidab, et sotsiaalkindlustus haakub suurepäraselt liberalismi kaubastatuse loogikaga. Kindlustus seab hüvitised otseselt sõltuvusse hõivest, töötasust ja sissemaksetest ning tugevdab sellega töömotivatsiooni ja -tootlikkust (Esping-Andersen 1999). T. Marshall ja R. Goodin rõhutavad aga, et niisugused heaolumudelid, mis ulatuslikult rajanevad isiklikul panustamisel ja sissemaksepõhistel hüvisevalemitel, võivad tuua kaasa tööturuluserite diskrimineerimise (Goodin et al. 1999).

Nii või teisiti propageerivad hiljutised heaolureformid mitmetes Euroopa maades kodanike suuremat vastutust oma toimetuleku ja elatustaseme eest. See poliitikaloojika nihutas ka teadusuuringute fookuse kodanike informeeritusele ja aktsioonisuutlikkusele kui vajalikele eeltingimustele kasvava vastutusega toimetulekuks. Andersen ja Tobiasen tuvastasid positiivse seose poliitilise tarbimise ja poliitilise usalduse vahel ning soovitasid asetada tarbimiskäitumine laiemasse kodanikuosaluse konteksti (Andersen, Tobiasen 2004). Ulatuslikud rahvusvahelised analüüsid (Rider, Makela 2003), aga ka spetsiaalsed postkommunistlike riikide käsitlused (Fultz, Ruck 2001, Kirch 2000) järeldasid, et kodanikel napib infot teadlike valikute tegemiseks raviteenuste ja pensionikindlustuse osas. Eestis läbiviidud sotsioloogilised küsitlused on näidanud avalikkuse rahulolematust tervishoiukorraldusega ja skeptitsismi kogumispensionisüsteemi suhtes (ES Turu-uuringute AS 2000, EMOR 2001, Ariko Marketing 2002).

Senised uuringud on käsitlenud tarbijate rahulolu ja käitumist kui kesksed uurimisobjekti, asetamata seda laiemasse poliitikakonteksti. Käesolev artikkel püüabki leida seoseid tarbijakäitumise ja heaolureformide edukuse vahel.

Eesmärk ja uurimisküsimused

Siirdeühiskondade heaolureformide mõju sotsiaalsele sidususele ning jätkusuutlikkusele omandab kasvavat tähtsust. Ühest küljest on oluline õhutada inimesi võtma vastutust enda toimetuleku eest ja liikuda kaugemale nõukogude üliluslikust heaolupaternalismist. Teisest küljest võib toetumine individuaalsele toimetulekule ja isikustatud sissemaksetele põhjustada antisolidaarseid hoiakuid ning pingeid heaoluriigi erinevate tarbijagruppide vahel. Eesti tervishoiu- ja pensionireformi juhtumid näitavad, et seos avalikkuse toetuse, kodanikuosaluse ning solidaarsuse vahel võib olla väga erinev, varieerudes tugevast toetuses universalsetele sotsiaalsetele õigustele kuni individuaalse riskikäitumiseni välja.

Käesoleva artikli eesmärk on analüüsida, kuidas turuideoloogiale rajatud sotsiaalkindlustusreformid on kujundanud ja muutnud avalikkuse hoiakuid ja käitumist. Selleks püstitasime uurimisküsimused.

- Kas Eesti sotsiaalkindlustuse õiguslik raamistik soosib solidaarset (ühist) või individuaalset tarbimist?
- Kui informeeritud on kodanikud oma tarbijaõigustest sotsiaalkindlustuse valdkonnas? Kas saab heaolu tarbijate hulgas eristada võitjaid ja kaotajaid?
- Miks kodanike kaasaminek erinevate kindlustusskeemide lõikes (pensionikindlustus ja tervishoiukindlustus) on erinev?
- Millist mõju omab tarbijakäitumine poliitikate arengule?

Analüüsi empiiriliseks aluseks on erinevad avaliku arvamuse küsitlused ja pensioni-

“Turud, tarbijad ja poliitika: Eesti sotsiaalkindlustusreformide analüüsi tarbijakäitumise perspektiivist”

Anu Toots

ja ravikindlustuse statistika.

Eesti sotsiaalkindlustusreformide tulemused ja mõjud kodanikukäitumisele

Uue sotsiaalturvasüsteemi loomine oli üks siirdeperioodi fundamentaalsetest komponentidest. Endine laiahaardeline sotsiaalpoliitika asendati järk-järgult kindlustuspõhise heaolumudeliga, mis kombineeris nii Bismarcki korporatiivseid kui Friedmani neoliberaalseid põhimõtteid. Tervise- ja töötuskindlustus sobivad illustreerima korporatiivsust, kuna makseid kogutakse töökohapõhiselt ning vastutus on jagatud tööandja ja töövõtja vahel. Individuaalsed valikud ja vabadused on mõlemas kindlustussüsteemis madalad ning seos isiklike sisse- ja väljamaksete vahel suhteliselt nõrk. Pensionikindlustus, mis disainiti Maailmapanga taktikepi all nn kolme samba mudelina, kujutab endast head näidet neoliberaalsest heaolumudelist. Esimese samba laekumistest, mis saadakse kohustuslikust sotsiaalmaksust, rahastatakse praeguste pensionäride pensione. Kogumispõhimõttele rajatud teise samba ressursid saadakse tööandjate ja töövõtjate solidaarsetest sissemaksetest. Teine sammas on kohustuslik alles pärast 1983. aastat sündinutele, seega saab enamik tööturul olijatest valida, kas liituda teise samba kogumiskindlustusega või mitte. Seda haldavad erasektori finantsasutused (pangad ja kindlustusfondid), kindlustuslepingud on individuaalsed ning kord aastas on kindlustusvõtjatel võimalus kindlustusplaani või fondi vahetada. Iseloomulikult kolme-samba-mudelile eksisteerib ka Eestis täiendav vabatahtlik kogumispension (kolmas sammas), mille sisse- ja väljamaksetele rakendatakse tulumaksusoodustusi.

Riigi minimaalne interventsioon kogumispensionikindlustuse funktsioneerimisse ja individuaalsete kindlustuslepingute põhimõtte suurendavad kodanike personaalset rolli adekvaatse info hankimises ja sobivaimate valikute tegemises. Nii teine kui kolmas sammas on eksisteerinud alla viie aasta, mis on liiga lühike aeg selleks, et öelda, kas Poola ja Ungari pensionikindlustuse erastamise vead hakkavad ilmnema ka Eestis. Poola ja Ungari, aga ka USA ja Tšiili kogemused näitasid, et pensionide haldamine erasektori poolt on vähenenud mastaabiefekti tõttu kulukam. Paljudest erafondidest koosneva süsteemi kulukust suurendavad veelgi kindlustusvõtjate massilised fondivahetused ja pankade reklaamikulud (Fultz, Ruck 2001). Seega tekib vastupidiselt kokkuhoiuootustele hoopiski küsimus, kes katab täiendavad väljaminekud? Kas need lisakulud katavad kõik maksumaksjad riigi subsidiidumide näol pensionikindlustusse või katab iga kindlustuskompanii sõltuvalt firma majanduslikust edukusest? Teadlikkus nendest kuludest ja võimalikest finantskahjustest on avalikkuse hulgas praktiliselt olematu.

Erinevalt pensionikindlustusest kuulub tervishoiuteenuste korraldamine ja pakkumine Eestis peaaegu täielikult avalikule sektorile. Sedavõis soodustada ka USA-dominantsete rahvusvaheliste survegruppide puudumine (jällegi erinevalt pensionireformist) ning Euroopa heaolukultuuride ühene valik avaliku tervishoiu kasuks. Tervisekindlustuse sissemaksed on täies mahus tööandja kanda, süsteem on tsentraliseeritud Eesti Haigekassa kaudu, kes sõlmib lepinguid mittetulunduslike raviteenuste pakkujatega. Kõik kindlustatud isikud, samuti kindlustatutega võrdsustatud kategooriad võivad saada tasuta arstiabi, ent pikad ravijärjekorrad on muutunud süsteemi krooniliseks probleemiks. Peamine reaktsioon sellele murele on olnud analoogiline M. Thatcheri poliitikale, kes, püüdes kõigiti arendada riiklike kliinikute ettevõtlusvaimu, lubas muu hulgas patsientidel end raha eest järjekorrast mööda osta ja kliinikutel neile vastavalt tasulisi teenuseid osutada. Kuigi erameditsiin on Eestis legaliseeritud juba

1992. aastast, pole selle tarbijaskond kuigi suur. 2000ndatel aastatel on erahaiglate arv koguni vähenema hakanud ning voodikohtade arv nendes moodustab vaid 2,5%. Erameditsiini teenuseid leidub peamiselt hambaravis ja günekoloogias.

Vaatamata erisustele maksukoormuse jagunemises ning administreerimise muustrites, seisavad nii pensioni- kui tervishoiukindlustus ühesuguste väljakutsete ja probleemide ees. Eesti sotsiaalkindlustusmaksete summaarne koormus on juba ületanud ELi keskmise näitaja, moodustades 36,5% palgafondist. Kuna lõviosa sellest maksukoormast (33,5%) kannavad tööandjad, siis on nad üpris tõrksad moodustama uusi töökohti ja täitma korralikult seadusjärgseid maksukohustusi.

Sotsiaalset solidaarsust suudaksid edendada tugevad tööturuinstitutsioonid, ent viimased pole Eestile veel iseloomulikud. Ametiühingutesse kuulub alla 10% kogu töötajaskonnast. Töövõtjate organisatsioonide nõrkust ja killustutust võimendab veelgi mikroettevõtete domineerimine ja füüsilisest isikust ettevõtjate osakaalu kasv (ka neil puudub institutsionaalne eestkostja sotsiaalkaitstes). Vähem kui 10 töötajaga ettevõtted moodustavad koguni 77% Eesti ettevõtetest, füüsilisest isikust ettevõtjate osakaal on jõudnud 13% tööjõust. Seega eksisteerivad ning isegi tugevnevad tööturu niisugused karakteristikud, mis ei haaku klassikalise, korporatiivsele firmakultuurile rajatud heaolumudeliga. Praegune Eesti tööturg omab pigem postmodernistlikke jooni, samas kui Bismarcki heaolurežiim rajanes modernistlikele tööturusuhetele koos stabiilsete ja selgelt eristuvate tööandja-töövõtja rollidega. Kirjeldatud ebakõla omab käesoleva artikli kontekstis topelttähendust. Esiteks, kindlustuspõhistes süsteemides, nagu praegune Eesti sotsiaalse heaolu süsteem on, sõltub inimese toimetulek tulevaste sotsiaalsete riskidega (töötus, haigus, vanadus) otseselt tema kaitstusest tööturul. Tööturult väljatõrjutud kodanikel väheneb ka juurdepääs sotsiaalhüvedele ja -teenustele kas kohe või tulevikus vähenenud kindlustusmaksete tõttu. Teiseks võib ka tööturul olijate positsioon varieeruda olenevalt sellest, kas tema tööandja täidab enda sotsiaalmaksukohustusi ning kas ta deklareerib reaalselt makstavaid töötasusid. Oludes, kus korporatiivne heaolukultuur puudub (seda ei soosi ka Eesti sotsiaaldõiguse ega maksusüsteem) ja efektiivne sotsiaaldialoog ei toimi, tuleb töötajatel kanda rohkem isiklikku vastutust oma tarbimisvalikute ja tarbijaõiguste eest.

Me väidame, et just see – nii sotsiaalsel kodakondsusel kui ka korporatiivsel kuuluvusel rajanevate sotsiaalkaitsemehhanismide puudumine – on kehutanud inimesi võtma oma käitumises individualistlikku orientatsiooni ja hoolima vähem solidaarsuse alusel funktsioneerivate süsteemide progressist. Alljärgnevalt püüame uurida selle väite valiidsust kahe juhtumi – pensionikindlustuse ja tervishoiukindlustuse varal. Lisaks analüüsime, milline on tarbijate teadlikkus oma riskidest ja õigustest sotsiaalkindlustuses ning kas kahe kindlustusskeemi vahel võib tuvastada olulisi erinevusi tarbijakäitumises?

Pensionikindlustuse reform kui näide avalikkuse toetusest

Nii vanaduspension kui tasuta arstiabi olid nõukogude perioodil garanteeritud igapähele, seepärast tekitasid isiklike sissemaksete kohustuse kehtestamine ja vajadus hakata valima erinevate teenusepakkujate vahel täiesti uue olukorra. Seega pole ka ootamatu, et pensionisüsteemi osaline erastamise ei tekitanud alguses avalikkuses kuigi sooja poolehoidu. 2000. aastal läbiviidud avaliku arvamuse küsitluse kohaselt leidis 83% vastanutest, et igale vanurile pensioni maksmine peaks olema valitsuse kohustus, 9% toetas inimese enda vastutust ja vaid 7% pani põhivastutuse tööandja

“Turud, tarbijad ja poliitika: Eesti sotsiaalkindlustusreformide analüüs tarbijakäitumise perspektiivist”

Anu Toots

õlgadele (ES Turu-uuringute AS 2000). Kuigi 55% uskus, et riigi poolt makstav pension pole piisav normaalseks äraelamiseks, oli sama suur hulk neid vastajaid, kes poleks nõus oma hoiuseid isiklikule pensionikindlustuse kontole üle kandma.

Vaatamata avalikkuse selgele toetusele riikliku pensionikindlustuse kasuks, juurutas Eesti valitsus (täpsemini valitsused) ikkagi erakindlustusele orienteeritud Maailmapanga mudeli. Sarnaselt Ungarile ja Poolale muutusid ka Eestis erasektori poolt administreeritud personaalsed kogumiskontod palju populaarsemaks, kui reformide disainijad ette kujutasid (Fulitz, Ruck 2001). Kahe aasta möödudes teise samba seadustamisest aastal 2002, omab 63% Eesti rahvastikust vanuses 15–64 aastat isikliku pensionikindlustuse lepingut, 11% on liitunud täiendava vabatahtliku pensionikindlustuse ehk kolmanda sambaga.

Sel perioodil, kui käisid veel arutelud pensionireformi üle, esitati kogumispensionide põhimõtte juurutamise vastuargumendina sageli väidet, et Eesti inimestel lihtsalt pole rahalisi sääste ega ülejääke, mida võiks pensionikindlustusse paigutada. Tõepoolest, Eesti üldine elatustase jääb arenenud riikidele tublisti alla ning moodustab umbes 40% ELi keskmisest. Samas on Gini indeks kõrge (0.38), mis viib mõttele, et kogumispensionide potentsiaal ja toetus reformikavale võib tulugruppide lõikes oluliselt varieeruda. Mõnevõrra üllatuslikult näitas analüüs, et teise sambaga liitunute keskmine sissetulek ei ületa vabariigi keskmist. Seega pole alust väita, et kogumispensioni skeem teenib vaid ülemklassi huve. Pigem võib varanduslikust segregatsioonist rääkida kolmanda samba puhul, sest selle skeemiga liitunute keskmine sissetulek ületab Eesti keskmise umbes 30% (www.pensionikeskus.ee)

Millega seletada personaalse panustamise nii suurt kasvu lühikese ajaga, vaatamata avalikkuse tõrksusele reformi käivitamise algusaastatel? Esiletõstmist vääriks kolm argumenti. Esiteks, postsotsialistlike riikide kodanikud hakkasid oodatust kiiremini aktsepteerima olulisi varanduslikke erisusi inimeste vahel, edestades oma radikaalsuses isegi vanade turumajandusmaade avalikku arvamust (Gijsberts 2002). Sellega oli kadunud varasem normatiivne vastuseis rahalisele kihistumisele, mille uus pensionisüsteem vältimatult kaasa toob (Püss 2001). Teine põhjus, miks avalikkus nii aktiivselt läks kaasa reformiga, mis ometigi suurendas nende väljaminekuid, seostub tulevaste väljamaksete läbipaistvusega. Euroopa mitmete sotsiaalreformide analüüs näitas, et niisugused programmid, kus sissemaksjad on hiljem ka hüvise saajateks, koguvad suuremat rahva poolehoidu (Bonoli 2000). Personaalsed kogumiskontod ja võimalus jälgida oma kindlustusskeemi või pensionifondi majandustulemusi on muutnud pensionikindlustuse tarbijate jaoks atraktiivsemaks kui tervisekindlustuse, kus seos panustamise (makstud sotsiaalmaksu osa) ja raviteenuste tarbimise vahel pole nii selgepiiriline. Eesti kogumispensionisüsteemi operatiivsust ja läbipaistvust info ohjamisel nimetab üheks eduteguriks ka Eesti Väärtpaberikeskuse tegevdirektor K. Oone (Oone 2004).

Kolmas põhjus kogumispensionide populaarsusele seondub tugeva pensionäride lobi puudumisega, mis oleks suutnud seista vastu Maailmapanga poolt pealesurutavale pensionisüsteemimudelile (Toots 2003). Maailmapanga mudelile aitas kaudselt kaasa ka kasvav rahva usaldus erapankade vastu, mis valmistas ette soodsat pinnast nende interventsiooniks pensionipoliitikasse. Olles saanud riigilt loa teise samba pensionikindlustuse haldamiseks, korraldasid erasektori finantsinstitutsioonid võimsa reklaamikampaania. Kampaania tulemusel ületas teise sambaga liitunute arv valituse

prognoosi kahekordselt ja põhjustas tõsiseid pingeid jooksvalt finantseeritavate (esimese samba) pensionide rahastamises.

Kuivõrd kommerts pangad ja -kindlustusfondid olid äärmiselt huvitatud võimalikult paljude klientide püüdmisest äsja tekkinud kindlusturul, siis omandas pensionireformi reklaamikampaania täielikult kommertsliku ilme – pensionipoliitikat puudutavat sotsiaalreklaami pole tänaseni tänavapildis ega meedias näha. Kommertslikkus tähendas ühtlasi seda, et esile toodi ainult kindlustamise positiivsed ja paljulubavad tahud, samas kui võimalikud kindlustusriskid jäid täiesti kajastamata. Erasektori hüperaktiivsuse ja avaliku sektori passiivsuse tõttu kujunes olukord, kus kindlustusvõtjatel puudus nii teave kui vajalikud oskused teadlike otsuste tegemisel, kui nad valisid erinevate pankade või kindlustusplaanide vahel. Enamikul juhtudel inimesed lihtsalt nõustusid sellega, mida neile soovitas teller või kindlustusagent. Nagu märgib G. Bonoli, kujunes klientide väär (täpsemini ebakompetentne) nõustamine tõsiseks probleemiks M. Thatcheri pensionide erastamise reformis. Sarnaselt Eestile kasvas pakkumine ja nõudlus Briti pensionikindlustuse turgudel reformi tagajärjel plahvatuslikult, mistõttu pankadel polnud mahti äsja ametisse värvatud tellereid välja koolitada (Bonoli 2000). Selles kontekstis on huvitav märkida, et Eesti tarbijad ei hooli kuigi palju kindlustusriskidest. Nagu näitas sotsioloogiline küsitlus, ei suurendaks riigi parem järelvalve erasektori pensionikindlustuse pakkujate üle nende inimeste osakaalu, kes oleksid valmis kogumispensioni lepingut sõlmima (ES Turu-uuringute AS 2000). Lisaks näitab Pensionikeskuse statistika, et enamik kindlustusvõtjaid on valinud kõrgete riskidega strateegiad ja rohkem kui kaks kolmandikku kindlustusvõtjatest ei tea, kuhu nende pensioniraha on investeeritud (Neudorf 2004). Need faktid näitavad ilmekalt, kui minimaalne on kodanike teadlikkus võimalikest finantsriskidest kindlustusturul.

Tarbijakäitumise kiire kohanemine reformi poolt pakutud valikutega aitas vaeeldamatult kaasa pensionireformi edule. Samal ajal ei tohiks unustada medali teist poolt. Kogumispensionide populaarsus on seadnud valitsuse ette kaks keerulist ülesannet. Majanduslikust aspektist tuleb leida lahendus süvenevale defitsiidile jooksvalt finantseeritavas esimeses pensionisambas. Normatiivsest aspektist tuleb tegelda veelgi komplitseerituma probleemiga. Kuidas juhtida poliitikat nii, et kodanikud-tarbijad ei hakkaks individuaalseid kogumiskindlustuse valikuid tõlgendama kitsalt aktuaalse tulususe seisukohast, unustades sotsiaalkindlustuse teise obligatoorse komponendi – solidaarsuse (Giaino 2001)?

Tervishoiureform kui näide avalikkuse tõrksusest

Eesti tervishoiusüsteemi alused pandi paika juba 1992. aastal, kuid osareformid jätkuvad siiani. Erinevalt pensionisüsteemist puudub kodanikel võimalus mängida aktiivset rolli oma tervisealase heaolu juhtimisel, lühidalt öeldes – olla toimijaks. Eesti tervishoiusüsteem kasutab väravavahi põhimõtet, mis välistab patsiendi vaba juurdepääsu erialaarsti vastuvõtule ilma perearsti suunamiseta. Lisaks puudub maapiirkondades praktiliselt võimalus arsti valida, kuna teenusepakkujaid lihtsalt pole. Eesti Haigekassa on ühtne, koondades ühte tsentraliseeritud fondi nii head kui halvad terviseriskid. Rahvusvahelises plaanis pole selles põhimõttes midagi uut ning mitmed põhjalikud uuringud kinnitavad just seda tüüpi süsteemide head kuluefektiivsust ja tugevat orientatsiooni solidaarsusele (Giaino 2001).

Eesti Haigekassa krooniliseks mureks on kujunenud alaline ressursinappus, mis

“Turud, tarbijad ja poliitika: Eesti sotsiaalkindlustusreformide analüüs tarbijakäitumise perspektiivist”

Anu Toots

põhjustab operatsioonide ja muude raviteenuste edasilükkamist rahandusaasta lõpu poole. Rahanappuse fundamentaalne põhjus peitub Eesti rahvastiku halvast demograafilises struktuuris. Madal hõivemäär ja kõrge vanurite osakaal loovad olukorra, kus vaid pool raviteenuste tarbijatest teeb kindlustusfondi sissemaksid sotsiaalmaksu näol. Teistest põhjustest võib küll poliitikameetmetega kergemini üle saada, ent praegu on nende negatiivne mõju Haigekassale siiski arvestatav. Eelkõige tuleb mainida Euroopa kohta ebataavaliselt kõrget kindlustamata inimeste osakaalu (hinnanguliselt 10% rahvastikust), kes omab siiski õigust tasuta esmaabile. Kasvavad HIV, narkomaania ja alkoholiprobleemid on tõstnud kindlustamata inimeste tervishoiukulusid ebaseeldivalt kiires proportsioonis. 10% ravikindlustusega katmata inimeste hulka mahuvad ka need töötajad, kelle eest tööandja pole ravikindlustusmaksu maksnud. Kuna reeglina on tegu madalalt kvalifitseeritud või tähtajalise lepinguga töötajatega, siis pole neil ka aktsioonisuutlikkust oma õigusi nõuda. Tervishoiu väärtustamine tööandjate silmis on tegelikult märksa laiem probleem. 2002. aastal leidis 66% sotsioloogilises küsitluses osalenutest, et nende tööandja ei hooli oma töötajate tervisest (Ariko Marketing 2002).

Erinevalt pensionikindlustusest on avalikkus tervishoiu valdkonnas raha küsimustes tundlikum. Tsiteeritud Ariko uuringust selgus, et 86% usub, et teenuste muutmine osaliselt tasuliseks piirab võrdset juurdepääsu tervishoiule. Vastused ei varieerunud hariduse ega sissetuleku taseme lõikes, mis räägib solidaarsete hoiakute tugevusest tervishoius. Võrreldes aasta varasema EMORi uuringuga on avalikkuse rahulolematust võrdse juurdepääsu tagamise osas isegi suurenenud (EMOR 2001). Seega näeme märke, mis räägivad vastupidisest hoiakute trendist tervisekindlustuses võrreldes pensionikindlustusega. Kui pensionikindlustuses on tarbijakäitumises domineeriv isiklik aktiivsus, siis tervishoius eeldatakse, et süsteemi reformitakse ja tõhustatakse valitsusepoolsete meetmetega. Kui praeguste pensionäride üleskutsed pensionifondide raha solidaarseks ümberjagamiseks jäävad ilma avalikkuse toetuseta, siis tervishoius on reaktsioon vastupidine (Marge Valdmanni juhtum).

Teadlikkus tarbija õigustest on ka tervishoiu valdkonnas mõõdukas, mõnedes küsimustes koguni madal. Kolmandik kodanikest kurdab, et neil pole piisavalt tervishoiualast informatsiooni, enamik vastajatest tugineb infohankimisel ainult massimeediale. Ilmekaks näiteks viletsale tarbijateadlikkusele on fakt, et vaid 25% elanikest vanuses 15–74 aastat teadis, et ravikindlustuse omamine annab inimesele õiguse tasuta arstiabile (EMOR 2001). Niisugust olukorda arvestades pole üllatav, et seaduse muudatused, mis karmistasid vaba juurdepääsukriteeriume arstiabile, võimendusi avalikkuse stereotüüpides negatiivsete meediakuvandite tõttu ja tekitasid lõppkokkuvõttes veelgi suurema tõrksuse tervisekindlustuse süsteemi suhtes. Erinevalt pensionikindlustusest pole siin kujunenud tarbijate valmisolekut suurendada oma tervisealast heaolu isikliku rahalise panustamisega.

Järeldused

Kaks kirjeldatud poliitika valdkonda – era- ja avaliku sektori partnerlusele rajatud pensionikindlustus ja avalik tervisekindlustus – pakkusid head materjali, illustreerimaks kodanike konsumerismi ja poliitikaeesmärkide vastasmõju. Äri sektori poolt hallatav kogumispensionisüsteem kogus kiirelt populaarsust tänu jõulisele teavituskampaaniale ja individikesksele orientatsioonile. Avalik tervishoiusüsteem on seevastu toonud kaasa kodanike soovimatust toetada poliitikat isiklike aktsioonidega ning teeninud valdavalt avalikkuse kriitikat.

See, mis teeb need kaks reformijuhtumit teineteisest erinevaks, ongi kodanike erinev roll. Pensioniplaanide puhul saavad nad suuremal määral kujundada ise oma tuleviku heaolu (ja seda usku süvendavad kindlustusfirmade reklaamikampaaniad jõuliselt). Tervishoiusüsteemis on kodanikele jäetud passiivsete teenusetarbijate roll, mis nõrga PR tulemusel süvendab hoiakut, et see, mis tegelikult loeb, pole tarbija aktiivsus, vaid poliitikute otsustused.

See, mis teeb need kaks juhtumit sarnaseks, on sotsiaalselt orienteeritud informatsiooni nappus. Pangandussektor on klientide püüdmise nimel huvitatud vaid ühekülgselt positiivsest informatsioonist, monopoolne avalik-õiguslik tervishoiusektor peab ulatuslikke teavitamiskampaaniaid liigseks rahakulutamiseks oludes, kus ressursse napib niigi.

Mõlemad reformikogemused räägivad meile sellest, et isegi juhul, kui avalikud teenused on siirdatud erasektorile, jääb riigile ikkagi kodanike tarbijakasvatuse funktsioon. Need kogemused räägivad ka sellest, et kodanikud kui poliitika tulemuste tarbijad võivad märkimisväärselt mõjutada reformi edu. Edukamalt kulgevad niisugused reformid, kus kodanikud omavad tarbijatena informatsiooni, valikut ja sõnaõigust.

Norra heaoluriiki uurinud teadlased on seostanud tõhusama tarbijakasvatuse laiemate suunamuutustega poliitikareformide ideoloogias, muu hulgas ka *New Public Management*'i levikuga (Jensen 2004). Kas niisuguseid järeldusi saaks teha ka Eesti heaoluteenuste põhjal, jääb juba järgmiste artiklite analüüsiobjektiks.

Viiteallikad

- ANDERSEN, J. G., TOBIASEN, M. 2004. Who are these political consumers anyway? Survey evidence from Denmark. – M. Michelettiet *et al.* (eds.). *Politics, Products and Markets. Exploring Political Consumerism Past and Present*. Transaction Publishers, 203–223.
- AVALIK arvamus juulis 2002. Üle-eestiline küsitlus. Ariko Marketing. <http://www.riigikogu.ee/?id=9263>.
- AVALIK arvamus novembris 2000 ES Turu-uuringute AS http://www.riigikogu.ee/msi_arhiiv/uurimused/nov_2000_j5.html
- BONOLI, G. 2000. *The Politics of Pension Reform*. Cambridge.
- ELANIKE ootused arstiabi suhtes. November 2001 EMOR. <http://www.riigikogu.ee/?id=9263>
- ESPING-ANDERSEN, G. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford University Press.
- FULITZ, E., RUCK, M. 2001. Pension reform in Central and Eastern Europe: emerging issues and patterns. – *International Labour Review*, Vol. 140. 1, 19–41.
- GIAIMO, S. 2001. Who Pays for the Health Care Reform? – P. Pierson (ed.). *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- GIJSBERTS, M. 2002. The Legitimation of Income Inequality in State-socialist and Market Societies. – *Acta Sociologica*, Vol. 45,4, 269–286.
- GOODIN, R. *et al.* 1999. *The Real Worlds of Welfare Capitalism*. Oxford University Press.
- JENSEN, T. O. 2004. A link between rights and obligations? – W. Thoresen (ed.). *Using*,

**“Turud, tarbijad ja poliitika: Eesti sotsiaalkindlustusreformide
analüüsis tarbijakäitumise perspektiivist”**

Anu Toots

-
- choosing or creating the future? CCN conference proceedings, Paris 2004.* 143–152.
Høgskolen i Hedmark
- KIRCH, M. 2000. Pensionireformist läbi avaliku arvamuse prisma: valikuid piirab nii info kui raha puudus. – *Riigikogu Toimetised*, 2, 194–196.
- NEUDORF, R. 2004. Koguja ei tea raha asukohta. – *Eesti Päevaleht*, 4. mai
- OONE, K. 2004. Kogumispensioni edulugu. – *Eesti Päevaleht*, 4. mai
- PIERSON, P. 1994. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press.
- PÜSS, T. jt. 2001. *Pensionikindlustuse reformi majanduslikud ja sotsiaalsed aspektid Eestis ning selle mõju rahvastikuarengule ja perepoliitikale*. TTÜ.
- RIDER, M. E., MAKELA, C. J. 2003. A comparative analysis of patients' rights: an international perspective. – *International Journal of Consumer Studies*, 27, 302–315.
- TOOTS, A. 2003. International and national actors in Estonian pension reform. – *Delivering Public Services in CEE countries: Trends and Developments*. OECD LEED Programme, 246–259.