

# Kaitse suurte ravikulude eest Tšehhis, Eestis ja Lätis: kolm kõrge sissetulekutasemega riiki – kolm erinevat kogemust

Sarah Thomson<sup>1</sup>, Tamás Evetovits<sup>1</sup>, Jonathan Cylus<sup>2</sup>

Finantskaitse on kõikse tervisekaetuse keskne aspekt ja tervisesüsteemide tulemuslikkuse üks mõõdik (1). Finantsraskused tekivad, kui tervishoiuteenuste omaosalus on leibkonna üldise maksevõimega võrreldes suur. Omaosalus ei pruugi olla probleem, kui see on väike või kui seda maksavad inimesed, kes saavad seda endale lubada, kuid vaestele või neile, kes peavad ravi, näiteks ravimite eest pidevalt maksma, võib isegi väike omaosalus põhjustada majandusraskusi. Kui tervisesüsteemi pakutav finantskaitse halva tervisega kaasnevate kulude eest on nõrk, ei pruugi inimestel olla piisavalt raha, et maksta tervishoiuteenuste eest või rahuldada muid põhivajadusi, nagu toit ja peavari. Nõrk kaitse suurte ravikulude eest võib seetõttu vähendada juurdepääsu tervishoiuteenustele, viia tervise halvenemiseni, sundida puudust kannatama ning süvendada ebavõrdsust.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa regionaalbüroo uues analüüsis on võrreldud kaitset suurte ravikulude eest Tšehhis, Eestis ja Lätis (2). Selles on järeldatud, et neis üldjoontes sarnastes riikides kogevad leibkonnad tervishoiuteenuseid kasutades väga erineval tasemel majandusraskusi. Analüüsi tulemused toovad esile tõsiasja, et majandusraskustesse sattumise märke võib leida isegi Euroopa kõrge sissetulekutasemega riikides.

Katastroofilisteks kuludeks peetakse tervishoiukulusid, mis ületavad 40% leibkonna suutlikkusest tervishoiuteenuste eest tasuta või sunnivad leibkonna vaesusse. Tšehhis esineb katastroofilisi kulusid vaid 1%-l, Eestis 7%-l ja Lätis koguni 13%-l leibkondadest, mis on üks Euroopa suurimaid näitajaid (vt joonis 1). Arvestades omaosaluse laialdast kohaldamist Eestis ja Lätis,

<sup>1</sup> Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regionaalbüroo, <sup>2</sup> Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus

## MAAILMA TERVISEORGANISATSIOON: 70 AASTAT PAREMAT TERVIST KÕIGILE KÕIKJAL

Maailma Terviseorganisatsioon asutati 70 aastat tagasi 7. aprillil 1948 põhimõttega, et kõik inimesed peaksid saama teostada oma õigust parimale võimalikule tervisele.

Seetõttu on „Tervis kõigile“ olnud Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) visioon juba üle seitsme aastakümne. See idee kannustab ka organisatsiooni praegu, kui WHO üks tegevussuund on toetada riike kõikse tervisekaetuse poole liikumisel. Kõikne tervisekaetus ehk inglise keeles *universal health coverage* tähendab, et inimesed saavad vajalikke tervisteenuseid (sealhulgas nii tervist edendavaid ja ennetavaid teenuseid, perearstiabi, haigla-, taastus- ja palliatiivravi kui ka ravimeid) sõltumata oma rahalistest võimalustest ega jää nende eest tasudes vaeseks.

Kogemus on ikka ja jälle näidanud, et poliitiline tahe on kõikse tervisekaetuse saavutamisel kõige tähtsam tegur. Nüüd, 70 aasta juubeli puhul, kutsub WHO maailma riigipäid täitma lubadusi, mille nad andsid 2015. aastal kestliku arengu eesmärgke kokku leppides, ja võtma konkreetseid meetmeid kõigi inimeste tervise edendamiseks. See tähendab kohustust tagada, et kõik inimesed kõikjal saavad vajalikud tervishoiuteenused kätte ilma finantsraskusteta.

Artiklis on tutvustatud WHO Euroopa regionaalbüroo hiljutist uuringut, milles on võrreldud finantskaitset kolmes riigis: Tšehhis, Eestis ja Lätis. Eesmärk on anda poliitika kujundajatele praktilise väärtusega tõendusmaterjali ja edendada vaeseid toetavat poliitikat, et lõhkuda seos halva tervise ja vaesuse vahel.

kus vaestel ja teenuste pidevatel kasutajatel puudub piisav kaitse, on võimalik, et kui uuringu perioodil oleks rohkem inimesi suutnud tervishoiuteenuseid kasutada, oleks omaosaluse koormus ja finantsraskuste ulatus olnud isegi suurem, kui analüüs näitas.

Tervishoiu- ja hambaraviteenuste järele on Eestis ja Lätis suur rahuldamata vajadus

ning see on alates majanduskriisist kasvanud (6). Teenustele juurdepääsu probleemid on suurimad Lätis, kus peamiseks põhjuseks on raporteeritud teenuste kulukus ning sissetulekust tingitud ebavõrdsus tervishoiu- ja hambaraviteenuste juurdepääsus on üks Euroopa suurimaid.

Kõik kolm riiki kogesid pärast finantskriisi majandusšokki. Tšehhis ja Lätis langes sisemajanduse koguprodukt (SKP) 2009. aastal ligikaudu 6% ja Eestis ligikaudu 9%. Samas ei mõjutanud Tšehhis kriis oluliselt vaesuse määra. Eestis ja Lätis suurenes vaesumine tööealiste inimeste seas oluliselt.

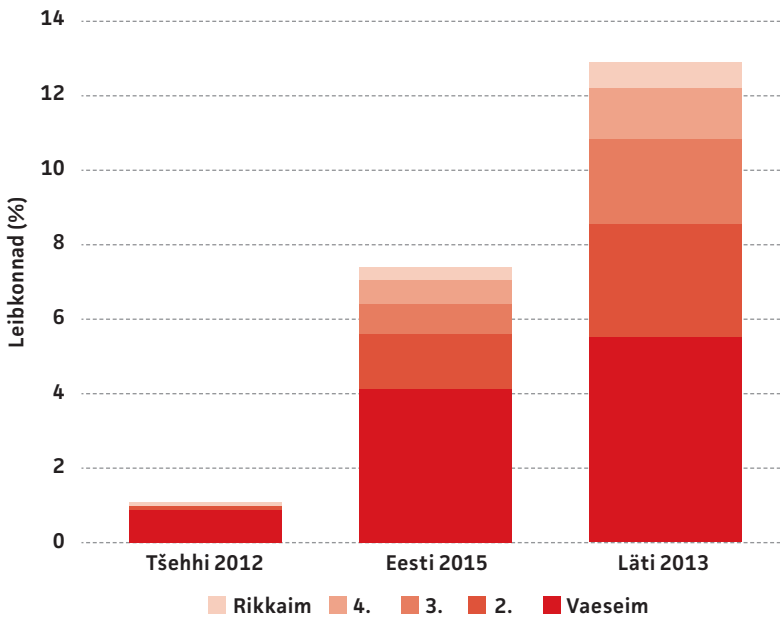
## Tervishoiuteenuste omaosaluse tõttu kannatavad kõige rohkem vaeseimad leibkonnad

Katastroofilised kulutused tervishoiule on kõigis kolmes riigis tugevalt koondunud kõige vaesematesse leibkondadesse (vt joonis 1). Erinevalt Tšehhist on Eesti ja Läti pensionäride leibkondadel katastroofiliste kulutuste oht seotud eelkõige ravimitega. Katastroofilisi kulusid kandvate inimeste finantsraskuste ulatus on riigiti erinev. Keskmiselt kulutavad Eesti ja Läti leibkonnad, kelle kulutused tervishoiule on katastroofilised, oma eelarvest palju suurema osa tervisele kui Tšehhi leibkonnad.

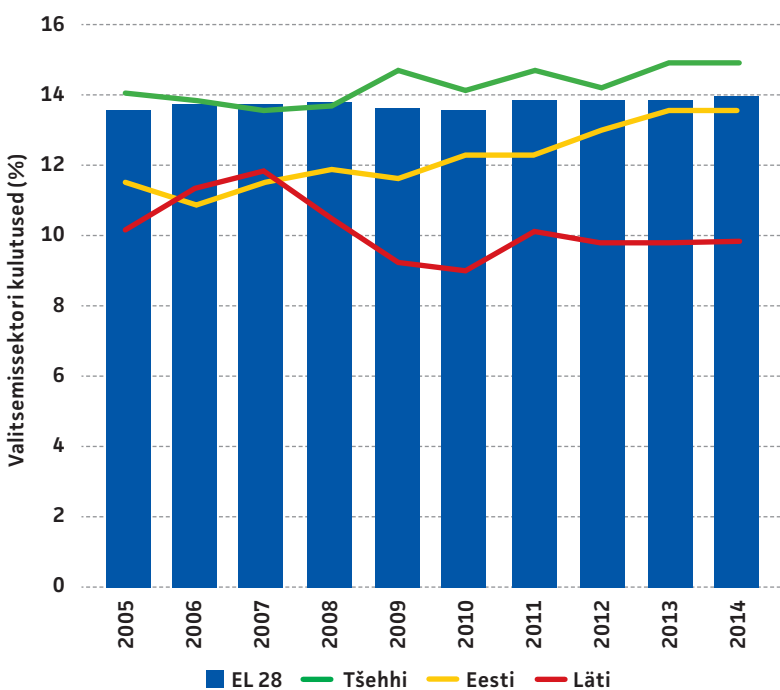
Lätis oli peaaegu igas kolmandas (29%) pensionäride leibkonnas 2013. aastal katastroofilisi tervishoiukulusid. Ligi pool kõigist katastroofiliste kulude kandjatest kuulub vaeseimasse leibkondade kvintiili. Nende leibkondade osatähtsus, kelle vaesumine on pärast omaosaluse tasumist süvenenud, kes on vaesunud või vaesumisohus, on suurim Lätis (ligi 7%), Eestis on see pisut üle 4% ja Tšehhis alla 1%, mis on üks väiksemaid näitajaid Euroopas.

## Leibkondade kaitse suurte tervishoiukulude eest sõltub avaliku sektori panusest tervishoidu

Analüüsi järgi seletab majandusraskuste erinevusi osaliselt tervishoiukulude erinevus riikides, eelkõige erinevus tervishoiu prioriseerimises valitsemissektori kogukuludes (vt joonis 2). Läti valitsus eraldab tervishoiule alla 10% kogu eelarvest, Eesti valitsus ligikaudu 13% ja Tšehhi valitsus 15%. Seetõttu on avaliku sektori tervishoiukulutuste osatähtsus SKPst Lätis oluliselt väiksem ja omaosalus oluliselt suurem kui ülejäänud kahes riigis. Eestis ja eriti Lätis aitaks avaliku



Joonis 1. Katastroofiliste omaosaluste esinemus üldiselt ja tarbimiskvintiilides (3–5).



Joonis 2. Avaliku sektori tervishoiukulutuste osatähtsus valitsemissektori kogukulutustes 2005–2014 (7).

sektori tervishoiukulutuste suurendamine vähendada omaosaluse osatähtsust tervishoiu kogukulutustes ja suurtest tervishoiukuludest tingitud vaesumist.

Joonisel 3 on näha, et katastroofiliste tervishoiukulutuste esinemus kasvab pidevalt koos omaosaluse osatähtsuse suurenemisega tervishoiu kogukulutustes.

### Tervishoiupoliitikaga saab mõjutada suurtest tervishoiukuludest tingitud vaesumist

Tervishoiukuludest tingitud vaesumise erinevust eri riikides saab osaliselt seletada erineva tervishoiupoliitikaga, s.t sellega, kelle kulud, millised kulud ja kui suure osa tervishoiukulutustest katab avalik sektor. Tervishoiupoliitika on peamine mehhanism, mille kaudu kirjeldatakse, kas ja kui palju leibkonnad omaosalust tasuvad, ja see määrab, kuidas omaosalus erinevate sissetulekurühmade vahel jaguneb.

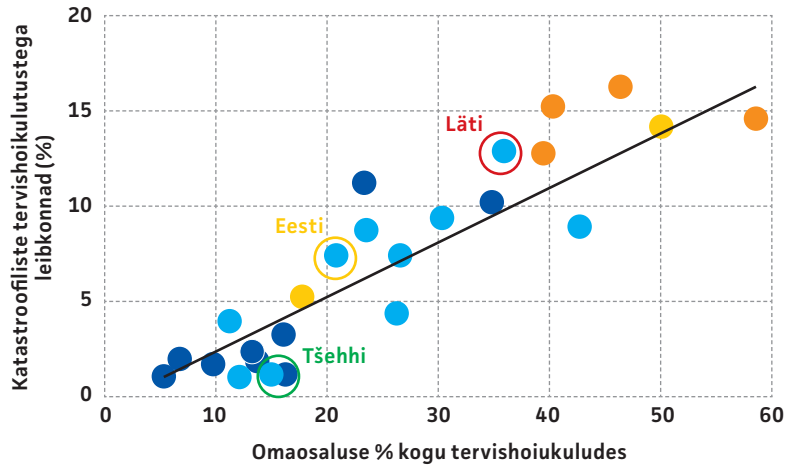
Eestis ja Lätis jätab tervishoiupoliitika ja eriti ambulatoorsete ravimite omaosaluse koormuse vähendamise nõrk korraldus tervishoiukulud rohkem nende kanda, kes kõige vähem suudavad omaosalust tasuda: vaesed, krooniliste haigustega inimesed ja eakad. Eestis ja Lätis põhjustavad suurtest tervishoiukuludest majandusraskustesse sattumist peamiselt ambulatoorsetele ravimitele tehtavad kulutused, mida eeskätt teevad pensionärid.

Eesti üks olulisemaid väljakutseid on, et tervishoiuteenuste kättesaadavus on seotud ravikindlustatusega ja seetõttu ei ole kogu rahvastikul kõikset kindlustuskatet.

Lätis on kindlustuskattes suured lüngad, mida põhjustavad ambulatoorsete ravimite ja haiglaravi suur omaosalus, täiskasvanute tervishoiuteenuste omaosalus, hambaravi väljajätmine hüvitiste paketist ja eriarstiabi pikad ooteajad. Lätis on tervishoiuteenuste omaosaluse ülempiir seatud väga kõrgele ja 2012. aastal tühistati väga väikse sissetulekuga leibkondadele tehtud erandid. Retseptiravimite omaosaluses ei tehta erandeid vaestele ega ravimite pidevatele kasutajatele ning ambulatoorsete retseptiravimite omaosalusele ei ole Lätis ülempiiri kehtestatud.

### Millised poliitikameetmed aitaks tervishoiukuludest tingitud vaesumist vähendada?

Tšehhis on omaosaluspoliitika korraldatud lihtsamalt: inimesed maksavad tervishoiu-



Tumesinine – EL 15 (ELi liikmed enne 2004. aastat); helesinine – EL 13; oranž – endised Nõukogude Liidu riigid ilma ELi riikideta; kollane – muud. Omaosaluse ja katastroofiliste kulutuste esinemuse andmed on esitatud ühe ja sama aasta kohta; uusimad andmed on ajavahemikust 2009 (kaks riiki) kuni 2015. Katastroofiliste kulude esinemuse andmed pärinevad autoritelt, tervishoiukulutuste andmed WHO-lt (7).

**Joonis 3.** Katastroofilised tervishoiukulutused ja omaosalus 25-s Euroopa riigis (viimased olemasolevad andmed).

teenuste ja ravimite eest omaosalussumma, mis on fikseeritud ning mida ei arvestata osakaaluna teenuse või ravimi hinnast. Haavatavad inimesed on Tšehhis omaosaluse maksimisest vabastatud ja kõigile kehtib üldine omaosaluse ülempiir, kusjuures alla 18aastastele ja üle 65aastastele on kehtestatud veelgi väiksem ülempiir.

Seetõttu on Tšehhis vähe leibkondi, kelle jaoks muutuvad tervishoiukulutused katastroofiliseks ja tingivad vaesumist; ambulatoorsed ravimid on kättesaadavad ja pensionärid ei koge tervishoiukuludest tingitud majandusraskusi.

Uuring näitab, et ehkki enamiku Euroopa riikide inimestel on õigus riigi rahastatavatele tervishoiuteenustele, ei ole seejuures tagatud kaitse suurte tervishoiukulude eest. Et teha edusamme kõikse tervisekaetuse saavutamise suunas, on hädavajalik kehtestada poliitika, mis vähendab eriti vaeste ja teiste haavatavate inimeste omaosalust.

### Uus tõendusmaterjal võib Euroopat kõikse tervisekaetuse poole edasi viia

Eelolevatel kuudel avaldab WHO Euroopa regionaalbüroo eraldiseisvad aruanded tervishoiust tingitud majandusraskuste kohta 25 riigis. Nendes aruannetes on toodud kontekstipõhine analüüs, mis

tugineb finantskaitse mõõtmise uuele meetodile. Esitatud tõendusmaterjali saavad poliitika kujundajad kasutada kõikse tervisekaetuse poole liikumiseks. Kõikse tervisekaetuse eesmärk – tagada kõigile juurdepääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele, ilma et see tooks kaasa tervishoiukuludest tingitud vaesumise – on sätestatud kestliku arengu eesmärgis 3.8.

WHO Euroopa regionaalbüroo lähenemisviis tervishoiukuludest tingitud majandusraskuste mõõtmisele (8) täiendab üleilmseid mõõdikuid, võttes arvesse erinevusi leibkondade suutlikkuses tervishoiuteenuste eest tasuda (9). Piirkondliku võrdleva analüüsi tulemusi esitletakse Tallinnas 2018. aastal toimuval kõrgetasemelisel kohtumisel „Tervisesüsteemid heaolu ja solidaarsuse heaks: et mitte keegi ei jääks maha“, mida võõrustab Eesti valitsus „Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks“ (10) kümnenda aastapäeva puhul juunis 2018.

## KIRJANDUS\*

1. WHO. World health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/>.
2. WHO. Financial protection in high-income countries: a comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia. Geneva: World Health Organization; 2018 [http://www.who.int/health\\_financing/events/who\\_europe\\_uhc\\_day\\_report\\_web.pdf](http://www.who.int/health_financing/events/who_europe_uhc_day_report_web.pdf).
3. Kandilaki D (avaldamisel). Can people afford to pay for health care? New evidence from the Czech Republic. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
4. Taube M, Vaskis E, Nesterenko O (avaldamisel). Can people afford to pay for health care? New evidence from Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
5. Võrk A, Habicht T (avaldamisel). Can people afford to pay for health care? New evidence from Estonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
6. Eurostat. Eurostat [internetiandmebaas]. Luxembourg: Statistical Office of the European Communities. 2017a. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
7. WHO. Global Health Expenditure Database [internetiandmebaas]. Geneva: World Health Organization; 2018. <http://apps.who.int/nha/database>.
8. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. Public Health Panorama 2016; 2:357–66. <http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-2,-issue-3,-september-2016/original-research2>.
9. WHO, World Bank. Tracking universal health coverage in the Sustainable Development Goals era: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017.
10. WHO Regional Office for Europe. The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/conference-documents/the-tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>.

\* Veebisait kasutatud 24. märtsil 2018.

---

See lühike artikkel põhineb WHO väljaandel „Financial protection in high-income countries: a comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia“ („Finantskaitse kõrge sissetulekutase-mega riikides: Tšehhi Vabariigi, Eesti ja Läti võrdlus“) ning on tõlgitud ja avaldatud autorite loal. Terviktekst on leitav [http://www.who.int/health\\_financing/events/who\\_europe\\_uhc\\_day\\_report\\_web.pdf](http://www.who.int/health_financing/events/who_europe_uhc_day_report_web.pdf). Artikkel rajaneb uuel finantskaitset käsitleval tõendusmaterjalil, mille tellija on WHO Euroopa regionaalbüroo ja koostajad riikide eksperdid Daniela Kandilaki (Tšehhi), Andres Võrk ja Triin Habicht (Eesti) ning Maris Taube, Edmunds Vaskis ja Oksana Nesterenko (Läti).