

Avalik ja era raha tervishoius

Vahet pole?!

Triin Habicht

Regionaalhaigla sügiskonverents "Tervisekindlustus Eestis vajab lisakindlustust",
31.okt.2008

Tervishoiu rahastamine hõlmab kolme omavahel seotud protsessi:

- Tulude kogumine (*revenue collection*)
- Tulude koondamine fondidesse (*pooling*)
- Teenuste ostmine (*purchasing*)

Tervishoiu rahastamise eesmärkidest

“SUURED” eesmärgid

Kaitsta inimesi ravikulude **suure finantsriski eest**

Tagada solidaarsus, st panustamine vastavalt maksevõimele ja teenuste kasutamine vastavalt vajadusele

Rahastamissüsteemi **läbipaistvus** ja osapoolte **selge vastutus**

“TOETAVAD” eesmärgid

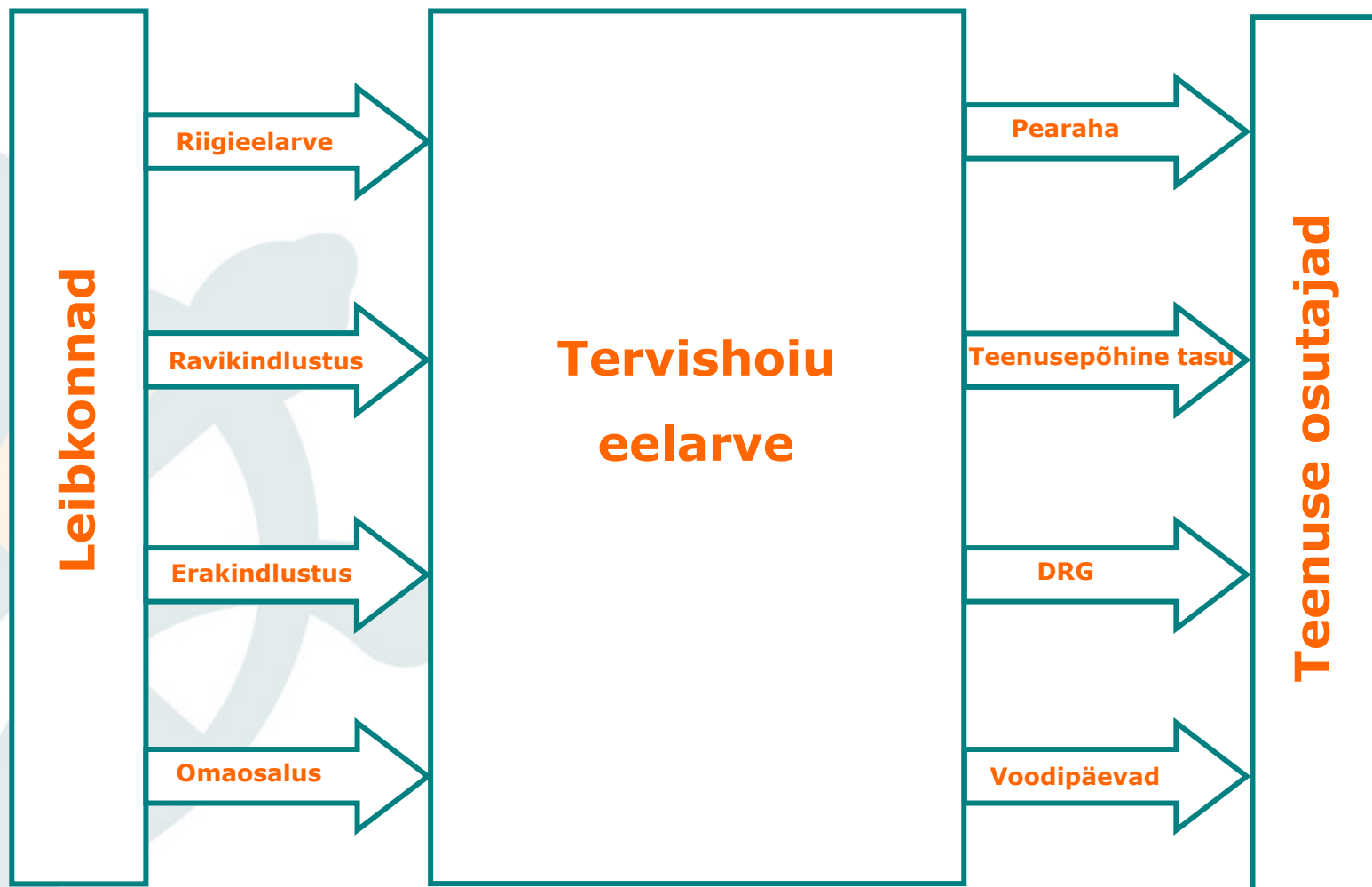
Teenuse osutajatele **õigete rahaliste stiimulite seadmine**, mis aitavad tagada kvaliteeti, kättesaadavust ja efektiivsust

Rahastamissüsteemi **efektiivne administreerimine**

Kulu=Tulu ...isegi tervishoius



Eesti Haigekassa
Estonian Health Insurance Fund



Allikas: Reinhardt 1984

Tervishoiu rahastamise allikad Eestis

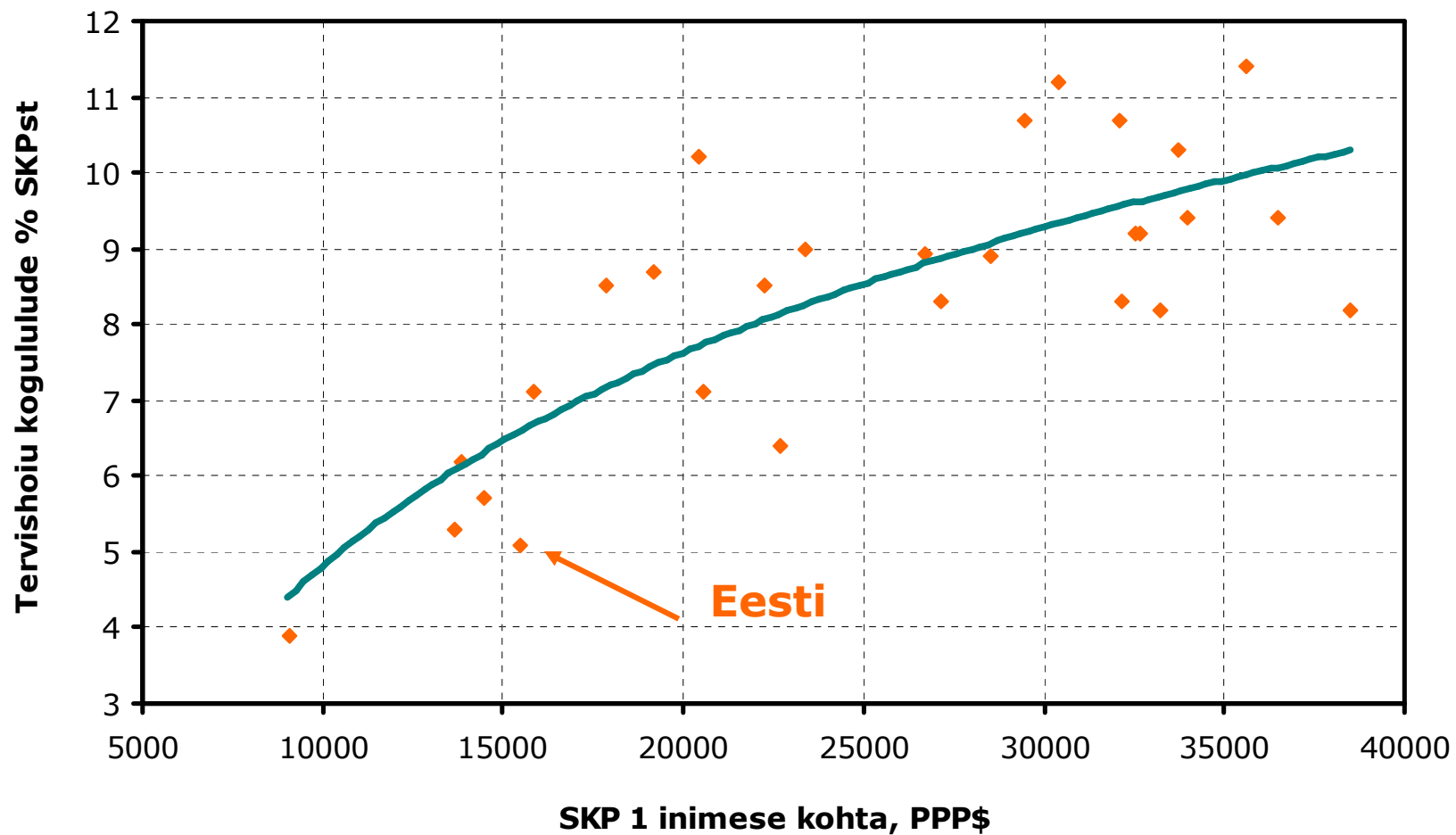
Allikas		2000	2006
Üldised maksud	} Avalik	8%	9%
KOVID		2%	2%
Ravikindlustus	} Era	66%	62%
Erakindlustus		1%	1%
Omaosalus		20%	25%
Muud		3%	1%
%SKPst		5.4%	5.1%

Allikas: www.sm.ee

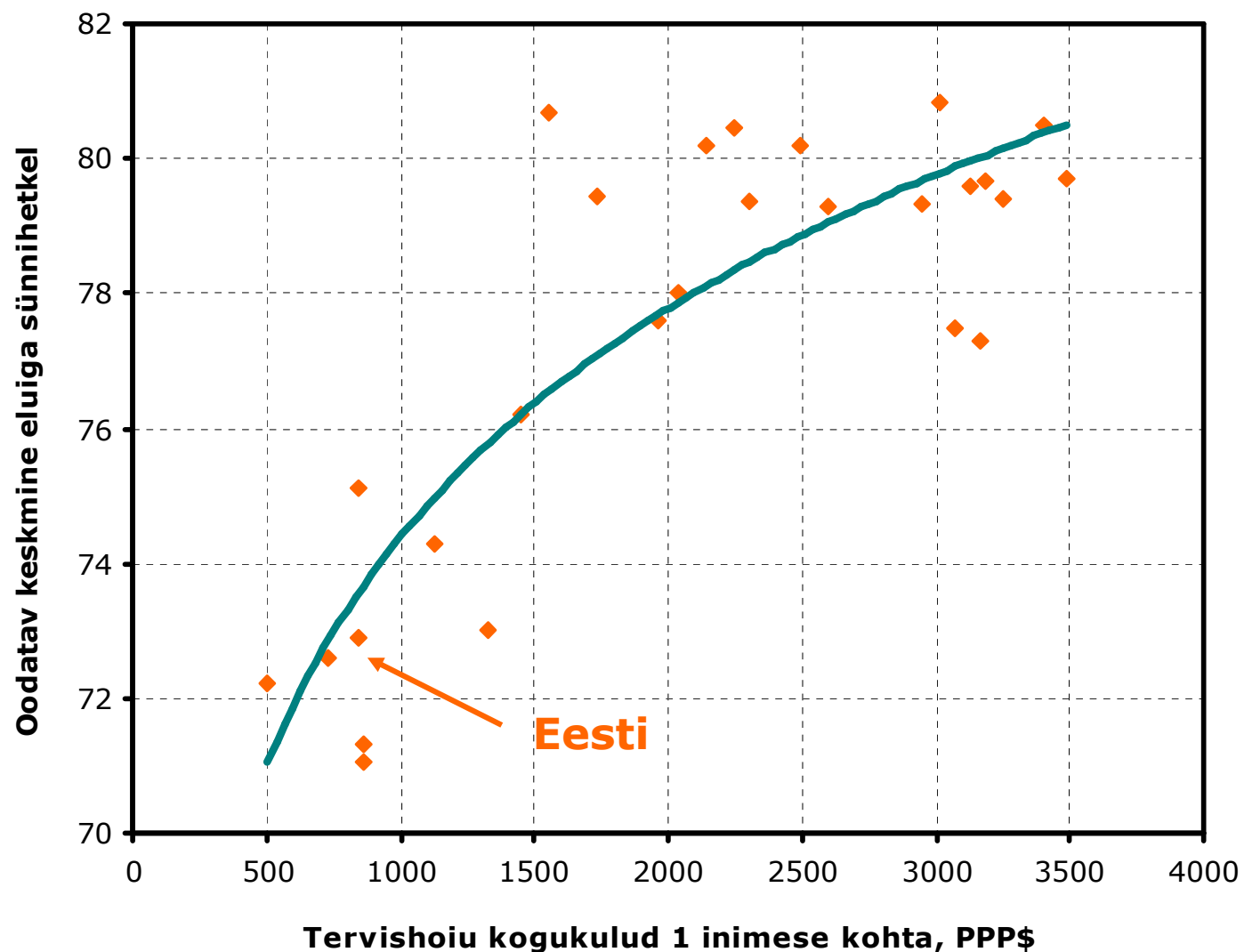
Kui **palju** peaks riik tervishoiule kulutama?

Kui tervishoiu kulusid suurendada, siis **millisest allikast** peaks raha tulema?

Mida rikkam on riik, seda suhteliselt suuremad on tervishoiukulud



Suuremad kulud, parem tervis?



Suuremad kulud ei tähenda ilmtingimata paremat tervishoiusüsteemi või paremat tervist

- Majandusteooriast: kuskil on piir, kust iga täiendav ühik sisendit ei suurenda väljundit vaid mingist hetkest võib seda isegi vähendada

Kas tervis on **luksuskaup**?

- Newhouse (1977): riigi rikkus on ainuke oluline tegur, mis mõjutab riigi tervishoiukulude taset
- Sellele tuginedes, on tervis luksuskaup....
Newhouse põhjendas seda sellega, et rikastes riikides on suur osa tervishoiust "hoolitsemine" mitte "ravitsemine"

Näide US-ist

	Suure kuluga regioonid võrreldes madala kuluga regioonid
Ravi sisu ja kvaliteet	<ul style="list-style-type: none">–Vähem tähelepanu protsessipõhiste kvaliteedinäitajatele–Väike erinevus põhiliste operatsioonide sageduses–Rohkem hospitaliseerimisi, arstikülastusi, suunamisi, diagnostikat ja protseduure
Tervisenäitajad	<ul style="list-style-type: none">–Natukene kõrgem 5.a suremus peale infarkti, puusaluu murdu ja kolorektaalvähi diagnoosi–Patsiendi funktsionaalses seisundis erinevusi ei olnud
Arsti hinnang raviprotsessile	<ul style="list-style-type: none">–Suurem tõenäosus, et tuuakse välja halba kommunikatsiooni arstide vahel–Suurem tõenäosus, et tuuakse välja puudulikku ravijärjepidevust–Keerukam pääseda haiglasse või hea spetsialist vastuvõtule
Patsiendi hinnang ravitulemusele	<ul style="list-style-type: none">–Halvem ravi kättesaadavus ja pikemad ooteajad–Erinevusi raviga rahulolus ei ole

Suure ja madala kuluga regioonid määratletud vastavalt Medicare per capita kuludele, ülemine ja alumine kvintiiil

Kuidas tervishoidu "avalikku" raha juurde saada?



Eesti Haigekassa
Estonian Health Insurance Fund

Kui läbi avaliku sektori, siis peab olema "**eelarve ruum**" (*fiscal space*), st võime suunata lisavahendeid tervishoidu ilma kahjustamata riigi üldist riigieelarve jätkusuutlikkust

Kuidas tekitada "eelarve ruumi"?

1. Maksu tõstmine
2. Maksude efektiivsem kogumine (2005.a jäi laekumata ca 3-6% sotsiaalmaksu)
3. Teiste sektorite kulude vähendamine
4. Laenamine
5. Doonorabi

Võimalused 1 ja 3 eeldavad, et tervishoid on riigis prioriteet

Kuidas hinnata tervishoiu prioriteetsust?

Valitsuse kulud tervisele
—————
SKT

=

Kogu valitsuse kulud
—————
SKT

X

Valitsuse kulud tervisele
—————
Kogu valitsuse kulud

↑
Kontekst

Eesti 3,7%
EL 6,8%
EL uued 4,6%

Eesti 34%
EL 46%
EL uued 40%

↑
Prioriteetsus

Eesti 11,3%
EL 14,5%
EL uued 11,5%

Eesti tervishoiu rahastamise pikaajalise jätkusuutlikkuse peamine väljakutse on ravikindlustuse "**kitsas**" tulubaas

- Eesti ravikindlustussüsteemi unikaalsus - **põhiline tuluallikas töötava inimese poolt makstav maks**

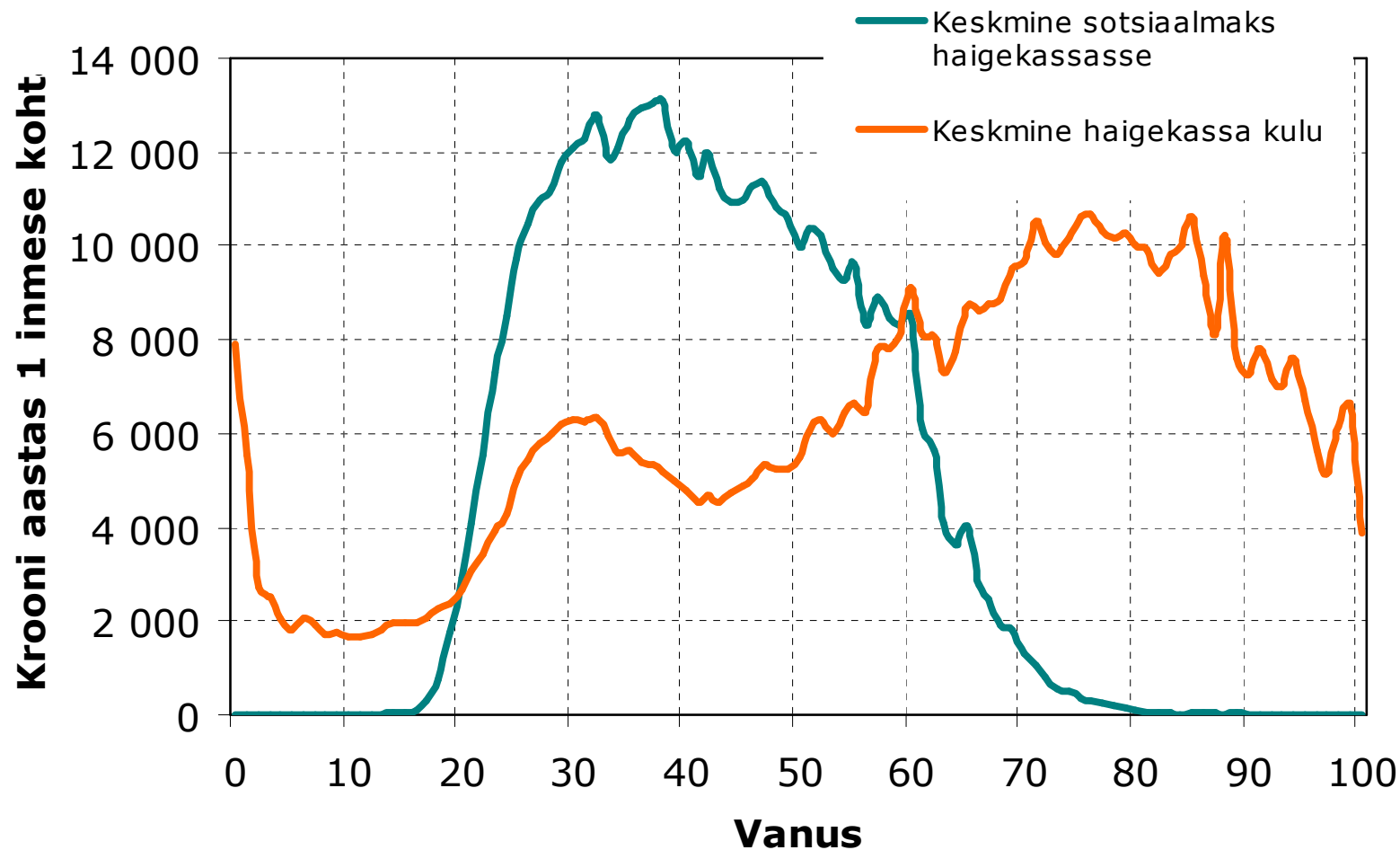
Eesti "mudel" töötab hästi **kiirelt kasvava majanduse ja madala korrupsioonitasemega riigis**

- Kindel raha tervishoiule, kasvavad palgad suurendavad eelarvet

Probleemiks:

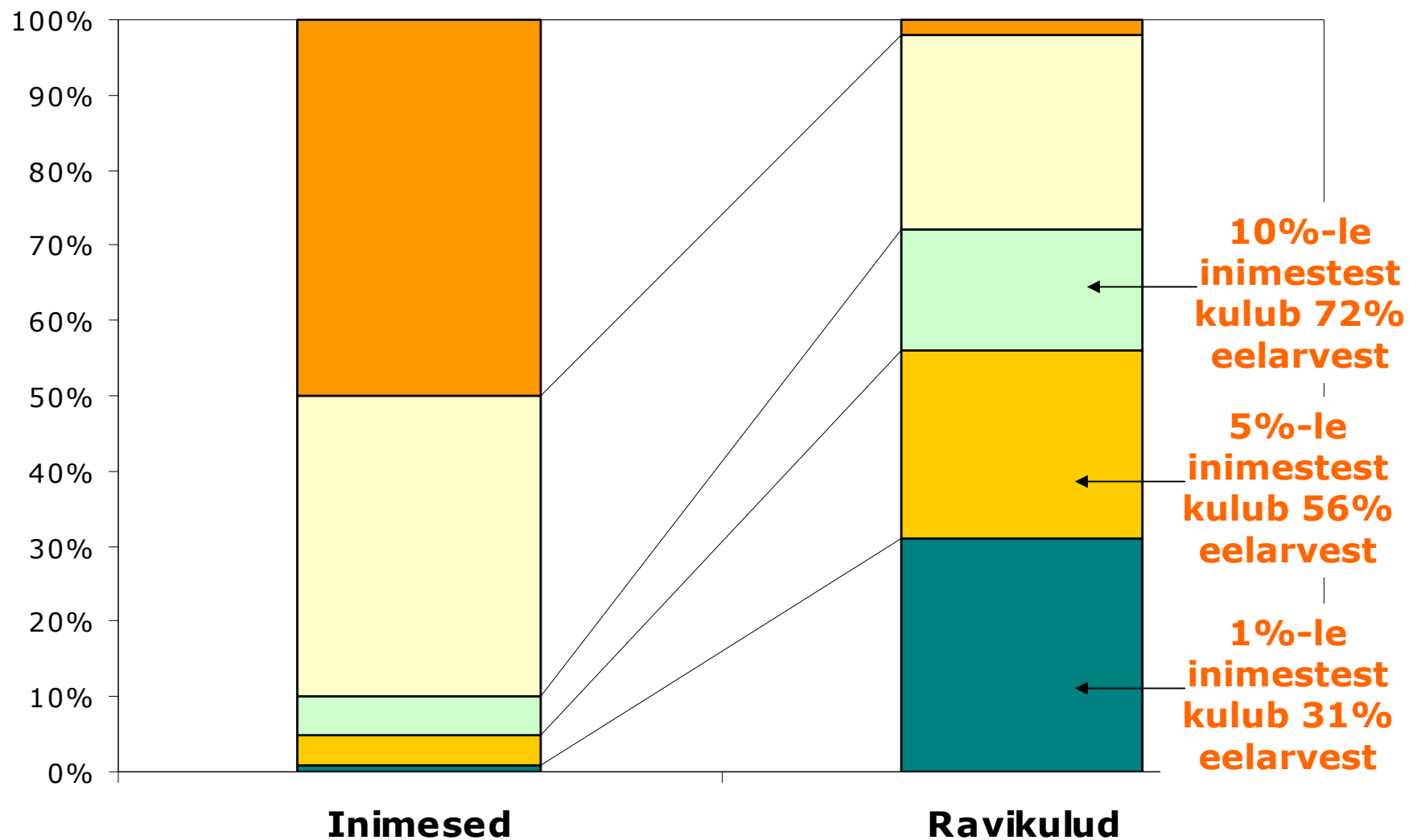
- Väga **suur sõltumine tööturust** (pikaajaliselt surve kasvab), mis põhjustab töötava elanikkonna rahulolematust ja pidurdab eelarve kasvu

Solidaarsusest ravikindlustuse näitel (2006)



Allikas: Võrk A, LEU ja haigekassa andmetel

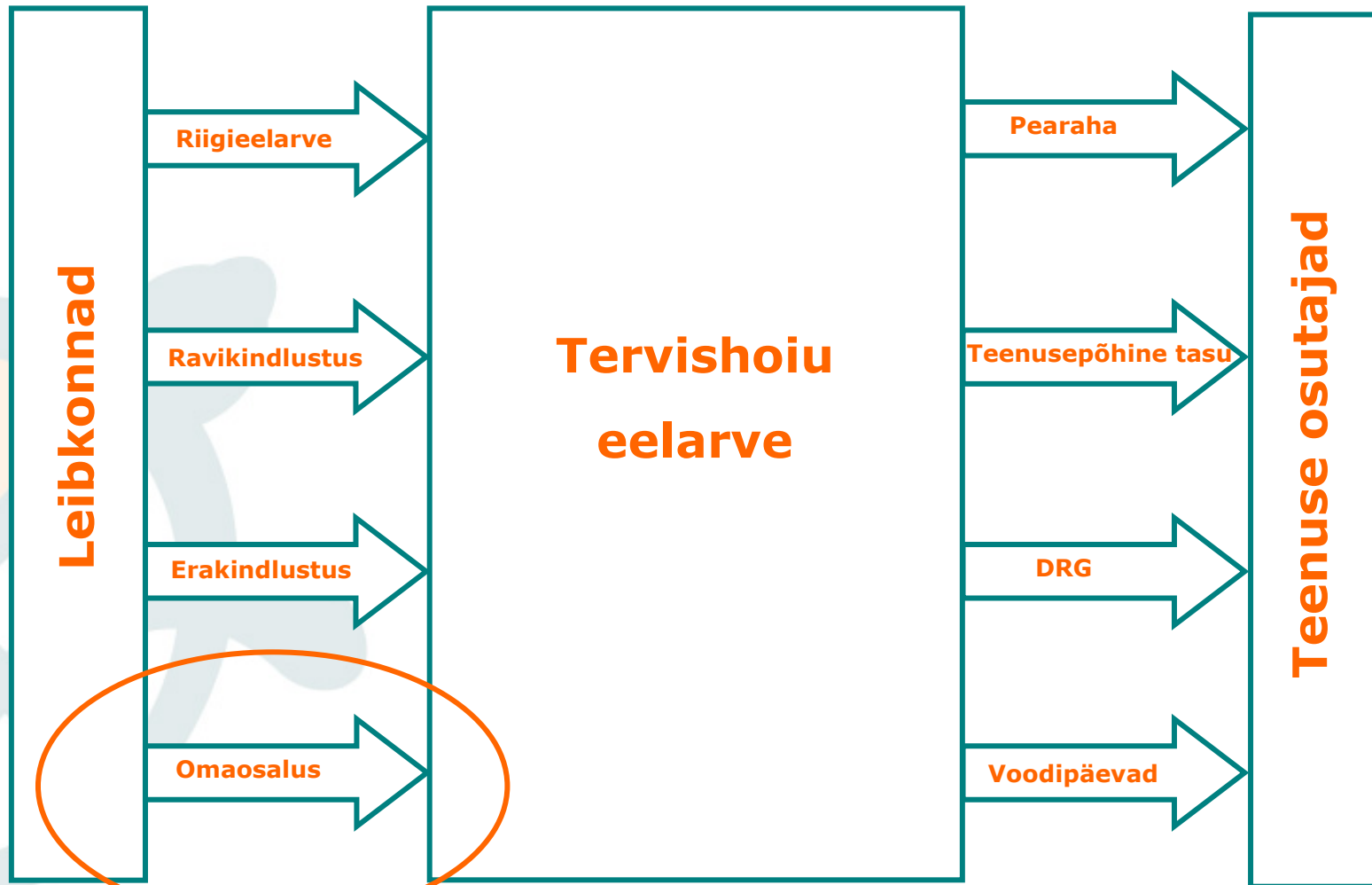
Kuhu ravikindlustuse raha siis kulub? (1998)





Era raha tervishoius

Peamised rahastamisallikad

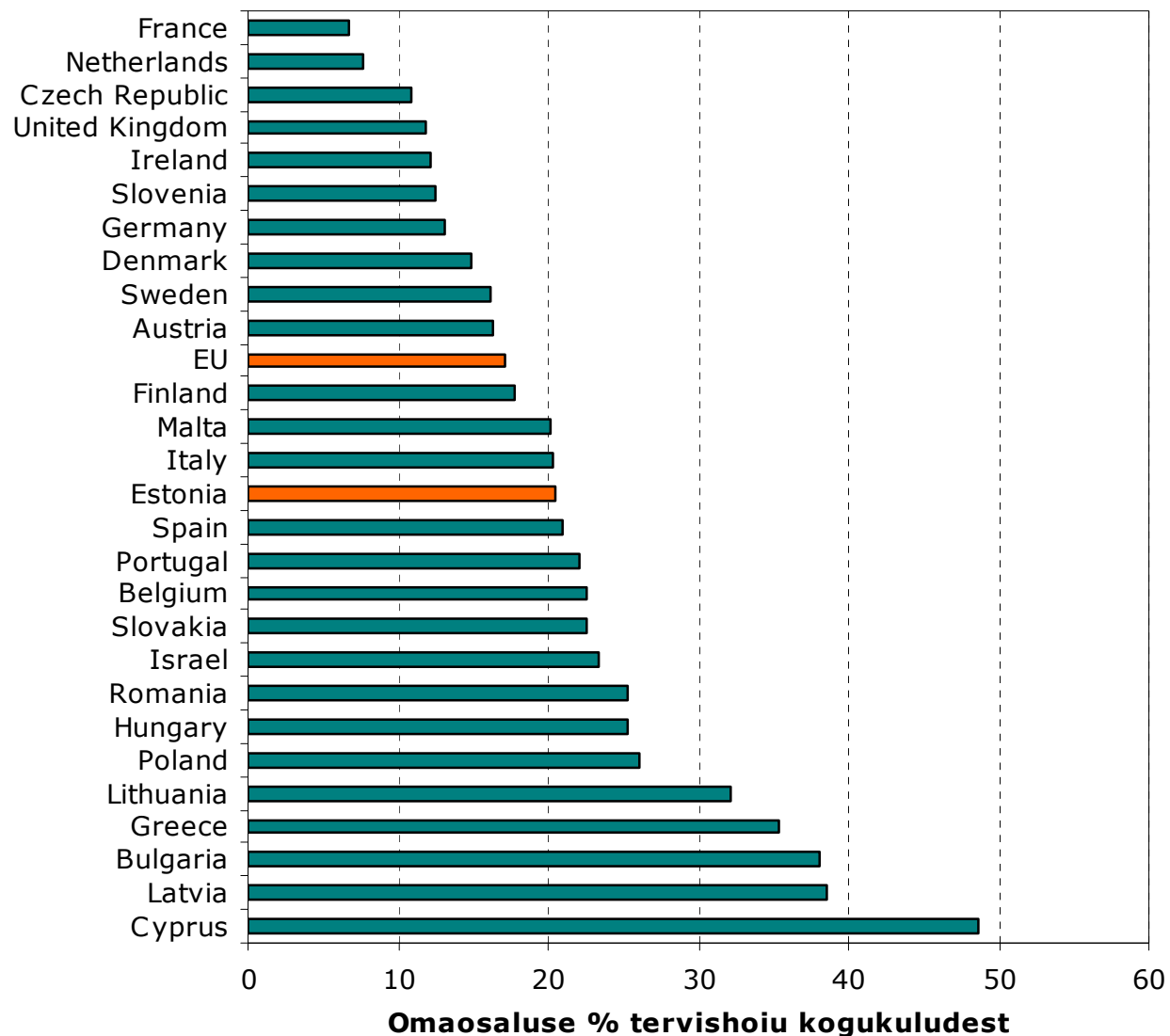


Inimene maksab teenuse saamiseks kas kogu või mingi osa teenuse maksumusest

- **Kaaskindlustus** – x % teenuse maksumusest, nt 30% tehisabordi maksumusest
- **Kaasmakse** – x kr, nt 50kr visiiditasu
- **Otsene makse** – kogu maksumuse
- **Mitteametlik makse** - lisaks muule ümbrik x kr-ga

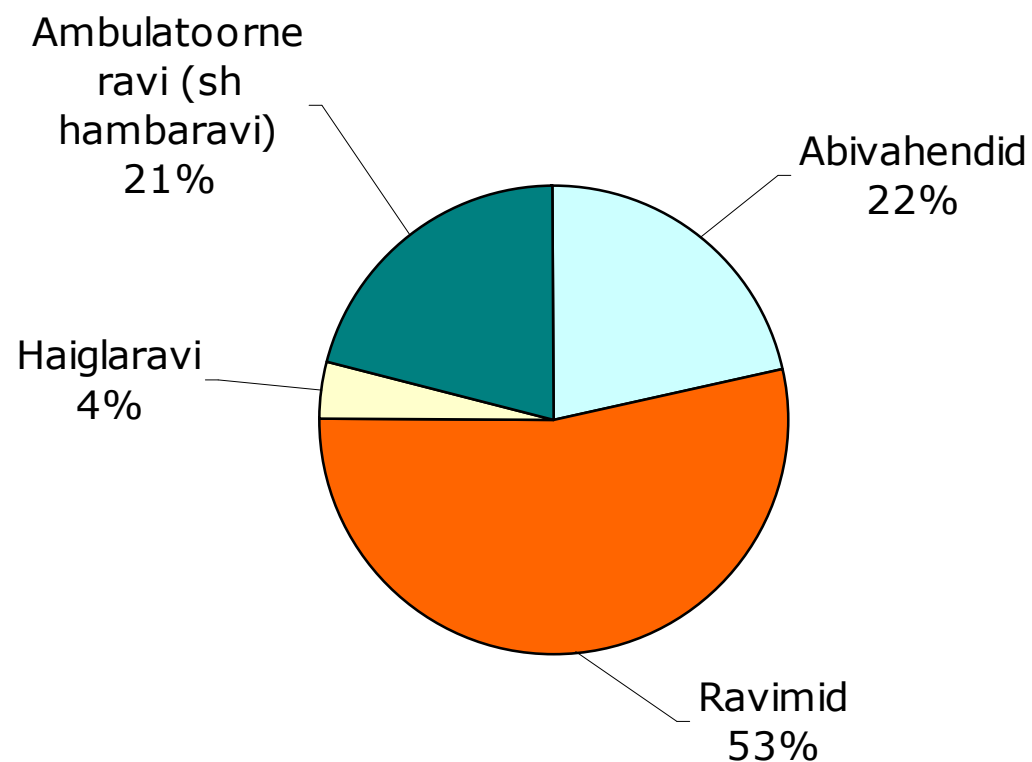
Sõltub inimeste **maksevõimest ja maksevalmidusest**

Omaosalus EL-is (2005)



Allikas: WHO Health for All Database, Euroopa Liidu riigid, 2005

Omaosaluse jaotus (2007)



Allikas: Vörk A. *Income related inequality in health care financing and health care utilisation in Estonia 2000-2007. Technical report to WHO, September 2008.*

- + Võimaldab **piirata ületarbimist** (sh hoida kokku avaliku sektori kulusid), kuna teenus ei ole enam inimesele "tasuta"

NB! Inimesed **ei oska teha vahet vajalikul ja mittevajalikul ravil**

Sobib ennekõike **suurema hinnaelastsusega teenuste** puhul teenuse tarbimise piiramiseks (nt hambaravi, elukvaliteedi-teenused)

- + **Legaliseerib ümbrikutasud**

- **Suurendab inimeste finantsriski**

St ravi **kättesaadavus sõltub** pigem **maksevõimest** kui vajadusest ning võib põhjustada suurema vajaduse ja madalama maksevõimega inimeste vaesumise

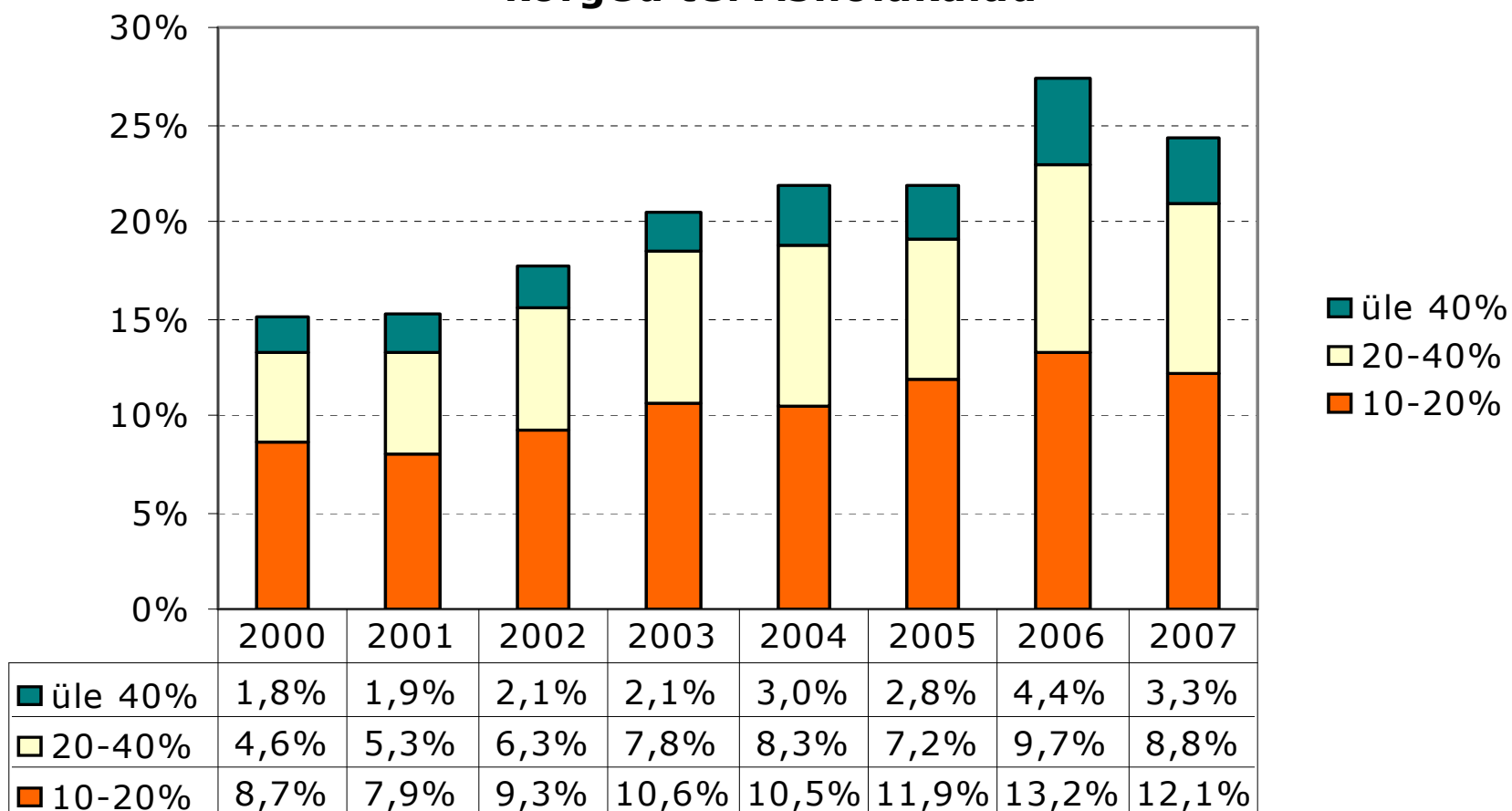
Näited omaosalusest

Riik	Ambulatoorne visiit	Haiglaravi (1 päev)	Erakorraline teenus (1 visiit)
Slovakkia	0kr (kuni 2006 10kr)	0kr (kuni 2006 25kr)	30kr
Läti	11kr	66-111kr	n/a
Leedu	11kr	33kr	
Ungari	20kr (ilma suunamiseta 40kr)	20kr (max 20 päeva)	65kr
Tsehhi	18kr	36kr	54kr

Allikas: Schneider P, Evidence in cost-sharing in health care: Applications to Hungary, The World Bank, 2008

Kas Eestis on finantsrisk maandatud?

Leibkondade %, kellel on maksevõimega võrreldes kõrged tervishoiukulud



Allikas: Vörk A. *Income related inequality in health care financing and health care utilisation in Estonia 2000-2007. Technical report to WHO, September 2008.*

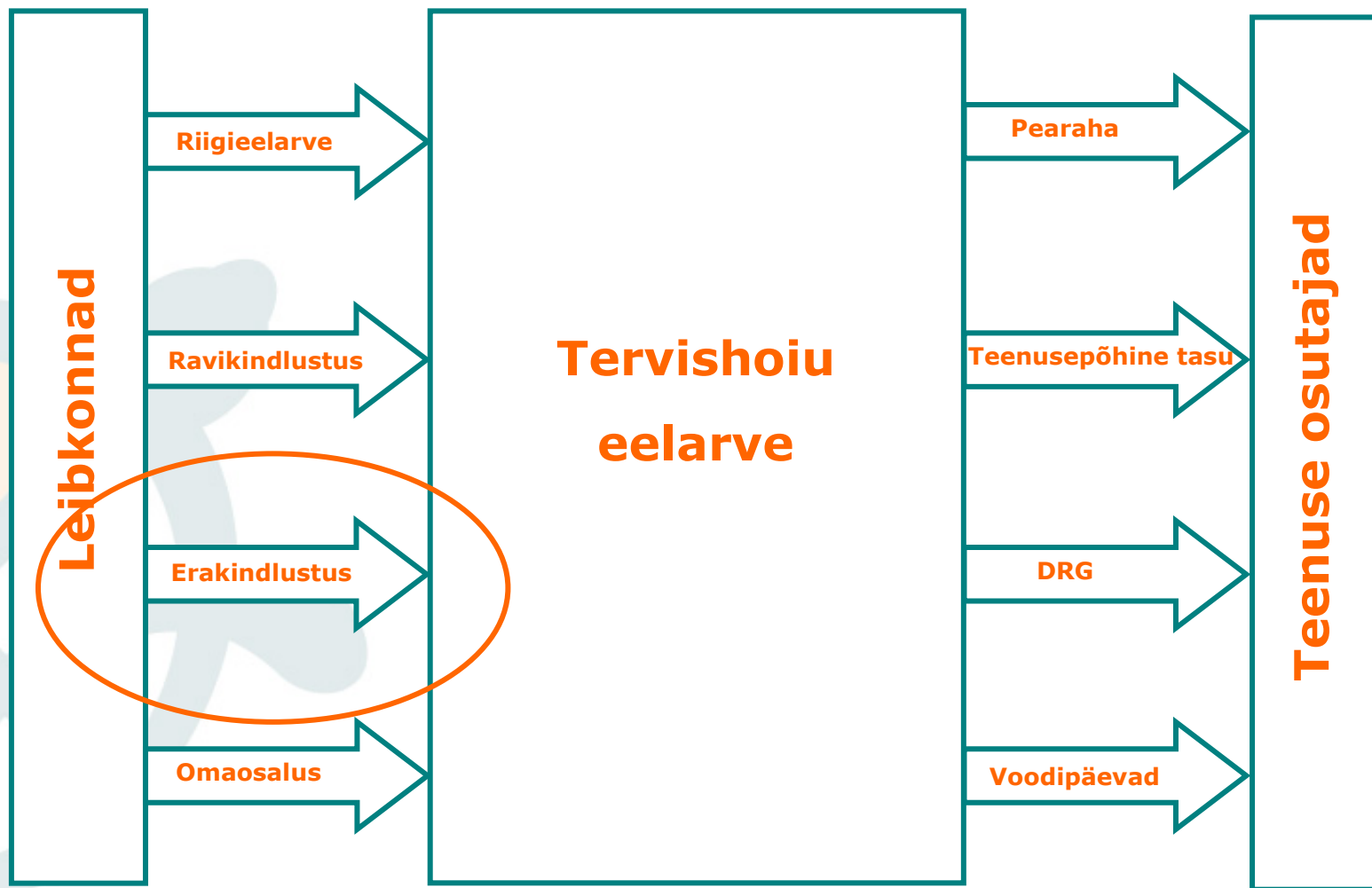
Miks on omaosaluse tõstmise idee populaarne?

Esiteks, see on **lihtne** lahendus raskele ja kriitilisele poliitilisele probleemile (nt kas vähe raha tervishoius või kiiresti kasvavad tervishoiu kulud)

- Lihtne süsteem ja tavakodanikule kerge kommunikeerida
- Alati on "padu-majandusteadlaseid", kes elementaarse nõudluse ja pakkumise seadustele tuginedes on valmis seda propageerima

Teiseks, alati **on neid**, kes saavad **omaosalusest kasu** (...reeglina toimub see teiste arvel)

Peamised rahastamisallikad



Erakindlustus põhineb teatud **eeldustel**:

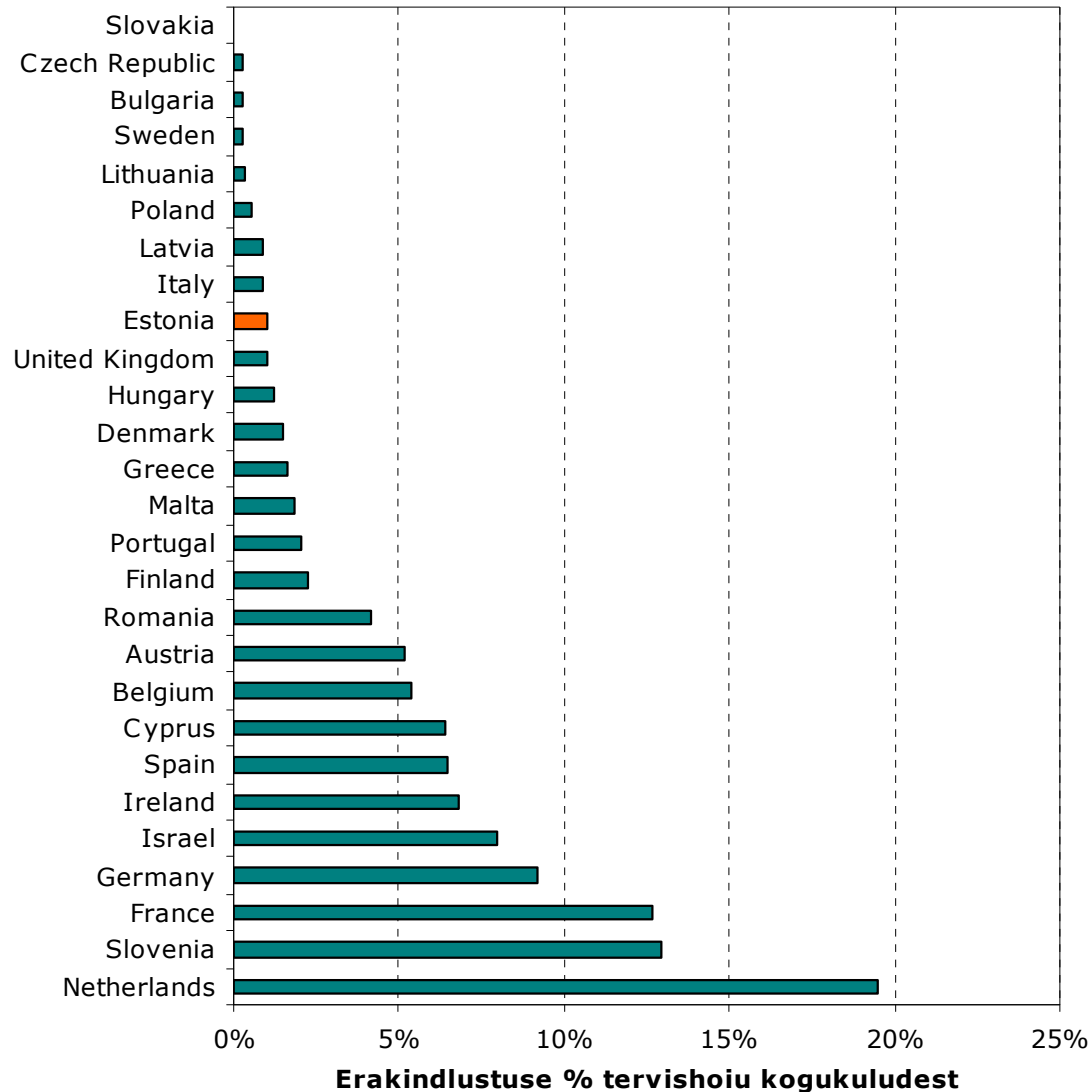
- Haigestumise ja ravikulude **risk üksikisiku** tasandil on **raskesti prognoositav**
- **Keskmise inimese** (mingi rühma) haigestumise ja ravikulude **risk** on **prognoositav** (risk < 100%!)
- Inimesed soovivad seda **riski elimineerida** ning seetõttu **suurendab** kindlustuse olemasolu nende **heaolu**
- **Kindlustuspreemiad** arvestavad **riski** mitte maksevõimet

Euroopas on erakindlustus **üldjuhul vabatahtlik**
Levinum on **grupipõhine** kui individuaalne
erakindlustus

Võimalikud erakindlustuse liigid:

- **Asenduskindlustus** (*substitutive*) – teatud rühmadel õigus välja astuda riiklikust kindlustusest
Nt Saksamaa (kõrgema sissetulekuga); Belgia (FIEd)
- **Kaaskindlustus** (*complementary*) - katab teenused, mida avalik süsteem ei kata või avaliku süsteemi visiiditasu
Nt paljudes Euroopa riikides hambaravile, ambulatoorsed ravimid (Kanada); kohustuslikule omaosalusele (nt Taani, Prantsusmaa, Itaalia, Sloveenia)
- **Täiendav kindlustus** (*supplementary*) – n.ö topelt-kindlustus, mis suurendab inimeste valikut (era pakkujad, mugavus), kättesaadavust (järjekorrast etteostmine)

Erakindlustus EL-is (2005)

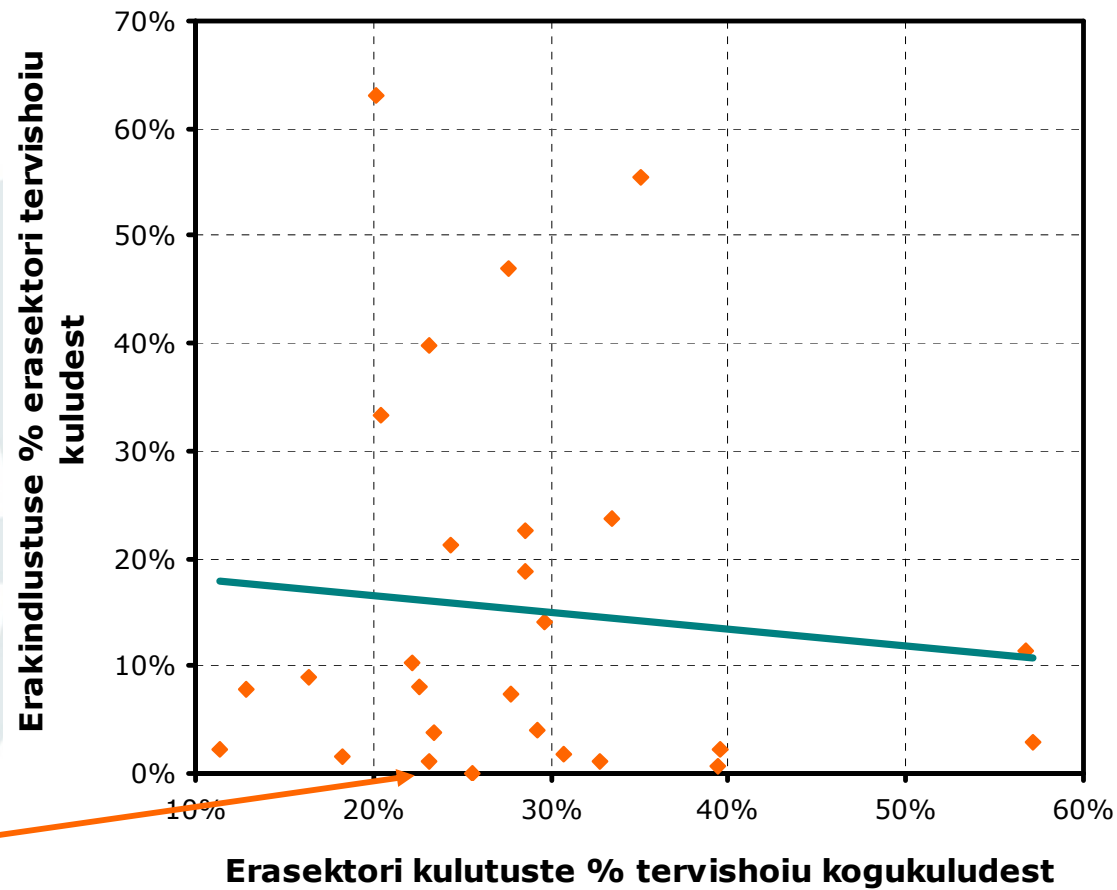


Erakindlustuse turupotentsiaalid

Eeldades, et tervishoiu kogukuludest Eestis **1%** on erakindlustust → 2008.a kuludes võiks see olla **u 165 milj**

Kui Eestis oleks erakindlustuse osakaal tervishoiu kogukuludest sama, mis **EL keskmise (u 4%)** → 2008.a kuludes oleks see siis **u 660 milj kr**

Kas erakindlustus on olulisem neis riikides, kus erasektoril suurem roll tervishoiu rahastamisel?



Eesti

Erakindlustuse +/-

- + Tagab parema **finantskaitse** kui omaosalus
- + Võib **toetada riiklikku süsteemi** kattes riigi poolt mittehüvitatud teenuste kulud
 - Nende **rahulolu, kellel erakindlustus, kasvab**
- **Suurendab ebavõrdust**, kuna parandab kättesaadavust neile, kellel on erakindlustus
 - Oht, et selle tulemusena teiste kättesaadavus halveneb
 - Erakindlustus suunatud ennekõike madalama terviseriskiga populatsioonile
- Suur oht, et **riiklik süsteem hakkab subsideerima erakindlustuse kulusid**
- **Ei vähenda suure tõenäosusega survet avaliku sektori eelarvele**
- **Kallis administratiivselt**

Erakindlustuse **roll** riigis sõltub:

- Ajaloolistest põhjustest
- Riigi soovist erasektori rolli tervishoius suurendada
- Riikliku süsteemiga rahulolematusest (pikad ooteajad, kõrge omaosalus, piiratud teenuste pakett)

Erakindlustuse **kasv** ajas on toimunud **enamjaolt suurenevate kulude** mitte suurema arvu erakindlustusega hõlmatute **arvelt**

Erakindlustust soodustavaid **maksusoodustusi on vähendatud**

Erakindlustuse erivorm – meditsiini säästukonto

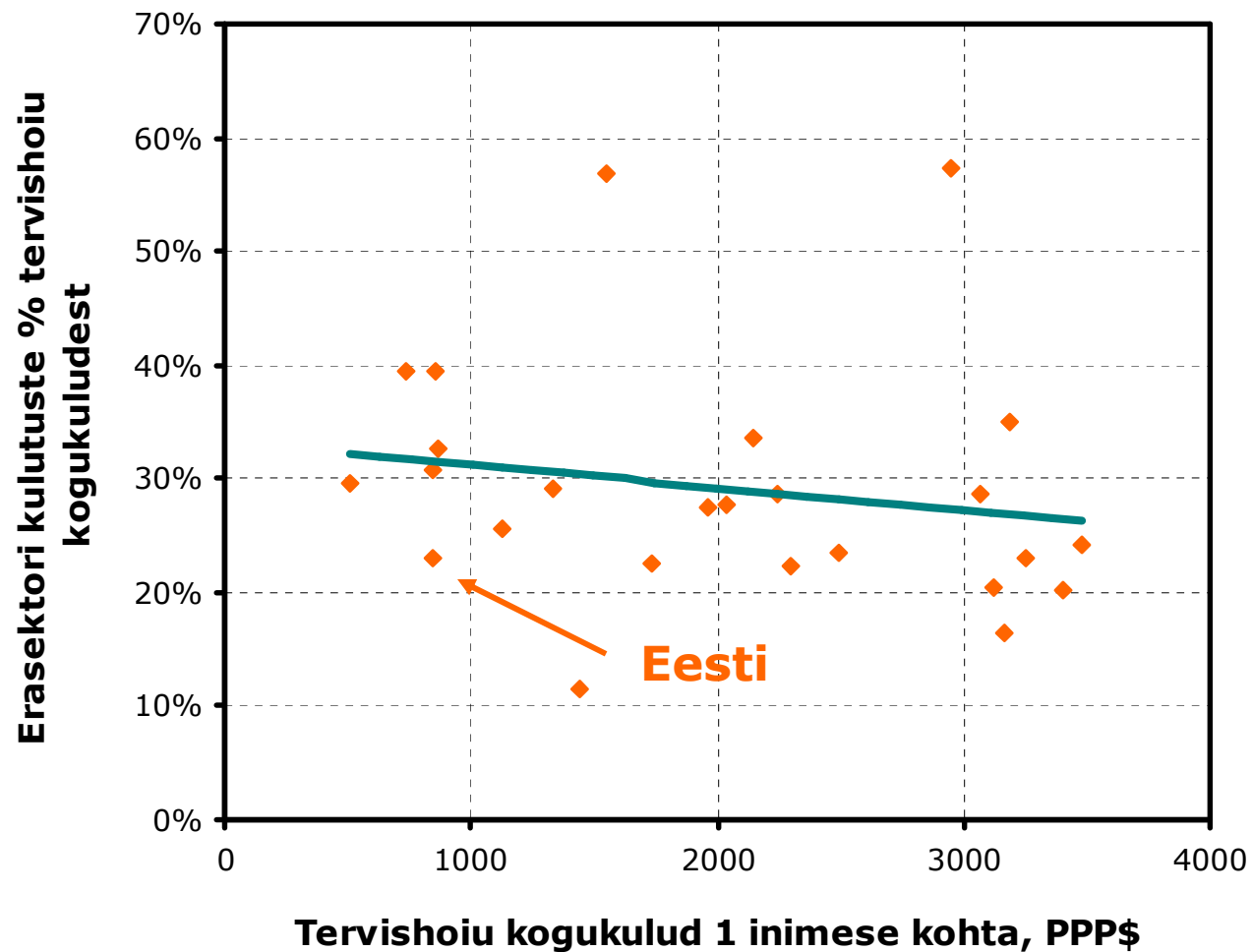
Igal inimesel on oma **isiklik säästukonto** (nagu III pensionisammas) tervisega seotud kulude katmiseks, mis võib katta ka pereliikmete kulusid

Pooldajate üks väide, et selline “**kliendi juhitud**” süsteem tagab ressursside efektiivsema kasutuse (ja samuti leiab lahenduse mittevajalike tervishoiukulutuste tegemine)

- Paraku ei ole tervishoius üksikindiviidil erilist võimet läbi rääkida hindu, valida parimat teenuse osutajat ega otsustada oma tegeliku ravivajaduse üle

Üks **täiendav viis**, kuidas inimestel võimalik **finantsriski maandada**

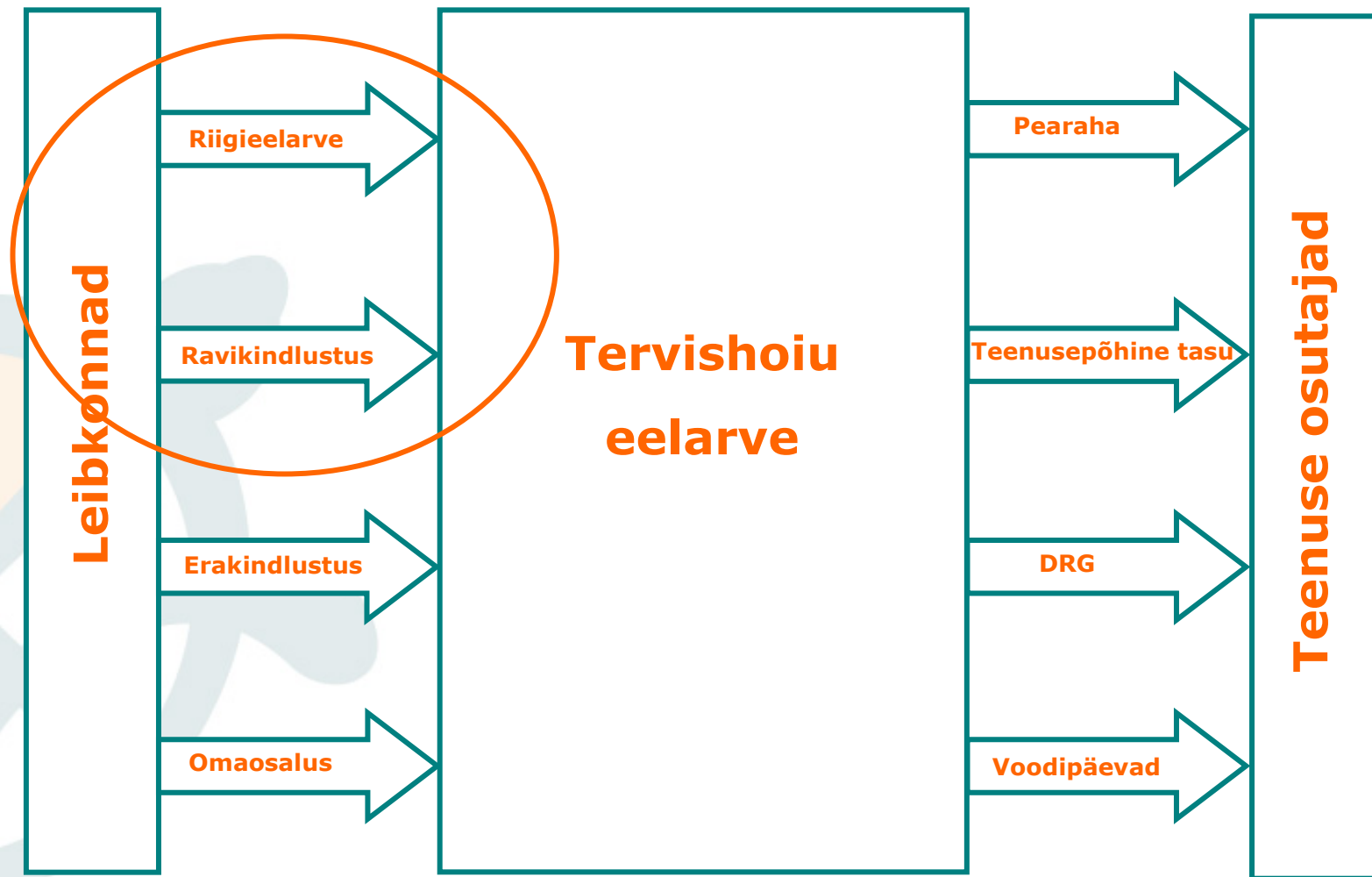
Rikkamad riigid tuginevad enam avalikule rahale



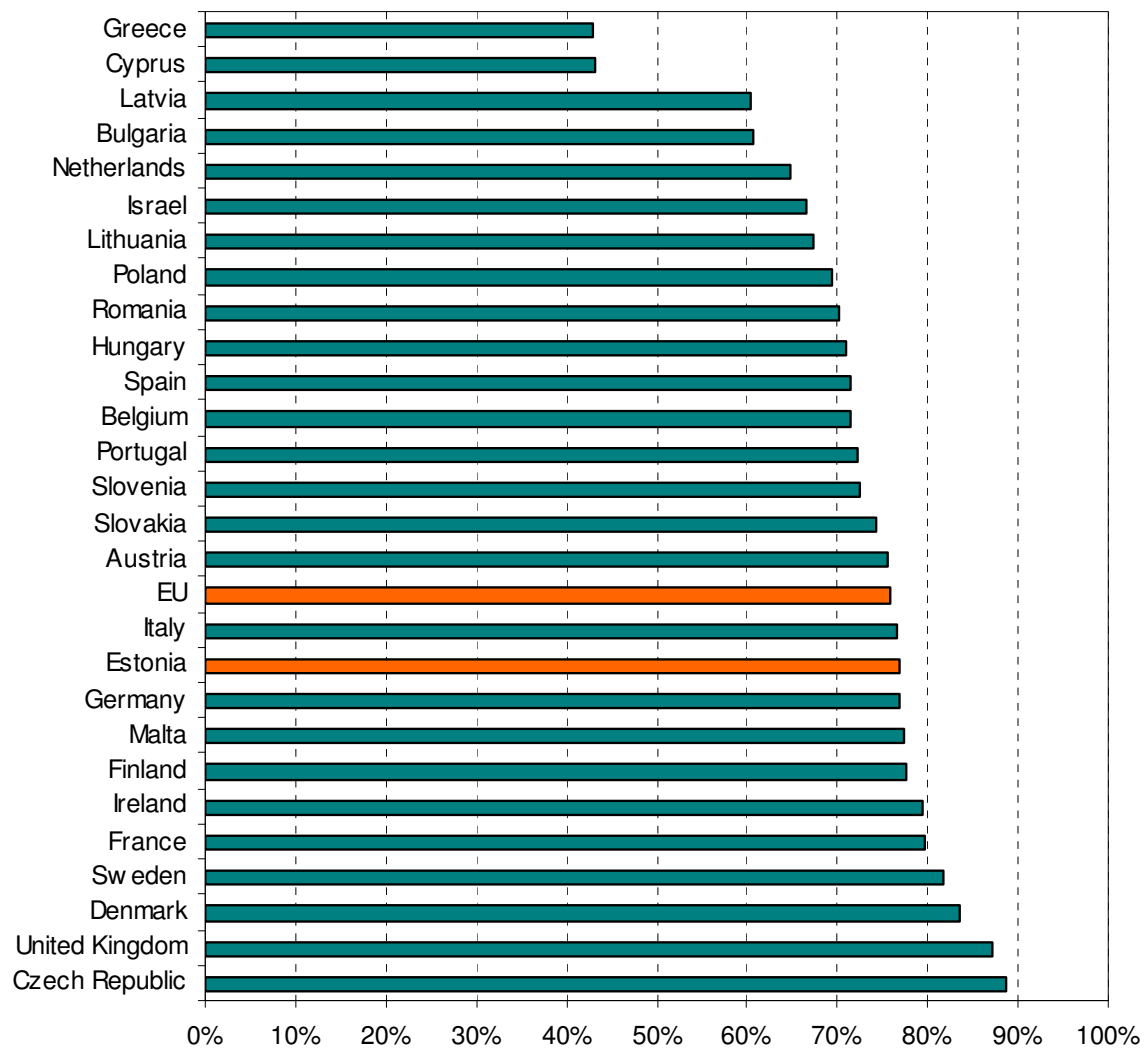


Avalikust rahast

Peamised rahastamisallikad

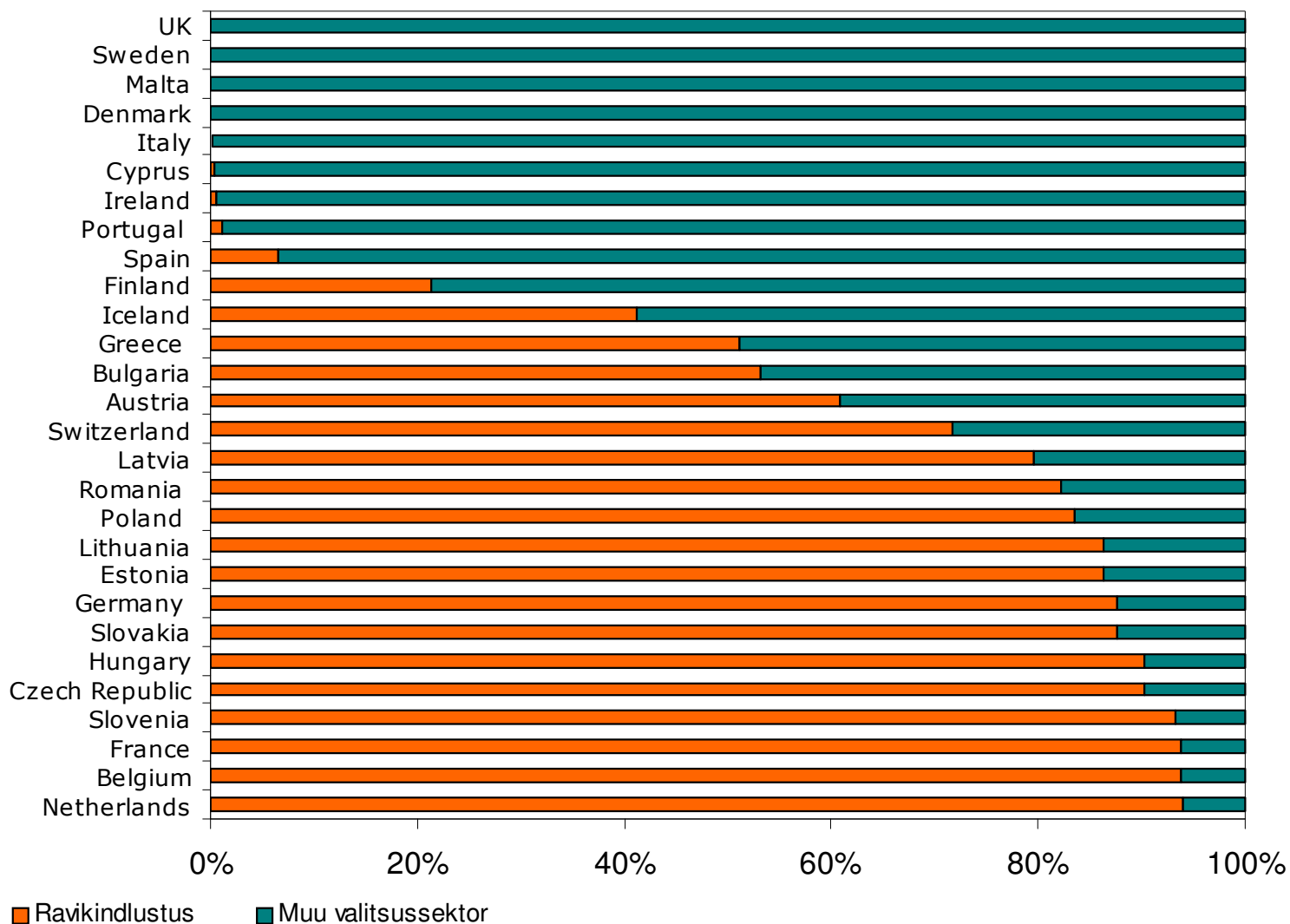


Avaliku sektori kulud EL-is (2005)



Allikas: WHO Health for All Database, Euroopa Liidu riigid, 2005

Ravikindlustus vs muu avalik sektor EL-is (2005)



Ravikindlustus vs riigieelarve

Ravikindlustusel **märgistatud raha**, st eelarve ei ole iga-aastaselt poliitiliselt läbiräägitav

Ravikindlustus tänu eraldiseisvale administreerimisele **läbipaistvam** ja suurem **surve "püsida eelarves"**

"Uued" ravikindlustuse riigid erinevad "vanadest", kus ravikindlustus pika ajaloolise taustaga Klassikaline piir Bismarki (ravikindlustus) ja Beveridge (riigieelarve) süsteemide vahel hägustunud

Ent kas ravikindlustus on ikka kindel iga-aastane raha tervishoiule?



Allikas: 17.okt 2008 Äripäev

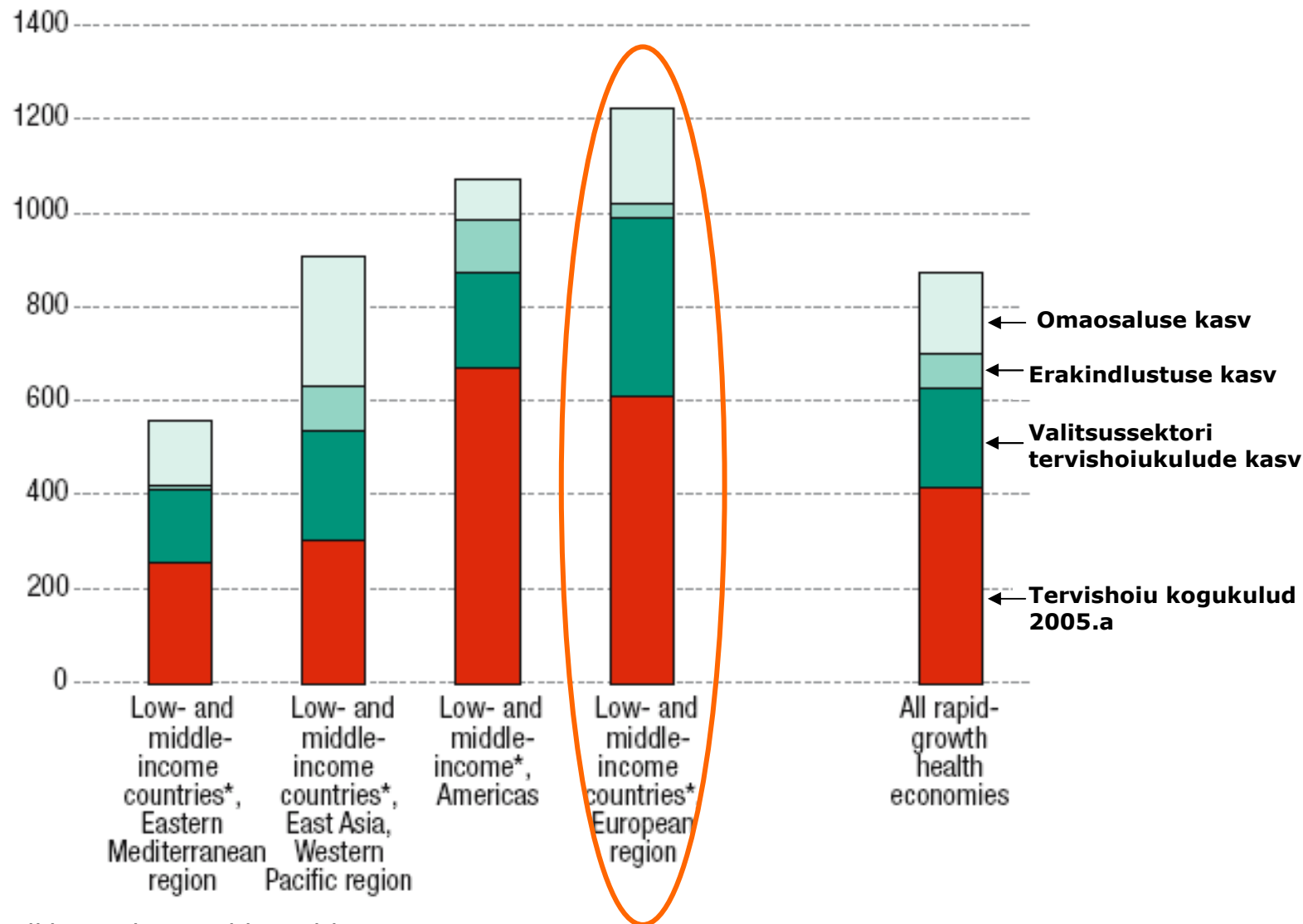
Selleks, et säilitada(!) sama tervishoiukulude suhteline tase **tuleb ravikindlustussüsteemi pikaajalise jätkusuutlikkusega** varem või hiljem **tegeleda**

- Omaosalus ega erakindlustus ei peaks olema viisid, kuidas tervishoidu lisaraha tuua
- Avaliku raha puhul tasub **vältida fragmenteeritust**, mis hägustab vastutust ning suure tõenäosusega raiskab süsteemi ressursse → pigem tuleks laiendada ravikindlustustuse tulubaasi

Erakindlustusturu arengu võimalused paranevad

- **Aitaks** omaosalusest põhjustatud **finantsriske maandada**
- **Täiendav võimalus** ravikindluse poolt mittehüvitatavate teenuste rahastamiseks
- **Vajab tugevat regulatsiooni**, et ei halvendaks teiste kättesaadavust ning et ei tekiks ristsubsideerimist

Kiire tervishoiukulude kasvuga riikide prognoositav tervishoiukulude tase 2015.a



Allikas: The World Health Report 2008

- **Süsteemi rahastamine**

- Tervishoiu rahastamiseks pole ühtainsat parimat moodust; erinevused rahastamismudelite vahel on hägustumas, kuna riigid arendavad välja uusi tulude kogumise viise, puulimise ja teenuste ostmise skeeme vastavalt oma vajadustele, ajaloolisele, fiskaalsele ja demograafilisele olukorrale, sotsiaalpoliitika prioriteetidele ja eelistustele.

- Rahastamisskeemid peaksid toetama vahendite ümberjaotamist nii, et oleks võimalik reageerida tervisevajadustele, vähendada rahalisi takistusi vajatavate teenuste kasutamisel ja kaitsta abivajajaid finantsriskide eest, ning tegema seda fiskaalselt vastutustundlikul viisil.

- Rahastamisskeemid peaksid looma stiimuleid terviseteenuste tõhusaks korraldamiseks ja pakkumiseks, siduma ressursside eraldamise teenuseosutajatele nende tegevuse tulemuslikkuse ja elanikkonna vajadustega ning edendama aruandekohustust ja läbipaistvust rahaliste vahendite kasutamisel.

- Ressursside jaotamisel tuleb leida õige tasakaal tervishoiu, haiguste ennetamise ja tervise edendamise vahel, et oleks võimalik tegelda praeguste ja tulevaste vajadustega tervise valdkonnas.

Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks (WHO 2008)



WHO Euroopa ministrite
konverents tervisesüsteemidest
„TERVISESÜSTEEM,
Tervis ja JÕUKUS“
Tallinn, Eesti, 25–27 juuni 2008

Täna!

Triin Habicht
triin.habicht@haigekassa.ee