

DETERMINE

Töödokument nr 4

MAJANDUSLIKUD ARGUMENDID

tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemiseks

DETERMINE – ELi konsortsium tervist mõjutavate sotsiaalmajanduslike teguritega tegelemiseks

IPH

Kokkuvõte

DETERMINE on ELi konsortsium tervist mõjutavate sotsiaalmajanduslike teguritega tegelemiseks. Projekti DETERMINE üldine eesmärk on saavutada kõikide poliitikavaldkondade otsusetegijate seas suurem teadlikkus ning suutlikkus arvestada ja tugevdada tervise ning teiste valdkondade vahelist koostööd.

DETERMINE koosneb seitsmest vastastikku täiendavast ent eraldiseisvast tööpaketist. Antud töödokument võtab kokku viienda tööpaketi teise tegevusaasta. See uurib, kas ja kuidas kasutatakse meetmete toetamiseks ELi tasandil ning 12 riigis ja regioonis üle Euroopa majanduslikke argumente.

Elanikkonna tasandil tervisesse investeerimiseks on tugevaid majanduslikke argumente ning majanduslikult hakatakse tunnistama tervisealase ebavõrdsuse ilmingute vähendamise eeliseid. Lisaks on märgiks tähelepanust tervisealase ebavõrdsuse ilmingutele ELi tasandil Euroopa Komisjoni teatis „Solidaarsus tervises: tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus”.

Siin esitatud tõendusmaterjal sillutab teed edaspidisteks uuringuteks ELi ja liikmesriikide tasandil, et majanduslikult analüüsida tervist mõjutavatele sotsiaalsetele teguritele suunatud poliitikate tervisemõjusid. Taoline töö võib aidata hankida lisatõendeid, millega toetada argumenti, et sihtotstarbelised investeeringud tervisealase ebavõrdsuse ilmingutega tegelemiseks tervist mõjutavatele sotsiaalsete teguritele suunatud meetmete kaudu on kulutõhusamad kui tervisealase ebavõrdsuse ilmingute tagajärgede eest maksmine.

Tänuavaldused

Antud raport on projekti „DETERMINE: ELi konsortsium tervist mõjutavate sotsiaalmajanduslike teguritega tegelemiseks” üks väljunditest. Autoriteks olid Teresa Lavin ja Owen Metcalfe Iirimaa Rahvatervise Ametist. Autorid soovivad tänada järgnevaid panustajaid:

- Ingrid Stegeman, EuroHealthNet;
- Veerle Stevens, VIGeZ – Flaami Tervise Edendamise Instituut, BELGIA;
- Eve-Mai Rao ja Tiia Pertel, Tervise Arengu Instituut, EESTI;
- Marita Sihto, THL – Tervishoiu- ja Heaoluamet, SOOME;
- Jorlaug Heimisdottir, Islandi Rahvatervise Instituut, ISLAND;
- Joop ten Dam ja Janine Vervoordeldonk, NIGZ – Madalmaade Tervise Edendamise ja Haiguste Ennetamise Instituut, MADALMAAD;
- Claire Higgins, Iirimaa Rahvatervise Instituut, PÕHJA-IIRIMAA¹;
- Elisabeth Fosse, HEMIL – Tervise Edendamise Uurimiskeskus, Bergeni Ülikool, NORRA;
- Justyna Car, Riiklik Hügieeninstituut, POOLA;
- Sheila Beck, Riiklik tervishoiuteenistus NHS Health Scotland, ŠOTIMAA;
- Igor Krampac ja Olivera Stanojevic, Piirkondlik Rahvatervise Instituut Maribor, SLOVEENIA;
- Sara Darias Curvo, La Laguna Ülikool, Tenerife, HISPAAANIA;
- Malcolm Ward, Walesi Tervishoiukeskus, WALES.

Autorid soovivad tänada ka Marc Suhrcket, Peter Smithi ja Silvia Eversi malli väljatöötamisel ning lõpliku dokumendi kohta saadud kasulike märkuste eest.

Projekti DETERMINE koordineerib EuroHealthNet koostöös Tšehhi Rahvatervise Instituudiga. Antud projekti on kaasrahasstatud Euroopa Komisjon rahvatervise programmi raames.

Projekti DETERMINE töödokument

Detsember 2009

www.health-inequalities.eu

¹ Iirimaa Rahvatervise Instituut tegutseb nii Põhja-Iirimaa kui ka Iiri Vabariigi territooriumil

Sisukord

Kokkuvõte

Tänuavaldused

Sissejuhatus

1. Instrumendi tehniline lahendus ja andmete kogumine

2. Põhjendamine: majanduslike argumentide väljaselgitamine

3. Võimalused ja väljakutsed majanduslike argumente kasutamisel

4. Näiteid tervisetulemusi arvestavatest majanduslikest hindamistest

5. Järeldused ja soovitused

Viited

Lisa 1. Sageli kasutatavate terminite sõnastik

Lisa 2. Ülesande ajakava ja küsimustik

Sissejuhatus

DETERMINE on Euroopa Komisjoni toetatav ja EuroHealthNeti koordineeritav kolmeaastane (2007–2010) projekt. See ühendab kõrgetasemelist konsortsiumi, kus on esindatud 26 Euroopa riiki, üldise eesmärgiga toetada kõikide poliitikavaldkondade poliitikakujundajaid ja -teostajaid ning võimaldada neil anda poliitika väljatöötamisel tervisele ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingutele kõrgem prioriteetsus. Projekti DETERMINE põhieesmärk on tugevdada tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsetele teguritele suunatud poliitika ning meetmete teadmiste baasi. DETERMINE koosneb seitsmest eraldiseisvast kuid teineteist täiendavast tööpaketist. Viienda tööpaketi konkreetsed panusteks on:

1. aasta: tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemisele lähenemiste väljaselgitamine ja uurimine liikmesriikide ja ELi tasandil;
2. aasta: antud tööd toetavate majanduslike argumentide väljaselgitamine ja uurimine

Antud töödokument teeb kokkuvõtte viienda tööpaketi teise aasta tegevustest. Viienda tööpaketi esimese aasta tegevusi ja projekti DETERMINE puudutavat teavet leiab www.health-inequalities.eu.

1. peatükk kirjeldab, kuidas ülesanne välja töötati ja andmeid koguti. 2. peatükk sisaldab leide tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemise majanduslike argumentide kirjanduse ülevaatest. 3. ja 4. peatükis on esitatud projekti DETERMINE partnerite raportid: 3. peatükk esitab võimalused ja väljakutsed majanduslike argumentide kasutamisel tervisealase ebavõrdsuse ilmingutega tegelemiseks, 4. peatükk aga esitab näiteid liikmesriikide ja ELi tasandil teostatud tervisetulemusi arvestanud majanduslikest hindamistest. 5. peatükk pakub järeldusi ja soovitusi. Lisas 1 on toodud sageli kasutatavate terminite sõnastik ning lisa 2 annab lisateavet ülesande tehnilise lahenduse kohta.

I. Instrumendi tehniline lahendus ja andmete kogumine

Sissejuhatus

Antud peatükk annab ülevaate, kuidas töötati välja raamistik tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemise majanduslike argumentide väljaselgitamiseks ja uurimiseks. Samuti kirjeldatakse, kuidas koguti andmed, ja tehakse ka üldisi märkusi saadud vastuste kohta.

Siht ja eesmärgid

Antud ülesande sihiks oli paremini aru saada, kas ja kuidas valitud liikmesriikides ning Euroopa Liidu institutsioonides kasutatakse ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemiseks majanduslikke argumente. Eesmärgiks on kasutada nimetatud ülesande leide võtmaks kasutusele tervisealase ebavõrdsuse ilmingutega tegelemisel tulemuslikud ja tõestatud lähenemised.

Ülesande eesmärkideks oli:

- uurida võimalusi ja väljakutseid majanduslike argumentide kasutamisel ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemiseks;
- selgitada välja asjakohased majanduslikud hindamised, mis arvestavad tulemusi tervise ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute seisukohast.

Panustajad

Projekti DETERMINE konsortsiumi liikmetel, kellel on konkreetne huvi viienda tööpaketi vastu, paluti hinnata olukorda oma riigis või piirkonnas. Üle Euroopa 12 riiki ja piirkonda esindavat partnerit teostas hindamisi ning EuroHealthNet vaatas olukorra ELi tasandil läbi. Üldist laadi panuseid tegid projekti DETERMINE konsortsiumi täiendavad liikmed. Ülesannet koordineeris Iirimaa Rahvatervise Instituut.

Juhenddokumendi ja küsimustiku väljatöötamine

Esialgne ülesande ulatuse määramine toimus 2008. aasta mais projekti DETERMINE konsortsiumi teisel koosolekul. Koosoleku järel võeti ette asjakohase kirjanduse ülevaade ning peeti telekonferentse kolme põhiteabeedastajaga, et täpsustada, mida majanduslikest argumentidest tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemisel juba teatakse ning kuidas projektil DETERMINE oleks võimalik antud tööd täiendada ning edendada. See aitas suunata küsimustiku projekti väljatöötamist, mida arutati ja vaadati läbi partneritega 2008. aasta augustis peetud seminaril. Seminaril oli üheks väljatoodud teemaks see, mil määral tuleks sisse lülitada eri poliitikavaldkondi. Lepiti kokku, et tähelepanu keskse jääb poliitikatele, mida ajendavad teised valdkonnad peale tervise. Siiski lülitataks sisse näiteks suitsetamise, ülekaalulise ja füüsilise tegevusega seotud rahvatervise poliitikad, kuid välja jäetaks muud tervishoiu poliitikad, sh ravi ja teenused.

Küsimustiku esimese osa eesmärgiks oli selgitada välja näiteid majanduslikest hinnangutest ja seejärel uurida saamisluhu, esinenud väljakutseid ja õnnestumisi. Küsimustiku teine osa kujundati uurimaks kasutatavaid majanduslikke argumente ning seda, kes on peamised ajendajad ning kelle jaoks taolised argumendid mõeldud on. Kui arutelu taoliste teemade ümber oli vähene, paluti partnereil kommenteerida, miks nende arvates nii võib olla ning lisada ettepanekuid edaspidisteks meetmeteks antud valdkonnas.

Andmete kogumine

Andmete kogumine toimus 2008. aasta septembrist 2009. aasta jaanuarini. Partnerid vastutasid andmete kogumise eest oma riigis või piirkonnas, kasutades küsimustiku malli. EuroHealthNet koostöös tööpaketi juhiga koordineeris ELi tasandil andmete kogumist. Lepiti kokku, et aja- ning ressursipiirangutest lähtuvalt ei eeldata partnereilt kõikide valdkondade kõikide poliitikate kõikehõlmava läbivaatuse ettevõtmist.

Kokku saadi kolmteist täidetud ankeeti. Üks partneritest jagas üldist laadi märkusi, kuid ei saanud küsimustikku lõpuni täita. Enamik partnereid osutas, et nad kasutasid küsimustiku täitmiseks oma teadmisi kombineeritult kolleegide ning muude isikute omadega. Vastuste sügavuse osas täheldati laia varieeruvust, kusjuures mitu partnerit teatasid raskustest majanduslike hindamiste asjakohaste näidete väljaselgitamisel. Üleüldiselt esitati enam teavet, mis uuris võimalusi ja väljakutseid antud lähenemise edendamisel, kui tegelikke näiteid majanduslikest hindamistest. Nimetatud ülesande ulatusse ei mahu hinnang sellele, mil määral teatatud näited ja esile tõstetud teemad kajastavad tegevust antud valdkonna eri piirkondades ja riikides.

Järgnevates peatükkides tuleb teatatud leide tõlgendada, võttes vajalikul määral arvesse antud töövaldkonnas kasutada olevate andmete piiratud kogust, antud teemale pühendatud piiratud asjatundlikkust paljudes riikides ja lisaks ka projekti antud osa tarbeks kasutada olevaid piiratud ressursse. Autorid näevad antud leidudes ja raportis kasulikku esimest sammu nimetatud kompleksse ja keeruka valdkonnaga tegelemisel.

2. Põhjendamine: majanduslike argumentide väljaselgitamine

Sissejuhatus

Antud peatükk esitab 2008. juunis teostatud kirjanduse ülevaate ning 2009. aasta aprillist teostatud lisauuringute leiud. Ülevaade võeti ette, et aidata suunata ja kujundada edasist andmete kogumist tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemise peamiste majanduslike argumentide kindlakstegemise kaudu.

Majanduslikust seisukohast võib pidada tervist nii kapitali- kui ka tarbekaubaks. Tervise kui kapitalikauba puhul lisandub tervetele inimestele suurem väärtus kui haigetele. Põhjuseks on suurem suutlikkus olla majanduslikult tootlik. Tarbekaubana puudutab tervis panust, mille tervis annab üksikisiku heaolusse, õnne või rahulolusse.

Sihtotstarbelised investeeringud tervisealase ebavõrdsuse ilmingutega tegelemiseks tervist mõjutavatele sotsiaalsete teguritele suunatud meetmete kaudu on kulutõhusamad kui tervisealase ebavõrdsuse ilmingute tagajärgede eest maksmine. Loogiline on seega, et tervisealase ebavõrdsuse ilmingutega tegelemine ei ole ainult sotsiaalse võrdsuse küsimus, vaid aitab kaasa ka majanduslikule kasvule.

Parema tervise majanduslikud eelised

Elanikkonna tasandil on tervisesse investeerimiseks tugevaid majanduslikke argumente. 2001. aastal näitas WHO makroökoonoomika ja tervise komisjon, et terve elanikkond võib tuua arenevate majandustega riikidele olulisi majanduslikke eeliseid. Autorite hinnangul on 50% rikaste ja vaeste riikide vahelisest kasvuerisusest tingitud terviseprobleemidest ja lühemast elueast. Sünnijärgse eluea tõstmine sünnihetkel 10% sihtotstarbeliste investeeringute kaudu enneaegsete surmade suurimate põhjustajatega tegelemiseks võiks tõsta majanduse kasvutempot 0,35% aastas.(1)

Majanduslikud eelised ei pruugi piirneda arengumaadega. 2005. aastal järeldati kõrge sissetulekuga riikidest kogutud tõendite ülevaates, et „on märkimisväärsed ja veenvad tõendeid, et olulised majanduslikud eelised on saavutatavad tervise parandamise teel mitte ainult arengu- vaid ka arenenud riikides.” Raport toob välja neli kanalit, mille kaudu see toimuda võiks: kõrgem tootlikkus, kõrgem tööjõupakkumine, suuremast haridusest ja koolitamisest tulenevad paremad oskused ning füüsilisse ja intellektuaalsesse kapitali investeerimiseks kasutada olevad suuremad säästud.(2) Siiski osutavad värskemad uurimused, et tervise ja majanduse vaheliste seoste osas on tõendid vähem ühesed, iseäranis makrotasandil.(3)

Antud küsimusi on võetud arvesse ELi tervisestrateegia väljatöötamisel, mis algas 2004. aastal.(4) Strateegia „Üheskoos tervise nimel” teine põhimõte neljast, „Tervis on suurim rikkus”, ütleb, et tervis on majandusliku tootlikkuse ja õitsengu eelduseks. Samuti rõhutab ta, et terve eluiga, mitte pelgalt eluiga, on majandusliku kasvutempo seisukohalt võtmetegur ning viitab antud vahe rõhutamiseks nn tervena elatud aastate lülitamisele Lissaboni struktuuriliste näitajate hulka.(5) Tervishoiusüsteemide rolli kasvutempo ja tööhõive toetamisel on tunnistanud raportis, mis telliti Lissaboni strateegia raames. „Eesmärkide saavutamine — Lissaboni strateegia majanduskasvu ja tööhõive nimel“ märgib tervishoiusüsteemide olulisust „... sotsiaalse ühtekuuluvuse, tootliku töötajaskonna, tööhõive ja seega majandusliku kasvu tekitamisel.”(6)

Terviseprobleemide majanduslikud kulud

Selge arusaamine terviseprobleemide hinnast on tervisesse investeerimise majanduslike hindamise eelduseks. Samas kui tervishoiukulud on märkimisväärsed ja kasvavad, esindavad nad ainult üht osa üldpildist.

Terviseprobleemide sotsiaalkulude väljajätmisega kaasneb tervisesekkest tulenevate tõeliste majanduslike eeliste alatähtsustamise oht. Terviseprobleemide kuludest terviklikuma pildi saamiseks on

selgitatud välja kolm käsitusviisi. Lai käsitusviis hõlmab sotsiaalkulusid; piiratud käsitusviis võtab arvesse mikro- ja makromajanduslikke kulusid; samal ajal keskendub väga piiratud käsitusviis aga tervishoiukuludele.(7)

Haiguskulude uurimused lahutavad kulud kolmeks komponendiks: otsesed, st terviseprobleemide raviga seotud kulud; kaudsed kulud, st suremusest ja enneaegsest suremisest tingitud tootlikkuse vähenemisega seotud kulud, mille hulka kuuluvad terviseprobleemide psühholoogilised mõõtmised. Ent paljudel juhtudel mõõdetakse ainult kaht esimest. Haiguskulude uurimuste ülevaates ilmnes, et krooniliste haiguste kulud moodustavad 0,02–6,77% riigi SKTst. Osutus, et konkreetset südame-veresoonkonna haigus moodustab enamikes arenenud riikides 1–3% SKTst.(8)

Tervisealase ebavõrdsuse kulud

Tervisealase ebavõrdsuse ilmingute kulude all mõistetakse tervishoiutulemuste erinevust eri elanikkonnarühmade, sh sotsiaalmajanduslike rühmade, vahel. Hinnanguliselt kahandavad taolised ebavõrdsuse ilmingud EL-25²-s keskmist eluiga 1,84 aastat, mis on võrdne ligikaudu 11,4 miljoni kaotatud eluaastaga. Samas kahanevad ebavõrdsuse ilmingute olemasolu tõttu tervena elatud eluaastad keskmiselt 5,14 aastat ehk ligikaudu 33 miljonit kaotatud tervena elatud eluaastat.(9) Ehkki antud arvud esindavad 25 liikmest koosnevat EL-i tervikuna, tunnistatakse liikmesriikide lõikes tervisealased ebavõrdsuse ilmingute ulatuse suurt varieerumist, kusjuures mõnedes Lõuna-Euroopa riikides on ebavõrdsus väiksem ning Ida ja Balti regiooni enamikus riikides on ebavõrdsus Euroopa keskmisest suurem.(10)

Antud ebavõrdsusel on ELi ja liikmesriikide jaoks märkimisväärsed majanduslikke tagajärgi. Tervise hindamisel kapitalikaubana oli ebavõrdsusega seotud kahju maksumus 2004. aastal hinnanguliselt umbes 141 ehk 1,4% SKTst. Tervise hindamisel tarbekaubana tõuseb see järsult 1000 miljardi euroni ehk 9,5%-ni SKTst.(9)

² Antud arvutused põhinesid ELi 2004. aasta liikmelisusel (25 liikmesriiki)

Tervisealase ebavõrdsuse ilmingutega tegelemine tervist mõjutavatele sotsiaalsete teguritele suunatud meetmete kaudu

Täpselt nagu terviseprobleemide kulud ühiskonna jaoks ulatuvad kaugemale ravi kuludest, pole terviseprobleemide ennetamise ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute vähendamise eest vastutav üksnes tervishoiusüsteem. Tervise ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingud määravad suuresti tervishoiu valdkonnast mitteolenevad tegurid, sh madal sissetulek, töötus, kehv keskkond, kehv haridus ja elamispingid.⁽¹¹⁾ Tervise parandamine ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute vähendamine nõuavad seetõttu antud algpõhjustega tegelemiseks meetmeid ja investeeringuid kogu riigisektoris.⁽²⁾

2008. aasta juunis peetud WHO Euroopa ministrite konverentsil „Tervisesüsteemid“ allkirjastatud Tallinna harta kordab, et „... investeerides tervisesse, investeerime inimarengusse, sotsiaalsesse heaolusse ja jõukusesse.“ See hõlmab liikmesriikide kohustumist „... investeerida tervishoiusüsteemidesse³ ning edendada investeeringuid kõikides valdkondades, mis mõjutavad tervist, kasutades tõendeid sotsiaalmajandusliku arengu ja tervise vaheliste seoste kohta.“⁽¹²⁾

Pärast WHO tervist mõjutavate sotsiaalsete tegurite komisjoni raportit „Põlvkonna jookslu järeljõudmine“⁽¹³⁾ kutsus 62. Maailma Terviseassamblee liikmesriike üles „... võtma tervisealast võrdsust arvesse kõikides riiklikes poliitikates, mis tegelevad tervise sotsiaalsete teguritega.“⁽¹⁴⁾ Sotsiaalpoliitika on ülioluline terviseprobleemi, vaesust ja sotsiaalset tõrjutust ühendava negatiivse spiraali murdmiseks. Euroopa Komisjoni tööhõive, sotsiaalküsimuste ja võrdsete võimaluste direktoraadi (DG EMPL) tellitud raportis tuvastatakse piisavalt kvaliteetsete sotsiaalpoliitikate puudumise majanduslikud ja sotsiaalsed kulud ning näidatakse, et suurem võrdsus võib käia käsikäes suurema efektiivsusega. Raportis järeldatakse, et inim- ja sotsiaalkapitali investeerimisel rajanevad sotsiaalpoliitikal soodustavad suuremat majanduslikku efektiivsust, kuna parandavad tootlikkust ja tööjõu kvaliteeti.⁽¹⁵⁾

Väljakutsed meetmete kulutõhusust puudutavate tõendite osas

Wanlessi raport Ühendkuningriigi riigikassale tõstis esile vajaduse tervist edendavate poliitikate majanduslikumate hindamiste järele, kuna taoliste tõendite puudumist peetakse märkimisväärseks tõkkeks valitsuste pühendumise saavutamisele.⁽¹⁶⁾ Ent tervise ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalseid tegureid mõjutavate poliitikate majanduslike hindamiste teostamine tõstab mitmed meetodilised väljakutsed, kuna rahvatervise küsimustega tegelevad poliitikad ja sekkumised tekitavad väga laiaulatuslikke kulusid ja eeliseid. Antud valdkonnas teostatud uurimuste ülevaates selgitati välja neli peamist väljakutset: tulemuste seostamine sekkumistega; tulemuste mõõtmine ja hindamine; võrdsuskaalutuste hõlmamine; ning valdkonnavaheliste kulude ja tagajärgede väljaselgitamine.⁽¹⁷⁾ Raportis leiti ülevaatega rahvatervisealaste sekkumiste majanduslike hindamiste hetkeseisust, et isegi tulemuste ja sekkumiste seotavuse korral kaasneb nendega tavaliselt pikk ajaline nihe, mis on vastuolus enamiku otsusetegijate eelistusega, mis toimuksid kiiresti. Lisaks nõuab rahvatervisealaste sekkumiste tulemuslikkuse erinevalt paljudest kliinilistest sekkumistest tihti muutust üksikisikute või elanikkonna käitumises, mistõttu tuleb lülitada majanduslikku analüüsi käitumise muutus ise. Arvestades tervist edendavate poliitikate majanduslike hindamiste ettevõtmisega seotud väljakutseid, väidavad autorid, et „... hetkel on majanduslikest hindamistest kogutud tõendid ebapiisavad, et teadmiste tuginedes rahvatervisealase poliitika kujundamist suunata.“ Ent nad viitavad, et „... antud olukorda saab muuta, kuid see nõuab tugevat suunamist, et kindlustada majanduslikest hindamistest kogutavatele tõenditele seatavate prioriteetide korrastamine ning koordineeritus kohalikul, piirkondlikul ja riiklikul tasandil.“⁽¹⁸⁾

Rahvatervisealaste sekkumiste jaotumiskulude ja -eeliste arvutamine elanikkonna eri lõikude tasandil lisab majanduslike hindamiste teostamisele veel ühe keerukuse kihi. Praktikas ei võta paljud majanduslikud hindamised arvesse sekkumise mõju eri elanikkonnarühmadele, keskendudes analüüsis hoopis tervele elanikkonnale. Isegi kui on teada, et konkreetse sekkumise mõju võib jaotuda elanikkonnarühmade lõikes ebavõrdselt, kujutab selle lülitamine majanduslikku hindamisse endast jätkuvalt väljakutset.

³ Termin „tervishoiusüsteemid“ hõlmab kõiki organisatsioone, institutsioone ja ressursse, millel on ühiskonnas terviseedendamise potentsiaal

Järeldused

Tervisesse tehtavate sektorivaheliste investeeringute majanduslikud argumendid koguvad hoogu üle Euroopa ning üha enam saadakse aru majanduslikest eelistest, mis võivad lisanduda, kui astutakse samme tervisealase ebavõrdsuse ilmingute vähendamiseks. Ehkki neid on raske ette võtta, tehakse jõupingutusi, et hinnata mitmeid tervishoiuväliste poliitikate mõjusid tervisele ja tervisealasele ebavõrdsusele majanduslikust seisukohast. Näiteks teostab Global Health Equity Group (Marmoti raport) hetkel strateegilist ülevaadet tervisealasest ebavõrdsusest Inglismaal pärast 2010. aastat, mis hõlmab majanduslikku käsitusviisi.⁽¹⁹⁾ Üks Inglismaa Tervishoiuökonomika Keskuse kaastöötaja andis hiljuti välja raporti „Tervise ja tervisealase ebavõrdsuse sotsiaalsete tegurite analüüsi majanduslik raamistik”, mis sisaldab ülevaadet majanduslikest lähenemistest hindamisele ja prioriteetide seadmisest tervisealasele ebavõrdsusele suunatud poliitikate tarbeks.⁽²⁰⁾

Esiolgujaid tõendeid esitades võivad siin esile tõstetud raportid sillutada teed edaspidiseks uurimiseks ELi ja liikmesriikide tasandil, et analüüsida majanduslikust seisukohast tervise sotsiaalsete teguritega tegelevate poliitikate tervise mõjusid. Taoline töö võib aidata anda täiendavaid tõendeid argumendi toeks, et sihtotstarbelised investeeringud tervisealase ebavõrdsuse ilmingutega tegelemiseks tervist mõjutavatele sotsiaalsete teguritele suunatud meetmete kaudu on kulutõhusamad kui tervisealase ebavõrdsuse ilmingute tagajärgede eest maksmine.

3. Võimalused ja väljakutsed majanduslike argumentide kasutamisel

Sissejuhatus

Antud peatükis uuritakse võimalusi ja väljakutseid, et kasutada majanduslikke argumente tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemiseks, nagu neist on teatanud projekti DETERMINE partnerid. Kirjeldatai palju mõjutavaid tegureid, mis on rühmitatud kuude valdkonda:

- tugi tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemiseks;
- majanduslike argumentide kasutamise vastuvõetavus paremate tervishoiutulemuste saavutamiseks;
- selged ja põhjendatud argumendid;
- tervishoiuministrite juhtimine;
- spetsialiseerunud personali, andmete ja tehnikate olemasolu;
- tervise arvestamine hindamismenetlustes.

Tugi tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemiseks

Projekti esimese aasta leiud osutasid, et suhteliselt väheste riikide valitsustel on poliitika, mis rõhutab tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsetele teguritele. Poliitikatoe puudumisel on võimalik, et valdkondades, mis jäävad väljapoole tervise valdkonda, arvestatakse väiksema tõenäosusega rutiinselt või süstemaatiliselt oma poliitika tervisemõjusid. Projekti esimesel aastal teatati, et tihti ei tunnista võimalikke tervisemõjusid poliitikates, mis formuleeritakse sellistes sektorites nagu transport, põllumajandus ja elamumajandus.⁽²¹⁾

Seoseid täheldati tervise ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalseid tegureid tunnistava valitsuspoliitika olemasolu ning tervishoiutulemuste tavapärase lülitatuse vahel tervist mittepuudutava poliitika majanduslikesse hindamistesse. Näib, et riikides, kus on tugev tervist kõikidesse poliitikatesse lülitava käsitlusviisiga poliitikatugi, on suurem tõenäosus, et tervishoiu mõjusid arvestatakse tervist mittepuudutavate poliitikate majanduslikes hindamistes. Teisest küljest on üldine teadlikkus tervise sotsiaalsetest teguritest jätkuvalt madal ning valdkonnad, mis on väljaspool tervise valdkonda, ei tunnista või hinda oma poliitikate tervishoiutulemusi. Seetõttu näib, et kui antud poliitikate suhtes teostatakse majanduslikke hindamisi, kaasatakse analüüsi väiksema tõenäosusega võimalikke tervisealaseid kulusid ja eeliseid.

Majanduslike argumentide kasutamise vastuvõetavus paremate tervisetulemuste saavutamiseks

Eeldus, et majanduslikke argumente tuleks kasutada tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsetele teguritele suunatud meetmete toetamiseks, tekitas vastakaid reageeringuid. Mitmed partnerid viitasid, et majanduslikke argumente ei kasutata tavapäraselt taoliste argumentide ebapiisava vastuvõetavuse tõttu. Vastuseis majanduslike argumentide kasutamisele antud juhtudel rajanes alljärgnevatel põhjustel.

- Üldised moraalsed/eetilised argumendid, näiteks „... fookus peaks olema tervise loomisel, mitte raha säästmisel” ning „... riigi otstarbeks pole tulu tootmine, vaid kodanikele parema elukvaliteedi kindlustamine”.
- Sekkumise ja paljude tervistedendavate sekkumiste kasu vaheline pikk ajaline nihe võib viia selleni, et taolisi sekkumisi peetakse majanduslikult vähekasulikuks, iseäranis kui vaade on lühemas või veidi pikemaajalises perspektiivis.
- Teatud elanikkonnarühmade puhul võivad sekkumised nõuda suuremat algset investeeringut või anda vähem majanduslikku kasu ning seega võidakse neid elanikkonnaga tervikuna võrreldes pidada majanduslikult vähekasulikuks.
- Majanduslikke argumente võidakse tajuda ebaoluliste või tarbetutena seal, kus näiteks elatustase on kõrge või väärtustatakse kõrgelt isiklikku vastutust tervise eest.

Majanduslike argumentide õigusjärgsust käsitletakse Norra raportis „Tervisemõjud riigi majandusanalüüsides”. Konkreetset vaadeldakse selles võrdsusel tuginevat käsitusviisi ning soovitatakse, et „... majandusliku väärtuse rakendamine elude ja tervise suhtes on asjakohane ainult üldistes majandusanalüüsides. Antud liiki hindamist ei tohiks rakendada konkreetsete raviteenuste või sekkumiste suhtes. Oluline on, et sekkumiste ja raviteenuste majanduslikke hindamisi ei teostataks individuaalsel tasandil”.(22) Iseäranis puudutab see muret võrdsuse üle, mille projekti DETERMINE partnerid tõstasid seoses piiratud ressursside jagamisega eri elanikkonnarühmade vahel.

Raport viitab samuti vastavate ministeeriumide koonduvatele seisukohtadele: „...varemalt on rahandusministeerium kasutanud majanduslikke argumente ning tervishoiuministeerium tervisealaseid argumente. Tänapäeval näib arutelu olevat tasakaalustatum ning mõlemat argumenti peavad oluliseks mõlemad partnerid.”(22)

Selged ja põhjendatud argumendid

Osa partnereid on andnud mõista, et majanduslikud argumendid tervist kõikidesse poliitikatesse lülitava käsitusviisi toeks tuleb teha selgemaks ning esitada, kasutades sellist keelt, mille võtaks vastu paljude valdkondade poliitikakujundajad. Näiteks leitakse Šoti maa ministeeriumi tervisealase ebavõrdsuse ilmingute töörühma raportis „Võrdselt terve”, et „... enim puudust kannatavate tervise parandamisel on tervislaste ebavõrdsuse ilmingute tulemuseks tõenäoliselt väiksemad kulud riigi tervishoiusüsteemile ning ühiskonnale tervikuna”.(23)

Samuti peeti kasulikuks terviseprobleemide majanduslike kulude või elanikkonna tervise säilitamisega saavutatud majanduslike säästude selgesõnalist teatavakstegemist. Taolisi kulusid on arvatud Šotimaal mitme terviseprobleemide põhjuse, sh alkoholi, suitsetamise, rasvumise, vaimsete haiguste, teismeliste raseduse ja astma, kohta. Nendest kaasnevad hinnanguliselt suurimad kulutused vaimuhaigustega – 1,5 miljardit naela aastas Šotimaa riiklikule tervishoiusüsteemile ning üle 7 miljardi naela aastas laiemaid majanduslikke ning sotsiaalseid kulusid. Alkoholist tingitud terviseprobleemid läksid riiklikule tervishoiusüsteemile hinnanguliselt maksma 110 miljonit naela aastas, samas kui laiemad majanduslikud, inim- ja sotsiaalsed kulud küündisid oma 736 miljoni naelani aastas.(23)

Näide Norrast seostab otseselt tööturul osalemise heaoluriigi jätkuva olemasoluga. Tööhõive- ja sotsiaalse kaasatuse ministeeriumi raportis öeldakse selgelt, et viimane oleneb töötasust tehtud sissemaksetest, mis jätkuvad ainult juhul, kui tööjõul säilib hea tervis.(24) Sloveenias on keskendunud geograafilisele tervisealasele ebavõrdsusele. Seose tõestamine kehvade tervisenäitajate ning nõrgemate sotsiaalsete ja majanduslike sooritusnäitajate vahel piirkondlikult tasandil on tekitanud reageeringuid nii poliitikute kui ka elukutse esindajate seas.(25)

Tervishoiuministeeriumite juhtimine

Ehkki üldine valitsuspoliitika loob konteksti majandusliku põhjenduse toetamiseks, on WHO ja teised viidanud, et eestvedamine peaks tulema tervishoiuministeeriumidest.(12) Toodud näide on Madalmaadelt, kus tervishoiuministeerium on võtnud ühendust mitme riikliku nõuandekoguga, sh Onderwijsraadi (haridusvaldkonna nõuandekogu), ROB (avaliku halduse amet), RVZ (rahvatervise ja tervishoiu nõukogu) ning SER (sotsiaalmajanduslik nõuandekogu), ning palunud neil välja selgitada tervisega vastastikku huvipakkuvad valdkonnad.(26) Teisteks märkideks juhtimisest antud ministeeriumi sees on 2008. novembris peetud konverents „Tervis on rikkus”.(27)

Spetsialiseerunud personali, andmete ja tehnikate olemasolu

Kajastades kirjanduse ülevaate leide, töid paljud partnerid välja, et majanduslike hindamiste ettevõtmise keerukus on tõkkeks nende teostamisel. Märkimisväärne osa 4. peatükis viidatud majanduslikest hindamistest teostati poliitikate osas, kus parem tervis on juba otseseks eesmärgiks, näiteks nendes, mis on seotud suitsetamisest loobumise või suhkurtõve ennetamisega. Vähem näiteid esitati majanduslikest

hindamistest, mis võtsid vaatluse alla tervise sotsiaalsetele teguritele suunatud poliitikate tervisetulemusi, näiteks neid, mis on seotud transpordi või haridusega. Paljud partnerid viitasid, et kui need, kes hindamisi läbi viivad, tervise sotsiaalseid tegureid ei tunnista, võetakse tervisetulemusi arvesse väiksema tõenäosusega. Isegi kui poliitikal on otsesed tervisetulemused, on võimalik, et majanduslikud hindamised keskenduvad suurema tõenäosusega tervise individuaalsetele teguritele kui sotsiaalsetele põhjustele. Lisaks on võimalik, et nad ei arvesta alati kaudseid või pikemaajalisi tulemusi, vähendades seeläbi sekkumise arvutuslikku kulutõhusust.

Samuti toodi välja, et tervise sotsiaalsete tegurite osas pole tõendite baas mõjude kindlakstegemise raskuse tõttu nii tugev kui kliiniliste või meditsiiniliste sekkumiste oma. Seda saab ära tunda liri Vabariigist pärit näites, mis märgib ära tervisealase eeliste täpse kuluarvestuse raskusi. Raportis „Veevarustus- ja kanalisatsiooniprojektide majanduslik hindamine” leiavad autorid, et „... paremast vee kvaliteedist võib olla tingitud teatud tervisealaseid eeliseid, ent tõenäoliselt on neid raske kvantifitseerida.”(28)

Mõned partnerid teatasid, et ekspertide seas on tervisetulemuste majanduslikuks hindamiseks kasutatava meetodika osas lahkavamus. Seda tõsteti esile Norra raportis „Tervishoiusüsteemi roll Norra ühiskonnas”, kus leitakse, et „... tervisemõjusid ja jaotuslikud tervisemõjusid on keeruline mõõta ning mõõdetavate tegurite suhtes on piiranguid. Kasutatavad ja võrreldavad arvud pole absoluutsed, vaid suhtelised. Need on samuti näitajateks, ent mitte tõsiasjadeks tervise, rikkuse ja heaolu kohta. Tegemist pole ühemõtteliste mõõdikutega ning põhjusseosed on keerukad. Samuti on teatavaid lahkavamusi uurijate seas selle suhtes, milliste mõõdikute kasutamine on kõige kohasem.”(29)

Ehkki, tunnistades seda liiki majanduslike hindamiste ettevõtmise raskusi, viitasid mitmed partnerid meetmetele, mille eesmärgiks on antud jõupingutusi edasi viia. Näiteks Ühendkuningriigis sisaldavad nüüd kõik Riikliku Tervise- ja Kliiniliste Tõendite Instituudi (NICE) väljastatavad rahvatervisealased soovitusel majanduslikku hinnangut. Lisaks on NICE väljastanud juhiseid selle kohta, kuidas majanduslikke tõendeid kokku panema ja analüüsima peaks.(30) Samuti panustab tõendite baasi programm WHO CHOICE (*CHOosing Interventions that are Cost Effective* – kuluefektiivsete interventsioonide valimine), koostades kulude, elanikkonna tervisele avalduva mõju ja tervise võtmesekkumiste kulutõhususe kohta piirkondlikke andmebaase.(31) Šotimaal uuritakse hetkel mitmeid alternatiivseid tulemuste mõõdikuid, mis üritavad kokku võtta kulutõhususe mõõtmist mõjutavaid keerukaid tegureid.(32)

tervisega arvestamine hindamismenetlustes

Mõned partnerid teatasid jõupingutustest lülitada tervist mõjuhindamisse ning hindamisprotsessidesse. Näiteks toodi majanduslike hindamiste kasutamine mõjuhindamiste raames välja raportis „Tervema Norra retsept” ning kirjeldati täiendavalt raportis „Tervisemõjud riiklikes majandusanalüüsides”, mis toetab juhiste väljatöötamist tervisealasteks majanduslikeks hindamisteks nii tervise- kui ka tervisevälistes valdkondades. Antud raportis tunnistatakse ka jaotusmõjusid ning soovitatakse, et need lülitataks otseselt majanduslikesse analüüsidesse. Selleks peetakse loomulikuks ühikuks sotsiaalmajanduslikke rühmasid.(22) „Ametlike uurimuste ja raportite juhistes”, mida kasutavad reformide finants- ja halduslike tagajärgede täpsustamiseks kõik ministeeriumid ja neile alluvad asutused, on soovitatud, et poliitikaid hinnataks tõenäoliste tervisemõjude seisukohast. Antud soovitusena on mindud edasi ning töötatakse välja analüütilisi tööriistu, nagu tervisemõju hindamine, mis mõeldavad tervise sotsiaalsetele teguritele keskenduvate poliitikate jaotusmõjusid.(34) Šotimaal võetakse tervisemõjusid tavapäraselt arvesse majanduslikes hindamistes, mida teostatakse õigusaktide raames, näiteks suitsuvabade avalike kohtade õigusakt, mida tervishoiu direktoraat päevakorda seab.(35)

Välja toodi mitmeid teisi hindamismenetlusi, mis hetkel ei näi süstemaatiliselt tervist arvesse võtvat, ent mis võivad selleks võimalusi pakkuda. Regulatsioonide mõju analüüs/hindamine (RIA) on tööriist, mida kasutatakse uute eeskirjade tõenäoliste kulude, eeliste ja mõjude hindamiseks. Regulatsioonide mõju hindamine on Šotimaal kohustuslik kõikidele uutele õigusaktidele. Olemas on väga erinevate poliitikate kohta teostatud RIA näiteid.(35) Iiri Vabariigis on olnud majandusliku kasu hindamiste ja regulatsioonide mõju analüüsi kasutusele võtmise tulemuseks viimastel aastatel Iiri riigiasutustes ning muudes avaliku sektori asutustes teostatavate majanduslike analüüsides arvu tõus. RIA võeti kasutusele Iirimaa 2005. aasta juunis üldise parema riikliku regulatsiooni taotlemise raames.(36)

ELi tasandil nõutakse paljudelt poliitikatelt ja kuluprogrammidelt mõjuhindamise kaudu majandusliku analüüsi läbimist mingil kujul. Nende eesmärgiks on mõõta kasutusele võetavate meetmete edenemist, tõhusust ja tulemuslikkust. Kuna majanduslik ja sotsiaalne ühtekuuluvus ning solidaarsus on Euroopa Ühenduse asutamislepingu artiklis 2 sätestatud ELi põhieesmärkide seas, tuleks hinnata kõiki laialt võttes asjakohaseid ELi poliitikaid ja kavu selles suhtes, kas nad antud eesmärgi saavutamisele kaasa aitavad. Siiski, kui kasutusele võetav poliitika ei tegele otseselt mõjuga sotsiaalsele jaotusele, on ebatõenäoline, et selle mõju eri sotsiaalmajanduslikele rühmadele hinnatakse.

Mõjuhindamised (IA) analüüsivad poliitika tõenäolisi mõjusid majandus-, keskkonna- ja sotsiaalvaldkonnas, toovad välja iga variandi eelised ja varjukuljed ning uurivad võimalikku positiivset koostoimet ja kompromisse. Ent põhjalikul tutvumisel hiljutiste mõjuhindamistega osutus, et majandusliku analüüsi tulemusi esitatakse tihti üldiselt ning enamik neist ei süüvi rahalisest seisukohast prognoositavate kulude/eeliste või kulutõhususe üksikasjadesse.

Reeglina nõutakse kõikidelt tähtsamalt Euroopa Komisjoni iga-aastast õigusloome- ja tööprogrammi (CLWP) puudutavalt poliitikaalgatustelt ja õigusaktide projektidelt mõjuhindamise läbimist. Samuti võib olla mõjuhindamine nõutav teatud muude ettepanekute puhul, kuhu CLWP ei kuulu, ent millel on potentsiaalselt märkimisväärsed mõjud. Täpne rakendusala otsustatakse iga-aastaselt.(37)

Enamik Euroopa Komisjoni (EK) poliitikaid läbib hindamise, sh majandusanalüüsi, mingil kujul, ent igal tähtsamal EK kuluvaldkonnal tunduvad olevat oma hindamisjuhised. Lisaks ei pruugi isegi selgete hindamisjuhistega valdkonnad neid alati järgida. Näiteks, ehkki soovitatakse, et ühtekuuluvus- (regionaalne) poliitika läbiks korrapärase ja range hindamise enne rakendamist, rakendamise ajal ja pärast rakendamist, näib olevat tegelikult lõpuni viidud hindamistes vähe majanduslike hindamisi. Seda kinnitab „Kulutõhususe analüüsi (CEA) kasutamise uurimus Euroopa Komisjonis”, kus leiti, et CEAd rakendatakse harva nende teostamiseks kohaste andmete vähesuse tõttu. Tehti kindlaks peamised eeldused CEA rakendamiseks: võimalus keskenduda üheleainsale mõjule või olemasolevatele lähenemistele eri mõjude ühendamisel; tunnustatud näitaja või hindamismatriks iga mõju tarbeks; tulemuste kvantifitseerimise/hindamise võimalus; võimalus võrrelda eri sekkumisi/variante/stsenaariume. Kuna paljudel juhtudel puudub üks või

iseigi rohkem antud eeldustest, ei ole üllatus, et CEA pole Euroopa Komisjoni hindamistes kaugeltki sagedane.(38)

Järeldused

Antud peatükis võeti vaatluse alla partnerite tuvastatud võimalused ja väljakutsed majanduslike argumentide kasutamisel, et tegeleda tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega. Ehkki need on rühmitatud kuude valdkonda, ei eksisteeri enamik antud küsimustes teineteisest eraldatuna. Erilist tähelepanu nõuab kõikides poliitikates positiivne koostoime tervise jaoks keskkonda toetava poliitika ning antud lähenemist toetavate majanduslike argumentide kasutamise vahel. Näiteks spetsialiseerunud personali, andmete ja tehnikate suurem kättesaadavus võib soodustada enamate majanduslike analüüside tegemist ning see omakorda tehnikate ja andmete täpsemaks ja täiuslikumaks muutumist.

Siin esitatud leiud osutavad, et tegemist on keeruka valdkonnaga, mida pole süstemaatiliselt poliitika arendamisse või rakendamisse lülitatud. On aga selge, et üha enam tuntakse huvi, et poliitika majanduse analüüs, mis tervise sotsiaalseid tegureid mõjutab, oleks suurema prioriteetsuse ja fookusega ning antud valdkonnas oleks tekkimas kasulikke uurimusi. Tasub võtta vaatluse alla, kuidas Maailma Terviseorganisatsioonis ja teistes rahvusvahelistes kogudes tehtavat tööd saaks liikmesriikides kasutusele võtta. Lisaks tuleks paljudes liikmesriikides jälgida tegevust ning seda täiendavalt uurida, et hinnata teistes riikides kasutuselevõtmiseks sobilikke uurimuste elemente.

4. Näiteid tervisetulemusi arvestavatest majanduslikest hindamistest

Sissejuhatus

Antud peatükk uurib, mil määral tuvastatud majanduslikud hindamised tervisetulemusi arvestavad. Need on rühmitatud kahte ossa. Esimene osa võtab vaatluse alla poliitikate hindamisi, millel on otsene fookus tervisealastel käitumisviisidel ning tervisetulemustel, nimelt üldised tervist edendavad sekkumised, füüsiline aktiivsus, toitumine, rasvumine, suitsetamine, alkohol ning vaimne tervis/enesetapud. Teine osa võtab vaatluse alla poliitikate hindamised, mis tegelevad muude tervise teguritega, nimelt haridus, põllumajandus, transport ja transpordi ohutus, kodu ja vabaaja ohutus, kliimamuutused ning energiatõhusus. Tuleks märkida, et antud näited rajanevad üksnes projekti DETERMINE partnerite esitatud raportitel, mis nagu 1. peatükis välja toodi, ei olnud mõeldud kõikide valdkondade kõikide poliitikate kõikehõlmava ülevaatusena. Antud ülesande ulatusse ei mahu selle hindamine, mil määral esitatud näited ja esiletõstetud küsimused kajastavad üldist tegevust antud valdkonnas eri piirkondades ja riikides.

Tervisealased käitumisviisid ja tervisetulemused

Üldised tervistedendavad sekkumised

Soomes järeldati eri tervistedendavate meetmete kulutõhusust uurivas raportis, et olemasolevate tõendite põhjal on paljud meetmed kulutõhusad. Raport on saadaval soome keeles, ingliskeelse kokkuvõttega.(39)

Belgias (Flaami piirkonnas) on teostatud mitu kulutõhususe uurimust, eeskätt toitumise, alkoholi- ja tubakatarbimise ning füüsilise aktiivsuse valdkonnas. Raport on saadaval ainult flaami keeles.(40)

ELi tasandil võeti ette eri südame-veresoonkonna haiguste ennetamise strateegiate kuluvõrdlus, et selgitada välja, kui kulutõhusad on ELi liikmesriikides rahvastikupõhised toitumissoovitused võrreldes muude meetoditega. Hinnanguliselt olid kulutused lisandunud elatud aasta kohta:

- 14–560 naela (ligikaudu 250-9986 eeki) rahvastikupõhiste tervisliku toitumise soovituste puhul;
- 300–790 (ligikaudu 5347-14087 eeki) naela suitsetamisest loobumise puhul;
- 900 (ligikaudu 16049 eeki) naela vähemalt öe teostatud kontrolli ja eluviisilase nõustamise puhul;
- 6200–11 300 (ligikaudu 110 558-201 502 eeki) farmakoteraapia puhul (simvastatin).(41)

Füüsiline aktiivsus

Põhja-lirimaal teostas Tervishoiu, Sotsiaalteaduste ja Avaliku Julgeoleku Amet tasuvusanalüüsi „Põhja-lirimaa füüsilise aktiivsuse strateegia”. Autor arvutas välja, et strateegia sihi – vähendada istuva eluviisiga elanikkonda 20%-lt 15%-le – edukas rakendamine võinuks päästa aastas 365 elu või 121, kui jätta välja 75-aastased ja vanemad. Viimase arvu põhjal oleks seonduva majandusliku kasu väärtus 131 naela ning otsene kulusääst Põhja-lirimaa tervishoiuteenustele 620 tuhat naela aastas.(42)

Norra linnade jalutamise- ja rattaradade tasuvusanalüüsi hinnangul kaaluvad taoliste radade eelised üles kulud teguriga 4,5:1. Raport on saadaval norra keeles koos ingliskeelse kokkuvõttega.(43) Norras on tervishoiu direktoraat teostanud ka elanikkonna füüsilise aktiivsuse tõstmise mõju majandusliku analüüsi. Raport on saadaval ainult norra keeles.(44)

Soomes järeldati raportis „Rahavood Soome spordis”, et harrastusspordil /tervist soodustavatel füüsilistel tegevustel on elanikkonnale positiivsed tervisemõjud ning samas on füüsiline passiivsus ühiskonnale väga kulukas. Raport on saadaval soome keeles koos ingliskeelse kokkuvõttega.(45)

Toitumine

Norras teostati alg- ja keskkooli õpilastele tasuta puu- ja köögivilja jagamise kava majanduslik analüüs, mis hõlmas jaotusmõjude analüüsi. Kava alguses ilmnes puu- ja köögivilja tarbimisele sotsiaalne mõju, kus madala sotsiaalmajandusliku staatusega vanemate lapsed sõid vähem puu- ja köögivilja kui kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega vanemate lapsed. Raport on saadaval ainult Norra keeles.(46)

Rasvumine/Ülekaal ?

liri Vabariigis üldistab „Rasvumise tööühma raport” hinnanguid Ühendkuningriigi andmetest ning rakendab seda lirimaa suhtes, tehes kalkulatsiooni, et lirimaa on rasvumise iga-aastased majanduslikud kulud 2,7 miljardi euro kandis. See lähtub hinnangulisest 2000 enneaegsest surmast aastast, mille võib seostada rasvumisega.(48)

Madalmaades koostas Riiklik Rahvatervise- ja Keskkonnainstituut (RIVM) raporti, mis võtab vaatluse alla liikumis- ja tervisliku toitumise nõustamise kulutõhususe inimeste seas, kellel on ülekaalu ja rasvumise tõttu suurem II tüüpi diabeedi oht. Modelleeriti neli eluviisinõustamise paketti ning igaüks ennustas olulisi sääste. Raport on saadaval hollandi keeles koos ingliskeelse kokkuvõttega. (49)

Euroopa Komisjoni valge raamatu „Toitumise, ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud terviseküsimumustega tegelemise Euroopa strateegia” osas teostatud mõjuhindamise raames arvutati välja majandusmõjud. Selles viidati 2005. aasta uurimusele, kus hinnati rasvumise otsesteks ja kaudseteks kuludeks 0,3% SKTst (EL-I5). Seda EU-25-le ekstrapoleerides tõusevad rasvumise kulud 40,5 miljardi euroni aastas. Tuleks märkida, et antud arvutused ei sisalda tööstusele, keskkonnale või ühiskonnale kaasnevaid kulusid.(50)

Suitsetamine

Põhja-lirimaa avalikes kohtades kavandatava suitsetamise keelu osas teostati tervise- ja regulatiivmõju hindamine, mis esitas kolme eri rakendustasandi kulud ja eelised. Majanduslik analüüs tuvastas, et riiklik tervishoiusüsteem säästaks antud õigusaktiga eelkõige aktiivse ja passiivse suitsetamisega seotud põhihaiguste, st kopsuvähi, südame isheemiatõve ja insuldi, ravimisega seotud haiglakulude vähenemise pealt. Hinnanguliselt oleksid olulised säästud 30-aastase perioodi jooksul, kui rakendataks 3. variant ehk suitsetamise kõikehõlmav keeld.(51) Šotimaal jõudis kavandatava suitsetamismääruse tervise- ja majanduslike mõjude hindamine sarnaste järeldusteni.(52) Soomes on analüüsitud hinnakujunduspoliitika ja suitsetamise vähendamise avalike sekkumiste mõju majanduslikust seisukohast, arvestades mõnel määral sekkumiste jaotusmõjudele. (53)

Alkohol

Euroopa Komisjoni DG SANCO koostatud teabelehes „Alkoholiga seotud kahju Euroopas” hinnati, alkoholiga ELi majandusele tekitatud kahju 2003. aastal 125 miljardile eurole, mis oli võrdne 1,3% SKTst. Antud hinnang sisaldab muuseas töö madalast tootlikkusest, töölt puudumisest ja enneaegsest surmast tingitud kahjusid. Tegelikke kulutusi alkoholiga seotud probleemidele ELis hinnatakse umbes 66 miljardile eurole, sisaldades kuritegevuse, liiklusõnnetuste, tervise ja haiguste ravi ning ennetamisega seotud kulutusi. (54)

Vaimne tervis/enesetapud

Raporti „Põhja-lirimaa enesetapustrateegia” osas teostati piiratud majanduslik analüüs. 2004. aasta kohta olid enesetapu hinnangulised kogukulud Põhja-lirimaaale, sealhulgas otsesed, vahetud ja nähtamatud kulud, 202 miljonit naela ehk 1,4 miljonit naela enesetapu kohta. Põhja-lirimaa on märkimisväärse majandusliku mõjuga ka enesele tahtlikult tekitatud kehavigastused, moodustades eelneval viiel aastal 1,5% kõikidest haiglaravi juhtudest. Antud intsidendid maksavad arvestuslikult majandusele sissetuleku kaotuse, haiglakulude ja muu toodangu kaotuse tõttu 6,6 miljonit naela.(55)

Depressiooni iga-aastasteks majanduslikeks kuludeks on hinnatud terves ELis 118 miljardit naela. Otsesed kulud, st tervishoiukulud, moodustavad antud koormast ainult väikse osa. Enamik kuludest (65%) tekivad kaudselt tootlikkuse kaotusest, st haiguspäevadest, ennetähtaegselt pensionile jäämisest, enesetapust tingitud enneaegse suremusest.(56) Vaimuhaiguste ennetamise majanduslikest hindamistest pärit tõendite süstemaatiline ülevaatamisel leiti, et usaldusväärsed tõendid kulutõhususe kohta piirduvad väga väikese arvu sekkumistega, mille laiendatavus ja ülekantavus on piiratud. Positiivseimad tulemused on seotud alghariduskavadega.(57)

Muud tervise sotsiaalsed tegurid

Haridus

Rahvusvahelised uuringud viitavad märkimisväärsele tasuvusele investeerida alusharidusse. Suurem tasuvus on tõenäolisem, kui kavad keskenduvad madalamatest sotsiaalmajanduslikest rühmadest lastele. (58) Ent antud leidu tuleks tõlgendada, arvestades kohalikku konteksti. Näiteks Madalmaades on pakutava alushariduse liikides suuri erinevusi. Ühest küljest pakutakse söömi peamiselt selleks, et anda vanematele võimalus töötada, ning neil ei pruugi alati olla tugev hariduslik lähenemine. Teisest küljest on alusharidusasutuste üldiselt tugev hariduslik lähenemine, kuid piiratud lahtiolekuaja tõttu on vanemate jaoks vähe tööhoivega seotud eeliseid. Lisaks peab märkima, et eelised olenevad tugevasti pakkumise kvaliteedist ning suuremate eelistega kaasnevad tavaliselt suuremad kujud.(59) Samuti on Madalmaades teostatud uuringuid kooli poolelijätmise kulude ja eeliste kohta. Neljast uuritud sekkumisest kolmes kaalus investeerimine kulu kõvasti üles, iseäranis kui investering tehti alusharidusse.(60)

Põllumajandus

Sloveenias on teostatud majandusanalüüsi ja tulevikutsenaariume, et hinnata, mis mõju on raportil „Ühine põllumajanduspoliitika (CAP) Sloveenia põllumajanduse osas”. (61)

Transport

Šotimaal on vabatahtlik sektor kasutanud majanduslikke argumente, sealhulgas tervisega seotud majanduslikke argumente, et taotleda säästlikumaid transpordivorme. Näiteks hinnatakse, et kui 40% kõikidest lühireisidest autoga muutuks lühireisideks jalgrattal, oleks tulemuseks vähemalt kaks miljardit naela kokkuhoidu aastas tänu vähenenud suremusele ning ligemale 4 miljardit aastas, kui arvestatakse paranenud tervist.(62)

Transpordiohutuse

Šotimaal sisaldavad „Šoti transpordi hindamise juhised” juhiseid selle kohta, kuidas hinnata transpordiga seotud õnnetuste kulusid.(63)

Iiri Vabariigis teostati majanduslik hindamine valitsuse maanteeohutuse strateegiale. Arvesse võeti surmaga lõppevaid ja mittelõppevaid õnnetusi ning strateegiaga kaasnevateks säästudeks hinnati üle ühe miljardi euro surmaga lõppevate õnnetuste puhul ning 502 miljonit eurot surmaga mittelõppevate õnnetuste puhul.(64) „Raudteeohutuse kava (2004–2008) majandusliku tasuvuse hindamine” leidis aga vastupidi, et tasuvusanalüüsi seisukohast oli ohutuse dividend investeringu maksumusest väiksem.(65) Üldised juhised transpordiprojektide hindamise tasuvusparameetrite osas on samuti saadaval.(66)

Euroopa Transpordirohutuse Nõukogu koostatud raportis uuriti mitme transpordiohutuse meetme kulutõhusust ning kõige paljutõotavamaks peeti järgmist: päeva ajal autotulede kasutamine; juhuslik alkomeetri katse; kuuldav turvavöö kinnitamise meeldetuletus; Euroopa uute autode hindamisprogrammi

(EuroNCAP) kasutamine ohutumate autode arendamise motivaatorina ning maanteeohutuse tehnoloogia.(67)

Kodu ja vaba aja ohutus

Soome sotsiaal- ja tervishoiuministerium hindas kodu- ja vabaajaõnnetuste kulusid ühiskonnale 2,5-4 miljardile eurole. Peaaegu pool otsestest kuludest olid tervishoiukulud, üks viiendik olid töövõimetusest tingitud kulud ning peaaegu viiendik olid politsei või päästeteenuste kulutused. Ennetamise, teabe ja uuringute kulusid kodu ja vaba aja õnnetuste osas hinnati vähemaks kui pool protsenti otsestest kuludest. Raport on saadaval soome keeles koos ingliskeelse kokkuvõttega.(68)

Kliimamuutus

ELi siht kodumajapidamiste kasvuhoonegaaside heitmete vähendamiseks on 2020. aastaks 20% (võrreldes 1990. aasta tasemega). Tugevama ELi kliimamuutuspoliitika toetamiseks tehti tervisele kaasnevate majanduslike eeliste arvutused: 30% vähenemine võrreldes 20%-ga. Leiud näitavad, et kuigi 20-protsendise sihi saavutamiseks kaasneb märkimisväärsed majanduslikke eeliseid (13–52 miljardit eurot), annaks sihi tõstmine 30% hinnanguliselt majandustasuvuseks ainult 2020. aastal 20–76 miljardit eurot. Antud tasuvus tuleneb puhtamast õhust ja seetõttu hingamisteede ja tervisega seotud probleemide vähenemisest, mis ennetaks 5300 bronhiidi juhtu ning 2800 haiglaravi juhtu aastas. Antud eelised ilmneksid igal aastal.(69)

Energiasäästlikkus

Hinnanguliselt on külmetustega seotud haiguste kulud Põhja-lirimaa tervishoiuvaldkonnale igal aastal 30 miljonit naela.(70) Ent Põhja-lirimaa „Soojade kodude kava” majandusliku kasu hindamine ei arvestanud otseselt tervisemõjusid. Kuigi toodi välja palju elemente kavast, mis polnud energiasäästlikkuse seisukohast kulutõhusad, ei analüüsitud seda tervise seisukohast.(71) ELi tasandil leiti „Ehitiste energiatõhususe direktiivi projekti” mõjuhinnaangus, et „... analüüsitud meetmete investeerimisnõudmised ja halduskulud on võrreldes eeliste ja tasuvusega suhteliselt madalad. Ühiskonna jaoks ületavad üldised eelised energiatarbimise vähenemise ja seega CO² heitmete vähenemise, energiainpordist sõltuvuse, töökohtade loomise, iseäranis piirkondlikul ja kohalikul tasandil, hea tervis ja tööjõu tootlikkus kaugelki analüüsitud meetmete kulud”.(72)

Järeldused

Antud peatükis esitati näiteid majanduslikest hindamistest, mis on teostatud mitmetes eri valdkondades väljaspool tervishoidu. Hulk partnereid teatas raskustest taoliste näidete leidmisel üleüldiselt, andes mõista, et paljude riikide puhul pole seda liiki analüüs tavapraktikaks. Üldiselt oli rohkem raporteid majandusanalüüsist, mis on teostatud poliitikate kohta, mis keskenduvad otse tervise ja tervisega seotud käitumise meetmetele (nt suitsetamine), mitte aga poliitikatele, mis keskenduvad tervise teguritele (nt haridus). Tõendid jaotusanalüüsist olid piiratud. Ainult ühes näites (toitumine) vaadeldi eri rühmadele avalduvat mõju.

5. Järeldused ja soovitused

Järeldused

Antud ülesande otstarbeks oli uurida, kas ja kuidas majanduslikke argumente kasutatakse, et toetada ELi tasandil ja 12 piirkonnas ning riigis üle Euroopa meetmeid. Eeldati, et leide on võimalik kasutada ebavõrdsuse ilmingutega tegelemise tulemuslike ja tõendatud lähenemiste laiemaks kasutuselevõtuks.

Kirjandus pakub tugevaid majanduslikke argumente tervisesse investeerimiseks elanikkonna tasandil ning viitab samuti, et tervisealase ebavõrdsuse ilmingute vähendamise eeliseid hakatakse tunnistama majanduslikust seisukohast. Lisaks on ELi tasandil veel üheks märgiks fookusest tervisealase ebavõrdsuse ilmingutele Euroopa Komisjoni teatis „Solidaarsus ja tervishoid: tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus”.⁽⁷³⁾

3. ja 4. peatükis esitatud leiud näitavad, et majanduslikke argumente saab kasutada ja ka kasutatakse tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemiseks. Taoliste argumentide auditooriumina on toodud välja peamiselt ELi ja riikide tasandi poliitikakujundajad, et ergutada neid investeerima tervisesse ja/või arvestama poliitikate mõjusid tervisele ja tervisealasele võrdsusele. Eeskätt on taolisi argumente ajendatavateks organisatsioonideks, iseäranis ELi tasandil, Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa büroo ja DG SANCO ning lisaks ka lobirühmad ning sõltumatud uurijad.

Võimalusi ja väljakutseid on uuritud 3. peatükis kuue teema lõikes ning need illustreerivad seda, et ühise eesmärgi – terve üldsuse poliitika ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute vähendamine – saavutamiseks võib kasutada paljusid lähenemisi. Lisaks näib tekkiv positiivne koostoime, kui kaks või enam kohalviibivatest teguritest on olemas, olevat eriti tulemuslik.

4. peatükis toodud näited kajastavad mitmeid poliitikavaldkondi, mis on võtnud tervist arvesse majanduslikust seisukohast. Ent raskeks on osutunud leida olulises koguses tõendeid liikmesriikide tasandil. Lisaks viitab saadud vastuste mitmekesisus, et erinevates riikides eksisteerivad väga erinevad olukorrad. Kuigi mõned vastajad tõid näiteid, mis tõstsid antud valdkonnas esile mõne huvi või kogemuse, teatas enamik partnereist, et üldiselt näidi vähe mõistvat, kuidas majanduslikke hindamisi saaks kasutada poliitika tugevdamiseks tervise ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute kasuks. Tõendid majanduslikest hindamistest, mis arvutavad jaotusmõjusid, näivad olevat veelgi piiratumad. Selliseid teemasid nagu tehnilise asjatundlikkuse puudumine, sobivate andmete olemasolu, poliitikatugi ja juhtimine tuuakse välja põhjustavate teguritena.

Üldised soovitused

Antud uurimus viitab, et on potentsiaali hetkel teadaoleva laiemaks levitamiseks. Lisaks on põhjendatud lisauurimine ja arendamine, et saavutada majanduslike argumentide järjepidevam ja süstemaatilisem kasutamine tervisealase ebavõrdsuse sotsiaalsele teguritele suunatud meetmete toetamiseks. Liikmesriikide tervishoiuministeeriumitel tuleks töös etendada juhtivat rolli, et saavutada suurem läbilaskvus ja antud lähenemise omaksvõtmine kõikides süsteemides, ning seda peaks toetama

rahandusministeeriumid. Seda tuleks korrata ELi ja rahvusvahelisel tasandil, kusjuures tervise eest vastutavad asutused etendaksid juhtivat rolli ning neid toetaksid vastavad hindamis- ja finantsmehhanismid.

Soovitused ELi institutsioonidele

Juurdepääs üle ELi tervisealase ebavõrdsuse ilminguid käsitlevale terviklikule ja süstemaatilisele infosüsteemile aitaks suuresti kaasa majanduslike hindamiste võimaldamisele, mis hõlmaksid tervisealase võrdsuse analüüsi. ELi institutsioonid ja asutused peaksid töötama ELi liikmesriikidega ühise andme- ja teadmiste baasi rajamiseks, et mõõta, jälgida, hinnata ja aru anda tervisealase ebavõrdsuse ilmingutest, nagu on toodud välja Euroopa Komisjoni raportis „Solidaarsus ja tervishoid: tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus”.

Euroopa Komisjoni raportis „Solidaarsus ja tervishoid: tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus” väljatoodud meetmed, iseäranis need, mille eesmärk on luua kõikidesse valdkondadesse pühendumust ning arendada panustamist ELi poliitikatesse, peaksid asjakohasuse korral hõlmama fookust majanduslikule analüüsile, et selgitada tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemise majanduslikku põhjendust.

EL peaks seadma sisse ühised lähenemised ja meetodikad majandusanalüüsi teostamiseks, mis hõlmaksid tervist ja tervisealast võrdsust. ELi teadusuuringute, tehnoloogiaarenduse ja tutvustamistegevuse 7. raamprogramm peaks sisaldama majanduslike uuringute analüüsi tervisealase võrdsuse ja tervisesüsteemide soorituse hindamise ning lisaks ka poliitikasekkumise hindamise alal.

EL peaks kasutama oma sisemisi koostöömehhanisme tervise-, sotsiaal- ja majanduspoliitikate alal, et kindlustada tervisealase võrdsuse näitajate süstemaatiline kaasamine ja rakendamine ELi otsusetegemisprotsessi. Antud hindamismenetluste tulemused tuleks teha kättesaadavaks ELi veebilehtedel, nagu Europa, ja lisaks ka asjakohaste infosüsteemide kaudu liikmesriikide tasandil.

- Peale suurema fookuse tervisele ja tervisealasele võrdsusele üldiselt peaks ELi mõjuhindamismenetlus majandusmõjusid arvesse võtma nendest seisukohtadest.
- Valdkonnaülesed organid, nagu Sotsiaalkaitsekomitee ja avatud koordineerimisprotsessid peaksid kaasatud, peaksid soodustama vajadust majanduslike hindamiste järele ning rakendama neid oma kaalutlustes.
- ELi tasandil peaksid kõikide kuluvaldkondade ühised hindamisjuhised sisaldama tervise mõju arvessevõtmist ja kvantifitseerimist.
- Ministrite nõukogu ja Euroopa Parlament peaksid oma otsuste tegemises üha enam taotlema ning rakendama tervisealase võrdsuse majanduslikke hindamisi.
- ELi asutustel, nagu Euroopa Elu- ja Töötingimuste Fond, peaks olema voli kaasata raportites tervise majandusanalüüsi oma näitajate ulatuse vastu.
- Eurostat peaks kindlustama, et andmete kogumisel lülitataks sisse sobivad majandusanalüüsi näitajad.
- ELi rahastamiskavadest lähtuvalt ettevõetud algatuste majanduslikud hindamised peaksid vaatlema mõjusid erinevatele elanikkonnarühmadele.

Soovitused liikmesriikidele

Suurem osakaal tervisesüsteemide uuringurahadest peaks olema eraldatud kohaste süsteemide arendamiseks ning taoliste majanduslike analüüsides teostamiseks, et vajalikke andmeid ja meetodikaid täiustada.

Enam tuleks tähtsustada tervise ja erinevate mõjude kaasamist majandusanalüüsidesse.

Tervishoiuministeeriumid peaksid võtma juhtiva rolli tervise, rahvatervise ning tervisealase ebavõrdsuse ilmingute majanduslike argumentide väljaselgitamisel ja levitamisel ning toetama teisi ministeeriume, et ka seal võetaks arvesse tervist ja tervisealast võrdsust majanduslikust seisukohast.

Rahandusministeeriumid peaksid nõudma majanduslike mõjuhinnangute teostamist eelarvete koostamisel.

Majandusanalüüsid peaksid kaasama võimalikult laiu sidusrühmi, et arvesse oleks võetud kõik võimalikud mõjud. Siia hulka kuulub erasektor, kus üksnes avaliku sektori analüüsi teel ei pruugita majanduslikke eeliseid piisavalt arvesse võtta.

Samuti tuleks toetada meetmeid piirkondlikul ja kohalikul tasandil. Iseäranis tuleks toetada koostööd asjakohaste uurimisasutuste, terviseasutuste ja kohalike omavalitsuste vahel, et luua teadmisi uuenduslike kohalike lähenemiste majanduslike mõjude kohta. Kogukondlikud arenduse algatused võiksid oma hindamistesse kaasata infot kollektiivsete majanduslike mõjude kohta ja erinevatele elanikkonnarühmadele avalduvate mõjude kohta.

Soovitused rahvusvahelistele organisatsioonidele

Arendada tuleks üheselt võrreldavaid rahvusvahelisi andmeid ja näitajaid tervisealase ebavõrdsuse ilmingute kohta, millele saaks teha majanduslikke analüüse. Iseäranis Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkonnas peaks olema ristviitamine tavapärastele näitajatele, mida kõikides ELi liikmesriikides arendatakse.

Süsteematilist koostööd tervist ja tervisealast võrdsust kaasava majandusanalüüsi puudutava teabe rahvusvaheliste allikate sees ja vahel (nt Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon, Maailma Terviseorganisatsioon, Eurostat, ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogu ja Euroopa Komisjon) tuleks täiustada ja muuta läbipaistvamaks ning ligipääsetavamaks. Asutuste sees ja vahel tuleks luua kergesti ligipääsetavad andmebaasid, mis võimaldaksid maksimaalseid võimalikke teadmiste edasiandmisi. Rahvusvaheliste valitsusväliste võrgustike, nagu ELi tervisepoliitika foorum, ELi sotsiaalplatvorm ning lisaks ka tarbija-, keskkonna- ja arendusplatvorme peaks tunnistatama ning toetatama majanduslike analüüsidega seonduvate laiapõhjalise analüüsi kogumisele ja levitamisele.

Viidatud allikad

1. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Suhrcke M, McKee M, Sauto-Arce R, Tsovala S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Brussels: European Commission; 2005.
3. Personal communication. Comments received with thanks from Prof. M. Suhrcke 8/9/09.
4. Byrne D. Enabling good health for all: a reflection process for a new EU health strategy. Brussels: European Commission; 2004.
5. Commission of the European Communities. Together for Health: A strategic approach for the EU 2008-2013. Brussels: European Commission; 2007.
6. Report from the High-Level Group. Facing the challenge: The Lisbon strategy for growth and employment. Luxembourg: European Commission; 2004.
7. Suhrcke M, Sauto Arce R, McKee M, Rocco L. The economic costs of ill health in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
8. Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic disease: an economic perspective. London: Oxford Health Alliance; 2006.
9. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union. Luxembourg: European Commission; 2007.
10. Report of the Eurothine project. Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach. Rotterdam: University Medical Center; 2007.
11. Report of the Research Working Group. Inequalities in health/ The Black report. London: Department of Health and Social Security; 1980.
12. World Health Organization. WHO European Ministerial Conference on Health Systems "Health systems, Health and Wealth". Conference proceedings available at: www.euro.who.int/healthsystems2008
13. Report of the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Geneva: WHO, 2008.
14. 62nd World Health Assembly. Conference proceedings available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf
15. Fouarge D. The costs of non-social policy: Towards an economic framework of quality social policies – and the costs of not having them. Brussels: European Commission (DG EMPL); 2003. Report available at: http://socialpolicy.ucc.ie/EU-docs-socpol/Fouarge_costofnonsoc_final_en.pdf
16. Wanless D. Securing good health for the whole population. London: HM Treasury; 2004.
17. Drummond M. Assessing the challenges of applying standard methods of economic evaluation to public health programmes. Public Health Research Consortium (D-I05); 2006. Kelly M, McDaid D, Ludbrook A, 18. Powell J. Economic appraisal of public health interventions. London: Health Development Agency; 2005.
19. Global Health Equity Group (Marmot Review). Strategic review of health inequalities in England post 2010. University College London. Further information at: www.ucl.ac.uk/ghg/marmotreview/Documents
20. Centre for Health Economics Research paper 52. An economic framework for analysing the social determinants of health and health inequalities (2009). University of York.
21. DETERMINE Working Document I. Policies and actions addressing the socioeconomic determinants of health inequalities. Examples of activity at EU and member state level in Europe; 2008. Report available at: www.health-inequalities.eu
22. Sælensminde K. Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser. (Health effects in national economic analyses) Oslo: Directorate for Social and Health Affairs; 2007. Report available at: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00020/IS-1435_20969a.pdf
23. Report of the Ministerial Taskforce on Health Inequalities. Equally Well. Edinburgh, Scottish Government; 2008. Report available at: www.scotland.gov.uk/Publications/2008/06/25104032/0
24. Ministry of Labour and Social Inclusion. Work, Welfare and Inclusion. Report to the Storting No. 9; 2006-2007.
25. MURA: Investment for Health and Development Programme. Further information at: www.gken.org/Synopses/CI_10012.pdf
26. Ministerie VWS. Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis

- van sociaal economische achtergronden. The Hague, Ministerie VWS; 2008. Report available at: www.ggd.nl/ggdnl/uploaddb/download_object.asp?atoom=50623&VolgNr=698
27. Further information at: www.knmg.artsennet.nl
28. DKM Economic Consultants. Economic Evaluation of Water Supply and Waste Water Projects. Dublin, DKM Economic Consultants; 2004. Report available at: www.environ.ie/en/Publications/Environment/Water/FileDownload,1543,en.doc
29. Directorate for Health. Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunnet. (The role of the health system in the Norwegian Society). Oslo, Directorate for Health; 2008. Report available at: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00062/Health_creates_welfa_62299a.pdf
30. National Institute for Health and Clinical Evidence. Methods for the development of NICE public health guidance (second edition), London, NICE; 2009. Report available at: www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf
31. WHO-CHOICE Programme. World Health Organization. Further information at: www.who.int/choice/en/
32. National Performance Framework. Scottish Government. Further information at: www.scotland.gov.uk/About/purposestratobjs
33. Ministry of Health and Care Services. Prescriptions for a healthier Norway. Report to the Storting No. 6, 2002-2003. Oslo, Ministry of Health and Care Services; 2003. Report available at: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/Report-No-16-2002-2003-to-the-Storting-.html?id=452203
34. Ministry of Modernisation. Instructions for Official Studies and Reports. (Utredningsinstruksen); 2005.
35. Scotland. Regulatory Impact Assessment. Further information at: www.scotland.gov.uk
36. Ireland. Regulatory Impact Analysis. Further information at: www.betterregulation.ie
37. European Commission. Impact Assessment Guidelines. Brussels: European Commission; 2005. Report available at: http://ec.europa.eu/governance/impact/docs/key_docs/sec_2005_0791_en.pdf
38. European Commission. Study on the Use of Cost-effectiveness Analysis in EC's Evaluations. Brussels: European Commission (DG BUDGET); 2006. Report available at: http://ec.europa.eu/budget/library/documents/evaluation/studies/cea_finalreport_en.pdf
39. Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Arpo A. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2008. Report available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2504-5>
40. De Smedt D, Bakker M, Annemans L. Geïntegreerd actieplan vording en beweging 2008-2015. Kosteneffectiviteitsstudie. Ghent: Ghent University; 2008. Report available at: www.vigez.be/ Conference proceedings available at: www.gezondheidsconferentie.be/uploadedFiles/subsite02/actieplan_english_summary.pdf
41. Brunner E, Cohen D, Toon L. Cost effectiveness of cardiovascular disease prevention strategies: a perspective on EU food based dietary guidelines. Public Health Nutrition 4(2B), 711-715; 2001.
42. Swales C. A health economics model. The cost benefits of the physical activity strategy for Northern Ireland - a summary of key findings. Belfast: Health Promotion Agency; 2001. Report available at: <http://hpani.org/Resources/physicalactivity/paeconomreport.htm>
43. Sælensminde K Walking- and cycling track networks in Norwegian cities. Cost-benefit analyses including health effects and external costs of road traffic. Oslo: Institute of Transport Economics (TOI); 2002. Report available at: www.toi.no/article17775-29.html
44. Sælensminde K Positive helseeffekter av fysisk aktivitet. En konkretisering av veien mot mer fullstendige samfunnsøkonomiske analyser (Positive health effects of physical activity). Oslo: Directorate of Health; 2008. Report available at: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00062/_Positive_helseeffek_62779a.pdf
45. Ministry of Education. Money flows in sport in Finland. Helsinki, Ministry of Education; 2005. Report available at: www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2008/Liikunnan_rahavirrat_Suomessa_2005?lang=en
46. Sælensminde K. Fukt og grønnsaker i skolen – Beregning av samfunnsøkonomisk lønnsomhet (Fruit and vegetables in schools. Estimation of national economic profitability). Oslo: Directorate of Health and Social Affairs; 2005. Report available at: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/frukt_og_gr_nnsaker_i_skolen_50393

47. European Commission. Impact Assessment. Proposal for a Regulation ... in order to set up a School Fruit Scheme. Brussels: European Commission (DG AGRI); 2008. Report available at: http://ec.europa.eu/governance/impact/cia_2008_en.htm
48. Report of the Taskforce on Obesity. Obesity, the policy challenges. Dublin: Department of Health and Children; 2005. Report available at: www.dohc.ie/publications/pdf/report_taskforce_on_obesity.pdf
49. Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bogers RP, Milder IEJ, de Hollander EL, Barte JCM, Tariq L, Jacobs van der Bruggen MAM. Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico) diabetes mellitus type 2. Bilthoven: RIVM; 2008. Report available at: www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260401005.html
50. European Commission. White Paper on A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues - Summary of the Impact Assessment. Brussels, European Commission; 2007. Report available at: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SEC:2007:0707:FIN:EN:HTML>
51. Department of Health, Social Services and Public Safety. Smoking (Northern Ireland) Order 2006. Health and Regulatory Impact Assessment. Belfast: DHSSPSNI; 2006. Report available at: www.dhsspsni.gov.uk/ph_health_regulatory_impact_assessment_smoking_ni_order_2006.pdf
52. Ludbrook A, Bird S, van Teijlingen E. International review of the health and economic impact of the regulation of smoking in public places. Edinburgh: Health Scotland; 2005. Report available at: www.healthscotland.com/uploads/documents/InternationalReviewFullReport.pdf
53. Pekurinen, M. Economic aspects of smoking: Is there a case for government intervention in Finland. National Agency for Welfare and Health, Research Reports 16; 1992. ISBN 951-5738-6.
54. European Commission. Factsheet on Alcohol-related harm in Europe – Key data by the European Communities. Brussels: European Commission (DG SANCO); 2006. Report available at: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf
55. Department of Health, Social Services and Public Safety. The Northern Ireland suicide prevention strategy and action plan 2006-11. Belfast: DHSSPSNI; 2006. Report available at: www.dhsspsni.gov.uk/phnисуicidepreventionstrategy_action_plan-3.pdf
56. Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg C. The Cost of Depression in Europe. Journal of Mental Health Policy Economics. 9:2: 87-98; 2006.
57. Zechmeister, I, Killian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and the prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. BMC Public Health 8:20; 2008.
58. Cleveland, G. en Krashinski, M. Financing ECEC services in OECD countries; Paris: OECD; 2003.
59. Further information at: www.onderwijsachterstanden.nl
60. Veld R. Kosten en Baten van Voortijdig Schoolverlaten. (Costs and Benefits of Early School Leaving). Eindrapport; 2005. Further information at: www.wrr.nl/content.jsp?objectid=3759
61. Lock K. Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia. In: Bulletin of the World Health Organization 2003; 81 (6). Available at: www.who.int/bulletin/volumes/81/6/en/lock.pdf
62. Warren J. Towards 62. a healthier economy. Why investing in sustainable transport makes economic sense. Transform Scotland; 2008. Report available at: www.transformatScotland.org.uk/towards-ahealthier-economy.aspx
63. Donnelley RR. Scottish transport appraisal guidance. Edinburgh: transport Scotland; 2008. Report available at: www.transportScotland.gov.uk/files/documents/reports/j9760/j9760.pdf
64. Goodbody Economic Consultants. Economic Evaluation of the Government Strategy for Road Safety, 1998-2002. Dublin: Goodbody Economic Consultants; 2005. Report available at: www.transport.ie/upload/general/7535-0.pdf
65. Department of Transport. Value for money review of the railway safety programme 2004-2008. Dublin: Department of Transport; 2008. Report available at: www.transport.ie/upload/general/11293-0.pdf
66. Goodbody Economic Consultants. Cost Benefit Parameters and Application Rules for Transport Project Appraisal. Dublin: Goodbody Economic Consultants; 2005. Report available at [www.rsa.ie/publication/publication/upload/Cost Benefit Parameters and Application Rules for Transport Project Appraisal.doc](http://www.rsa.ie/publication/publication/upload/Cost_Benefit_Parameters_and_Application_Rules_for_Transport_Project_Appraisal.doc)
67. European Transport Safety Council, Cost Effective EU Transport Safety Measures. Brussels: European Transport Safety Council; 2003

68. Ministry of Social Affairs and Health Home and leisure accidents and their prevention. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health; 2003. Report available at:
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/tapaturma/summary.htm>
69. Holland MR. The co-benefits to health of a strong EU climate change policy. Prepared on behalf of Climate Action Network Europe, Health and Environment Alliance. WWF; 2008. Report available at:
www.climnet.org/Co-benefits%20to%20health%20report%20-september%202008.pdf
70. Bell, M. Towards a fuel poverty strategy for Northern Ireland. NICVA. Report available at:
www.nicva.org/index.cfm/section/Responses/key/954C0FE4-B0D0-7815-0F3C198069F9D929
71. Northern Ireland Audit Office. Warm homes: tackling fuel poverty. Belfast, Northern Ireland Audit Office; 2008. Report available at: www.niauditoffice.gov.uk/pubs/warmhomes/Warm_homes_final.pdf
72. European Commission. Impact Assessment. Proposal for a Directive on energy performance of buildings (recast). Brussels, European Commission (DG TREN); 2008. Report available at:
http://ec.europa.eu/governance/impact/ia_carried_out/cia_2008_en.htm#tren
73. Commission of the European Communities. Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU. Brussels, European Commission; 2009. Communication available at:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf

Lisa I: Sagedamini kasutatavate terminite sõnastik

Tervise sotsiaalsed tegurid (*Social determinants of health, SDH*)

Tervise määrab mitu tervishoiusektorist mitteolenevat tegurit. Terminit „tervise sotsiaalsed tegurid” kasutatakse tõstmaks esile, et sotsiaalsed tingimused, kus inimesed elavad mõjuvad nende tervisele. Kuna majanduslikud ja keskkonnatingimused on tihti sotsiaalsete tingimustega tihedalt seotud, võib ka need termini laiemasse tõlgendusse kaasata.

Ebavõrdsus tervises (*Health inequalities*)

Tervisealase ebavõrdsuse ilmingud viitavad elanikkonna eri rühmadel esinevale tervise varieerumisele.

Tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalne tegur (*Social determinant of health inequalities, SDHI*)

Tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalne tegur (SDHI) põhine käsitlusviis ühendab mõlemad ideed, et rõhutada sotsiaalsete tingimuste rolli inimeste erineva tervise ja haigestumuse puhul.

Tervise lülitamine kõikidesse poliitikatesse (*Health in all Policies, HiaP*)

Tervise kõikidesse poliitikatesse lülitamise lähenemine propageerib rolli, mida tervisevälised valdkonnad etendavad, kui arvestavad oma poliitikates kodanike tervise ja heaoluga. Antud lähenemise põhjendusena kasutatakse SDH ideed.

Majanduslik hindamine (*Economic evaluation*)

Majanduslik hindamine võrdleb alternatiivsete tegutsemisvahendite kulusid ja tagajärgi.

Lisa 2: Ajakava ja küsimustik

Ajakava

Kuupäev	Mis	Kuidas	Kus
Mai 2008	Ulatuse määramine	Tööseminar	Konsortsiumi nõupidamine, Ljubljana
Juuni–juuli 2008	Teabekogumine:	Kirjanduse ülevaade ja kontakt teabe võtmeedastajatega	Kontoritöö
August 2008	Küsimuste arutelu ja kokkuleppimine	Tööseminar	Töönõupidamine, London
September 2008 – veebruar 2009	Teabekogumine	Juhenddokumendi saatmine kõikidele partneritele	Kontoritöö/nõupidamised
Märts–aprill 2009	Analüüs	Partnerite vastuste ja kirjanduse läbivaatamine	Kontoritöö
Mai 2009	Leidude projekti esitlemine	Päevakorrapunkt ja üldine arutelu	Konsortsiumi nõupidamine, Praha
Juuni–november 2009	Töödokument	Dokumendi läbivaatamine ja lõplik kinnitamine	Kontoritöö

Küsimustik

Küsimustega 1–3 soovitakse konkreetseid näiteid sellest, kus majanduslikke analüüse on teostatud. Esimene küsimus on lai ning sellega soovitakse näiteid, mis ei pruugi ilmselgelt analüüsis tervise mõjusid tunnistada. Teise ja kolmanda küsimusega soovitakse näiteid, mis otseselt tunnistavad tervisele avalduvaid mõjusid (küsimus 2) ja tervisealase ebavõrdsuse ilminguid (küsimus 3). Ülejäänud küsimuste mõte on uurida majanduslike analüüside kasutamise tausta ning argumente, kui neid kasutatakse selleks, et tugevdada põhjendusi tervise ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsetele teguritele suunatud meetmete kasutamise vajalikkuseks.

1. Kas Teie riigis kasutatakse majanduslikke analüüse tervise sotsiaalsete teguritega tegelevate poliitikatega seoses, nagu näiteks transpordipoliitika, põllumajanduspoliitika, elamumajanduse poliitika jne? Palun tooge nii palju näiteid kui võimalik.
2. Kas olete leidnud tõendeid katsetest analüüsida tervise sotsiaalsete teguritega tegelevate poliitikate tervise mõjusid majanduslikust seisukohast? Palun tooge nii palju näiteid kui võimalik.
3. Kas olete leidnud tõendeid katsetest analüüsida majanduslikust seisukohast tervise sotsiaalsete teguritega tegelevate poliitikate mõjusid tervisealase ebavõrdsuse ilmingutele? Palun tooge nii palju näiteid kui võimalik.
4. Milliseid majanduslikke argumente kasutatakse teie riigis tervise ja tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelevate poliitikate poolt? Palun tooge näiteid sellest, kuidas antud argumente sõnastatakse.
5. Kes või millised organisatsioonid/valdkonnad taolisi argumente esitavad?
6. Kellele või milliste organisatsioonide/valdkondade jaoks taolised argumendid mõeldud on?
7. Kui taoliste poliitikate majanduslike argumentide arutelu puudub või see on piiratud, kommenteerige palun, miks see teie arvates nii võiks olla.
8. Millised majanduslikud argumendid võiksid ligi tõmmata ja kaasata tervise valdkonna väliseid poliitikavaldkondi arendama tervist ja/või tervisealase ebavõrdsuse ilminguid puudutavaid ühisalgatusi?