

Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkus

Kaija Kasekamp – Sotsiaalministeeriumi tervisevõrdsuse poliitika juht

Eesti tervishoiu rahastamise süsteem toimib tervikuna hästi ning seetõttu ei tohiks muuta praeguse süsteemi põhielemente: sihtotstarbeline ravi-kindlustusmaks, ravikindlustusraha keskne juhtimine ja ühe haigekassa süsteem (1). Samas näitavad mitmed analüüsid (1, 2), et ravikindlustuse sõltumine täielikult tööealiste inimeste panusest ei ole jätkusuutlik, arvestades rahvastiku vananemist, muutuvaid töövorme ja tööjõumaksude laekumise tundlikkust majanduskeskkonna muutuste suhtes.

Ravikindlustuse süsteemi loomise ajal 1990. aastatel oli Eesti rahvastiku struktuur teistsugune ning rahvaarv suurem. Nüüdseks on tööealiste inimeste arv oluliselt vähenenud ning kindlustatutega võrdsustatud ja riigi kindlustatud isikute arv ületab ravikindlustusse panustavate inimeste hulka. Rahvastiku prognoos viitab sellele, et sama tendents jätkub ning aastaks 2060 läheneb pensionäride osakaal kogu elanikkonnas 30%-le (3). Eesti Pank prognoosib, et rahvastiku vananemise tõttu väheneb töötajate suhtarv pensionäri kohta 2,2-lt 2018. aastal 1,6-ni 2060. aastal (4).

Kriisi mõju tervishoiu rahastamisele

Praeguseni on ravikindlustuse rahastamist enim mõjutanud järsud majanduskeskkonna muutused. 2008. aastal alanud majanduskriisi ilmestas hästi vaid tööealise rahvastiku panusest sõltuva ravikindlustuse rahastamise probleeme. Ülemaailmne majanduskriis koos riigieelarve range tasakaalupoliitikaga tõi Eestis 2009. aastal kaasa 14%-lise majanduslanguse. Töötus kasvas kiiresti, jõudes 2010. aastal 16,9%-ni (Euroopa Liidu keskmine oli 9,7%) (5). Töötuse kasv tõi aga

kaasa sotsiaalmaksu laekumise olulise vähenemise.

2008. aasta majanduskriisiks oli haigekassa hästi valmistunud, sest sai kasutada varasematel aastatel kogunenud märkimisväärseid reserve. Samas võeti kriisi ajal kasutusele mitu meetet, millega vähendati haigekassa kulusid 7%. Nendeks olid näiteks tervishoiuteenuste hindade ajutine vähendamine ning töövoimetuse- ja hambaravihüvitiste vähendamine. Ajutise töövoimetuse hüvitiste skeemi muutmisest ja haigekassa konservatiivsest eelarvepoliitikast tulenevalt jäi kriisiperioodil enamik haigekassa reserve kasutamata (6).

Tervishoiukulude osakaal sise-majanduse koguproduktis (SKP) varieerus majanduskriisi eelsel ja järgsel ajal – aastatel 2008–2010 – suuresti. Kriisi ajal kasvas nende kulude osakaal peaaegu 7%-ni ning selle põhjuseks oli oluliselt väiksem kulutuste kärpimine võrreldes teiste sektoritega ja töövoimetushüvitiste oluline vähendamine haigekassa eelarves. See muudatus võimaldas säilitada kulutusi tervishoiuteenustele, sh üld- ja eriarstiabile.

2020. aasta kevadel prognoositi koroonakriisist põhjustatud majanduslanguseks Eesti SKPs 6,9%. Praeguseks on selge, et meil suudeti teiste riikidega võrreldes kahjusid paremini ennetada ja majanduslangus on olnud oodatust väiksem, vaid 4,6%, kuid Euroopa Komisjoni hinnangul saab majanduse taastumine olema aeglasem (7). Töötuse määr on Eestis praeguse kriisi ajal suurenenud 8,2 %-ni (8). Rahandusministeerium prognoosib 2021. aasta töötuse määraks 8% (9). Euroala töötuse määr suureneb prognoosi kohaselt 2019. aasta 7,5%-lt 2020. aastal 8,3%-ni. (5) Rahandusminis-

teeriumi analüüsi põhjal mõjutab koroonakriis enam just madalapalgalisi inimrühmi (7).

Kuna tervishoiu rahastamissüsteemi võrreldes eelmise majanduskriisi ajaga oluliselt muudetud ei ole, väheneb haigekassa sissetulek sotsiaalmaksu väiksema laekumise tõttu ulatuslikult. COVID-19 pandeemia on põhjustanud globaalse majandus- ja tervishoiukriisi. Seega tuleb lisaks vähenevatele tuludele katta ka tervishoiukriisiga toimetulekuks vajalikud lisakulud ja seetõttu võib eeldada, et koroonaviiruse põhjustatud kriisi mõju tervishoiusüsteemi rahastamisele on suurem kui 2008. aastal.

Olukorda süvendab tõsiasi, et 2008. aasta majanduskriisi järgsetel aastatel on haigekassa kulud suurenenud kiiremini kui tulud. Sellest tingituna on ravi kättesaadavus vähenenud ning ravijärjekorrad pidevalt pikenenud. Alates aastast 2013 kuni aastani 2016 on haigekassa eelarve olnud puudujäägis (10). Viimastel aastatel on tervishoiukulud suurenenud kiiremini kui sotsiaalmaksu laekumine ning see näitab, et ravikindlustussüsteemi jätkusuutlikkus oli problemaatiline juba enne 2020. aasta kevadel alanud kriisi.

Peale majanduskriisi mõjude süvendab rahastamise jätkusuutmatust tendents, et üha enam kasutatakse paindlikke töövorme. Need muudavad eraisikute maksustamise keerukamaks, ei taga püsivat töötulu ja seeläbi ka tööjõumaksude laekumist. Lisaks sellele, et paindlikud töövormid ei taga suurenevale osale inimestest piisavalt püsivat sotsiaalkaitset, mõjutab see ka haigekassa eelarvet. Eestis on paindlike töövormide kasutamine viimase kümne aasta jooksul mitmekordistunud ja sama probleemiga seisavad

silmitsi ka teised riigid. Muutunud tööturg süvendab tervishoiu rahastamise jätkusuutmatust. Seega tuleb kaaluda süsteemseid lahendusi, mis vähendaksid haigekassa eelarve sõltuvust tööhõivega seotud maksudest.

Alates ravikindlustuse süsteemi rakendamisest on Eestis kahel korral – 2002. ja 2018. aasta otsustega – suunatud haigekassasse sotsiaalmaksu ravikindlustuse osale lisaraha. Esmalt hakkas riik täiendavalt tasuma kindlustusmaksleid teatud sihtrühmade eest (11). Kuigi seda tehakse, lähtudes maksu miinimummäärast, annab see kindlustuse näiteks ajateenijatele, sotsiaaltoetust saavatele inimestele, doktorantidele jt (täpne loetelu on toodud ravikindlustuse seaduse §-s 5).

Teiseks laiendati alates 2018. aastast haigekassa tulubaasi, makstes riigieelarvest eraldisi mittetöötavate pensionäride eest. Muudatusega nähti ette nende eraldiste järkjärgulist suurenemist 7%-lt keskmisest riiklikust pensionist 2018. aastal kuni 13%-ni 2022. aastal. See tähendab, et 2022. aastaks on nii töötajate ka kui mittetöötavate pensionäride tervisekindlustuse makse 13% (12). Riigieelarvelised eraldised piirduvad mittetöötavate pensionäridega, sest töötavate pensionäride palgalt tasutakse sotsiaalmaksu tavapärasel viisil.

Siiski ei ole kumbki nendest muudatustest oluliselt vähendanud haigekassa tulude sõltuvust töjõumaksude laekumisest. Viimase muudatuse tulemusel kasvab riigieelarvest tehtavate eraldiste osatähtsus haigekassa eelarves ligikaudu 11%-ni, kuid kokkuvõttes avaliku sektori tervishoiukulud sellest oluliselt ei suurene (2022. aastaks ligikaudu 0,2% SKPs) (6).

Arvestades koroonaviirusest tingitud kriisi ulatuslikku mõju haigekassa eelarvele, on oluline esmajärjekorras tagada haigekassa lühiajaline finantsstabiilsus ning katta sotsiaalmaksu laekumise vähenemisest tingitud puudujääk. Kriisist tulenevate erakorraliste kulude

katteks anti haigekassa eelarvesse 2020. aasta kevadel 213 miljoni euro suurune eraldis (millest kasutati ära 95 miljonit) ning täiendavalt detsembris veel 8 miljonit eurot. Selleks, et tervishoiuteenuste kättesaadavus epideemia olukorras ei väheneks, eraldas Vabariigi Valitsus 2021. aastaks haigekassa eelarve miinuse katmiseks 143 miljonit eurot ehk ligi 11% haigekassa tervishoiuteenuste eelarvest. Ilma selle eraldiseta oleks hüpoteetilise näitena tulnud kärpida tervishoiuteenuseid pea kogu üldarstiabi eelarve mahus. Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks pikas perspektiivis on vaja aga süsteemsemat lähene mist kui ühekordsed eraldised.

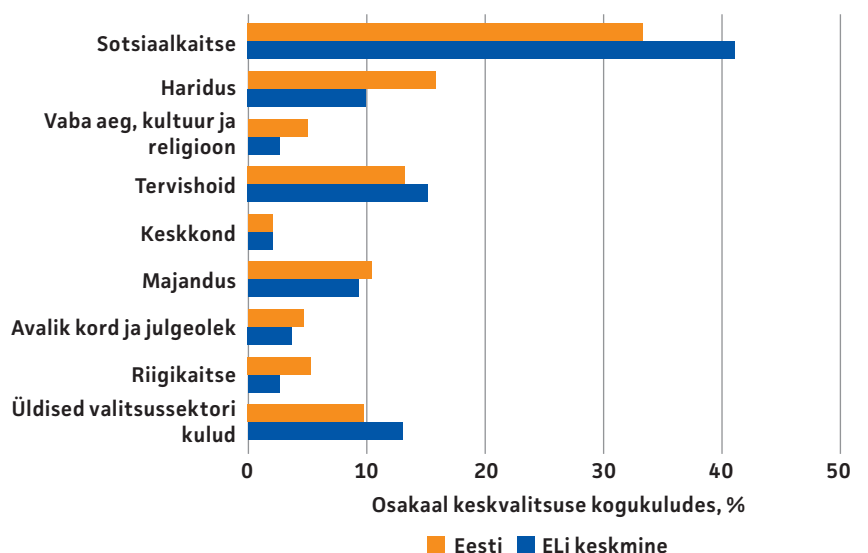
Avaliku sektori tervishoiukulud on Eestis liiga madalad

Eesti tervishoiusüsteem on suutnud aastate jooksul saavutada päris häid tervisetulemeid. Nii on näiteks erinevalt paljudest Ida-Euroopa riikidest eeldatav eluiga Eestis püsivalt suurenenud, lähenedes Euroopa Liidu (EL) keskmisele, ja alla 5aastaste laste suremus on isegi ELi keskmisest väiksem. See kõik on saavutatud vägagi madalate tervis-

hoiu kogukuludega. Samas tuleb tunnistada, et Eestis on väga suur nii sooline kui ka inimeste sisetuleku- ja haridustasemega seotud ebavõrdsus tervises (13). Kehv tervis aga vähendab töjõupakkumist ja tööviljakust (14).

Tervishoiukulud koosnevad avaliku sektori (Eesti Haigekassa, keskvalitsus ja kohalikud omavalitused) kuludest ja leibkondade omaosalusest. Kokku on nende kulude osakaal Eesti SKPs oluliselt väiksem kui ELi riikides keskmiselt (Eestis 6,7% 2019. aastal, ELis 9,9% 2018. aastal) (5). Seega võib hinnata Eesti süsteemi tõhusaks: madalate kuludega on saavutatud võrdlemisi häid tulemusi. Ometi ei taga senise praktika jätkamine tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkust.

Avaliku sektori kulude osakaal Eesti riigi kogumajanduses on väike – 39,1% võrreldes ELi keskmisega 46,5% 2019. aastal – ja sellest omakorda panustatakse tervishoiule võrreldes teiste riikidega vähem nii osakaaluna SKPs kui ka avaliku sektori kogukuludes. Nii oli avaliku sektori tervishoiukulude osakaal Eesti SKPs 2019. aastal 5,02% (15), ELi keskmine aga 7,85% (5). Tervishoiukulude osakaal avaliku sektori



Allikas: Eurostat

Joonis 1. Avaliku sektori rahastamise jaotumine valdkonniti Euroopa Liidus keskmiselt ja Eestis 2018. aastal (osakaal Vabariigi Valitsuse kogukuludes).

kogukuludes (vt joonis 1) oli Eestis 2018. aastal 13,1%, jäädes alla nii OECD kui ka ELi keskmisele, mis oli 15%. Samas näitab teiste riikide kogemus, et tervishoiu- ja sotsiaalkulude osakaal avaliku sektori kuludes on aja jooksul suurenenud (5). Ka siis, kui arvestada ostujõuna kohandatud SKPd inimese kohta, kulutab Eesti avalik sektor tervishoiule vähem kui sama jõukustasemega riigid keskmiselt.

Kuna avalik sektor panustab võrreldes ELi keskmisega tervishoiusüsteemi vähem, on mõistetavalt vaja enam panustada leibkondadel oma taskust. Eestis on leibkondade omaosaluskoormus suur. 2019. aastal moodustas see 23,93% tervishoiu kogukuludest ja on lähenemas rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020 (16) seatud 25% maksimummääradele (16). Samuti näitavad arvukad analüüsid (17–19), et suur omaosalus on juba nüüd oluliseks takistuseks tervishoiuteenuste saamisel ning see omakorda süvendab tervise ebavõrdsust. Seega on tervise ebavõrdsuse vähendamiseks eelkõige vaja suurendada tervishoiu rahastamist avalikust sektorist.

Kui palju oleks paras?

Avaliku sektori väikesed tervishoiukulud näitavad selgelt tervisevaldkonna madalat prioriteetsust seadusandliku võimu silmis. Mitmete uuringute kohaselt hindavad aga inimesed tervist prioriteediks, millesse tasub täiendavalt investeerida. Euroopa Rekonstruktsiooni- ja Arengupanga ning Maailmapanga rahulolu-uuringute tulemuste põhjal tuleks inimeste hinnangul suunata tervishoidu täiendavalt riiklikke vahendeid. Tähtsuselt teiseks peetakse haridust, kolmandaks vaeste toetamist ja neljandaks pensione (20). OECD parema elu indeksi arvutamiseks küsitleti inimesi üle maailma. Enamiku Eesti vastanute hinnangul on tervisel hea elu juures oluline roll, sama on teiste küsitluses osalenud riikide elanike puhul (21).

Euroopa Komisjoni aruandes on välja toodud, et Eesti riik panustab

võrreldes teiste Euroopa riikidega vähem sotsiaalkaitsele, sh tervisele. Komisjon tõdeb, et Eesti tervena elatud eluaastate arv on ELi üks madalamaid ja vähenemas. Samas on tervisenäitajates piirkondlikult ning hariduse ja sisetulekute poolest suured erinevused. Kõik see seotub tervishoiu ebapiisava rahastamisega. Alarahastusega seotud rahuldamatata tervishoiuteenuste vajaduse kõrge määr mõjutab tõenäoliselt tervisenäitajaid ja vähendab seeläbi inimeste töövõimust (22).

Kuigi avaliku sektori panust tervishoiukuludesse on vähesel määral suurendatud, ei ole sellega jõutud lähemale ELi keskmisele. COVID-19 pandeemia tõttu on haigekassale eraldatud lisaraha, samas mõjutavad sellised üksikud eraldised haigekassa finantsilist jätkusuutlikkust vaid lühiperspektiivis. Maailma Terviseorganisatsiooni soovitudele tuginedes võiks Eesti suurendada avaliku sektori panust tervisele vähemalt 15%-ni (23). Selleks, et jõuda tervishoiu avaliku sektori poolse rahastamisega ELi keskmiseni, tuleks tervishoidu igal aastal panustada täiendavalt vähemalt 200–300 miljonit eurot avaliku sektori raha.

Tervishoiu rahastamise suurendamine avalikust sektorist on vajalik, et tagada haigekassa finantsstabiilsus. Niisama oluline on aga ka tervishoiu rahastamise süsteemi muutes suunata lisanduv raha süsteemi eesmärgistatult. Lisatav rahastus tuleks siduda konkreetsete, patsiendi jaoks oluliste väljunditega, nagu inimesekesksus, parem tervishoiuteenuste kättesaadavus, ravi järjepidevus, kvaliteet ja teenuste integreeritus.

Tervishoidu lisanduv raha peaks eelkõige aitama astuda samme üldise tervisekindlustuse tagamise suunas, sealhulgas suurendama kindlustatud inimeste arvu, vähendama omaosalust tervishoiuteenuste tarbimisel ning suurendama kulutõhusate tervishoiuteenuste rahastamist. Lisaraha on oluline eeldus, et Eesti tervishoiusüsteem saaks neid eesmärke

saavutada. Samal ajal on tarvis teha tervishoiu rahastamises ja korralduses põhimõttelisi muudatusi, et süsteemi suunata lisaraha toetaks võimalikult hästi rahvastiku tervise arengukavas (24) aastani 2030 seatud eesmärkide saavutamist ning süsteem tervikuna oleks jätkusuutlik.

KIRJANDUS

1. Thomson S, Vörk A, Habicht T, Rooväli L, Evetovits T, Habicht J. Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon; 2010.
2. Aaviksoo A, Kruus P, Leppik L jt. Eesti Sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused. SA Praxis; 2011.
3. Statistikaamet. Rahvastikuprognosis. <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/rahvastik/rahvastikuprognosis> (21.12.2020).
4. Eesti Pank. Pensionisüsteemi muudatuste mõjuanalüüs. 2019.
5. Eurostati andmebaas. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (21.12.2020).
6. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Aaben L, Van Ginneken E. Estonia: Health system review. Health Systems in Transition 2018;20:1–193.
7. Euroopa Komisjon. Komisjoni 2020. aasta sügise majandusprognosis kohaselt takistab viiruse uus laine ELi majanduse taastumist. https://ec.europa.eu/estonia/news/20201105_majandusprognosis_et (21.12.2020).
8. Töötukassa. Registreeritud töötuse määr. <https://www.tootukassa.ee/content/tootukassast/pae-vane-statistika> (23.12.2020).
9. Rahandusministeerium. Majandusprognosis 2020 sügis. <https://www.rahandusministeerium.ee/et/riigieelarve-ja-majandus/majandusprognosisid> (21.12.2020).
10. Eesti Haigekassa. Finantsnäitajad. <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/finantsnaitajad> (21.12.2020).
11. Ravikindlustuse seadus (19.06.2002), RT I 2002, 62, 377; <https://www.riigiteataja.ee/akt/181723>.
12. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (09.05.2001). RT I 2001, 50, 284; viimati muudetud 20.03.2011. <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009>.
13. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Estonia: Country Health Profile 2019. In: State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing; 2019.
14. Succe M, Mazzucco S, Vörk A. Makromajandus ja tervis. SA Praxis; 2006.
15. TAI andmebaas: <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>.
16. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2009-2020> (29.12.2020).
17. Vörk A, Habicht T. Kas inimesed saavad endale tervishoiu eest tasumist lubada? WHO; 2018.
18. Vörk A, Saluse J, Reinap M, Habicht T. Out-of-pocket payments and health care utilization in Estonia, 2000–2012. WHO; 2014.
19. Vörk A. Sisetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kasutamisega Eesti Terviseuuringu 2014 andmetel.
20. Euroopa Rekonstruktsiooni- ja Arengupanga ja Maailmapanga rahulolu-uuring, 2016.
21. OECD Better Life Index. Estonia. <http://www.oecd-betterlifeindex.org/topics/health/> (21.12.2020).
22. European Commission. Country Report Estonia. 2020.
23. WHO notes on the Memorandum to the Cabinet of Ministers on the Analysis of additional funding for health and proposals for ensuring sustainability of health insurance in Estonia 28 March, 2016. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/who_ettepanekud.pdf.
24. Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. <https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030> (21.12.2020).