

# Võimalused tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks

Kaija Kasekamp – Sotsiaalministeeriumi tervisevõrdsuse poliitika juht

Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks on vaja leida lahendusi, mis aitaks katta haigekassa eelarve defitsiiti ning vähendada rahastamise sõltuvust tööhõivest põhinevate maksude laekumisest. Tervishoiu prioriteetsus, väljendatuna osakaaluna valitsussektori kogukuludes, on Eestis praegu madal ning ka avaliku sektori kogukulude osakaal on väiksem kui Euroopa Liidus (EL) keskmiselt. Seega on tulnud Eestis leibkondadel katta rohkem tervishoiukulusid omaosalusena kui ELis keskmiselt. Omaosalus on oma iseloomult kõige regressiivsem ja ebaefektiivsem vorm nende kulude katmiseks. Kuna omaosaluskoormus on suur, tuleb eelkõige suurendada avaliku sektori panust tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks.

Selleks, et Eesti tervishoiu rahastamine avalikust sektorist jõuaks lähemale ELi keskmisele tasemele, on vaja tervishoidu täiendavalt investeerida igal aastal üle 200–300 miljoni euro. Selleks, et suurendada avaliku sektori tervishoiukulude osakaalu SKPs 6%-ni (praegu 5% ja ELi keskmine 8%), oleks tervishoidu vaja lisaraha ligikaudu 300 miljonit eurot aastas. Selleks, et suurendada tervishoiukulude osa avaliku sektori kuludes 15%-ni (Eestis 13%, ELi keskmine 15%), oleks lisaraha vaja ligi 200 miljonit eurot aastas.

Tervishoiu rahastamist avaliku sektori vahenditest on võimalik suurendada kas olemasolevat maksusüsteemi muutes või avaliku sektori vahendeid ümber jagades. Järgevalt on kirjeldatud kolme võimalust ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks.

## SOTSIAALMAKSU DEKOMPONEERIMINE JA SELLE RAVIKINDLUSTUSE OSA MAKSUBAASI LAIENDAMINE

Arvestades nii demograafilisi kui ka tööjõuturul toimuvaid muutusi, ei ole ainult tööjõukuludel põhinev sihtotstarbeline maks jätkusuutlik. Seega tuleks laiendada haigekassa tulude aluseks olevat maksubaasi ning asendada täielikult või osaliselt praegune sotsiaalmaks deklareeritud tulult makstava tasuga. See laiendaks maksubaasi, kuna deklareeritud tulu hulgas on ka praegu sotsiaalmaksuga mittemaksustatavad tulud, nagu dividenditulu, renditulu jms. Muude tululiikide maksustamist ravikindlustusraha suurendamiseks ja kindlustuskaitse laiendamiseks on kasutatud ka näiteks Prantsusmaal (1, 2).

Selle kava kohaselt jagataks praegune sotsiaalmaks kaheks erineva maksubaasiga osaks: ravikindlustuse maks, mida maksavad töötajad ja riik; ning pensionikindlustuse maks, mida maksab tööandja.

Muudatuse mõju ja võimaliku uue maksumäära prognoosi tegi poliitikauuringute keskus Praxis. Analüüsi eesmärk oli välja arvutada maksumäär, mis kataks tervishoiukulud, nii et kulutuste tase jõuaks 15%-ni avaliku sektori kogukuludest ja haigekassa eelarvele lisanduks ligikaudu 200 miljonit eurot. Sellisel juhul oleks kõikidele tululiikidele rakenduv ravikindlustuse maksu määr ligikaudu 12,9%. Praeguste kulude katmiseks piisaks laiendatud maksubaasi korral maksumäärast 11,4%. Seega tooks sellest 1,5 protsendipunkti võrra kõrgema

maksumäära rakendamine kogu deklareeritava tulule ravikindlustusele täiendavat tulu ligikaudu 200 miljonit eurot.

Maksureeglite ja -baasi muutusega suureneb nende inimeste maksukoormus, kellel on peale palga muid tulusid (dividenditulu, üüritulu vms). Seega oleks tegu mõnevõrra progresseeruva maksusüsteemiga, kus suurema sissetulekuga inimeste netotulu võib väheneda. Täpne riigi kulude ja tulude ning inimeste endi netotulude muutus sõltuks erijuhtudest, mis nõuab edasist detailsemat analüüsi.

Võrreldes praeguse olukorraga lisanduks ravikindlustuse maksubaasi laiendamisega kõikidele deklareeritud tuludele ligikaudu 45 000 uut ravikindlustusmaksajat. Muudatus tooks kaasa ka ravikindlustatud isikute arvu suurenemise, kuna kindlustatus ei sõltuks vaid tööiste sissetulekute olemasolust.

Praxise 2011. aasta (3) ravikindlustuse jätkusuutlikkuse analüüsis seoti maksubaasi arengusuundumused peamiste majandus- ja rahvastikunäitajate pikaajaliste prognoosidega. Kui haigekassa kulude kasv prognoositud tempos jätkub, aitaks selle maksumuudatusega (maksebaasi laiendamine) lisanduv 200 miljonit katta puudujääki vaid lähiaastatel. Samas ei ole pikaajalises prognoosis arvestatud võimalikke muutusi dividenditulul ja muudes füüsiliste isikute ravikindlustusmaksuga maksustatavates tuludes osakaaluna SKPs, mistõttu võib prognoosimudel alahinnata nende muutuste mõju. Muudatuse pikaajalist mõju haigekassa rahastamise jätkusuutlikkusele tuleks täiendavalt analüüsida.

Sellegipoolest suurendaks muudatus haigekassa rahastamise jätkusuutlikkust ning paindlike töövormide kasvades suureneksid sotsiaalsed garantiid. Maksubaasi laiendamisel saaks katta ka haigekassa kulude tõusu.

## HAIGUSHÜVITISE VÄLJAVIIMINE HAIGEKASSA EELARVEST

Kuna töövõimetushüvitiste puhul on tegemist tõise sissetuleku säilitamisega haigestumise korral, on küsitav, kas need kulud tuleks katta tervishoiuteenusteks ette nähtud ravikindlustuse rahast. Kuna töövõimetushüvitised on haigekassale nn avatud kohustus, siis nende kulude kiire suurenemine vähendab võimalusi tasuta tervishoiuteenuste eest. Teisalt on aga inimeste tervise huvides töövõimetushüvitiste katmine, et vähendada haigena töö käimist ja seeläbi näiteks ohtlike nakkushaiguste levikut või tervise seisundi halvenemist.

Haigushüvitiste väljaviimist haigekassa eelarvest on varem arutanud mitme valitsuse liikmed ning ka eelmises Eesti Keskerakonna, Eesti Konservatiivse Rahvaerakonna ja Isamaa Erakonna sõlmitud valitsuse tegevusprogrammis (4) oli võetud ülesanne analüüsida töövõimetushüvitiste väljaviimist haigekassa eelarvest. Alates 2022. aastast viiakse haigekassa eelarvest sotsiaalkindlustusameti eelarvesse sünnitushüvitiste kulud. Seega jäävad praegu haigekassa eelarvesse haigus- ja hooldushüvitiste kulud.

Haigushüvitiste väljaviimisele haigekassa eelarvest on kaks võimaliku alternatiivi:

- 1) viia haigushüvitised haigekassa eelarvest välja (nt Eesti Töötukassasse) koos selle kohustuse katteks vajaliku rahaga;
- 2) viia haigushüvitiste maksmise korraldus haigekassast välja (nt Eesti Töötukassasse), jättes raha haigekassa eelarvesse.

Juhul kui haigushüvitiste kulud – 2022. aastal ca 86 miljonit eurot – kannaks edaspidi töötukassa,

tuleks tõsta töötuskindlustusmäär 0,8 protsendipunkti võrra (kehtiv määr on kindlustatule 1,6% ja tööandjale 0,8%). Kui senisele haigushüvitiste skeemile lisanduks kulud seoses praegu ajutiselt (k.a aprilli lõpuni) kehtestatud 2. ja 3. haiguspäeva hüvitamisega ka edaspidi, on aastane täiendav lisavajadus 15 miljonit eurot ja maksemäär tuleks tõsta 1,2 protsendipunkti võrra ehk 3,6%-ni. Seaduse kohaselt võib maksimaalne töötuskindlustusmäär olla 4,2%.

Töövõimetushüvitiste kulude väljaviimine haigekassa eelarvest võimaldaks vabastada tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamiseks 2022. aasta arvestuses 86 miljonit eurot. Sellest aga ei piisa, et katta haigekassa eelarve defitsiiti ning tervishoiu rahastamise lühiega pikaajalist jätkusuutmatust see muudatus ei lahendaks.

Haigushüvitiste viimisel töötukassasse koos kohustuse katteks vajaliku rahaga tuleb välja töötada põhimõtte, kuidas sihtotstarbelise sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa anda üle töötukassale töövõimetushüvitiste rahastamiseks.

Haigushüvitise viimist töötukassasse koos võimalusega kasutada erinevaid tööturu ja töövõime toetamise meetmeid komplekselt töövõimekaio vähendamisel ja ennetamisel tuleb põhjalikumalt kaaluda. Selleks tuleb analüüsida ja katsetada, kuidas erinevaid meetmeid kasutada ja hüvitisi (sh haigushüvitist) uutel põhimõtetel maksta, et töötukassal tekiks ülevaade haiguslehel viibimise pikkusest, võimalus efektiivselt planeerida ja rakendada võimalikke töövõime kadu ennetavaid sekkumismeetmeid, et toetada inimeste tööhõives püsimist ja ennetada püsiva töövõimekaio teket.

## JÄTKATA RIIGIEELARVEST ERALDISTE TEGEMIST

Selle valiku puhul tuleb riigieelarvest leida kätteallikad kas üldise maksutõusu või eelarve ümberjagamise kaudu. Võimalik on jätkata COVID-19-kriisi ajal kasutusele

võetud süsteemi, leppides eelarve või lisaeelarve läbirääkimistel kokku eraldises haigekassale, lähtudes tekkinud vajadusest. Nii otsustas Vabariigi Valitsus 2020. aasta sügisel teha eraldise haigekassa eelarvesse aastatel 2021–2024, et katta töäjõumaksude alalaekumisest tingitud puudujääk ja samas mitte vähendada tervishoiuteenuste kättesaadavust ega pikendada ravijärjekordi. Lisaks tehti 2021. aasta märtsi ja 2020. aasta aprilli lisaeelarvega otsus eraldada COVID-19-kriisi tõttu haigekassale raha tervishoiuteenuse osutajatele konkreetselt COVID-19-ga seotud kulutuste katmiseks.

Igal aastal läbiräägitav eelarve ei pruugi aga tagada tervishoiuteenuste rahastamiseks vajalikku stabiilsust. Säilib rahastamise tugev sõltuvus töäjõumaksudest ning sõltuvalt riigieelarvelise rahastuse ulatusest ja tervisevaldkonna prioriteetsusest võib tervishoiuteenuste kättesaadavus suureneda või väheneda. Samas viitavad uuringud, et kuigi poliitiline kontekst on oluline, määrab tervisevaldkonna edukuse enne eelarve läbirääkimisi tehtud tehniline ettevalmistus – soovitatavate tulemuste kirjeldamine ja selgus hilisema hindamine suhtes – ning tervishoiu eelarve kooskõla üldise eelarveprotsessi ja ajakavaga. Kui see on tõhusalt tehtud, on võimalik riigieelarve läbirääkimisel tervishoiu eelarvet edukalt suurendada (5). Igal juhul annab läbiräägitav eraldis valitsusele võimaluse suunata vahendeid konkreetsete prioriteetsete valdkondadega seotud kulude katteks (näiteks COVID-19-kriis). Samas, kui eraldisega ei kaasne selgeid eesmärke tervishoiusüsteemile, ei pruugi see oodatavat kasu tuua.

Riigieelarvest on võimalik teha ravikindlustusele eraldisi ka kokkulepitud valemil põhjal. 2017. aastal otsustas Vabariigi Valitsus suurendada alates 2018. aastast tervishoiusüsteemi tulusid mittetöötavate pensionäride eest makstava eraldisega. Pensionäride eest panustamist oli alates 2005. aastast Eestile

korduvalt soovitanud WHO (6), rõhutades laiemat tulubaasi olulisust nii rahalise kui ka poliitilise jätkusuutlikkuse tagamisel. Aastal 2010 tehtud põhjalikus uuringus küsitleti peamisi huvirühmi ning valdavalt leiti, et pensionäride eest on vaja haigekassa ravikindlustussüsteemi täiendavalt panustada (7).

Kindlustatutega võrdsustatud isikute (lapsed, pensionärid, üliõpilased jt) eest haigekassa eelarvesse panustamine üldisest maksutulust (riigieelarvest) on olnud pikalt kasutusel Leedus. Sarnaselt Eestiga kindlustab seal riik üle poole elanikkonnast, kuid erinevalt Eestist panustatakse nende isikute eest üldise maksutulu arvelt, mitte sotsiaalmaksust. Leeduga sarnaselt laiendati Eestis esimese sammuna haigekassa tulubaasi mittetöötavate pensionäride pensionilt maksitava eraldisega. Arvestuse aluseks võeti pensionäri keskmine pension, kuna prognoositi pensionide ennaktempo tõusu (8). Sarnast süsteemi kasutab ka näiteks Tšehhi, kus riigieelarvest tasutakse teatud rühmade ravikindlustuse eest ning riigieelarve rahaga kindlustatakse üle 60% Tšehhi elanikkonnast (9).

Sarnaselt mittetöötavate pensionäridega võiks riik teha haigekassa eelarvesse eraldise ka teiste ravikindlustuse seaduse alusel kindlustatutega võrdsustatud sihtrühmade eest. Eraldise suurus ühe isiku kohta võiks olla sotsiaalmaksu määra ravikindlustuse osa kas keskmisest või alampalgast. Tabelis 1 on kirjeldatud arvestus puhuks, kui riigieelarvest tehtaks eraldis kuni 19 aastaste laste eest, kes on kõige suurem kindlustatutega võrdsustatud sihtrühm. Statistikaameti rahvastikuprognosi põhjal oleks sotsiaalmaksu määra arvestamisel alampalgalt järgmisel neljal aastal lisarahastuse suurus alla 19 aastaste eest kuni 270 miljonit eurot aastas ning keskmisest palgast lähtudes kuni 690 miljonit eurot aastas.

Kui riik panustaks alla 19 aastaste laste ravikindlustuse eest, olgu

**Tabel 1.** Riigi eraldise prognoos haigekassa eelarvesse alla 19 aastaste laste eest aastatel 2021–2024

	2021	2022	2023	2024
Kuni 19 aastaste laste arv	270 081	271 256	272 137	271 967
Keskmine palk, eurodes	1428	1493	1565	1626
Ravikindlustuse makse ühe isiku kohta aastas, eurodes	2228	2329	2442	2537
Eraldise suurus, miljonit eurot, lähtudes keskmisest palgast	602	632	665	690
Alampalk*, eurodes	584	591	614	638
Ravikindlustuse makse ühe isiku kohta aastas, eurodes	911	922	958	995
Eraldise suurus, miljonit eurot, lähtudes alampalgast	246	250	261	271

\* Kokkulepitud meetodika järgi peaks alampalk neil aastail langema, kuid rahandusministeerium on oma prognoosis eeldanud, et seda ei langetata.

Allikas: Sotsiaalministeerium

keskmisest või alampalgast lähtudes, suureneks avaliku sektori tervishoiukulude osakaal tuntavalt. Ühtlasi vähendaks muudatus tervishoiu rahastamise sõltuvust majandusüklitest. Pikemas perspektiivis tuleks riigil kaaluda haigekassa eelarvesse panustamist kõigi kindlustatutega võrdsustatud isikute eest.

Üks võimalik kitsaskoht selle stsenaariumi puhul on selles, et täiendav eraldis võrdsustatud isikute eest ei suurenda tööealise elanikkonna kindlustuskaitset ning ei taga kindluskaitset üha enam kasutatavate paindlike töövormide puhul. Samuti ei võimalda see valitsusel suunata eraldisi eesmärgitatult, kui sellega ei kaasne selgelt määratletud eesmärgid ja ülesanded haigekassale.

Parim viis tagada rahastamise jätkusuutlikkus on erinevate lahendusvõimaluste kombinatsioon. Nagu juba öeldud, on iga rahaeralduse puhul määrava rolliga selle sihteesmärk. Tervishoidu lisanduv raha peaks eelkõige suurendama elanikkonna ligipääsu tervishoiuteenustele, laiendama kindlustatud isikute ringi, tagama kindlustuskaitse stabiilsuse ning vähendama omaosalust tervishoiuteenuste tarbimisel. Samas ei tohi kannatada tööturul

nõrgemas positsioonis olevate inimeste sotsiaalne kaitse. Juba kulutõhusaks hinnatud tervishoiuteenuste kättesaadavuse suurendamine kogu elanikkonnale on parim võimalus suurendada efektiivsust tervishoius tervikuna, parandada tervisetulemit ning seeläbi töövõimust.

## KIRJANDUS

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. France: Country Health Profile 2019. Paris: OECD Publishing; 2019.
2. WHO. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
3. Aaviksoo A, Kruus P, Leppik L jt. Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused, Tallinn: SA Praxis; 2011.
4. Eesti Keskerakonna, Eesti Konservatiivse Rahvaerakonna ja Isamaa Erakonna vahel 17. aprillil 2019 sõlmitud valitsuse moodustamise ja valitsusliidu tegevusprogrammi põhialuste kokkuleppe tegevusprogrammi aastateks 2019–2023. 2019, [https://www.valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/valitsus/Ratasellvalitsus/vabariigi\\_valitsuse\\_tgevusprogramm\\_2019-2023.pdf](https://www.valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/valitsus/Ratasellvalitsus/vabariigi_valitsuse_tgevusprogramm_2019-2023.pdf).
5. Barroy H, Gupta S. From overall fiscal space to budgetary space for health: connecting public financial management to resource mobilization in the era of COVID-19. CGD Policy Paper 185. Washington: Center for Global Development; 2020.
6. Couffinhal A, Habicht T. Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. WHO; 2005.
7. Thomson S, Vörka A, Habicht T, Rooväli L, Evetovits T, Habicht J. Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon; 2010.
8. Sotsiaalministeerium. Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs. 2015, [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu\\_rahastamise\\_jatkusuutlikkus.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus.pdf).
9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Czech Republic: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing; 2019.