



EUROOPA

Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks

*Autorid: Sarah Thomson, Andres Vörk,
Triin Habicht, Liis Rooväli,
Tamás Evetovits ja Jarno Habicht*

Märksõnad

RAHASTAMINE, TERVIS - trendid
TERVISEPOLIITIKA
JÄTKUSUUTLIKKUS
TERVISHOIUTEENUSTE PAKKUMINE - majandus
EESTI

ISBN 978 9949 21 242 2

© Maailma Terviseorganisatsioon 2010

Kõik õigused kaitstud. Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo võtab vastu taotlusi oma trükiste osalise või täieliku reprodutseerimise või tõlkimise loa saamiseks.

Trükises kasutatud nimed ja materjali esitusviis ei väljenda Maailma Terviseorganisatsiooni seisukohti ühegi riigi, territooriumi, linna, piirkonna või selle asutuste õigusliku seisundi või riigipiiri või muude piiride kindlaksmääramise küsimustes. Punktiirjooned kaartidel tähistavad ligikaudseid piire, mille suhtes ei tarvitse veel olla täielikku kokkulepet.

Konkreetsete äriühingute või teatavate tootjate toodete mainimine ei tähenda, et Maailma Terviseorganisatsioon toetab või soovitab vastavaid tooteid, eelistades neid teistele samalaadsetele toodetele. Kaitstud kaubamärgid kirjutatakse suure algustähega, kui ei ole tegemist vea või ärajätmisega.

Maailma Terviseorganisatsioon on rakendanud kõiki põhjendatud ettevaatusabinõusid, et kontrollida käesolevas trükises avaldatud informatsiooni. Avaldatud materjali levitatakse siiski ilma mingi selgesõnalise või enesestmõistetava garantiita. Materjali tõlgendamise ja kasutamise eest vastutab lugeja. Maailma Terviseorganisatsioon ei vastuta mingil juhul trükise kasutamisest tuleneva kahju eest. Autorite, toimetajate või ekspertide seisukohad ei pruugi alati väljendada Maailma Terviseorganisatsiooni otsuseid või ametlikku poliitikat.



EUROOPA

Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks

*Autorid: Sarah Thomson, Andres Vörk,
Triin Habicht, Liis Roováli,
Tamás Evetovits ja Jarno Habicht*

**Viime väärtused ellu:
rakendame Eestis Tallinna hartat
„Tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks“**

Sisukord

Tabelite loetelu	v
Jooniste loetelu	vi
Tänuavaldused	vii
Lühendid	viii
Kokkuvõte	1
1. Sissejuhatus	12
Aruande eesmärgid	12
Meetodid	13
Analüüsi raamistik	17
Aruande ülesehitus	18
2. Tervisesüsteemi rahastamine ja maksupoliitika	19
Tervisesüsteemi rahastamine	19
Maksupoliitika	33
3. Hinnang tervisesüsteemi rahastamisele	46
Kaitse finantsriskide vastu	46
Õiglus	50
Terviseteenuste kvaliteet ja kulutõhusus	53
Administratiivne efektiivsus	66
Läbipaistvus, vastutus ja aruandekohustus	67
Peamiste järelduste kokkuvõte	68
4. Tervishoiu kulu- ja tuluprognosid	69
Tulevasi tulused ja kulused mõjutavad tegurid	69
Kuluprognosid	75
Tuluprognosid	83
Tulude ja kulude vahe	90
Peamiste järelduste kokkuvõte	94
5. Huvirühmade arvamused	96
Tervisesüsteemi rahastamispoliitika tugevused ja nõrkused	96
Rahastamispoliitika ees seisvad probleemid	98
Arvamused rahastamise, kindlustuskaitse ulatuse ja väärtuste kohta	99
6. Rahalist jätkusuutlikkuse võimalused	102
Rahalist jätkusuutlikkust ohustavad asjaolud	102
Avaliku sektori tulubaasi laiendamine ja lisatulu hankimine	103
Kindlustuskaitse ulatuse, hüvitatavate teenuste valiku ja hüvitiste määra (omaosaluse) muutmine	112
Ressursijaotuse ja ostmise täiustamine	119
Juhtimise tugevdamine	121
7. Soovitused	122
Lisa 1. Kokkuvõte 3. aprillil 2009 Tallinnas toimunud seminarist	126
Lisa 2. Kokkuvõte 20. oktoobril 2009 Tallinnas toimunud seminarist	130
Lisa 3. Intervjuuküsimused	133
Viited	135

Tabelite loetelu

Tabel 1. Osalejad 3. aprillil 2009 toimunud seminaril	13
Tabel 2. Osalejad 20. oktoobril 2009 toimunud seminaril	14
Tabel 3. Intervjuud, 5.–8. aprill 2009	16
Tabel 4. Suundumused tervishoiukuludes, 1995–2007	19
Tabel 5. Tervisesüsteemi peamised rahastamisallikad (% kogutulust), 1995–2007	21
Tabel 6. Tervisesüsteemi peamised rahastamisallikad (% kogutulust) maksuliigi järgi, 2000–2007	22
Tabel 7. Haigekassa kindlustatute jaotus, juuni 2008	23
Tabel 8. Haigekassa eelarve jaotus, 2001 ja 2009	25
Tabel 9. Omaosalustasud raviliikide lõikes, valitud aastad	29
Tabel 10. Retseptiravimite kulud, 2008	30
Tabel 11. Valitsemissektori tulud ja kulud (% SKPst), 2000–2008	34
Tabel 12. Maksude ja sihtotstarvete ülevaade, 2009	36
Tabel 13. Sotsiaalmaks, mida maksab riik või Töötukassa	40
Tabel 14. Tervisesüsteemi rahastamise Kakwani progressiivsusindeksid, 2000–2007 ..	51
Tabel 15. Haigekassa kumulatiivsed reservid, 2001–2008	66
Tabel 16. Demograafilised prognoosid, 2007–2030	70
Tabel 17. Tööturuprognosid, 2007–2030	72
Tabel 18. Makromajanduslikud prognoosid, 2007–2030	73
Tabel 19. Eeldused tervishoiuteenuste kasutamise kohta kasutuse kasvu stsenaariumis	77
Tabel 20. Eeldused ravijuhu keskmise maksumuse muutumise kohta	78
Tabel 21. Tervishoiukulude muutuse prognoos, 2007–2030	80
Tabel 22. Tervishoiukulude struktuuri muutused 2030. aastal rahastamisallikate kaupa	82
Tabel 23. Kokkuvõte kasutuse muutustest ja mõju tervishoiu kogukuludele	83
Tabel 24. Tundlikkusanalüüsi kokkuvõte, 2030	88
Tabel 25. Avaliku sektori tulude ja kulude vahe kokkuvõte, 2030	94
Tabel 26. Huvirühmade arvamused tervisesüsteemi rahastamise kohta (tähtsusjärjestuseta)	97
Tabel 27. Sotsiaalmaksu ülempiiri lühiajaline mõju tuludele	104
Tabel 28. Valitsuste poolt pensionäride eest tehtavate maksete rahastamise võimalused	111

Jooniste loetelu

Joonis 1. Haigekassa tulude ja kulude arenguprognosisid, 2000–2030	5
Joonis 2. Tervisesüsteemi rahastamise deskriptiivse analüüsi raamistik	18
Joonis 3. Tervishoiu kogukulude ja ravikindlustuskulude kasv, 2000–2008	20
Joonis 4. Tervishoiu kogukulud ELi valitud liikmesriikides ja ELis, 1992–2006	20
Joonis 5. Tervisesüsteemi rahastamine maksuliikude lõikes, 2000 ja 2007	22
Joonis 6. Avaliku sektori osatähtsus tervisesüsteemi rahastamises valitud riikides, 2005	23
Joonis 7. Riigieelarvelised tervishoiukulud liikide lõikes, 2000–2007	26
Joonis 8. Tervishoiukulud leibkonna liikme kohta, 2000–2007	28
Joonis 9. Haigekassa lepingute sõlmimise protsess	30
Joonis 10. SKP kasv ja töötuse määr, 1996–2008	35
Joonis 11. Sotsiaalkulutuste struktuur Eestis ja ELis, 2006	35
Joonis 12. Maksustruktuur, 2000–2008	37
Joonis 13. ELi maksustruktuur, 2007	37
Joonis 14. ELi maksustruktuur majandustegevuse liikide lõikes, 2007	38
Joonis 15. Deklareeritud sotsiaalmaksu struktuur, 2003–2008	39
Joonis 16. Palgalt makstavate maksude struktuur, 2008	39
Joonis 17. Palgalt makstav sotsiaalmaks ja panused pensioniskeemidesse	40
Joonis 18. Tööjõukulude struktuur, 2008	42
Joonis 19. Omaosaluskulutuste struktuur sisetulekukvintilide lõikes, 2006	49
Joonis 20. Patsientide omaosalus retseptiravimite kuludes valitud ELi liikmesriikides, 2006	50
Joonis 21. Rahastamisallikate panus progressiivsusesse, 2007	52
Joonis 22. Omaosalus tervishoius leibkonna kogukulutustest sisetulekukvintililti (valitud aastad)	52
Joonis 23. Keskmine haiglaravil viibimise aeg EMP riikides, 2007	57
Joonis 24. Aktiivravihaiglate voodihõive Eestis ja OECD riikides, 2007	57
Joonis 25. Kompuutertomograafid EMP riikides, 2007	58
Joonis 26. Kallite meditsiiniseadmete arvu suurenemine, 2006–2008	59
Joonis 27. Päevakirurgia osa kõikidest kirurgilistest protseduuridest EMP riikid.es, 2007	61
Joonis 28. Stenokardiaga patsientide haiglast väljakirjutamiste arv EMP riikides, 2007	62
Joonis 29. Keskmine haiglas viibitud aeg valitud erihaiglate lõikes, 2009	65
Joonis 30. Vanusega seotud tervishoiukulude profiilid, 2007	75
Joonis 31. Prognoosimetoodika skeem	76
Joonis 32. Tervishoiu kogukulud (ilma ajutise töövoimetuse hüvitisteta), 2000–2030	79
Joonis 33. Tervishoiu kogukulud (koos ajutise töövoimetuse hüvitistega), 2000–2030	79
Joonis 34. Tervishoiukulud rahastamisallika kaupa, 2000–2030	80
Joonis 35. Sotsiaalmaksutulude (elaniku kohta) pikaajaline muutumine (1995 = 100) ...	84
Joonis 36. Haigekassa kindlustatute struktuur, 2008–2030	85
Joonis 37. Sotsiaalmaksutulude liikide kaupa, 2008–2030	86
Joonis 38. Korrigeerimine ravijuhu keskmise maksumuse varasema kasvuga (alates 2010), kõik stsenaariumid	89
Joonis 39. Haigekassa tulude ja kulude vahe prognoos (mln krooni), 2000–2030	90
Joonis 40. Haigekassa tulude ja kulude vahe prognoos, 2000–2030	91
Joonis 41. Haigekassa tulude ja kulude vahe prognoos, rahvastiku vananemise stsenaarium	91
Joonis 42. Haigekassa reservide prognoos, valitud aastad	92
Joonis 43. Haigekassa reservide prognoos, 2008–2030	92
Joonis 44. Valitsemissektori tervishoiukulude prognoos, 2008–2030	93

Tänuavaldused

Käesoleva aruande tellis Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium ning koostas Eesti Haigekassa poolt ellu kutsutud töörühm tihedas koostöös haigekassa juhatusega. Tehnilist abi andis Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo. Aruanne sisaldab märkusi, mida tegid selle esialgse versiooni kohta Tallinnas 19. ja 20. oktoobril 2009 toimunud seminaridel osalejad, Rahandusministeeriumi maksupoliitika ja makromajanduspoliitika osakonna spetsialistid ning WHO Euroopa Regionaalbüroo tervisesüsteemide rahastamise eksperdid Joseph Kutzin ja Matthew Jowett. Aruande valmimisele aitasid kaasa Gerli Sirk, Maria Teresa Capel Tatjer, Isabel Gene Cases, Juan F. García Dominguez ja Susan Marla Rosen Ahrenst WHO Euroopa Regionaalbüroost ning Reelika Truuts Eesti Haigekassast. Aruande ingliskeelse versiooni keeleline toimetaja oli Thomas Petruso. Eesti keelde tõlkis aruande Antenna Translations OÜ ja toimetas Hille Saluäär. Aruandes esinevate võimalike vigade eest vastutavad autorid.

Töörühma liikmed (tähestikjärjestuses):

Hannes Danilov	Eesti Haigekassa juhatuse esimees
Tamás Evetovits	tervisesüsteemi rahastamise vanemspetsialist, WHO Euroopa Regionaalbüroo
Jarno Habicht	WHO esinduse juht Eestis, WHO Euroopa Regionaalbüroo
Triin Habicht	Eesti Haigekassa tervishoiuökonoomika osakonna juhataja
Mari Mathiesen	Eesti Haigekassa juhatuse liige
Kersti Reinsalu	Eesti Haigekassa juhatuse liige
Liis Roováli	Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi osakonna juhataja, Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi tervishoiukorralduse teadur
Sarah Thomson	LSE Health asedirektor ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse tervisepoliitika vanemteadur
Andres Vörk	Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS teadur ja Tartu Ülikooli majandusteaduskonna lektor

Lahtiütlus:

Käesolevas aruandes ning selle autorite ja töörühma esitatud seisukohad ei kajasta tingimata Maailma Terviseorganisatsiooni, Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi või Eesti Haigekassa vaateid.

Lühendid

DRG	Diagnoosipõhine kompleksteenus (<i>diagnosis-related group</i>)
EL	Euroopa Liit
EMP	Euroopa Majanduspiirkond
SKP	Sisemajanduse koguprodukt
HTA	Tervishoiutehnoloogiate hindamine (<i>health technology assessment</i>)
ILO	Maailma Tööorganisatsioon
IMF	Rahvusvaheline Valuutafond
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon
TAI	Tervise Arengu Instituut
VAT	Käibemaks
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Riikide tähised

AT	Austria
BE	Belgia
BG	Bulgaaria
CY	Küpros
CZ	Tšehhi Vabariik
DE	Saksamaa
DK	Taani
EE	Eesti
EL	Kreeka
ES	Hispaania
FI	Soome
FR	Prantsusmaa
HU	Ungari
IE	Iirimaa
IT	Itaalia
LT	Leedu
LU	Luksemburg
LV	Läti
MT	Malta
NL	Holland
PL	Poola
PT	Portugal
RO	Rumeenia
SE	Rootsi
SI	Sloveenia
SK	Slovakkia
UK	Ühendkuningriik
US	Ameerika Ühendriigid

Kokkuvõte

Põhisõnumid

- Tervisevaldkonna avaliku sektori tulubaasi tuleb laiendada, et tagada tervisesüsteemi suutlikkus tulla praegu ja pikemas perspektiivis toime oma eesmärkide täitmisega.
- Kulude kasvu ohjamiseks on vaja tõhustada tervisesüsteemi rahastamispoliitikat.
- Paralleelselt tuleb tegutseda mõlemal suunal: luua piisav tulubaas ning tegelda kulude juhtimisega.

Aruande eesmärgid ning lisandväärtus otsustajatele

Tervisesüsteemi rahaline jätkusuutlikkus on Eesti tervisepoliitika keskmes olnud alati, kuid hiljutine finantskriis on tõstnud selle esmatahtsaks poliitiliseks küsimuseks mitte ainult Eestis, vaid kogu maailmas.

Aruandes hinnatakse Eesti tervisesüsteemi toimivust ja selle rahalist jätkusuutlikkust. Analüüsitakse, kas praegune rahastamissüsteem on pikas perspektiivis (aastani 2030) elujõuline, ning pakutakse välja võimalusi rahastamispoliitika tõhustamiseks.

2009. aastal koostasid Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium (edaspidi sotsiaalministeerium), Eesti Haigekassa (edaspidi haigekassa) ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo eksperdi hinnangu, mis on käesoleva aruande lähtematerjaliks. Analüüsi koostamisse kaasati ka huvirühmade

Aruandes on koondatud huvirühmade arvamused ja väärtushinnangud, värskemad tervishoiu rahastamise andmed ning uued tulu- ja kuluprognosid kuni aastani 2030.

Maa ilma

Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul peab tervishoiu rahastamissüsteem täitma järgmisi eesmärgi:

- *pakkuma kaitset finantsriiski vastu;*
- *tagama rahastamiskoormuse õiglase jaotuse eri elanikerühmade vahel;*
- *tagama ravi õiglase kättesaadavuse;*
- *soodustama kvaliteetsete ja kulutõhusate tervishoiuteenuste osutamist;*
- *olema ühiskonna ees läbipaistev ja aruandev;*
- *olema administratiivselt efektiivne.*

Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi tugevusi on rahvusvaheliselt tunnustatud. Rahastamise killustamisest hoidumine ja tervishoiuteenuste strateegilise ostmise tõhustamine võimaldaks saavutada paremaid tulemusi.

esindajaid – tervisevaldkonna eksperte ja juhte, poliitikuid, arvamustliidreid, teadlasi ja patsientide esindajaid.

Käesolev aruanne täiendab varasemaid Eesti tervisesüsteemi analüüse mitmel viisil. Esiteks arvestab see tervishoiu rahastamispoliitikal hinnangu andmisel nii tervisesektori tulude ja kulude arenguprognose kui ka laiemat makromajanduslikku keskkonda. Teiseks on aruandes toodud prognoosid varasematest ajakohasemad, sest need põhinevad kõige uuematel andmetel ning arvestavad tervishoiuteenuste kasutuse muutusi läbi aja. Kolmandaks ei ole aruande analüüsi ja soovitude aluseks mitte ainult süsteemi sisuline hindamine, vaid ka huvirühmade esindajatega toimunud intervjuud ning Eestis korraldatud seminaride käigus kogutud arvamused ja hinnangud.

Eesti tervisesüsteemi rahastamise tugevused ja nõrkused

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt palgalt makstava sihtotstarbelise sotsiaalmaksu kaudu. Umbes kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest kaetakse sotsiaalmaksust, ligi kümnendik mujalt riigieelarvest ja pisut alla veerandi patsientide omaosalusena.

Ravikindlustuse vahendite eesmärgipärase kasutamise ja tervishoiuteenuste ostmise eest raviasutustelt vastutab avalik-õiguslik haigekassa. Õigus ravikindlustushüvitistele on enamikul elanikkonnast (umbes 95%). Ravikindlustussüsteem põhineb solidaarsusel, piiratud omaosalusel ning ravikindlustushüvitiste võrdse kättesaadavuse põhimõttel. Hiljuti laiendati kindlustuskaitset ka pikaajalistele registreeritud töötutele, mis on hea näide sellest, kuidas on võimalik makromajanduslikele muutustele tõhusalt reageerida. Riigieelarve muudest tuludest rahastatakse teenuseid, mis on kättesaadavad kogu elanikkonnale, nagu näiteks kiirabi, kindlustamata isikute vältimatu abi ning rahvatervise- ja immuniseerimisprogrammid.

1990. aastate alguses loodud ühe rahastaja (haigekassa) süsteem on hästi toiminud. Keskne tulude kogumine ja hinnakujundus tõhustavad ravikindlustusvahendite kasutust, samas kui kindlustuskaitse ulatus (kindlustusega hõlmatud, hüvitatavate teenuste valik ja omaosaluse rakendamise põhimõtted) loob eeldused üldarstiabi ja eriarstiabi

võrdseks kättesaadavuseks kõigile kindlustatutele. Rahvusvaheliselt on tunnustatud haigekassa pingutusi tervishoiuteenuste strateegilise ostmise¹ arendamisel, tema tegevuse läbipaistvust ning madalaid tegevuskulusid. Kõik analüüsi kaasatud huvirühmade esindajad olid arvamusel, et süsteemi stabiilsus on saavutatud eeskätt tänu sihtotstarbelisele sotsiaalmaksule ja haigekassa alalhoidlikule eelarvepoliitikale. Eeliseks on ka ravikindlustuse eraldatus muust sotsiaalkindlustusest (nt pensionid ja töötuskindlustus). Seda põhimõtet tuleks hoida, et tagada sotsiaalsektori läbipaistvus ja selge vastutusalade jaotus.

Tugevuste kõrval toob aruanne esile ka probleemseid valdkondi. Tervishoiukulude osatähtsus Eesti sisemajanduse koguproduktist (SKP) on madal ja selle peamine põhjus on vähene avaliku sektori poolne rahastamine. Ka tervishoiukulude osa avaliku sektori kogukuludest võrreldes Euroopa Liidu (EL) keskmisega on madalam ning aastatel 2000–2007 on see langenud. See tähendab, et tervisesektori kulused ei ole avaliku sektori kogukulude hulgas piisavalt tähtsustatud. Kaasatud huvirühmade esindajad olid üksmeelel, et avaliku sektori suhteliselt madalad tervishoiukulud on tervisesüsteemi kitsaskoht. Paljud leidsid, et peamiselt sotsiaalmaksust sõltumine võib tulevikus tekitada probleeme ja et riigipoolne rahastamine peaks olema suurem. Samal ajal väljendati muret, et tervishoiu täiendav rahastamine riigieelarvest võib osutada ebastabiilseks.

Avaliku sektori madalad tervishoiukulud toovad kaasa patsientide omaosaluse osatähtsuse suurenemise tervishoiu rahastamisel. Avaliku ja erarahastamise tasakaalu muutumine eelkõige omaosaluse suurenemise kaudu võib tervisesüsteemi toimivust ohustada, sest:

- ravikindlustusvahendite ühtse juhtimise vähenemine suurendab ebaefektiivsust;
- omaosaluse suurenemine raskendab eakamate ja vaesemate inimeste toimetulekut²;
- kindlustuskaitse puudumine ja omaosaluse suurenemine ohustavad põhimõtet, mille kohaselt peab tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltuma vajadusest, mitte maksevõimest.

¹ Strateegilise ostmise eesmärk on parandada tervisesüsteemi toimivust, vastates kolmele küsimusele: milliseid tervishoiuteenuseid inimesed vajavad, millistelt teenuseosutajatelt tuleks neid kvaliteedi ja efektiivsuse tagamiseks osta ning milliseid tasustamismeetodeid ja lepingutingimusi selleks kasutada.

² Võrreldes muude ELi riikidega on Eestis leibkondade poolt kaetav osa ambulatorsete retseptiravimite kuludest väga kõrge, mis viitab suurele omaosalusele, väheratsionaalsele ravimikasutusele ning valedale stiimulitele, mida antakse arstidele ja apteekritele. Samuti valmistab muret täiskasvanute hambaravi puhul kindlustuskaitse puudumine, mis vähendab kaitset finantsriski vastu. Samas hooldusravi rahastamine muutub tõenäoliselt võtmeküsimuseks tulevikus.

³ Finantskaitse tagamise eesmärk on, et üksikisikud ja perekonnad ei langeks vaesusesse halva tervise tõttu või tervishoiuteenuste kasutamise tulemusel.

Avaliku sektori kulutused tervishoiule on suhteliselt väikesed ja need tuleks tõsta ELi tasemele.

Omaosaluse suurenemise tõttu on vähenenud finantskaitse³ ning õiglus tervishoiu rahastamisel.

Ebaefektiivsust tekitavad valitsuse nõrk kontroll kapitaliinvesteeringute üle ning stiimulite puudumine, et tasakaalustada ja koordineerida ravi andmist eri tasanditel.

Tervishoiutehnoloogiate areng ja muutused tervishoiuteenuste kasutamises mõjutavad tulevasi tervishoiukulusid märksa rohkem kui rahvastiku vananemine.

Huvirühmade esindajad arvasid, et tervisesüsteemi rahastamise progressiivsus⁴ ja solidaarsuse ulatus on omaosaluse osatähtsuse tõusu tõttu alates 2000. aastast oluliselt vähenenud.

Tervisesüsteemi rahastamisel on ka teisi tähelepanu vajavaid aspekte. Vaatamata sellele, et haigekassa on välja töötanud kulutõhusaid strateegiaid ravikindlustusvahendite jaotamiseks ja tervishoiuteenuste ostmiseks, on valdkondi, mis vajavad senisest rohkem tähelepanu. Näiteks osutavad Eesti kesised tulemused oodatava keskmise eluea tõstmisel (eeskätt meeste puhul) vajadusele teha suuremaid investeeringuid rahva tervisekäitumise parandamise ja haiguste ennetamise. Samuti puudub praegu keskne juhtimine, mis tagaks kapitaliinvesteeringute vastavuse pikaajalistele eesmärkidele. See omakorda kajastub nõrgas kontrollis infrastruktuuri ja kallite meditsiiniseadmete investeeringute üle. Kapitaliinvesteeringute ja elanike tervishoiuvajaduste ühitamata jätmine raiskab vahendeid. Nõrkusteks on, et raviasutused ei ole piisavalt motiveeritud ambulatoorse ravi osatähtsuse tõstmiseks ning puuduvad nii laiaulatuslik hooldusravi strateegia kui ka stiimulid ravi koordineerimiseks teenuseosutajate vahel ning ratsionaalseks ravimikasutuseks⁵.

Tulude ja kulude arenguprognosisid aastani 2030

Paljusid tervishoiu rahastamise nõrkusi on käsitletud aruande prognoosides, kus eri stsenaariumides analüüsitakse demograafiliste, makromajanduslike ning tööturuga ja tervisesüsteemiga seotud tegurite mõju. Kõik stsenaariumid näitavad, et tervishoiukulud neelavad järjest suurema osa riigi sissetulekutest. Sellele vaatamata mõjutavad tervisesüsteemiga seotud tegurid – tehnoloogia areng ja muutused tervishoiuteenuste kasutamises – kulusid märksa rohkem kui demograafilised tegurid, nagu näiteks rahvastiku vananemine.

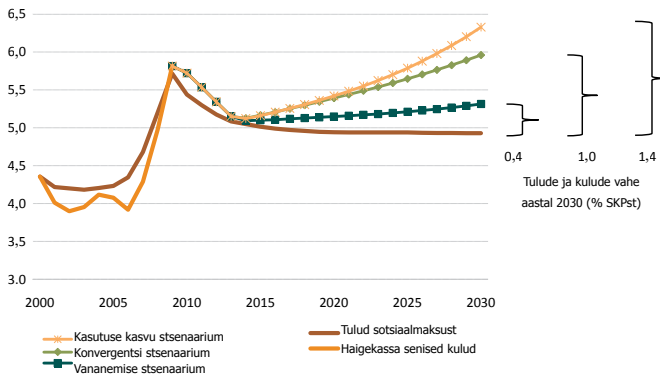
⁴ Progressiivne tähendab, et tervishoiu rahastamine lähtub ennekõike inimeste maksevõimest, s.t rikkamad panustavad süsteemi suhteliselt rohkem kui vaesed.

⁵ Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) kohaselt saab ravimikasutust ratsionaalseks pidada juhul, kui patsiendid saavad neile kliiniliselt vajalikke ravimeid nende individuaalsele vajadusele vastavas doosis vajaliku aja jooksul nii nende endi kui ka ühiskonna jaoks madalaima kuluga.

Kui tervishoiuteenuste kasutamine suureneb samas tempos nagu viimase 5–10 aasta jooksul, on selle mõju kuludele suur. Lisaks sellele võib omaosaluse osatähtsus SKPst aastaks 2030 rohkem kui kahekordistuda, eeskätt suurema retseptiravimite tarbimise tõttu, mis mõjutab märkimisväärselt inimeste finantskaitset ja rahastamise õiglust.

Rahvastiku vananemine tähendab, et 15- kuni 74-aastaste inimeste osatähtsus kogurahvastikust väheneb. Selle tulemusel väheneb nende haigekassa kindlustatute osatähtsus, kes ravikindlustusmaksu maksavad, ning isegi palkade tõusmise korral ei kasva tulud piisavalt, et katta 2030. aastal tervishoiukuludid ka kõige konservatiivsema prognoosi kohaselt (joonis 1). Seega tekib avaliku sektori tervisekuludes tulude ja kulude vahele märkimisväärne vahe. Jooniselt 1 on näha, et see vahe võib moodustada 0,4–1,4% SKPst. Kulude ja tulude vahe võib olla isegi ligi kaks korda suurem, sõltuvalt sellest, millal ja kui kiiresti hakkavad tervishoiuteenuste hinnad tõusma ning kas muutused tervishoiuteenuste kasutamises järgivad viimase 5–10 aasta suundumusi. Haigekassa praegused reservid võivad ammenduda juba 2012. või 2013. aastal.

Joonis 1. Haigekassa tulude ja kulude arenguprognoosid, 2000–2030



Märkus: Sisaldab ajutise töövõimetuse hüvitiste kulusid.

Vahe tervisesektori tulude ja kulude vahel sõltub kulude kasvu prognoosimise eeldustest. Põhieeldus on, et ravijuhi keskmine maksumus langeb pisut praeguses finantskriisis ja hakkab tõusma alles 2014. aastal, pärast seda aga kasvavad kulud pidevalt kuni aastani 2030. Tundlikkusanalüüs näitab, et kui ravijuhi keskmine

Praegusest tervisesektori tulubaasist ei piisa prognoositava tulude ja kulude vahe katmiseks.

Omaosaluse kiire kasv tuleks kontrolli alla saada.

Lähitulevikus tehtavad kulude juhtimise otsused mõjutavad oluliselt järgnevatel aastakümnetel kulude kasutempot ja taset.

Praegused investeringud tervislikku vananemisse võivad aeglustada edasist tervishoiukulude kasvutempot.

maksumus hakkaks tõusma alates 2010. aastast, on kulutuste tase lühikeses, keskmises ja pikas perspektiivis veelgi kõrgem. See tähendab, et lähituleviku otsused tervishoiuteenuste hindade osas mõjutavad oluliselt tulevasi kulusid.

Prognooside tegemisel ei ole arvesse võetud võimalikke muutusi inimeste terviseseisundis ega elanikkonna vananemisega seotud lisakulutusi, mis võivad samuti kulusid mõjutada. Samas näitavad muud prognoosid, et isegi tagasihoidlik tervelt elatud eluea pikenemine – teisisõnu tervislik vananemine – võib kulude kasvutempot pidurdada.

Tervishoiu rahastamise tulevikuväljavaated

Prognoosid näitavad, et tervisevaldkonnas tekib avaliku sektori tulude ja kulude vahel vahe. See on peamiselt põhjustatud kahest tegurist. Esiteks tulude poolel: kuna tervishoiu rahastamine on jäetud põhiliselt tööturu kanda ja puudub tahe teha suuremaid eraldisi riigieelarvest, siis hakkab avaliku sektori tulubaas rahvastiku vananemise tõttu ahenema. Teiseks kulude poolel: süsteemi praegused nõrkused põhjustavad ebaefektiivsust vahendite jaotamisel ja tervishoiuteenuste ostmisel ning kui neid kontrolli alla ei saada, tingivad nad kulude kiire kasvu.

Tulude-kulude prognoositava vahe katmiseks on kolm võimalust:

- vähendada inimestele hüvitatavate tervishoiuteenuste valikut;
- laiendada avaliku sektori tulubaasi;
- suurendada tervisesüsteemi efektiivsust.

Kui rahalist jätkusuutlikkust vaadelda üksnes raamatupidamis-ülesandena, on kõik nimetatud lahendused sobivad seni, kuni suudavad ära hoida eelarve puudujääki. Kõige lihtsam lahendus eelarvesse mahtumiseks on vähendada hüvitatavate tervishoiuteenuste valikut. Samas on rahaline jätkusuutlikkus eesmärgina iseeneses mõttetu, kui see ei ole seotud tervisesüsteemi eesmärkidega. Seega on aruandel mitu ülesannet. Esiteks väljendada numbriliselt tervishoiu rahastamise ees seisvaid probleeme, prognoosides 2030. aasta tulude ja kulude vahet. Teiseks, peamiseks sihiks on leida võimalusi tervishoiu rahastamispoliitika tugevdamiseks, et süsteem saaks paremini täita oma eesmäärke.

Võimalusi muudatusteks on palju, kuid ainult mõni neist aitab tervisesüsteemil paremini eesmäärke saavutada.

Aruandes käsitletakse mitmeid valikuvõimalusi neljas valdkonnas:

- avaliku sektori tulubaasi laiendamine ja tervisesüsteemi lisatulude toomine;
- kindlustuskaitse ulatuse (õigus ravikindlustusele, hüvitiste valik, omaosalus) muutmise;
- eelarvevahendite juhtimise tõhustamine;
- tervisesektori strateegilise juhtimise tugevdamine.

Aruandes välja toodud valikuvõimalused tulenevad nii huvirühmade esindajate tähelepanekutest kui ka rahastamispoliitika sisulisest analüüsist ning peegeldavad prognoosidest selgunud kitsaskohti. Analüüsitud valikuvõimaluste hulgast on jäetud kõrvale mõni, mis ei aita tervisesüsteemi eesmärke paremini täita, nt kindlustuskaitse ulatuse lihtviisiline vähendamine. Aruandes ei soovitata eraravikindlustuse laiendamist, sest see ei paranda vaeste, eakate ja vähem tervete inimeste finantskaitset. See suurendaks ka administreerimise keerukust ja kulusid, kuid ei lisaks efektiivsust ega vähendaks survet ravikindlustuse eelarvele.

Lahenduseks ei ole kindlustuskaitse ulatuse vähendamine ega eraravikindlustuse laiendamine.

Soovitused tervisesüsteemi rahastamispoliitika tõhustamiseks

Aruandes on soovitud tervisesüsteemi rahastamispoliitika tõhustamiseks. Soovituste valikul on lähtutud sellest, et enamik huvirühmi neid toetaks, need kajastaksid tervisesüsteemi väärtusi, oleksid poliitiliselt teostatavad ning suurendaksid süsteemi võimet oma eesmärke täita.

1. Avaliku sektori tulubaasi laiendamine

Senine rahastamise korraldus on taganud Eesti tervishoiule stabiilsed tulud. Seepärast soovitatakse aruandes mitte muuta praeguse süsteemi põhielemente: sihtotstarbeline ravikindlustusmaks, ravikindlustusvahendite keskne juhtimine ning ühe haigekassa süsteem. Sellegipoolest leidsid peaaegu kõik huvirühmade esindajad, et avaliku sektori tulubaasi on vaja laiendada muude kui tööhõivel põhinevate maksude kaudu (nt kapitali- ja tarbimismaksud). Mõned olid ka arvamusel, et kui

Praeguse süsteemi põhielemendid peaksid jääma samaks: sihtotstarbeline ravikindlustusmaks, avalike vahendite keskne juhtimine ja ühe haigekassa süsteem.

Tervishoiu tulubaasi tuleb laiendada, suurendades eraldisi riigieelarvest.

Tulubaasi laiendamise põhimõtted peavad olema stabiilsed ja läbipaistvad.

Viimastel aastatel on vähenenud finantskaitse ja õiglus tervishoiu rahastamisel.

Omaosaluse põhimõtteid tuleb lihtsustada ja muuta sihipärasemaks, et finantsriski eest paremini kaitsta vaeseid ja suurel hulgal teenuseid kasutavaid inimesi.

ravikindlustuse kulude katmisel osaleksid kõik, kel on tagatud kindlustuskaitse – eeskätt eakamad inimesed –, paraneks üldsuse arvamus süsteemi õiglusest. Mõistes, et paljud eakad inimesed on oma tööelus ravikindlustussüsteemi juba panustanud või ei suudaks praegu seda rahaliselt teha, kuna riiklikud pensionid on väikesed, soovitatakse, et riigieelarve muudest tuludest makstaks ravikindlustusmaksu pensionäride eest.

Samas ei ole kohane käsitleda pensionäre ainsa elanikerühmana, kelle eest tuleks ravikindlustussüsteemi täiendavalt vahendeid eraldada, kui mitmed teised, tõenäoliselt paremini toime tulevad elanikerühmad, panustavad ravikindlustusse samuti vähe või ei panusta üldse. Kuigi sellisest muudatusest mõjutatud isikute arv on suhteliselt väike, soovitatakse aruandes õigluse huvides sotsiaalmaksuga maksustada ka kapitaliinvesteeringutest saadavad dividendid. Dividendide sotsiaalmaksustamine lahendaks praeguse ebavõrdsuse tööjõu ja kapitali osaluses tervishoiu rahastamisel.

Põhimõtted, millega eraldatakse tulusid riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse, peavad olema stabiilsed ja läbipaistvad. Kui seda ei tehta täiendava sihtotstarbelise maksubaasi abil, peab valitsus sätestama vahendite eraldamiseks selge valemi, mis vähendab kõikumisi aastate lõikes.

2. Finantskaitse parandamine omaosaluse ohjamise teel

Eesti tervishoiu rahastamine tagab solidaarse ja õiglase tasuta üldarstiabi ja piiratud omaosalusega eriarstiabi kättesaadavuse. Sellegipoolest on finantskaitse ja õiglus rahastamisel viimastel aastatel vähenenud kõigi sissetulekurühmade jaoks, eelkõige aga just vaesemate ja eakamate leibkondade puhul seoses omaosaluse kiire kasvuga. Lisaks esinevad rahalised takistused retseptiravimite kättesaadavusel, hambaravile ja eriarstiabile pääsemisel. Samas ei aita omaosaluse kasv kulusid kontrolli all hoida, vaid suurendab era- ja avalike vahendite kasutamise ebaefektiivsust.

Aruandes soovitatakse sotsiaalministeeriumil ja haigekassal kiiresti tõhustada tegevust ratsionaalse ravimikasutuse soodustamiseks. Lahendusena on pakutud geneeriliste ravimite väljakirjutamist soodustavate stiimulite loomine.

Patsientidele parema finantskaitse tagamiseks peaksid sotsiaalministeerium ja haigekassa üle vaatama omaosaluspoliitika

tervikuna, seda lihtsustama ja muutma sihipärasemaks, alustades retseptiravimistest. Samuti tuleks kehtestada vaestele ja suurel hulgal teenuseid kasutavatele isikutele täiendavaid soodustusi. Ratsionaalse ravimikasutuse soodustamisega saavutatav sääst tasakaalustaks nende soodustuste kasutuselevõtu kulud.

Samuti peaks valitsus üle vaatama terve ravikindlustushüvitiste paketi ja kaaluma kindlustuskaitse laiendamist tõenduspõhiste ja tõhusate teenustele, nagu näiteks täiskasvanute hambaravi. 2009. aasta otsus laiendada ravikindlustuskaitset pikaajaliste registreeritud töötutele näitab riigi suutlikkust adekvaatselt reageerida muutuvale olukorrale.

3. Tervisesüsteemi toimivuse parandamine eelarvevahendite otstarbeka jaotamise ja strateegilise ostmise abil

Eesti tervisesüsteem toimib üldjoontes hästi ning haigekassat on rahvusvaheliselt tunnustatud. Sellest hoolimata on süsteemi sees efektiivsuse suurendamiseks mitmeid võimalusi. See aitab kaasa paremate tulemuste saavutamisele, kuid ei ole tulude-kulude vahe katmiseks piisav. Efektiivsuse suurendamisest avalikkust arusaadavalt informeerides on võimalik veenda patsiente, üldsust ja poliitikuid selles, et süsteemis kasutatakse vahendeid vastutustundlikult.

Tervisesüsteemi efektiivsuse suurendamiseks antakse järgmised soovitusel.

Esiteks tuleb jätkata ülemäärase haiglavõrgu võimsuse vähendamist ja viia ellu haiglavõrgu arengukava. Sotsiaalministeerium peaks jõulisemalt juhtima haiglate infrastruktuuri investeringuid ja arengut, et toetada pigem tervisesüsteemi kui üksikute haiglate eesmärke. Samuti peaksid sotsiaalministeerium ja haigekassa rohkem kontrollima kallitesse meditsiiniseadmetesse tehtavaid investeringuid.

Teiseks, arvestades, et Eestis on oodatav keskmine eluiga (eriti meeste puhul) lühike, ning teades tervisliku vananemise olulisust ja terviseinvesteringute positiivset majanduslikku mõju, peaks sotsiaalministeerium tegema tihedat koostööd teiste

Tervisesüsteemi efektiivsuse suurendamisest üksi ei piisa tulude-kulude vahe katmiseks.

Tugevam järelevalve infrastruktuuri ja seadmetesse tehtavate kapitaliinvesteringute üle aitab suurendada efektiivsust ja hoida kulude kasvu kontrolli all.

Suuremad ja tõhusamad investeringud rahvatervisesse aitavad tagada tervislikku vananemist ja soodustavad majandusarengut.

Tugev, usaldusväärne ja tasuta esmatasandi arstiabi tervisesüsteemi keskmes võimaldab paremini rahuldada inimeste tervisevajadusi ja on kulutõhus.

Ebaefektiivsust vähendab kogu tervisesüsteemi hõlmavate stiimulite korrastamine ja tervisetehnoloogiate hindamise laialdasem kasutamine.

Tervisesüsteemi rahastamispoliitika tugevdamisel on keskse tähtsusega tõhusa juhtimisega ühe haigekassa süsteem ja killustatuse vältimine.

ministeeriumidega, et tagada piisavad investeeringud rahvatervise programmidesse ja haiguste ennetamisse.

Kolmandaks peaks sotsiaalministeerium koostöös haigekassaga suurendama esmatasandi osa tervisesüsteemis. Selleks tuleb tugevdada perearstide värvavahi ja koordineerija rolli, et nemad juhiksid patsiendi liikumist läbi kogu tervisesüsteemi, ning parandada esmatasandi strateegilist juhtimist ja hoida üldarstiabi tasuta kättesaadavana kogu elanikkonnale.

Neljandaks peaks haigekassa rakendama teenuseosutajate tasustamise meetodeid, mis stimuleerivad üleminekut haiglaravilt ambulatoorsele ja päevaravile. Üha enam tuleks ka rahastamisotsuste tegemisel tugineda teenuste osutamise tulemuslikkuse ja kulutõhususe võrdlevale hindamisele, sh pöörates enam tähelepanu tervisetehnoloogiate hindamisele.

4. Tervisesüsteemi tugeva juhtimise säilitamine

Haigekassa juhtimisstruktuur on juba praegu suhteliselt tugev, usaldusväärne ja läbipaistev. Aruandes soovitakse selle edasist tugevdamist, pöörates rohkem rõhku teenuseosutajate tegevuse jälgimisele ja hindamisele, eriti kliiniliste tulemusnäitajate osas. Investeeringud e-tervise süsteemi võivad kaasa aidata kliinilise kvaliteedi tõstmisele, sest sellega paraneb infovahetus ning väheneb analüüsides ja uuringute dubleerimine.

Sotsiaalministeerium peaks haigekassa kõrval võtma juhtiva rolli kogu tervisesüsteemi strateegilise suuna näitamisel, toetades teisi institutsioone ja edendades terviseetemadega arvestamist kõigis teistes poliitikavaldkondades. Võttes arvesse Tallinna hartas „Tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks” kokkulepitud suunda, peaks sotsiaalministeerium tegema tihedamat koostööd rahandusministeeriumiga, et rõhutada tervisesüsteemi tehtavate investeeringute positiivset mõju majandusele, ning tagama selleks piisavad vahendid.

Eesti ühe haigekassa süsteem toimib hästi ja seda ei tohiks nõrgendada või asendada mõne konkurentsipõhise mudeliga. Valitsus peaks püüdma kõigiti vältida tervishoiu rahastamise edasist killustumist, mis tekitab ebaefektiivsust ja loob vastuolulisi stiimuleid. Killustatuse esinemisel – näiteks rahvaterviseprogrammide ja kiirabi rahastamisel – peaks sotsiaalministeerium võtma juhtiva rolli, et tagada tõhus koordineerimine.

Järeldused

Eesti tervisesüsteemi rahastamisel seisab ees mitmeid lahendamist vajavaid küsimusi. Rahvastiku vananemine on pikaajalisele rahalisele jätkusuutlikkusele pigem väike probleem. Tunduvalt olulisemaks osutuvad otseselt rahastamisega seotud tegurid, sealhulgas suhteliselt väiksed riigipoolsed investeeringud tervisesse ja tervishoidu, ravikindlustuse tulubaasi sõltumine tööturust, eelarvevahendite otstarbekas jaotamine, tervishoiuteenuste strateegiline ostmine ja teenuseosutajate tasustamine. Hea uudis poliitikutele on see, et nende probleemide lahendamiseks on olemas poliitilised hoovad. Tervisesüsteemi rahastamispoliitikat tugevdades saab vähendada suurenevat kulude kasvu survet.

Sellest hoolimata on tulude-kulude prognoositav vahe liiga suur, et katta seda pelgalt tervisesüsteemi enese efektiivsuse suurendamise teel. Üks võimalus sellega toime tulla on vähendada riiklikult rahastatavate tervishoiuteenuste valikut, kuid see ei toetaks tervisesüsteemi väärtusi ja eesmärkide saavutamist. Kärped tervishoiu võivad sõltuvalt ulatusest ja ajastusest halvasti mõjuda ka majanduse taastumisele ja kasvule. Lisaks sellele ei pruugi praegune tervishoiuteenuste hindade ja hüvitiste valiku radikaalne vähendamine majandusolukorra paranedes olla hõlpsasti taastatav, kui kärpete tulemusena suureneb meditsiinitöötajate lahkumine Eestist.

Alternatiiv on avaliku sektori tulubaasi laiendamine. Senine ainult palgalt makstavatel maksudel põhinev süsteem ei ole jätkusuutlik, arvestades vähenevat tööhõivet, vananevat elanikkonda ja tööjõumaksude laekumiste tundlikkust majanduskeskkonna muutuste suhtes. Suuremad eraldised riigieelarvest tervisesektorisse koos tervishoiu rahastamispoliitika tõhustamisega aitavad ületada tulude-kulude vahet, viies avaliku sektori poolse tervishoiu rahastamise ELi tasemele ja, mis veelgi olulisem, aidates süsteemil täita tema eesmärke. Suuremate riigieelarveliste eraldiste tegemine peab põhinema selgel valemil, mis tagab läbipaistvuse ja stabiilsuse.

Tervisesüsteemi rahaline jätkusuutlikkus sõltub poliitilistest otsustest, kuidas ja kui palju tervisesse investeerida ja kuidas vahendeid jaotada. Need otsused tuleks teha pigem varem kui hiljem, kuna prognoosid näitavad, et praegune tegevusetus läheb kalliks maksma.

1. Sissejuhatus

Aruande eesmärgid

Tervisesüsteemi rahaline jätkusuutlikkus on Eesti tervisepoliitika keskmes olnud alati, kuid hiljutine finantskriis on tõstnud selle esmatähtsaks poliitiliseks küsimuseks mitte ainult Eestis, vaid kogu maailmas. Aruandes hinnatakse Eesti tervisesüsteemi toimivust ja selle rahalist jätkusuutlikkust. Analüüsitakse, kas praegune rahastamissüsteem on pikas perspektiivis (aastani 2030) elujõuline, ning pakutakse välja võimalusi rahastamispoliitika tõhustamiseks.

2009. aastal koostasid Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium (edaspidi sotsiaalministeerium), Eesti Haigekassa (edaspidi haigekassa) ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo eksperdi hinnangu, mis on käesoleva aruande lähtematerjaliks. Analüüsi koostamisse kaasati ka huvirühmade esindajaid – tervisevaldkonna eksperte ja juhte, poliitiku, aramusliidreid, teadlasi ja patsientide esindajaid. Senised aruanded Eesti tervisesüsteemi kohta on keskendunud tervisesüsteemi rahastamisele või prognoosinud tulude ja kulude suundumusi tulevikus (1–4). Käesolev aruanne täiendab varasemaid Eesti tervisesüsteemi analüüsi mitmel viisil. Esiteks arvestab see rahastamispoliitika hinnangu andmisel ka tervise sektori tulude ja kulude arenguprognose. Teiseks on siinse aruande prognoosid kõige ajakohasemad ning arvestavad tervishoiuteenuse kasutuse muutusi läbi aja. Kolmandaks ei ole aruande analüüsi ja soovitude aluseks mitte ainult süsteemi sisuline hindamine, vaid ka huvirühmade esindajatega toimunud intervjuud ning seminaride käigus kogutud arvamused.

Aruande koostamisel oli kolm eesmärki:

1. hinnata tervisesüsteemi rahastamispoliitika võimet pikas perspektiivis oma ülesannetega toime tulla:
 - võrreldes Eesti tervisesüsteemi rahastamispoliitika tulemusi WHO poolt seatud eesmärkidega;
 - hinnates tervisesüsteemi võimet oma ülesannetega toime tulla kulude kasvu surve all;
 - määratledes võimalusi rahastamispoliitika tugevdamiseks, lähtuvalt tervisesüsteemi aluseks olevatest väärtustest;
2. hinnata tulude ja kulude suundumusi, prognoosides:
 - erinevate eelduste alusel tervishoiukulude arengut tänasest kuni aastani 2030;
 - praegusest rahastamispoliitikast tulenevaid avaliku sektori tulusid tervisevaldkonnas tänasest kuni aastani 2030 ning
3. koondada huvirühmade⁶ arvamusi:
 - rahastamispoliitika aluseks olevate väärtuste kohta;
 - praeguse rahastamissüsteemi tugevuste ja nõrkuste kohta;
 - süsteemi võime kohta täita oma ülesandeid keskmises ja pikas perspektiivis;
 - rahastamispoliitika tugevdamise võimaluste kohta.

⁶ Aruande koostamise kaasatud huvirühmade koosseisu ei püütud saada täielikult representatiivseks. Vt altpoolt huvirühmade valimise üksikasju.

Meetodid

Aruande kirjeldava osa on avaldatud kirjutiste ja info põhjal koostanud aruande tööühma liikmed. Hinnang Eesti tervisesüsteemi rahastamispoliitikale ja selle võimele tulla toime oma ülesannetega kulude kasvu surve all põhineb avaldatud kirjutistel ning tööühma prognoosidel ja aruteludel. Huvirühmade arvamused saadi 2009. aasta jooksul toimunud kahelt seminarilt ja tehtud intervjuudest. Andmeallikaid tutvustatakse allpool üksikasjalikumalt.

Ülevaates võetakse arvesse nii statistilisi kui ka muid andmeid. Statistiliste andmete allikad on: WHO World Health Statistics (maailma tervisestatistika), Eurostat ja riikide terviseandmed. Muud kui statistilised andmed pärinevad järgmistest andmebaasidest ja allikatest: International Bibliography of the Social Sciences, PubMed, Health Policy Monitor,⁷ ning Euroopa Liidu vastastikune sotsiaalkaitsealane infosüsteem (MISSOC).

Lisaks otsisime internetist nii publitseeritud kui ka publitseerimata kirjutisi (nn hall kirjandus), sh valitsuste, valitsusväliste organisatsioonide, ametiasutuste, kutseühenduste ning uurimisinstituutide aruanded.

Esimene seminar leidis aset Tallinnas 3. aprillil 2009. Sellel osalejad on loetletud tabelis 1. Osalejatelt paluti esitada arvamusi Eesti tervisesüsteemi rahastamise ees seisvate põhiprobleemide ning nende võimalike lahendusviiside kohta. Seminari kokkuvõte on esitatud lisas 1.

Tabel 1. Osalejad 3. aprillil 2009 toimunud seminaril

Nimi	Asutus
Ain Aaviksoo	Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS juhatuse esimees
Toomas Asser	Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dekaan
Hannes Danilov	Eesti Haigekassa juhatuse esimees
Tamás Evetovits	Tervisesüsteemi rahastamise vanemspetsialist, riikide tervisesüsteemide osakond, WHO Euroopa Regionaalbüroo
Jarno Habicht	WHO esinduse juht Eestis, WHO Euroopa Regionaalbüroo
Triin Habicht	Eesti Haigekassa tervishoiuökonomika osakonna juhataja
Pille Ilves	Eesti Patsientide Esindusühingu juhataja
Maris Jesse	Tervise Arengu Instituudi direktor
Katrin Kaarma	Tööinspektsiooni peadirektor
Raul Kiivet	Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi juhataja
Ago Kõrgvee	Eesti Kiirabi Liidu juhatuse esimees

⁷ Rahvusvaheline tervisepoliitika võrgustik on 20 riiki hõlmav projekt, mille algatas ja mida rahastab alates 2002. aastast Bertelsmann Stiftung ning mis teeb tihedat koostööd Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskusega.

Tabel 1. (jätkub)

Nimi	Asutus
Andrus Mäesalu	Eesti Arstide Liidu president
Mari Mathiesen	Eesti Haigekassa juhatuse liige
Erki Must	Ravimitootjate Liidu juhataja
Hanno Pevkur	Sotsiaalminister
Indrek Oro	Eesti Arstide Liidu juhatuse liige
Katrin Martinson	Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liige
Ulla Raid	Eesti Õdede Liidu tegevuskoordinaator (välissuhted)
Kersti Reinsalu	Eesti Haigekassa juhatuse liige
Liis Rooväli	Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi osakonna juhataja
Urmas Siigur	Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse esimees
Sarah Thomson	LSE Health asedirektor ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse tervisepoliitika vanemteadur
Timo Vaarmann	Sotsiaalministri nõunik

Teine seminar leidis aset Tallinnas 20. oktoobril 2009. Sellel osalejad on loetletud tabelis 2. Seminari eesmärk oli tutvustada aruande mustandit eelkõige neile huvirühmadele, kes olid osalenud esimesel seminaril ja keda oli intervjueeritud, ning saada neilt tagasisidet. Seminari kokkuvõte on esitatud lisa 2.

Tabel 2. Osalejad 20. oktoobril 2009 toimunud seminaril

Nimi	Asutus
Ain Aaviksoo	Poliitikauringute Keskuse PRAXIS juhatuse esimees
Tõnis Allik	Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dekaan
Hannes Danilov	Eesti Haigekassa juhatuse esimees
Tamás Evetovits	Tervisesüsteemi rahastamise vanemspetsialist, riikide tervisesüsteemide osakond, WHO Euroopa Regionaalbüroo
Jarno Habicht	WHO esinduse juht Eestis, WHO Euroopa Regionaalbüroo
Triin Habicht	Eesti Haigekassa tervishoiuökonomika osakonna juhataja
Diana Ingerainen	Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liige
Maris Jesse	Tervise Arengu Instituudi direktor
Kaido Kepp	Codan Forsikring A/S Eesti filiaali juhataja
Raul Kiivet	Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi juhataja
Aare Kitsing	Eesti Pensionäride Ühenduste Liidu juhatuse liige, Eesti Haigekassa nõukogu liige
Eneken Koka	Rahandusministeeriumi riigieelarve koordineerimise ja seire osakonna nõunik

Tabel 2. (jätkub)

Nimi	Asutus
Andres Kork	Eesti Arstide Liidu endine president
Tarmo Kriis	Tööandjate Keskliidu juhataja, Eesti Haigekassa nõukogu liige
Ago Kõrgvee	Eesti Kiirabi Liidu juhatuse esimees
Margus Lember	Tartu Ülikooli Sisekliiniku juhataja
Maret Maripuu	Riigikogu liige (Reformierakond)
Mari Mathiesen	Eesti Haigekassa juhatuse liige
Erki Must	Ravimitootjate Liidu juhataja
Andrus Mäesalu	Eesti Arstide Liidu president
Hanno Pevkur	Sotsiaalminister
Jaan Pillesaar	ASi Helmes nõukogu esimees, Eesti Haigekassa nõukogu liige
Ulla Raid	Eesti Õdede Liidu tegevuskoordinaator (välissuhted)
Liis Rooväli	Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi osakonna juhataja
Andres Saarniit	Eesti Panga rahapoliitika osakonna nõunik
Urmas Siigur	Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse esimees
Merle Smutov	Teenistujate Ametiliitude Keskorganisatsiooni esindaja, Eesti Haigekassa nõukogu liige
Urmas Sule	Eesti Haiglate Liidu president
Lagle Suurorg	Eesti Lastekaitse Liidu esindaja, Eesti Haigekassa nõukogu liige
Veiko Tali	Rahandusministeeriumi asekancler
Sarah Thomson	LSE Health asedirektor ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse tervisepoliitika vanemteadur
Andres Vörk	Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS teadur ja Tartu Ülikooli lektor

Intervjuud viisid läbi töörühma kolm liiget (Sarah Thomson, Tamás Evetovits ja Jarno Habicht) 2009. aasta aprilli alguses. Intervjuud toimusid üldjuhul silmast silma ja inglise keeles. Üks intervjuu tehti telefoni teel ja nelja intervjuu puhul kaasati tõlk. Intervjuudes kasutati avatud küsimusi ja osaliselt struktureeritud juhust (vt lisa 3). Intervjuud vältasid 45–75 minutit, need lindistati ja transkribeeriti.

Intervjuude üleskirjutused kodeeriti vastavalt eelnevalt kindlaks määratud teemadele, sh: Eesti tervisesüsteemi aluseks olevad väärtused; tervisesüsteemi rahastamispoliitika tugevused ja nõrkused; tervisesüsteemi rahastamise mehhanismid; avalike tervishoiukulude ja omaosaluse suhe; kindlustuskaitse ulatusega (õigus ravikindlustusele, hüvitiste valik, omaosalus) seotud küsimused; tervisesüsteemi kättesaadavus, õiglus ja efektiivsus; tervisesüsteemi rahastamise ees seisvad probleemid keskmises kuni pikas perspektiivis; võimalused süsteemi muutmiseks.

Kokku tehti 17 intervjuud (tabel 3). Kahel intervjuul (rahandusministeerium, Eesti Pank) osales kaks inimest. Intervjueeritavate valiku tegid töörühma Eesti liikmed. Eesmärk oli koguda arvamusi suurte erakondade poliitikutelt, kes tegelevad praegu või on varem tegelenud riigi tervisepoliitikaga, sotsiaalministeeriumi ja rahandusministeeriumi kõrgematelt ametnikelt ning teistelt tervisesüsteemi jaoks olulistelt isikutelt, nagu arstide liidu ja tööandjate liidu esindajad, ning asjaomaste valdkondade teadlastelt.

Tabel 3. Intervjuud, 5.–8. aprill 2009

Nimi	Asutus
Poliitikud	
Jaak Aab	Riigikogu liige, Keskerakond; endine sotsiaalminister (2005–2007)
Jürgen Ligi	Riigikogu liige, Reformierakond; Riigikogu rahanduskomisjoni esimees (rahandusminister alates juunist 2009)
Maret Maripuu	Riigikogu liige, Reformierakond; endine sotsiaalminister (2007–2009)
Eiki Nestor	Riigikogu liige, Sotsiaaldemokraatliku Erakonna asutaja ja esimees; Riigikogu rahanduskomisjoni liige; endine sotsiaalminister (1999–2002)
Makromajanduse asjatundjad	
Veiko Tali	Rahandusministeeriumi finants- ja maksupoliitika aseksantsler
Tõnu Lillemaid	Rahandusministeeriumi kindlustuspoliitika osakonna peaspetsialist
Üllo Kaasik	Eesti Panga rahapoliitika osakonna juhataja
Andres Saarniit	Eesti Panga rahapoliitika osakonna nõunik
Tervisevaldkonna asjatundjad	
Tõnis Allik	Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhatuse esimees, Eesti Haiglate Liidu asepresident, Eesti Haigekassa nõukogu liige
Ruth Kalda	Eesti Perearstide Liidu juhatuse esimees; Tartu Ülikooli peremeditsiini õppetooli professor
Andres Kork	Eesti Arstide Liidu endine president (2003–2008); endine tervishoiuminister (1992)
Vaike Närpea	Eesti Haigekassa juriidilise osakonna juhataja
Ivi Normet	Sotsiaalministeeriumi terviseala aseksantsler; Eesti Haigekassa nõukogu liige

Tabel 3. (jätkub)

Nimi	Asutus
Tervisesüsteemi rahastamise valdkonna huvirühmad	
Kaido Kepp	RSA kindlustuse juhataja
Tarmo Kriis	Tööandjate Keskliidu juhataja, Eesti Haigekassa nõukogu liige
Harri Taliga	Eesti Ametiühingute Keskliidu esimees; Eesti Haigekassa nõukogu liige
Sotsiaal- ja majandusteadlased	
Raul Eamets	Tartu Ülikooli majandusteaduskonna makroökonoomika professor ja makroökonoomika õppetooli juhataja
Marju Lauristin	Tartu Ülikooli sotsiaalse kommunikatsiooni professor; endine Riigikogu liige (Sotsiaaldemokraatlik Erakond); endine sotsiaalminister (1992–1994)
Lauri Leppik	Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi direktor, sotsiaalpoliitika professor

Aruandes prognoositakse tervishoiukulusid aastast 2007 kuni aastani 2030 Maaailma Tööorganisatsiooni (ILO) (5) sotsiaalsektori eelarve mudeli põhjal, mida kohandati Eesti tervisesüsteemi oludele AHEAD projekti (6) käigus. Sotsiaalsektori eelarve mudelit täiendati prognoosidega avaliku sektori tervisekuludele lisanduva omaosaluse arengusuundade kohta. Aruandes prognoositakse haigekassa tulusid sotsiaalmaksust aastatel 2007–2030 ning hinnatakse tulude–kulude vahet. Võimaluse korral on prognoosides kasutatud samasid demograafilisi ja makromajanduslikke eeldusi kui Euroopa Komisjoni hiljutistes prognoosides (3), kohandades neid rahandusministeeriumi kõige värskemate makromajanduslike prognoosidega. Koostati neli stsenaariumi selle kohta, kuidas rahvastiku vananemine, tööjõu ja tervishoiutehnoloogiate arengusuundumused ning võimalikud muutused tervishoiuteenuste kasutamises mõjutavad tulevasi tervishoiukulusid.

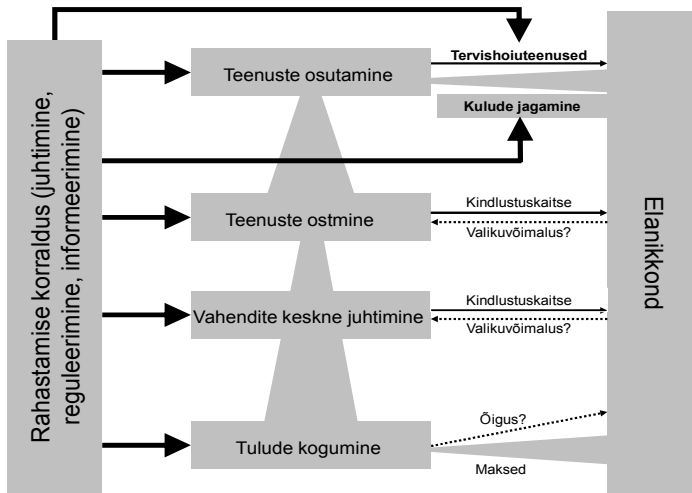
Analüüsi raamistik

Aruande ülevaateosa põhineb tervisesüsteemi rahastamist kirjeldaval raamistikul (joonis 1), mis keskendub rahastamise kolmele ülesandele: tulude kogumine, avalike vahendite keskne juhtimine ja tervishoiuteenuste ostmine (7). Raamistik rõhutab ka kindlustuskaitse ulatuse eri aspekte, näiteks õigust ravikindlustusele, hüvitiste valikut ja omaosalust.

Aruande hinnanguosa põhineb järgmistel WHO poolt kindlaks määratud poliitika eesmärkidel, mille kohaselt peab tervisesüsteem (8, 9):

- pakkuma kaitset finantsriski vastu;
- tagama rahastamiskoormuse õiglase jaotuse elanikerühmade vahel;
- tagama ravi õiglase kättesaadavuse;
- olema ühiskonna ees läbipaistev ja aruandev;
- soodustama kvaliteetsete ja kulutõhusate tervishoiuteenuste osutamist;
- olema administratiivselt efektiivne.

Joonis 1. Tervisesüsteemi rahastamise deskriptiivse analüüsi raamistik



Allikas: Kutzin (8)

Aruande ülesehitus

Aruande 2. peatükis analüüsitakse Eesti tervisesüsteemi rahastamise ja maksupoliitikat. 3. peatükis hinnatakse tervise valdkonna rahastamissüsteemi WHO poolt kindlaks määratud eesmärkide alusel. 4. peatükis analüüsitakse tegureid, mis tõenäoliselt mõjutavad tervisesektori kulusid ja tulusid, esitatakse tulude ja kulude prognoos aastani 2030 ning kirjeldatakse tulude-kulude vahet aastal 2030. 5. peatükis on vaatluse all huvirühmade arvamused, mida esitati seminaridel ja intervjuudes. 6. peatükis analüüsitakse rahastamissüsteemi ees seisvaid probleeme ning võetakse kokku valikuvõimaluste nõrgad ja tugevad küljed. 7. peatükk sisaldab aruande soovitusi.

2. Tervisesüsteemi rahastamine ja maksupoliitika

Käesoleva peatüki esimeses pooles antakse ülevaade tervisesüsteemi rahastamisest, kuludest, tulude kogumisest, avalike vahendite keskest juhtimisest, teenuste ostmisest ja tasustamisest. Teises pooles kirjeldatakse praegust maksupoliitikat, sealhulgas eelarvelist tausta, ning tervisesüsteemi rahastamise mõju majandusele ja võimalikke muutusi maksustruktuuris.

Tervisesüsteemi rahastamine

Tervishoiukulud

Tervishoiukulude tase on olnud stabiilne, kui välja arvata majanduskeskkonna muutustest tulenevad väikesed kõikumised. 1990. aastate lõpus oli tase siiski pisut kõrgem (6,1% SKPst 1999. aastal), kuid on viimastel aastatel langenud (jõudes 5,4%-ni aastal 2007) vaatamata tervishoiukulude kiirele kasvule absoluutarvestuses (tabel 4). Kuni 1998. aastani kasvasid kulutused koos majanduskasvuga. Tervishoiukulude ja SKP nii kõrge suhtarv tulenes ülemaailmsest majanduslangusest. Hoolimata sotsiaalmaksutulude puudujäägist 1999. aastal sai haigekassa kasutada teenuseosutajatele maksmiseks oma reserve, mis tõstis tervishoiukulude osatähtsust SKPst. Aastal 2000 langes see näitaja 5,5%-ni SKPst. Edasine tervishoiukulude ja SKP suhtarvu kahanemine ja samas mõõdukas tõus absoluutarvestuses on seletatav kahe teguriga: esiteks pidi haigekassa kasutama oma tulusid uue reservi loomiseks (suurusega 0,2% SKPst) ning teiseks ei kasvanud riigiarvelised eraldised tervishoiule sama tempoga kui üldised maksutulud.

Tabel 4. Suundumused tervishoiukuludes, 1995–2007

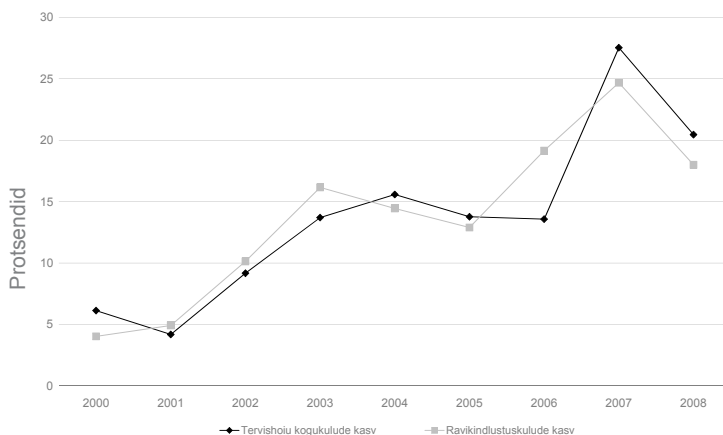
Suundumused	1995	2000	2005	2007
Tervishoiukulud kokku				
Elaniku kohta (rahvusvaheline \$)	240	533	835	1159
Osatähtsus SKPst (%)	6,4	5,4	5,0	5,4
Avalike kulude osatähtsus (% SKPst)	5,7	4,1	3,8	4,1
Erasektori kulude osatähtsus (% SKPst)	0,7	1,3	1,2	1,3
Avaliku sektori kulutused tervishoiule				
Osatähtsus avaliku sektori kogukuludest (%)	-	11,4	10,9	10,8

Allikas: WHO (10).

Käesoleva sajandi algul oli tervishoiukulude aastane nominaalkasv mõõdukas (nt ligikaudu 4% aastal 2000). Aastane nominaalne kasvumäär tõusis 11%-lt 2002. aastal 25%-ni 2007 aastal (joonis 3), kuid see ei tõstnud tervishoiukulude osatähtsust SKPst. SKP kasvas keskmiselt kiiremini tänu eratarbimisele ja investeringutele. Ravikindlustusega seotud kulutused on järginud sama arengusuunda: aastane nominaalkasv on kahel

viimasel aastal olnud väga kõrge (2007. aastal 28%). 2008. aastal, kui finantskriisi tõttu jäi SKP kasv alla 4%, suurenesid tervishoiukulud endiselt 20%, mis tõi sel aastal kaasa tervishoiukulude osatähtsuse märkimisväärse tõusu SKPst.

Joonis 3. Tervishoiu kogukulude ja ravikindlustuskulude kasv, 2000–2008

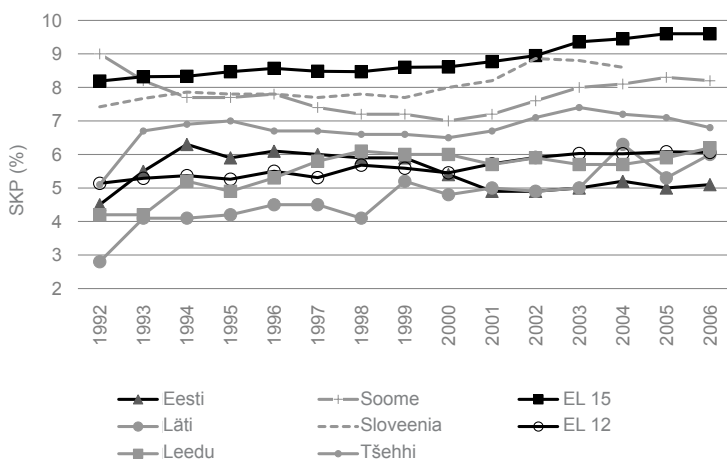


Allikas: WHO (10), haigekassa (11).

Märkus: Ravikindlustuskulud sisaldavad ajutise töövõimetuse hüvitiste kulusid.

Eesti tervishoiukulude osatähtsus SKPst on madalam kui teistel ELi liikmesriikidel (joonis 4).

Joonis 4. Tervishoiu kogukulud ELi valitud liikmesriikides ja ELis, 1992–2006



Allikas: WHO (12).

Märkus: EL 12 = 2004. aasta mais ja 2007. aasta jaanuaris ELiga ühinenud riigid.
EL 15 = riigid, mis kuulusid ELi enne 2004. aasta maid.

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori vahenditest (tabel 5). Alates 1992. aastast on peamiseks allikaks olnud haigekassa kaudu keskselt juhitud sihtotstarbeline sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, mis on viimasel kaheksal aastal katnud ligikaudu kaks kolmandikku kogukuludest. Kui tervishoiu kogukulude arvestuse andmetele lisada ajutise töövõimetuse hüvitised, on haigekassa osa veelgi suurem.⁸ Muude avaliku sektori vahendite hulgas on riigi ja kohalike omavalitsuste eelarvevahendid, mis 2007. aastal moodustasid tervishoiu kogukuludest vastavalt 9,7% ja 1,7%. Avaliku sektori osa vähenes 1990. aastatel, kuid on alates 2000. aastast püsinud stabiilselt ligikaudu 75% tasemel.

Erasektori allikad moodustasid tervishoiu kogukuludest 2007. aastal 23,3%. Omaosalus moodustab erasektori tervishoiukuludest üle 90%; eraravikindlustuse osa on väga väike. Et hüvitistes ei ole viimasel ajal muudatusi toimunud, on omaosaluse suurenemine põhjustatud reaalvalu kasvust ja inimeste valmisolekust tervishoiule kulutada.

Tabel 5. Tervisesüsteemi peamised rahastamisallikad (% kogutulust), 1995–2007^a

Rahastamisallikas	1995	1999	2000	2005	2007	2007 ^b
Avalik sektor	89,8	76,9	76,4	76,7	75,6	78,7
Riiklik ravikindlustus (haigekassa kaudu keskselt juhitud sotsiaalmaks)	77,4	66,0	66,0	66,2	64,2	68,8
Riigieelarve ^c	12,4	8,7	8,4	9,4	9,7	8,5
Kohalike omavalitsuste eelarved ^d	n-a	2,2	2,0	1,1	1,7	1,5
Erasektor	7,5	19,6	23,3	23,0	23,3	20,3
Omaosalus	7,5	14,0	19,7	20,4	21,9	19,1
Eraravikindlustus	0,0	0,8	1,0	0,3	0,3	0,3
Muu	0,0	4,8	2,6	2,3	1,1	0,9
Välisallikad	2,7	3,5	0,3	0,3	1,1	1,0

Allikas: WHO (10), haigekassa (11), TAI (13).

^a Sotsiaalministeerium hakkas OECD tervishoiu kogukulude arvestuse meetodika kohaselt süstemaatiliselt tervishoiukulude andmeid koguma 1999. aastal. Uus meetodika erineb mõnevõrra varasemast, seega tuleks varasemaid kui 1999. aasta andmeid tõlgendada ettevaatusega, sest need ei pruugi täielikult kajastada erasektori kulutusi.

^b Sisaldab tervishoiu kogukulude arvestuse andmeid ja ajutise töövõimetuse hüvitisi.

^c Käibemaks, üksikisiku tulumaks ja ettevõtte tulumaks, aktsiis ja muud tulud.

^d Üksikisiku tulumaks, maamaks, muud kohalikud maksud ja muud tulud.

⁸ Ajutise töövõimetuse hüvitisi (v.a sünnitushüvitis) maksti kuni 2009. aasta juunini alates teisest ja haigushüvitisi 2009. aasta juulist alates neljandast päevast. Töövõimetushüvitised katavad (väheste eranditega) vaid 80% ja haigushüvitised 70% varasematest tuludest. Sellist „kaaskindlustust“ ei ole omaosaluse hulka arvatud. Põhimõtteliselt saaks seda arvutada saamata jäänud tulu põhimõttel. Samamoodi saaks arvesse võtta 2009. aasta juulist kehtima hakanud töödajapoolseid makseid.

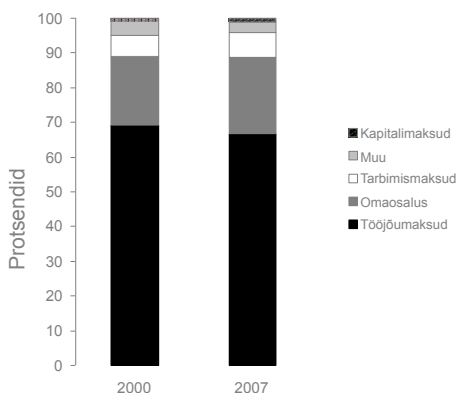
Tabel 6. Tervisesüsteemi peamised rahastamisallikad (% kogutulust) maksuliikide järgi, 2000–2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sotsiaalmaks	66,0	67,0	65,6	65,4	65,7	66,2	61,6	64,2
Omaosalus	19,7	18,8	19,9	20,8	21,3	20,4	25,1	21,9
Käibemaks	4,6	4,4	4,3	5,2	4,1	5,0	5,2	5,4
Muu (muud maksud, välissektor, muu erasektor)	4,6	4,1	4,7	3,5	4,3	4,1	2,9	3,9
Üsiksikliku tulumaks	3,5	3,9	3,8	3,2	2,6	2,1	2,8	2,7
Aktiisid	1,6	1,7	1,7	1,9	1,9	2,2	2,0	2,0
Keskonnamaksud	0,7	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0
Alkohol	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Tubakas	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4
Kokku	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Allikas: Autorite arvutused tuginedes sotsiaalministeeriumi tervishoiu kogukulude arvestuse ja statistika andmetele.

Tervishoiu rahastamisallikate jagunemine maksuliigi järgi (tabel 6 ja joonis 5) näitab, et 2007. aastal moodustasid tööjõumaksud (sotsiaalmaks ja tööjõutuludelt makstav tulumaks) kõikidest tervishoiukuludest 67%, millele järgnes omaosalus (umbes 22%), tarbimismaksud (umbes 7,5%) ja kapitalimaksud (umbes 1,2%). Ülejäänud liigitamata rahastamisallikad (muud väiksemad maksud, eraettevõtete muud kulud) moodustasid umbes 3%. See näitab selgelt, kui suurel määral tervishoiu rahastamine sõltub tööjõu maksustamisest ja leibkondade otsemaksetest, samas kui kapitalimaksude roll on väike.

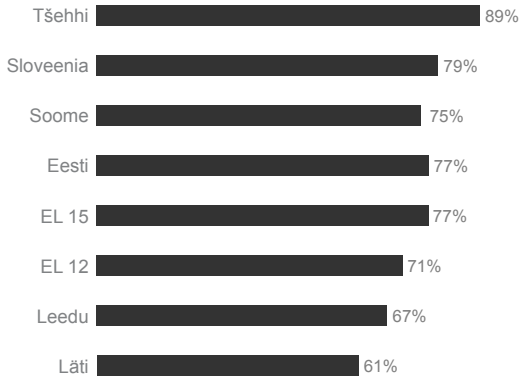
Joonis 5. Tervisesüsteemi rahastamine maksuliikide lõikes, 2000 ja 2007



Allikas: Sotsiaalministeeriumi tervishoiu kogukulude arvestuse ja statistika andmed.

Eesti avaliku sektori osatähtsus tervishoiukulude rahastamises on 2005. aasta EL 15 keskmisel tasemel (joonis 6).

Joonis 6. Avaliku sektori osatähtsus tervisesüsteemi rahastamises valitud riikides, 2005



Allikas: WHO (12).

Avaliku sektori tulude kogumine ja juhtimine

Haigekassa koondab ja juhib sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa (13% vastavalt palgast või tuludest) ja annab kindlustuskatte umbes 95%-le elanikkonnast. Sotsiaalmaksu maksjad moodustavad umbes poole kõikidest haigekassa kindlustatud inimestest (tabel 7). Nende inimeste tervishoiukulud, kes sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa ei maksa (2008. aastal 45% kindlustatud elanikkonnast), subsideeritakse kaudselt muudest allikatest, mis osutab tervisesüsteemi märkimisväärsele solidaarsusele. Jutt on lastest, pensionäridest, invaliidsuspensionäridest ja üliõpilastest, kellel on kõigi teiste kindlustatutega võrdne õigus samadele hüvitistele vaatamata sellele, et nad ei maksa sotsiaalmaksu ja seda ei maksa nende eest ka riik. Riik maksab ametlikult vaid väikese osa kindlustatute (umbes 3%) eest, sh alla kolmeaastaste lastega lapsehoolduspuhkusel vanemad, registreeritud töötud ja puudega inimeste hooldajad.

Tabel 7. Haigekassa kindlustatute jaotus, juuni 2008

Liik	Arv	Osatähtsus (%)
Kindlustatud kokku	1 284 195	100,0
Maksumaksjad	676 427	52,7
Töötajad, juhtkonnaliikmed	625 177	48,7
Füüsilisest isikust ettevõtjad	45 759	3,6
Võlaõiguse alusel kindlustatud	5 491	0,4

Tabel 7. (jätkub)

Liik	Arv	Osatähtsus (%)
Riigi või töötukassa poolt kindlustatud	32 731	2,5
Vanemahüvitiste saajad	6 969	0,5
Muud lapsehoolduspuhkusel olijad	7 753	0,6
Töötuskindlustushüvitise saajad	2 000	0,2
Muud registreeritud töötud	10 223	0,8
Puudega inimeste hooldajad	3 537	0,3
Kohustuslikus sõjaväeteenistuses viibivad mehed	1 032	0,1
Muud	1 217	0,1
Võrdsustatud isikud	575 037	44,8
Ülalpeetavad abikaasad	325	0,0
Lapsed	250 915	19,5
Üliõpilased	44 031	3,4
Vanaduspensionärid	228 110	17,8
Töövõimetus pensionärid	42 052	3,3
Toitjakaotuspensionärid	8 771	0,7
Rasedad	833	0,1
Rahvusvahelised lepingud	3 380	0,3

Allikas: Haigekassa (11).

Haigekassa tasub suurema osa kindlustatute ravikuludest, välja arvatud kiirabiteenused, mida rahastatakse otse riigieelarvest ja mida haldab sotsiaalministeeriumi haldusalas olev Terviseamet.⁹ Ravikindlustuseta inimeste vältimatu abi kulud kaetakse riigieelarvest, kuid kulude haldamine on efektiivsuse eesmärgil delegeeritud haigekassale. Ehkki makseviisid ja tervishoiuteenuste piirhinnad on ravikindlustuseta ja ravikindlustusega inimeste puhul samad, ei hõlma haigekassa piiratud kulu ja mahuga lepingud ravikindlustuseta inimesi.

Sotsiaalmaksu kogub Maksu- ja Tolliamet ning sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa keskne juhtimine toimub piirkondlike sissetulekuerinevuste tasakaalustamiseks haigekassas. Haigekassa eelarve on alati sõltunud sotsiaalmaksutulu ravikindlustuse osast. Enne 2001. aastat kinnitas riigikogu haigekassa eelarve riigieelarvega samal ajal. Paindlikkuse huvides ei jaotatud eelarvet üksikasjalikult: Riigikogu kinnitas kogueelarve, haigekassa aga otsustas jaotuse sektorite lõikes omal äranägemisel. Alates 2001. aastast, mil haigekassale anti autonoomia, kinnitab haigekassa eelarve tema nõukogu, lähtudes nelja aasta tulude ja kulude planeerimise põhimõttest.

Eesti üldise eelarvepoliitika kohaselt peab ka haigekassa eelarve olema igal majandusaastal tasakaalus. Et haigekassa eelarve oleks riigieelarvest, ei saa nõukogu seda kinnitada enne riigieelarve vastuvõtmist; seni võib iga kuu kulutada kuni 1/12 eelmise majandusaasta kuludest.

⁹ Kuni 2010. aastani Tervishoiuamet.

Haigekassal on maksevõime tagamiseks olemas kassatagavara, kohustuslik reservkapital ja riskireserv. Riigikassa hallatav kassatagavara (likviidsed vahendid), mis koosneb nt kohalikest deposiitidest ja võlakirjadest, tagab igapäevaste rahavoogude sujuva juhtimise. Kohustuslik reservkapital, mis moodustab 6% haigekassa eelarvest (alates haigekassa loomisest kantakse reservkapitali igal aastal vähemalt 2% eelarvest) vähendab makromajanduslikest muutustest tulenevaid riske. Kuni 2004. aastani oli kohustuslik reservkapital 8% eelarvest, kuid seda vähendati, et katta tervishoiutöötajate uuest palgakokkuleppest tulenevad kõrgemad tervishoiuteenuste piirhinnad. Kohustuslikku reservkapitali võib kasutada ainult valitsuse korraldusel, mis tehakse sotsiaalministri soovitusel pärast haigekassa nõukogu arvamuse kuulamist. Rahandusministeerium tagab peamiselt kõrge reitinguga Euroopa emitentide võlakirjadesse investeeritud vahendite säilimise ja likviidsuse ning investeerimistulu. Riskireserviga (2% eelarvest) maandatakse ravikindlustuskohustustest tulenevaid riske ning seda võib kasutada üksnes nõukogu otsusel. Peale reservide oli haigekassal 2008. aasta lõpu seisuga umbes 3 miljardit krooni (s.o peaaegu veerand aastaeelarvest) kasutamata vahendeid, mis pärinesid peamiselt varasemate aastate oodatust suuremast tulust.

Tabel 8 näitab haigekassa eelarve jaotust eri hüvitiste vahel ja nende kasvu alates 2001. aastast. Osa eelarvest jaotatakse nn avatud kohustuste alusel, näiteks retseptiravimite hüvitamine ning haigus- ja sünnitushüvitiste maksmine. Ülejäänud jagatakse vastavalt nõukogu määratud prioriteetidele.

Tabel 8. Haigekassa eelarve jaotus, 2001 ja 2009

Liik	2001 (mln kr)	2009 (mln kr)	Kasv 2009/2001 (%)	% kogusummast 2009
Kõik tervishoiuteenused kokku	2 824	8 223	191	67,2
Ennetus	45	129	190	1,1
Üldarstiabi	336	1 092	225	8,9
Eriarstiabi	2 170	6 457	198	52,8
Hooldusravi	48	243	407	2,0
Hambaravi	225	301	34	2,5
Tervise edendus	13	15	16	0,1
Ravimid	666	1 383	108	11,3
Ajutise töövõimetuse hüvitised	754	2 153	186	17,6
Muud ravikindlustushüvitised	7	334	4 943	2,7
Ravikindlustushüvitised kokku	4 263	12 108	184	99,0
Tegevuskulud	79	121	53	1,0
Kulud kokku	4 343	12 229	182	100,0
Eraldised reservidesse	221	-211		

Allikas: Haigekassa (11).

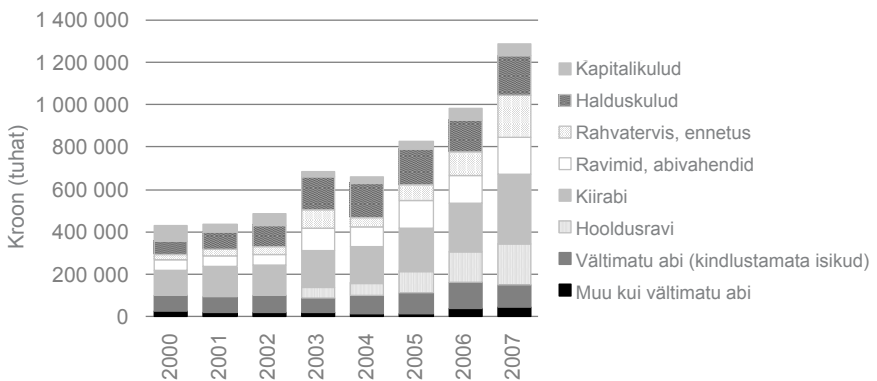
Suurem osa tervishoiuteenuste ostmiseks kulutatavatest vahenditest jaotatakse nelja piirkondliku osakonna vahel pearaha alusel vastavalt kindlustatud inimeste arvule igas piirkonnas. Osa kulukaid protseduure (nt luuüdi siirdamine, peritonaaldialüüs ning

teatavad onkoloogia- ja hematoloogiaprotseduurid) rahastatakse aga tsentraalselt. Piirkondlike osakondade eelarved kinnitab haigekassa juhatus. Üldarstiabi ja hooldusravi pearahapõhised eraldised korrigeeritakse vastavalt piirkonna elanike vanusestruktuurile. Muude tervishoiuteenuste puhul pearahapõhiseid eraldisi ei korrigeerita. Piirkondlikel osakondadel on teatav võimalus raha eriarstiabi, hooldusravi ja hambaravi vahel jaotada. Nemad kavandavad ka lepinguid teenuseosutajatega. Ravimi- ja ajutise töövõimetuse hüvitisi (haigekassa avatud kohustused) hallatakse tsentraalselt.

Ülejäänud asutused, eelkõige sotsiaalministeerium ja kohalikud omavalitsused, juhivad avaliku sektori tulusid. Riigi ja kohalike omavalitsuste eelarve osa tervishoiuteenuste rahastamises on viimastel aastatel olnud suhteliselt stabiilne (1999. aastal 10,9%, 2007. aastal 11,4%). Rahandusministeerium seab igale ministeeriumile eelarve piirmäärad õigusaktidest tulenevate ja valitsuse prioriteetide alusel. Riigieelarve tervisesektori osa koostab sotsiaalministeerium (mis haldab rohkem kui 90% riigieelarve tervishoiueraldistest), kellele teevad eelarve kohta ettepanekuid tema haldusalas töötavad osaliselt või täielikult eelarvest rahastatavad asutused. Joonis 7 annab ülevaate riigieelarve tervishoiukuludest kululiikide lõikes.

Ravikindlustuseta inimeste puhul (2008. aastal 4,4% elanikkonnast) rahastatakse riigieelarvest üksnes vältimatu abi kulud. Kiirabiteenuseid haldab Terviseamet¹⁰ – sotsiaalministeeriumi haldusalas olev asutus, mis tegeleb tervishoiuteenuste osutajatega. Kiirabiteenuste kulumudel põhineb ödede ja arstide arvul igas kiirabibrigaadis, kuid lõplikud summad otsustatakse eelarveläbirääkimiste teel.

Joonis 7. Riigieelarvelised tervishoiukulud liikide lõikes, 2000–2007



Allikas: WHO (10).

¹⁰ Kuni 2010. aastani Tervishoiuamet.

Riigieelarvest rahastatakse teatav osa ravimeid ja abivahendeid. Ehkki haigekassa hüvitab enamiku ravimeid, ostetakse mõned ravimid ja vaktsiinid keskselt avalike pakkumiste teel, et hoida nende hind madalal ja tagada võrdne juurdepääs. Riigieelarvest rahastatakse ka laiaulatuslikke tervise edendamise ja haiguste ennetamise programme. Seoses rahvaterviseprogrammide, nt HIVi ja uimastistrateegia uuendamisega ning uute programmide, nt südameveresoonekonna haiguste ennetusstrateegia käivitamisega on riigieelarve osa rahvaterviseprogrammide rahastamises viimastel aastatel kasvanud (6,6%-lt 1999. aastal 16%-ni 2007. aastal). Alates 2001. aastast on rahvatervise valdkonnale eraldatud täiendavaid vahendeid hasartmängumaksust. Teised ministriumid rahastavad oma pädevusalas teatavaid programme, nt justiitsministeerium rahastab HIVi ennetuse programmi vanglates.

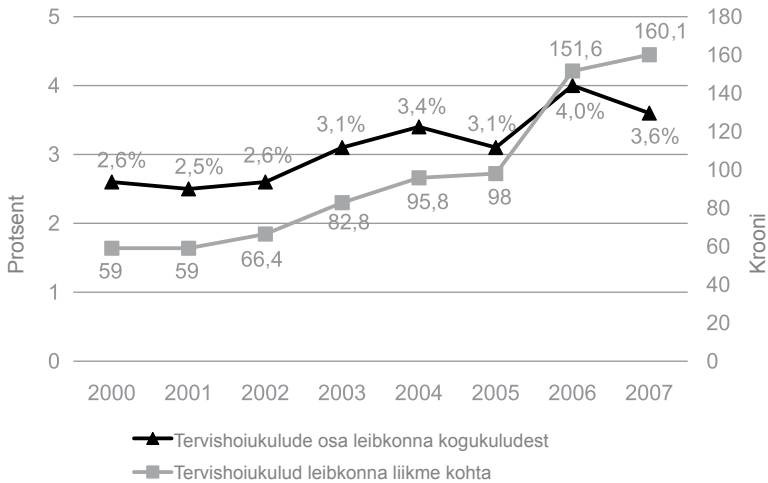
Varem rahastati riigieelarvest ka kapitalikulused, kuid alates 2003. aastast lisati need tervishoiuteenuste hindadele ja nende eest tasub peamiselt haigekassa. Riigieelarvest rahastatakse endiselt vaid piiratud mahu investeringuid teatavatesse haiglatesse, kuid seda ei tehta süstemaatiliselt. 2008. aastal muutus kapitalikulude rahastamine kord ning neid rahastati riigieelarvest haigekassa makstud teenuste hinna kaudu. See otsus tehti eesmärgiga leevendada rahalist survet haigekassale, võimaldada ravi paremat kättesaadavust ja maksta teenuseosutajatele kõrgemaid hindu. 2009. aastal ei eraldatud aga riigieelarvest kapitalikuludeks raha ja haigekassa pidi need katma tavalistest tuludest. Peale riigi on haiglate kapitalikulused aidanud rahastada ka ELi tõukefondid.

Kohalikel omavalitsustel ei ole selget tervisesüsteemi rahastamise kohustust ja seetõttu on panused väga erinevad, olenedes nende maksevõimest ja kohalikest prioriteetidest. Peamiselt rahastavad omavalitsused ravikindlustuseta inimeste muu kui vältimatu arstiabi kulused ja annavad inimestele rahalist toetust suure omaosaluse korral või tervishoiuteenuste saamisega seotud transpordikulude kattteks. Omavalitsused rahastavad ka tervise edendamise kampaaniaid.

Erasektori tulude kogumine ja juhtimine

Erarahastamise allikad on ametlik ja mitteametlik omaosalus ning eraravikindlustus. Viimane koosneb peamiselt reisitervisekindlustusest ja selle osa on väga väike. Enne 2002. aastat puudus eraravikindlustusel turg peamiselt haigekassa pakutavate hüvitiste suure valiku ja lühikeste ravijärjekordade tõttu. Inimestel ei ole ka võimalik haigekassa kindlustusest loobuda ning ettevõtjate ostetav eraravikindlustus (v.a rahvusvaheliste ärireisidega seotud kindlustus) kuulub maksustamisele 33% erisoodustusmaksuga. Lisaks reisitervisekindlustusele pakuvad mõned välismaised erakindlustusseltsid täiendavat eraravikindlustust, et võimaldada inimestele kiiremat juurdepääsu eriarstiabile. 2009. aasta alguses tegutses aga selles valdkonnas ainult üks erakindlustusselts, millel oli ligikaudu 600 klienti. 2002. aastal hakkas haigekassa pakkuma vabatahtlikku kindlustust teatavatele rühmadele, kel vastasel juhul ei oleks õigust ravikindlustusele (nt haigekassa kindlustatute ülalpeetavad abikaasad). 2008. aasta lõpus oli haigekassas vabatahtlikult kindlustatud ainult 261.

Joonis 8. Tervishoiukulud leibkonna liikme kohta, 2000–2007



Allikas: Statistikaameti leibkondade eelarve uuringu andmed.

Omaosalus koosneb haigekassa hüvitise omaosalusmääradest (tabel 9), otsemaksetest teenuseosutajatele väljaspool haigekassa hüvitiste paketti või ravikindlustuslepinguta teenuseosutajatelt, ja mitteametlikest maksetest. Alates 1990. aastate keskpaigast on omaosaluse osatähtsus tervishoiu kogukuludes pidevalt kasvanud. Omaosalus leibkonna liikme kohta on peaaegu kolmekordistunud - 59 kroonilt 160 kroonini kuus (joonis 8). Tervishoiukulude osa leibkonna kuludes kasvas 2,6%-lt 2000. aastal 3,6%-ni 2007. aastal.

Üle poole (2007. aastal 51%) omaosalusest on seotud ravimitega, sellest omakorda 73% retseptiravimitega. Omaosalusega seotud kulude struktuur on sissetulekukvintilide lõikes väga erinev. Kõige vaesema kvintili omaosalus oli peaaegu täielikult seotud ravimitega (2007. aastal 84%), rikkad kulutasid aga rohkem ambulatoorsele teenustele, sh hambaravile (15). 2010. aastal kehtestati hooldusravile 15% omaosalus.

Tervishoiu välisrahastamine ei ole märkimisväärne, kuid on viimastel aastatel kasvanud, seda peamiselt tänu haiglate infrastruktuuriinvesteeringutele ELi tõukefondidest ja muudest allikatest.

Tabel 9. Omaosalustasud raviilikeide loikes, valitud aastad

	1995	2001/2002	2009
Üldarstiabi	Visiiditasu 5 krooni (0,32 eurot). Pensionärid, puudega inimesed ja lapsed vabastatud.	Visiiditasu 5 krooni (0,32 eurot). Pensionärid, puudega inimesed ja lapsed vabastatud.	<ul style="list-style-type: none"> Omaosalustasu visiitidel puudub. Koduvisiiditasu kuni 50 krooni (3,20 eurot). Alla 2-aastased lapsed ja rasedad vabastatud.
Ambulatoorne eriarstiabi (ravikindlustus-lepinguga)	Visiiditasu 5 krooni (0,32 eurot). Pensionärid, puudega inimesed ja lapsed vabastatud; erabahaiglad võtavad tasu oma hinnakirja alusel.	Lisaks ametlikule omaosalusele on osa teenuseosutajaid kehtestanud lisatasud.	Omaosalustasu kuni 50 krooni (3,20 eurot). Alla 2-aastased lapsed ja rasedad vabastatud.
Ambulatoorne eriarstiabi (ravikindlustus-lepinguta)	Patsient maksab teenuseosutaja kehtestatud tasud.	Patsient maksab teenuseosutaja kehtestatud tasud.	Patsient maksab teenuseosutaja kehtestatud „mõisilikud“ tasud.
Hambaravi	Osaliselt katab ravikindlustus; erateenuseosutajad kehtestavad lisatasud.	Osaliselt katab ravikindlustus; erateenuseosutajad kehtestavad lisatasud.	<ul style="list-style-type: none"> Haigekassa hüvitatava laste hambaravi puhul omaosalustasu puudub. Haigekassa ei hüvita täiskasvanute hambaravi, v.a piiratud rahaline hüvitus rasedatele ja pensionäridele.
Haiglaravi	<ul style="list-style-type: none"> Haiglaravi puhul omaosalus puudub. Teenuseosutajad kehtestavad omaosalustasu standardist parema majutuse eest. Omaosalus teatavate teenuste puhul (nt raseduse vabatahtlik katkestamine). 	<ul style="list-style-type: none"> Haiglaravi puhul omaosalus puudub. Teenuseosutajad kehtestavad omaosalustasu standardist parema majutuse eest. Omaosalus teatavate teenuste puhul (nt raseduse vabatahtlik katkestamine). 	<ul style="list-style-type: none"> Omaosalus kuni 25 krooni (1,60 eurot) päevas kuni 10 haiglapäeva eest. Lapsed, rasedad ja intensiivravi patsiendid on vabastatud. Teenuseosutajad võivad kehtestada omaosaluse standardist parema majutuse eest. Omaosalus teatavate teenuste puhul (nt stantsionaarne taastusravi mitteägedatel juhtudel, raseduse vabatahtlik katkestamine), mille määrab haigekassa.
Retseptiravimid	<ul style="list-style-type: none"> Teatavate krooniliste ja raskete haiguste retseptiravimid (ning pensionäridele, puudega inimestele ja lastele) – omaosalustasu 5 krooni (0,32 eurot) pluss omaosalus 0% või 10% (1995. aasta mais fousis omaosalus 10 kroonini (0,64 eurot); omaosaluse protsendina jäi samaks). Retseptiravimid – omaosalustasu 30 krooni (1,91 eurot) retsepti kohta. 	<ul style="list-style-type: none"> Teatavate krooniliste haiguste retseptiravimid (ning pensionäridele, puudega inimestele ja lastele) – omaosalustasu 20 krooni (1,30 eurot) pluss omaosalus 0% või 10%. Retseptiravimid – omaosalustasu 50 krooni (3,20 eurot) retsepti kohta maksimaalselt 200 krooni (12 eurot) retsepti kohta. 	<ul style="list-style-type: none"> Krooniliste haiguste retseptiravimid – omaosalustasu 20 krooni (1,30 eurot) pluss omaosalus 0% või 25% ravimi hinnast (või 4–16-aastaste laste, puudega inimeste, pensionäride või üle 63-aastaste puhul 10%). Alla 4-aastaste laste retseptiravimitel ainult omaosalustasu 20 krooni (1,30 eurot) retsepti kohta. Retseptiravimid – omaosalus 50 krooni (3,20 eurot) retsepti kohta pluss omaosalus vähemalt 50% ravimi hinnast; ravikindlustus katab maksimaalselt 200 krooni (12 eurot) retsepti kohta. Aastas retseptiravimitele tehtud kulutuste katmiseks võib taotle da täiendavat hüvitusi: 50% juhtul, kui ravimikulud aastas on 6000–10 000 krooni (383–639 eurot); 75% juhtul, kui need on 10 000–20 000 krooni (639–1278 eurot), ja 0% kui need on üle 20 000 krooni (1278 eurot).

Allikas: Korrigeeritud ja uuendatud (14).

Tabel 10. Retseptiravimite kulud, 2008

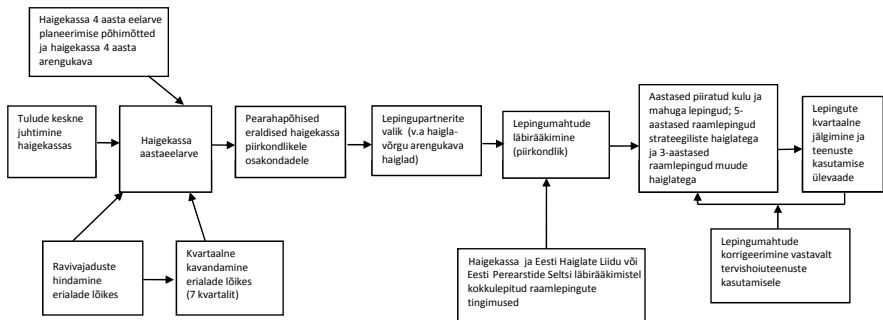
Haigekassa hüvitiste määrad eri retseptiravimite puhul	Omaosaluse % retseptiravimite kogukuludest
100%	4
90%	33
75%	42
50%	66
Kokku	38

Allikas: Haigekassa (11).

Tervishoiuteenuste ostmine

Peamine tervishoiuteenuste ostja on haigekassa, mille lepingute sõlmimise protsessi kujutab joonis 9. Haigekassa sõlmib valitsuse kinnitatud haiglavõrgu arengukava haiglatega viieaastased piiratud kulu ja mahuga lepingud ning teistega kolmeaastased lepingud. Rahalised kohustused räägitakse läbi igal aastal. Alates 2001. aastast on lepingute sõlmimise protsess alanud ravivajaduste hindamisega. Praegu hinnatakse vajadusi peamiselt tervishoiuteenuste kasutamise andmete analüüsi (ravijuhud meditsiinerialade kaupa) ja ravijärjekordade põhjal, kuid kavas on kasutusele võtta keerukamad meetodid. Alates 2005. aastast on haigekassa hinnanud koos osade erialaseltsidega ravivajadusi, et kaasata neid planeerimisprotsessi ja ostuotsuste tegemisse. Läbirääkimiste tulemusi võtab haigekassa arvesse eelarve koostamisel, lepingute sõlmimisel ja tervishoiuteenuste loetelu ajakohastamisel.

Joonis 9. Haigekassa lepingute sõlmimise protsess



Allikas: Korrigeeritud (2).

Lepingute sõlmimise järgmine etapp on teenuseosutajate valimine. Haigekassa sõlmib lepinguid üksnes Terviseametilt tegevusloa saanud teenuseosutajatega ja teeb valiku nende seast, kes ei kuulu haiglavõrgu arengukavva (s.t ei sõlmi lepinguid kõigi teenuseosutajatega). Valimise eesmärgiks on ergutada konkurentsi ja motiveerida teenuste kvaliteedi parandamist.

Eeskätt peab selline valimine aga parandama teenuste kättesaadavust piirkondades, mida teenuseosutajad peavad vähem huvipakkuvaks. Haigekassa peab aga lepingud sõlmima kõigi haiglavõrgu arengukava haiglatega (19 aktiivravihaiplat), mille tagatud lepingumahud on kindlaks määratud varasemate andmete põhjal. Peamine erand on erasektori hambaraviteenuse osutajad, kes ei sõlmi haigekassaga süstemaatiliselt lepinguid. Umbes 20% ambulatoorsest ravist (sh hambaravi) ostetakse valikuprotsessi alusel, lähtudes haigekassa nõukogu kinnitatud kriteeriumidest, nt teenuse lähedus patsientidele, päevaravi osatähtsus ja varasem kogemus.

Lepingute sõlmimise reeglid on kehtestatud ravikindlustuse seadusega ja need on kinnitanud haigekassa nõukogu. Haigekassa räägib lepingute üldtingimused läbi teenuseosutajaid esindavate ühendustega, s.o Eesti Perekarstide Seltsi ja Eesti Haiglate Liiduga, tagades lepingusätete ühtse kohaldamise kõikide teenuseosutajate suhtes. Lisaks üldtingimustele lepitakse igal aastal iga teenuseosutajaga eraldi kokku lepingu rahalised lisad. Haigekassa lepingud on väga põhjalikud ja nende täitmist nõutakse rangelt. Lepingutingimused hõlmavad ravi kättesaadavust, ravi kvaliteeti, ravijärjekordi, hüvitamistingimusi, aruandlusnõudeid ja kohustusi lepingu rikkumise korral. Erakorralist abi tuleb anda viivitamatult, ambulatoorset eriarstiabi kuue nädala jooksul ja haiglaravi kaheksa kuu jooksul. Haigekassa jälgib ravijärjekordi hoolega ja rakendab ennetusabinõusid (nt teeb ettepanekuid rahaliste lisade muutmiseks), et tagada tervishoiuteenuste õigeaegne kättesaadavus.

Kui teenuseosutajad on valitud ja lepingute üldtingimused teenuseosutajate ühendustega kokku lepitud, peetakse valitud eriarstiabi osutajatega läbirääkimisi teenuste mahu ja (erialade lõikes) ravijuhi keskmise maksumuse üle. Nendel läbirääkimistel ei otsustata tasustamisviise ja teenuste hindu, vaid püütakse piiritleda keskmise ravijuhi kulud. Tähtsam küsimus on ravijuhtude arvus kokkuleppimine, mille tingib haigekassa eesmärk tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus vähemalt eelmise aasta tasemel. Üldarstiabi puhul ei kuulu lepingu maht läbirääkimistele.

Teenuseosutajad võivad vahendeid erialade lõikes ümber jaotada 5% ulatuses lepingusummast. Samuti on olemas rahaline reserv (tavaliselt 5% kogusummast), mida ei eraldata erialadele, vaid mida võib kasutada haigekassaga kooskõlastatult. Kuni 2006. aastani ei olnud haigekassa kohustatud hüvitama kokkulepitud lepingumahu ületavaid teenuseid, kuid tänu õigusakti muudatusele tuleb haigekassal nüüd ülemääraste teenuste eest tasuda hinnakoefitsiendiga 0,3 ehk teenuse lepingujärgsest maksumusest 30%. Varem on olnud juhtumeid, kus haiglad täitsid lepingumahu mitu kuud enne lepingu tähtaja lõppu, mistõttu nad said osutada vaid erakorralist abi. Seepärast pööravad haigekassa ja teenuseosutajad nüüd rohkem tähelepanu lepingute hoolikale kavandamisele ning lepingute täitmist jälgitakse kvartaalselt.

Ravikindlustuseta inimestele antavat vältimatut abi haldab haigekassa, kuid see ei ole osa lepingute sõlmimise protsessist ning ravijuhtude arvule ja keskmisele kulule ravijuhi kohta ei kehtestata piirmäära. See võib olla valdkond, kus teenuseosutajad saavad haigekassa vahendite vähenemisel kulusid nihutada. Terviseamet ostab kiirabiteenuseid, lähtudes ödede ja arstide arvust igas kiirabibrigaadis; lõplikud summad otsustatakse eelarveläbirääkimiste teel. Lepingutes sätestatakse osaliste õigused ja kohustused, teenusestandardid ja finantsaruandluse nõuded.

Teenuseosutajate tasustamine

Teenuseosutajate tasustamise viisid, hüvitatavate teenuste loetelu ja teenuste hinnad sisalduvad ühtses valitsuse kinnitatud tervishoiuteenuste loetelus ehk hinnakirjas, mida ajakohastatakse reeglina kord aastas. Seega neid lepingute läbirääkimistel ei arutata. Haigekassa vastutab tervishoiuteenuste loetelu haldamise eest. Kõigile lepingulistele teenuseosutajatele makstakse ühtmoodi ning haigla eripärast, nt õpetavad haiglad, sõltuvalt hindu ei kohandata. Enne 2001. aastat kinnitati hinnakiri sotsiaalministri määrusega. Alates 2001. aastast on hinnakirja kinnitamise kohustus valitsusel, et suurendada avalikku aruandekohustust ja muuta hinnakiri teenuseosutajate mõjutuste suhtes vähem tundlikuks.

Tervishoiuteenuste loetelu sisaldab rohkem kui 2000 teenust ja hõlmab erinevaid tasustamisviise. Eriarstiabi puhul kuuluvad tasustamisviiside hulka eeskätt teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosipõhine tasustamisviis (ingl k *diagnosis related groups, DRG*). Ambulatoorse ravi puhul on peamine tasustamisviis teenusepõhine tasu (laboratoorsed, radioloogilised uuringud jms), statsionaarse arstiabi puhul kasutatakse aga teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosipõhise tasustamisviisi kombinatsiooni. Teenusepõhine tasu hõlmab voodipäevatasu ja tasu üksikute raviprotseduuride eest. Voodipäevatasu sisaldab patsiendi üldist läbivaatust, diagnoosimist, ravi planeerimist, hooldust, toitlustamist, lihtsamaid raviprotseduure, laboratoorseid uuringuid ja ravimeid. Voodipäevatasu suurus sõltub meditsiinierialast ja patsiendi haiglas viibimise ajast. Kui haiglas viibimine kestab rohkem kui vastava profiili järgne lubatud maksimaalne päevade arv, siis tasutakse järelevi voodipäeva hinna alusel.

DRG-põhine tasustamissüsteem võeti kasutusele 2001. aastal. Tänu eelnevale teenusepõhisele tasustamisele ja hästi välja töötatud elektroonilistele andmeedastussüsteemidele oli Eestis olemas suhteliselt selge ülevaade haiglate tegevusest. 1999. aasta majanduskriisist tulenenud kulusurve tõttu, mis ammendas haigekassa reservid, nähti DRG-põhist süsteemi tootlikkuse ja efektiivsuse suurendamise vahendina, mis aitab ära hoida teenuse- ja voodipäevatasu süsteemiga seonduvat inflatsiooni.¹¹ Haigekassa võttis 2004. aastal kasutusele Põhjamaade DRG-süsteemi (NordDRG). Hüvitiste puhul kasutatakse seda süsteemi koos muude tasustamisviisidega, nii et ravijuhu hind arvutatakse lähtuvalt hinnakirjast ja NordDRG rühmadest ning hüvitatakse proportsionaalselt. DRG-põhise tasustamise proportsioon iga ravijuhu korral oli finantsriski minimeerimiseks esialgu 10%. 2005. aastal tõsteti see 50%-le ja alates 2009. aasta juulist 70%-le.

Haigekassa algatas 2003. aastal tervishoiuteenuste hinnakujunduse projekti, et muuta hinnakujundus läbipaistvamaks ja põhjendatumaks. Projekti kaasati kõikide peamiste meditsiinierialade ja haiglate esindajad ning eesmärk oli jõuda kokkuleppele ühtses hinnakujundusmetoodikas (tegevuspõhine kuluarvestus), hinnakomponentides ja kuludes. Uus hinnakujundusmetoodika pidi ootuste kohaselt võimaldama läbipaistvat arutelu erinevate sisendite üle. Teine eesmärk oli motiveerida teenuseosutajaid tõhustama oma kuluarvestussüsteeme ja suurendada teenuseosutajate huvi haiglasisesse kulude juhtimise vastu.

¹¹ Ajavahemikul 2000. aasta jaanuarist 2002. aasta septembrini tõusis inflatsioon 30%-le ravijuhu keskmisest kulust, ametlik hinnatõus oli aga ainult 13%.

Põhimõtteliselt hõlmavad tervishoiuteenuste hinnad kõiki teenuse osutamise kulusid, välja arvatud teadus- ja õppetöö kulusid. Kõik hinnad on maksimumhinnad (n-ö piirhinnad) ning teenuseosutajad ja haigekassa võivad kokku leppida madalamates hindades. Hindade ja tasustamisviiside läbivaatamise võivad algatada teenuseosutajate ühendused, erialaliidud või haigekassa. Iga teenust hinnatakse nelja kriteeriumi alusel: meditsiiniline efektiivsus (hindab asjaomane erialaliit), kulutõhusus (hindab tervishoiuökonomist), kokkusobivus riigi tervisepoliitikaga (sotsiaalministeerium) ja vastavus ravikindlustuse rahalistele võimalustele (haigekassa).

Haigekassaga lepingu sõlminud perearstidele ja üldarstiabi õdedele tasumisel kombineeritakse pearahamakseid muude tasustamisviisidega. Pearahamakset korrigeeritakse vastavalt patsientide vanusele ja arvestatakse kolme vanuserühma (alla 2, 2–69 ja üle 70). Kui perearsti nimistus on vähem kui 1200 inimest (s.o praktilise miinimumsuurus), saab ta pearahapõhist tasu siiski 1200 inimese eest, et katta praktilise püsikulud. Alguses, 1998. aastal, olid pearaha määrad kõikides vanuserühmades võrdsed. Vanuserühmade pearahade erinevused sätestati 1999. aastal. Haigekassa töötas 2003. aastal välja perearsti kulumudeli, mis suurendas pearaha erinevust vanuserühmade vahel. Alla 2-aastaste laste pearaha suurendati rohkem kui 50%, mis peegeldab selle vanuserühma palju suuremat konsultatsioonisagedust võrreldes elanikkonnaga üldiselt. Perearstid võivad saada ka täiendavaid teenusepõhiseid tasusid kuni 27% pearahapõhise tasu eelarvest (kvaliteedisüsteemis osalevate arstide puhul 32%).

2006. aasta jaanuaris võttis haigekassa kasutusele perearstide kvaliteedisüsteemi, et parandada ennetustegevuse kvaliteeti ja tulemuslikkust ning motiveerida arste kroonilisi haigusi paremini jälgima. Prioriteetsed valdkonnad on vaksineerimine, vereliipidide ja glükoositaseme mõõtmine, mammograafia (45–59-aastased naised), II tüüpi diabeet, kõrgvererõhutõbi, südameinfarkt ja kilpnäärme alatalitus. Perearstid peavad tegema ka teatavaid lihtsaid kirurgilisi protseduure ja jälgima normaalselt kulgevaid rasedusi. Nad peavad haigekassale igal aastal esitama elektroonilised aruanded tulemusnäitajate saavutamise kohta. Seejärel kontrollib haigekassa perearstide aruannete vastavust oma raviarvete andmebaasiga. Perearstid võivad saada tulemusnäitajate täitmise eest kuni 48 000 krooni (3067 eurot) aastas lisaks tavalisele pearahapõhisele maksele. Kvaliteedisüsteemi on korrigeeritud igal aastal, et laiendada teenustevalikut.

Üldiselt on perearstide maksesüsteem loodud nii, et see motiveeriks perearste tegelema rohkem diagnostika ja raviga, tagaks ravi järjepidevuse ning korvaks perearstidele eakate ja laste jälgimise ning kaugemates piirkondades töötamisega seotud rahalised riskid.

Maksupoliitika

Käesolevas osas antakse lühike ülevaade Eesti eelarvepoliitikast, maksumaksete ülesehitusest, sotsiaalmaksust, tervisesüsteemi rahastamise majanduslikust mõjust ja võimalikest muutustest maksustruktuuris.

Viimastel aastatel on Eestis avaliku sektori osatähtsus olnud suhteliselt stabiilselt umbes 34–36% SKPst (tabel 11). Aastatel 2002–2007 oli Eestis kiire majandus- ja tööhõive kasvu

aeg (joonis 10). Seetõttu ületasid tulud kulusid ning 2007. aastal oli valitsemissektori konsolideeritud võlg (3,5% SKPst) üks madalamaid Euroopa Liidus. Pärast seda on Eestit märkimisväärselt mõjutanud ülemaailmne majanduskriis ning 2009. aastaks ennustati SKP vähenemist 15% võrra ja töötuse suurenemist 15% tasemele.

Otseste maksude määra ja sotsiaalkindlustusmaksete vähendamise tõttu on üldine maksukoormus märgatavalt vähenenud: 37,8%-lt 1995. aastal 32,2%-ni 2008. aastal (tabel 11). Alates 2000. aastast on maksukoormus olnud enam-vähem stabiilne, kuid see on 5–6 protsendipunkti võrra väiksem kui EL 27 keskmine. Avaliku sektori kulutused sotsiaalkaitsele ja tervishoiule on väga väikesed: 2006. aastal moodustasid need 12,4% SKPst, samas kui ELi keskmine on 26,9%.¹² Samuti on väikesed avaliku sektori kulutused tervishoiule: 2006. aastal 2,8% SKPst, samas kui EL 27 keskmine on 7,5% (joonis 11). Siiski moodustasid avaliku sektori kulutused tervishoiule 31,2% kogu sotsiaalkulutustest Eestis 2006. aastal, mis on enam-vähem sama palju kui ELi keskmine 29,2%. See tähendab, et avaliku sektori väikesed kulutused tervishoiule kajastavad pigem väikesi kulutusi sotsiaalvaldkonnale tervikuna, mitte ei tulene sotsiaalkulutuste struktuurist.

Praegune majanduskriis on toonud kaasa SKP märkimisväärse vähenemise aastatel 2008–2010 ning on ühtlasi tõstnud maksukoormuse suhtelist suurust ning avaliku sektori osatähtsust SKPs. 2010. aastaks on prognoositud valitsemissektori tulude osatähtsuse tõusu 44%-ni SKPst ning maksukoormuse tõusu 36%-ni SKPst.

Tabel 11. Valitsemissektori tulud ja kulud (% SKPst), 2000–2008

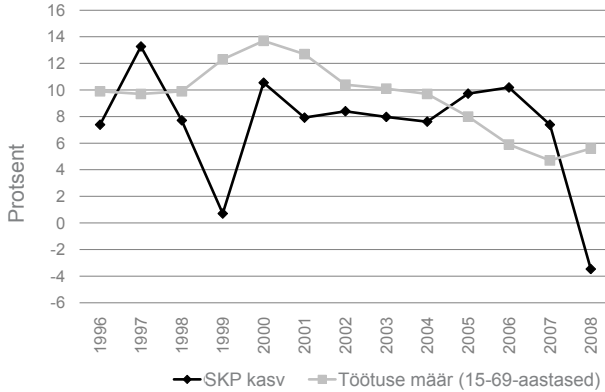
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Valitsemissektori kulud	36,5	35,1	35,9	34,9	34,1	34,0	34,2	35,5	40,9
Valitsemissektori tulud	36,2	35	36,1	36,6	35,7	35,5	37,1	38,2	37,9
Ülejääk/puudujääk	-0,2	-0,1	0,3	1,7	1,7	1,5	2,9	2,7	-3,0
Maksukoormus	31,3	30,5	31,1	30,9	30,7	30,9	31,3	33,1	32,2
Valitsemissektori konsolideeritud koguvõlg	5,2	4,8	5,7	5,6	5,0	4,5	4,3	3,5	4,8
Valitsemissektori kulutused sotsiaalkaitsele ja tervishoiule	15,1	14,3	14,2	14,0	14,4	14,0	13,9	14,3	
Sotsiaalkaitse kulutused (ESSPROS)	14,0	13,1	12,7	12,6	13,0	12,7	12,4		

Allikas: Eurostat (16).

Märkus: Ümardamise tõttu ei vasta ülejääk täpselt tulude ja kulude vahele.

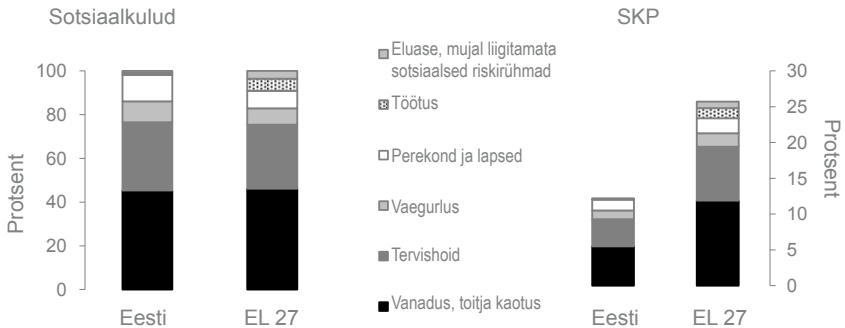
¹² Need andmed sotsiaalkaitse kohta on välja arvatud ühtse sotsiaalse kaitse statistika Euroopa süsteemi (ESSPROS) kohaselt ning seega erinevad vähesel määral tervishoiu kogukulude arvestuse andmetest.

Joonis 10. SKP kasv ja töötuse määr, 1996–2008



Allikas: Statistikaamet (17).

Joonis 11. Sotsiaalkulutuste struktuur Eestis ja ELis, 2006



Allikas: Eurostat (16).

Maksustruktuur

Eesti maksusüsteem koosneb riiklikest maksudest, kohalikest maksudest ja sotsiaalkindlustusmaksetest (tabel 12). Sotsiaalmaks on valitsemissektori suurim tuluaallikas, sellele järgnevad käibemaks ja üksikisiku tulumaks (joonis 12). Otseste maksude osatähtsus (2007. aastal 23,7% ja 2008. aastal 24,1%) on vähenenud 5% võrra alates 1995. aastast (mil see oli 29%). Selle põhjuseks on maksureformid, mis on märgatavalt suurendanud maksuvaba tulu määra ning vähendanud maksumäärasid nii üksikisiku kui ka ettevõtte tulumaksu puhul. Aastal 2007 laekus umbes 70% maksutuludest riigieelarvesse, umbes 14% said kohalikud omavalitsused (peamiselt üksikisiku tulumaksust ja maamaksust) ning umbes 15% sotsiaalkindlustusasutused. Ainsad maksud, mida ei koguta sihtotstarbeliselt, on käibemaks, raskeveokimaks, ettevõtte tulumaks ja elektriaktsiis.

Tabel 12. Maksude ja sihtotstarvete ülevaade, 2009

Element	Õiguslik alus	Saaja	Sihtotstarve	Panus kogu maksutulusse (%) aastal 2008
Otsesed maksud				
Üksikisiku tulumaks	Riiklik maks	Riigieelarve, kohalike omavalitsuste eelarved	Puudub	19,1
Ettevõtte tulumaks	Riiklik maks	Riigieelarve	Puudub	5,0
Maamaks	Riiklik maks	Kohalike omavalitsuste eelarved	Puudub	0,9
Sotsiaalkindlustusmaksed				
Sotsiaalmaks				
Sotsiaalmaks (pensionid 20%)	Riiklik maks	Sotsiaalkindlustusmet	Pensionid; eraldis kohustusliku kogumispensioni fondi	22,8
Sotsiaalmaks (tervishoid 13%)	Riiklik maks	Haigekassa	Tervishoid	14,5
Töötuskindlustusmaksed (töötajad ja tööandjad)	Kohustuslik kindlustussüsteem	Töötukassa	Töötushüvitised	0,9
Kaudsed maksud				
<i>Muud kui aktsiisid</i>				
Käibemaks	Riiklik maks	Riigieelarve	Puudub	23,9
Hasartmängumaks	Riiklik maks	Riigieelarve	Valitsusvälised organisatsioonid ^a	0,6
<i>Aktiisid</i>				
Mootorikütus	Riiklik maks	Riigieelarve	75% teedehituseks	5,6
Alkohol	Riiklik maks	Riigieelarve	3,5% kultuurile	2,9
Tubakas	Riiklik maks	Riigieelarve	3,5% kultuurile	1,3
Elekter	Riiklik maks	Riigieelarve	Puudub ^b	0,4
Pakend	Riiklik maks	Riigieelarve	Puudub	0,0
Muud				
Keskkonnamaksud	Riiklik maks	Riigieelarve, kohalike omavalitsuste eelarved	Riigi osa keskkonnakaitse eesmärkideks	0,8
Kohalikud maksud (müügi-, reklaami- jms maksud)	Kohalik maks	Kohalike omavalitsuste eelarved	Puudub	0,1

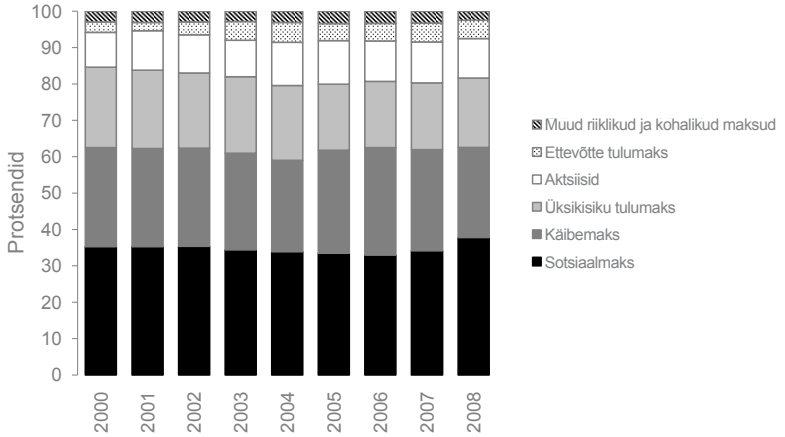
Allikas: Statistikaamet.

Märkus: Väiksemad maksud on välja jäetud.

^a 46% Eesti Kultuurkapitalile, 37,4% Hasartmängumaksu Nõukogule, 12,7% regionaalseteks investeeringuteks siseministeeriumi kaudu ning 3,9% Eesti Punasele Ristile.

^b Kuni 31. märtsini 2009 oli selle sihtotstarve keskkonnakaitse.

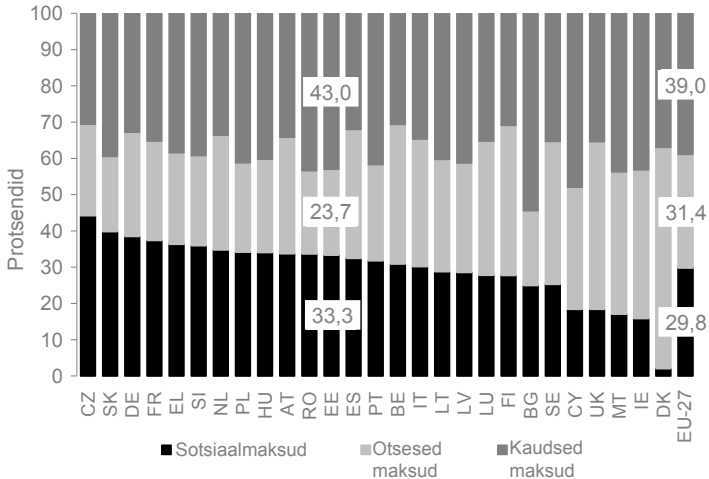
Joonis 12. Maksustruktuur, 2000–2008



Allikas: Statistikaamet (17).

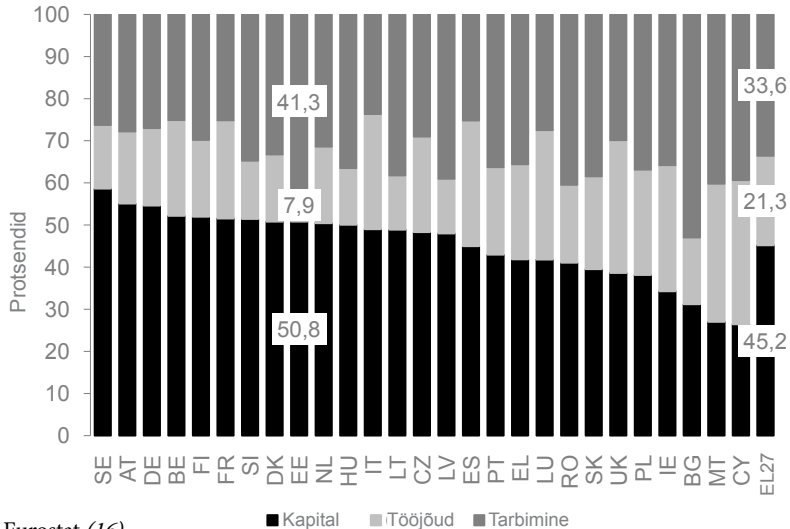
Kaudsete maksude osatähtsus kogu maksukoormuses on Eestis suhteliselt suur (2007. aastal 43% aastal ja 2008. aastal 38%), nagu paljudes teistes ELi liikmesriikides (joonis 13), samas kui otseste maksude, eelkõige kapitalimaksude, osatähtsus on väike (joonis 14).

Joonis 13. ELi maksustruktuur, 2007



Allikas: Eurostat (16).

Joonis 14. Eli maksustruktuur majandustegevuse liikide lõikes, 2007



Allikas: Eurostat (16).

Sotsiaalmaks

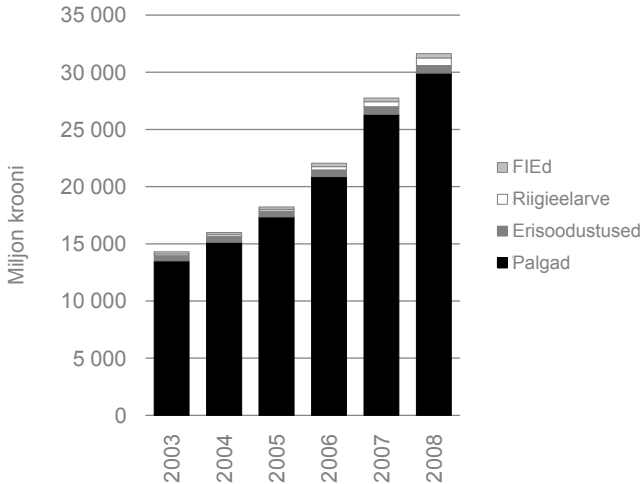
Sotsiaalmaksuga maksustatakse nelja tulukategooriat:

- tööandjate makstud palgad (umbes 95% kogu sotsiaalmaksutulust; joonis 15),
- erisoodustused (2%),
- maks, mida makstakse riigi- või töötukassa eelarvest mõnede sotsiaal-majanduslike rühmade eest (umbes 2%; tabel 13),
- füüsilisest isikust ettevõtjate tulud (umbes 1%).

Sotsiaalmaksuga ei maksustata dividenditulu, hoiuseintresse, kapitalikasumit, renditulu ja litsentsitasusid. Selle tulemusena on tööjõumaksud tunduvalt suuremad kui kapitalimaksud, mis võib tuua kaasa moonutusi (vt allpool). Sotsiaalkindlustusse aktiivselt panustavate isikute (palgatöötajate ja FIEde) osatähtsus protsendina elanikkonnast ja selle muutused aja jooksul kajastavad töötavate isikute osatähtsust elanikkonnast: 2004. aasta lõpus 44%, 2008. aasta lõpus umbes 49% ning vähenev sellest alates.

Tööandjad maksavad palgalt sotsiaalmaksu 33%, millest 13% läheb haigekassale ja 20% pensionikindlustusskeemidesse (joonis 16). Need määrad on olnud samad 1992. aastast. Ka töötuskindlustussüsteemi maksed arvutatakse brutopalgal alusel.

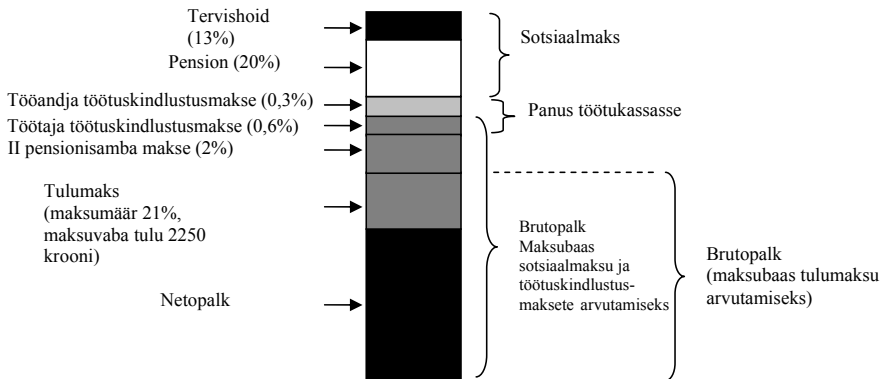
Joonis 15. Deklareeritud sotsiaalmaksu struktuur, 2003–2008



Allikas: Statistikaamet ja rahandusministeerium.

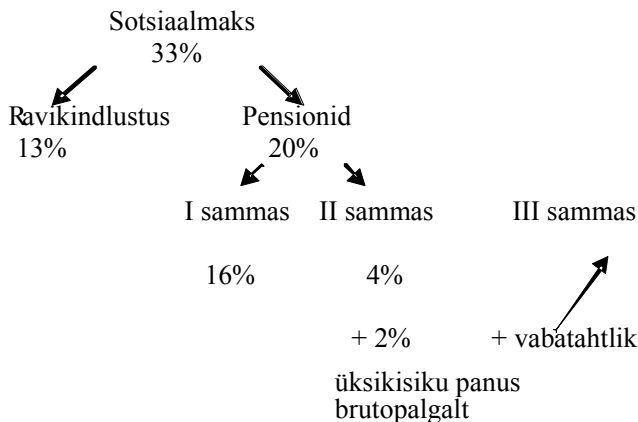
Märkus: Andmed 2007. ja 2008. aasta kohta põhinevad osaliselt prognoosidel.

Joonis 16. Palgalt makstavate maksude struktuur, 2008



Kohustusliku kogumispensioni süsteemiga (pensionisüsteemi nn teine samm) ühinenud inimeste puhul kantakse 4% sotsiaalmaksust riiklikust pensionikindlustussüsteemist eraõiguslikku pensionifondi ning liitunud isik maksab sinna lisaks 2% oma brutopalgast (joonis 17). Täiendava vabatahtliku kogumispensioni (nn kolmas samm) süsteemi sisse maksetelt saab teatud tingimustel tulumaksu tagasi.

Joonis 17. Palgalt makstav sotsiaalmaks ja panused pensioniskeemidesse



Sotsiaalmaksu maksmise aluseks olev minimaalne kuumäär, mis kehtestatakse riigieelarve seadusega, on järk-järgult suurenenud. 2005. aastal oli see 700 krooni, 2006. aastal suurenes see 1400 kroonini, 2007. aastal 2000 kroonini ja 2008. aastal 2700 kroonini. Alates 2009. aastast ei saa see olla väiksem kui kuupalga alammäär 4350 krooni. Miinimumkohustuse aluseks olev kuumäär mõjutab osalise töötajaga töötajaid, FIEsid ning riigi makseid teatavate rühmade (lapsehoolduspuhkusel olijad, töötud, ajateenijad, vanemahüvitise saajate eest maksed kogumispensioni skeemi jt) (tabel 13) eest.

Töötajate sotsiaalmaksul ülempiir puudub. Ülempiir kehtib FIEdele, kes pärast mahaarvamisi ei ole kohustatud maksuma sotsiaalmaksu suuremalt summalt kui aastase maksustamisperioodi 15-kordne palga alammäär.

Tabel 13. Sotsiaalmaks, mida maksab riik või Töötukassa

Rühm	Maksubaas	Maksumäär	Kes maksab
Töötuskindlustushüvitise saajad	Bruto töötuskindlustushüvitis	13% (ravikindlustus)	Töötukassa
Töötutoetust saavad isikud ning töötuna arvele võetud isikud (alates maist 2009)	Igakuine miinimum	13% (ravikindlustus)	Riigieelarve
Vanemahüvitise saajad	Igakuine miinimum	33%	Riigieelarve
Lapsehooldustasu saajad	Igakuine miinimum	33%	Riigieelarve
Seitsme- ja enamalapselise pere vanema toetuse saajad	Igakuine miinimum	33%	Riigieelarve
Teatavate riigiteenistujate ülalpeetavad abikaasad	Igakuine miinimum	13% (ravikindlustus)	Riigieelarve

Tabel 13. (jätkub)

Rühm	Maksubaas	Maksumäär	Kes maksab
Isikud, kellele makstakse hooldajatoetust vastavalt puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadusele	Igakuine miinimum	33%	Riigieelarve
Kaitseväge ajateenijad	Igakuine miinimum	33%	Riigieelarve
Välisriigist Eestisse elama asunud Eesti kodanikud või eesti rahvusest isikud, kes saavad sotsiaaltoetusi	Igakuine miinimum	13% (ravikindlustus)	Riigieelarve
Töötajad, kelle töövõimetus on 40% või enam	Igakuine miinimum	33%	Riigieelarve
Eesti välisteenistuses olevate diplomaatide ja teenistujate kaasasolevad mittetöötavad abikaasad	Igakuine miinimum	33%	Riigieelarve
Tuumakatastroofi, tuumakatsutuse või aatomielektijaama avari tagajärgede likvideerimisest osavõtnud mittetöötavad isikud	Igakuine miinimum	33%	Riigieelarve
Kogumispensioniskeem (II sammas): Vanemahüvitis	Bruto hüvitis	1% iga lapse eest	Riigieelarve

Märkus: Alates 2009. aasta juulist maksab Töötukassa välja ka töötutoetusi, kuid vajalikud summad tulevad riigieelarvest.

Sotsiaalmaksu miinimumkohustuse suurendamine võib aidata stabiliseerida haigekassa tulusid majandusvärske löikes, kuna juhul, kui töötus suureneb, maksab riik (või töötukassa) sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa. Mida suurem on miinimumkohustus, seda suuremad on maksed. Teisest küljest aga võib suur sotsiaalmaksu miinimumkohustus vähendada nõudlust madala kvalifikatsiooniga osalise tööajaga töötajate ja FIEde järele (vt allpool) ning vähendada nii tegelikku kasu maksutõusust.

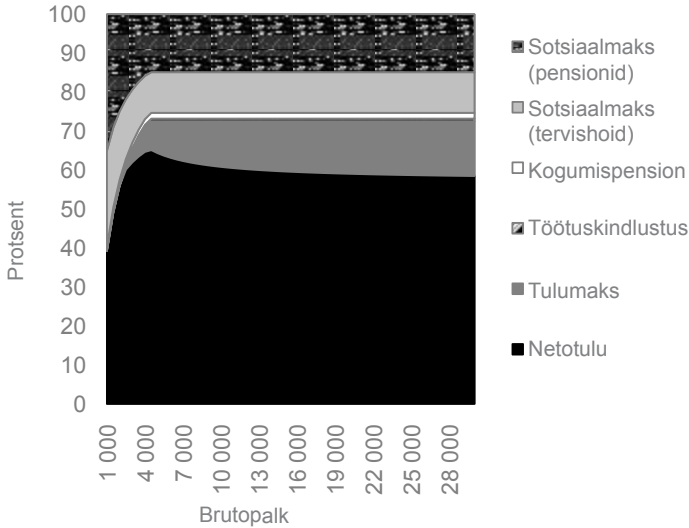
Tervisesüsteemi rahastamise majanduslik mõju

Tervisesüsteemi rahastamise viis mõjutab tulude suurust ja stabiilsust nii lühikeses kui ka pikas perspektiivis, samuti tööjõukulusi (ning seega tööjõunõudlust), kasutatava tulu jaotust leibkondade löikes ning vaesustaset. Alljärgnevalt vaatleme lühidalt tervisesüsteemi rahastamise mõju tööjõukuludele, tööhõivele ja tulude jaotusele. Pikema perspektiivi arenguid käsitletakse 4. peatükis.

Sotsiaalmaks moodustab suure osa tööjõukuludest (joonis 18). Aastal 2008 moodustas keskmise täistööajaga töötaja puhul sotsiaalmaksu tervishoiu osa 9,8% kogu tööjõukuludest, ehk umbes neljandiku maksukiilust (töandja makstavate tööjõukulude ja töötaja netopalgala vahe). Madalalpalgaliste osalise tööajaga töötajate puhul on mõju sotsiaalmaksu miinimummäära tõttu suuremgi. Teised maksukoormuse olulised osad on tulumaks ja

sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa. Töötuskindlustusmaksete osa oli 2008. aastal tähtsusetu, kuid see suurenes oluliselt 2009. aastal, mil see moodustas augusti seisuga 4,2% brutopalgast.

Joonis 18. Tööjõukulude struktuur, 2008



Kõrgem maksukiil mõjutab negatiivselt tööhõivet, kuna see kas suurendab tööjõukulusid (kui brutopalk on fikseeritud) ning vähendab nõudlust või vähendab kasutada jäävat netotulu (kui brutopalk on paindlik ning kohandub allapoole) ning võib vähendada tööjõupakkumise stiimuleid, eriti madalalpalgaliste töötajate puhul. Kõrgete tööjõumaksude negatiivset mõju tööhõivele on kinnitanud ka rahvusvahelised uuringud. EL 15 riikide paneeländmete analüüsisist nähtub, et maksukiilu kõrgenemine protsendipunkti võrra vähendab keskmiselt tööhõive määra 0,25 protsendipunkti (18). Aastal 2007 korraldatud uuring kinnitas, et sama kehtib ka EL 12 liikmesriikide puhul, s.t maksukiilu kõrgenemine 1 protsendipunkti võrra vähendab tööhõive määra 0,2—0,7 protsendipunkti võrra (19). Negatiivne mõju kehtib nii meestele kui ka naistele, vanemaealistele töötajatele (kõige rohkem mõjutatud rühm) ning madalama haridustasemega töötajatele.

Kui kohaldada neid (osalise tasakaalu analüüside) ökonomeetrilisi tulemusi Eesti suhtes, võib spekuloida, et sotsiaalmaksu tervishoiule suunatud osa kaotamine võiks suurendada tööhõive määra umbes kahe protsendipunkti võrra ($9,8\% \times 0,2$), aga tervishoiule suunatud osa suurendamine ühe protsendipunkti võrra (13%-lt 14%-ni) suurendaks tööjõukulusid umbes 0,8% (kui brutopalgad ei vähene) ning kõrgendaks maksukiilu umbes 0,6 protsendipunkti võrra. Kokkuvõttes võiks see kaasa tuua tööhõive vähenemise umbes 0,12 protsendipunkti võrra. Viimase aja palgakõikumised on siiski näidanud, et sotsiaalmaksu tõstmine mõne protsendipunkti võrra ei oleks palgade suurenemise peamine tegur.

Suured tööjõukulud võivad kaasa tuua ka ümbrikupalkade osatähtsuse tõusu, mille eesmärk on vältida sotsiaalmaksu maksmist. Seda võib siiski tasakaalustada töötajate soov säilitada ravikindlustus, millele neil on õigus deklareeritud töö puhul ning mis on peamine põhjus, miks deklareerimata tööd ei soosita. Rahandusministeerium on siiski viidanud võimalusele, et deklareeritakse vaid ravikindlustuse saamiseks vajalik miinimumtulu ning ülejäänud tulu jäetakse deklareerimata (see arvamus põhineb asjaolul, et paljud ettevõtted maksavad täpselt miinimumpalka).

Muudel palgalt makstavatel maksudel (näiteks töötuskindlustusmaks või tulumaks) on sotsiaalmaksuga sarnane mõju majandusele, ehkki tulumaksu progressiivsus võib muuta selle mõju erinevaks. Töötajad võivad olla ka altimad nõustuma madalama netopalgaga võimalike täiendavate kogumispensionide või töötukassast saadavate hüvitiste nimel.

Maksustruktuuri võimalikud muutused

Mitu Eesti valitsust on soovinud nihutada maksukoormust tööjõult tarbimisele ja loodusvarade kasutamisele. Valitsus kiitis 2008. aasta oktoobris heaks „Eesti majanduskasvu ja tööhõive kava 2008–2011”, milles rõhutatakse, et mõõdukas maksukoormus (üks tegur paljudest, mis võib stimuleerida kasvu ja erainvesteeringuid) eeldab valitsemissektori tulude ja kulude tasakaalu nii keskpikas kui ka pikemas perspektiivis. Esialgse prognoosi kohaselt oleks tööjõumaksude osatähtsus SKPs pidanud aastatel 2008–2011 jääma stabiilseks (16,8–16,9%), ning vähenenud oleks üksikisiku tulumaksu osatähtsus (vähendades maksumäära ja suurendades maksuvaba tulu osa) ja suurenenud sotsiaalkindlustusmaksed. Prognoositi ka tarbimismaksude jätkuvat suurenemist alates 2008.–2009. aastast osana üldisest kavast vähendada tööjõu- ja kapitalimakse.

Siiski ei muudetud 2009. aastal tulumaksu määra ning tõenäoliselt ei tehta seda ka 2010.–2011. aastal. Tegelik maksumäär võib isegi suureneeda, kuna mitmesugused maksusoodustused on kaotatud. Teisest küljest on sotsiaalkindlustusmaksed suurenenud kõrgemate töötuskindlustusmaksete ja sotsiaalmaksu kõrgema miinimummäära tõttu.¹³ Seda on kompenseeritud kogumispensionide süsteemi tehtavate maksete ajutise peatamisega. Valitsus kiitis 2009. aasta novembris heaks „Eesti konkurentsivõime kava 2009–2011”, mis on 2008. aasta kava ajakohastatud versioon. Uues kavas on märgitud, et valitsuse üldine eesmärk on endiselt maksukoormuse nihutamine tööjõult tarbimisele ja loodusvarade kasutamisele, ning selles mainitakse võimalust kehtestada sotsiaalmaksu ülempiir.

Valitsus kiitis 2009. aasta juunis heaks riigi eelarvestrateegia aastateks 2010–2013.¹⁴ Selles mainitakse, et valitsus on seadnud eesmärgiks hoida eelarvedefitsiiti allpool Maastrichti kriteeriumi ehk allpool 3% SKPst ning saavutada 2013. aastaks eelarve ülejääk. Maksusüsteemi plaanitakse hoida stabiilse, lihtsa ja läbipaistvana, võimalikult väheste erandite ja erisustega. Strateegia näeb ette ametiühingule tasutud sisseastumis- ja liikmemaksude ning tasutud õppelaenu intresside maksustatavast tulust mahaarvamise õiguse kaotamise. Samuti nähakse selles ette tuludest sõltuvate kulude ja erinevatest õigusaktidest ja lepingulistest kohustustest

¹³ Aastal 2009 võrdsustati sotsiaalmaksu miinimumkohustus eelmise aasta kuupalga alammääraga. Enne oli see madalam ning seda muudeti *ad hoc* põhimõttel.

¹⁴ Riigi eelarvestrateegia on aluseks riigieelarve eelnõu koostamisel.

tulenevate eelarvelist koormust omavate kohustuste osatähtsuse vähendamine (näiteks kaotati 2009. aasta aprillis elektriaktsiisi sihtotstarbelisus) ning töötuskindlustusmaksete suurendamine.

Praegune majanduskriis on mõjutanud ka maksupoliitikat, mida osaliselt kajastab ka eespool nimetatud eelarvestrateegia. Pärast tuliseid vaidlusi riigikogus otsustas valitsuskalitsioon veelgi tõsta töötuskindlustusmaksed (4,2%-le), käibemaksu (20%-le), mootorikütuse aktsiisi (10–12% võrra), tubakaaktsiisi (5%) ja maagaasi aktsiisi ning keskkonnamakse.

Eesti Arengufond avaldas 2009. aasta juunis nn valge paberi, milles tegi ettepaneku vähendada pikas perspektiivis tööjõumakse, aga ainult koos tervise- ja sotsiaalkindlustuse rahastamise vastava ümberkorraldamisega. Selleks et meelitada Eestisse välismaalt kõrgepalgalisi spetsialiste, tuleks nende palgalt makstavale sotsiaalmaksule kehtestada ülempiir. Samuti tehakse ettepanek vähendada dividenditulu maksustamist selleks, et soodustada investeringuid, ning soovitatakse viia sisse eraisikute väärtpaberinvesteeringute maksuvabastus.

Hiljutist sotsiaalmaksu miinimummäära tõstmist on kritiseerinud Eesti Maksumaksjate Liit. 2009. aasta veebruaris tegi Maksumaksjate Liit Sotsiaalministeeriumile ja Rahandusministeeriumile ettepaneku määra uuesti alandada, et säilitada madalalpalgalisi töökohti. Samuti väitis Maksumaksjate Liit, et miinimummäära tõstmine võib kahjustada FIEsid, kes peavad miinimummäära alusel tegema kvartaalseid sotsiaalmaksu ettemakseid ka juhul, kui nende prognoositud tulud selgelt langevad.

Samuti jätkub arutelu, kas dividende saab pidada töötasuks ning seega kohaldada neile sotsiaalmaksu, eelkõige juhtudel, kui ainuomanikust ettevõtjad maksavad endale dividende, kuid ei maksa palka või maksavad väga madalat palka, et vältida makse. Maksu- ja tolliameti hinnangul jäi 2008. aastal seetõttu saamata umbes 200 miljonit krooni (ehk umbes 0,5%) sotsiaalmaksutuludest (20). Samuti on väidetud, et need, kes võtavad välja dividende, võivad seda raha kasutada töötajatele ümbrikupalkade maksmiseks, vältides taas sotsiaalmaksu maksmist. 2009. aasta juunis andis Tallinna Ringkonnakohus Eesti Maksu- ja Tolliametile põhimõtteliselt õiguse tõlgendada dividende töötasuna, kuid enne tuleb kehtestada konkreetsed eeskirjad, mille alusel eristada aktiivset tulu (millelt makstakse sotsiaalmaksu) passiivsest tulust (mis on sotsiaalmaksust vabastatud).

2009. aastal tehti OECD esimeses Eestit käsitlevas majandusülevaates (21) ettepanek, et sotsiaalmaksu tuleks vähendada töökohtade loomise tõhustamiseks ning ka dividendide maksustamist tuleks vähendada. Seda oleks võimalik kompenseerida, kui kehtestada uuesti (madalad) kapitalimaksud teenitud kasumile (praegu maksustatakse ainult jaotatud kasumit) ning kõrgemad tarbimismaksud. Samuti tehti uuringus ettepanek kehtestada kinnisvaramaks, kuna Eestis kehtib praegu ainult maamaks. Kodulaenude maksusoodustused ja laenu tagatised, mis õhutasid kinnisvarabuumi, tuleks keskpikas perspektiivis kaotada. See on vastuolus „Eesti eluasemevaldkonna arengukavaga 2008–2013”, milles nenditakse, et maksusoodustusi ja eluasemelaenu riiklikku tagamist plaanitakse jätkata.

Rahvusvahelise Valuutafondi (IMF) delegatsioon tegi 2009. aasta oktoobris järelduse, et Eesti võiks kaaluda keskkonnamaksude suurendamist ning iga-aastase mootorsõiduki- või kinnisvaramaksu kehtestamist, mis laiendaks maksubaasi ning vähendaks majanduse moonutamist (22).

Kokkuvõttes võib öelda, et mitmed sotsiaalpartnerid ja eksperdid on seisukohal, et töjõumaksud ja eelkõige sotsiaalmaks, millest rahastatakse tervishoidu ja pensioneid, on liiga kõrged. Rahvusvahelised eksperdid soovivad töjõumaksude vähendamist kompenseerida kapitalitulu- või kinnisvaramaksude tõstmisega. Eesti valitsuskoosseisud on siiski peamiselt kaalunud tarbimis- ja aktsiisimaksude tõstmist. 2009. aasta novembris kinnitas valitsus täiendavad alkoholi-, tubaka-, mootorikütuse ja elektriaktsiisi määrade suurendamised, et vähendada eelarvedefitsiiti 2010. aastal. See muudab palgalt makstava sotsiaalmaksu tõstmise ebatõenäoliseks, pigem kohaldatakse sellele ülemmäära või maksuvabastusi. Kui töjõumakse ei tõsteta ja kapitalitulu makse ei ole võimalik tõsta, siis on ainus võimalus see, et senisest suurem osa rahastamisest tuleb tarbimismaksudest. Mõned on ka soovitanud sotsiaalmaksu kohaldamist praegu sotsiaalmaksust vabastatud sotsiaaltoetustele, näiteks pensionidele. Seega on võimalik, et pensione vähendatakse kuni 13% võrra. Sellest saadud tulu saaks valitsus otse tervishoidu suunata. Või siis võiks valitsus teha täiendavaid eraldisi haigekassale, makstes sotsiaalmaksu pensionäride, laste või töötute eest.

3. Hinnang tervisesüsteemi rahastamisele

Käesoleva peatüki eesmärk on hinnata Eesti tervisesüsteemi rahastamispoliitika tulemusi, võrreldes neid WHO poolt seatud eesmärkidega, mille kohaselt peab tervisesüsteem (8, 9):

- pakkuma kaitset finantsriskide vastu,
- tagama rahastamiskoormuse õiglase jaotuse,
- tagama ravi õiglase kättesaadavuse,
- tagama tervishoiuteenuste kvaliteetse ja kulutõhusa osutamise,
- olema administratiivselt efektiivne,
- olema ühiskonna ees läbipaistev ja aruandev.

Kaitse finantsriskide vastu

Eestis pakub ravikindlustust põhimõtteliselt ainult haigekassa ning eraravikindlustuse osa on väga väike. Haigekassa kaitse laieneb rohkem kui 95%-le elanikkonnast ning haigekassa vahendeid juhitakse riiklikult, mis tagab rahastamissüsteemi ühtsuse. See on ravikindlustussüsteemi peamine tugevus. Riigieelarvest rahastatakse siiski kiirabi ja need summad makstakse teenuseosutajatele Terviseameti kaudu otse, mitte ei ühendata ravikindlustuse vahenditega.

Õigus ravikindlustusele

Ravikindlustuskaitseta elanikkonna osatähtsus on püsinud suhteliselt stabiilne — üldiselt on see olnud 4–6% (23). Varem piirdus töötute ravikindlustuskaitse registreeritud töötuse esimese üheksa kuuga. 2007. aastal kaotas valitsus selle piirangu ning laiendas ravikindlustuskaitset kõikidele, kes on töötuna registreeritud ning otsivad tööd.

2008. aasta lõpus oli ravikindlustuseta 4,4% elanikkonnast. Ehkki ravikindlustuseta isikuid iseloomustavaid tunnuseid ja nende juurdepääsu tervishoiuteenustele ei ole süstemaatiliselt analüüsitud (1), nähtub aruannetest, et enamik neist on tööelised ning kõige suurem on ravikindlustuseta isikute osatähtsus 40–59-aastaste hulgas (24). Kuna varem piirdus ravikindlustuskaitse registreeritud töötuse esimese üheksa kuuga, siis oli pikaajalistel töötutel suurem tõenäosus olla ravikindlustuseta kui muudel elanikkonnarühmadel. Ravikindlustuseta isikutel on õigus tasuta erakorralisele abile, sh kiirabile, kuid nad peavad ise maksma igasuguse muu arstiabi, kaasa arvatud üldarstiabi eest.

Kuna Eestis on ravikindlustuse olemasolu jätkuvalt seotud osalemisega ametlikul tööturul¹⁵ ning varem oli töötute kindlustuskaitse piiratud, oli ravikindlustuseta isikute osatähtsus rahvastikust kõrgem kui ELi ülejäänud liikmesriikides (ELi riikidest enamik ei jäta pikaajalisi töötuid kindlustuskaitseta, kuna seda elanikkonnarühma peetakse tervise seisukohast üldiselt

¹⁵ Sellise poliitika eesmärk oli lahendada deklareerimata tulude probleem, mis on mingil määral ka õnnestunud. Üldsuse suhtumine deklareerimata tuludesse on viimastel aastatel muutunud sallimatumaks: kui 2000. aastal suhtus deklareerimata tuludesse negatiivselt 57% inimestest, siis 2006. aastal 85%. http://www.mkm.ee/failid/1Varimajandus_Eestis_2006__elanike_hinnangute_alusel_.pdf

riskirühmaks, kelle puhul finantskaitse on seetõttu eriti vajalik). Uuringud on siiski näidanud, et ravikindlustuse puudumine ei ole Eestis omaosalust märkimisväärselt suurendanud (15). See võib olla tingitud asjaolust, et ravikindlustuseta isikud on enamasti nooremad kui 60-aastased ning neil on võimalik saada tasuta vältimatut abi. Kuid see võib olla tingitud ka asjaolust, et uuringus kasutatud valimi hulgas oli vähe ravikindlustuseta liikmetega leibkondi. Allpool näitame, et ebaefektiivsus, mis on seotud sellega, et ravikindlustuseta isikutel on muu kui vältimatu arstiabi kättesaadavus piiratud, võib lähitulevikus osutada probleemsemaks kui finantskaitse küsimus.

Hüvitatavate teenuste valik

Haigekassa kindlustuskaitsega isikutel on juurdepääs laiale valikule tervishoiuteenustele vaid väheste piirangutega. Kindlustusega halvemini kaetud valdkondade hulka kuuluvad täiskasvanute hambaravi ja hooldusravi. Aastal 2003 arvati täiskasvanute (19-aastased ja vanemad) hambaravi haigekassa hüvitiste paketist välja ning asendati kindlasummalise rahalise hüvitisega, mis oleks pidanud katma iga-aastase ennetava ülevaatusse täiskasvanutel ning hambaproteeside maksumuse (kord kolme aasta jooksul) vanematel inimestel (24). Kõnealuseid rahalisi hüvitisi taotlenud õigustatud isikute osatähtsus oli väike (2006. aastal 21% hammaste kontrolli eest ja 11% proteeside eest) ning 2009. aastal kaotati need hüvitised täiskasvanutele (välja arvatud rasedad ja pensionärid).

See, et hambaravi rahalise hüvitise taotlemise võimalust vähe kasutati, võib kajastada elanikkonna vähest teadlikkust. Samuti võib see kajastada asjaolu, et vaesemad leibkonnad osutavad hambaravile suhteliselt vähe tähelepanu, eriti juhul, kui omaosalus on suur. Uuring näitab, et elanikkonna rikkama viiendiku puhul on omaosaluse osatähtsus hambaravis märkimisväärselt suurem kui kõige vaesema viiendiku oma, vastavalt 30% ja 7-8% (15). Nagu Vörk *et al.* on märkinud, kulutas elanikkonna rikkam viiendik 2007. aastal hambaravile keskmiselt 40 korda rohkem kui kõige vaesem viiendik.

Pikaajalist statsionaarset ja ambulatoorset hooldusravi rahastab haigekassa, sotsiaalhoolekannet aga kohalikud omavalitsused. Sotsiaalhoolekande rahastamine on omavalitsuseti erinev ning omaosalus märkimisväärne.

Omaosalus

Patsientide omaosalus riiklikult rahastatavate teenuste kasutamisel on viimase kümne aasta jooksul suurenenud. Ehkki perearsti visiiditasu on kaotatud, on lisandunud visiiditasu perearsti koduviidi eest, ambulatoorse eriarstiabi visiiditasu ja voodipäevatasu. Samuti on aja jooksul suurenenud omaosalus retseptiravimite reaalsetes kuludes. Lastele on hambaravi tasuta ja neile ei kehti voodipäevatasu. Väikelapsed (alla 2-aastased) ja rasedad on vabastatud ambulatoorse eriarstiabi visiiditasust. Visiiditasu ja voodipäevatasu on kindlaksmääratud summad (voodipäevatasu puhul ainult statsionaarse ravi esimese 10 päeva eest) ning aastasel summaarsel omaosalusel ei ole ülempiiri (tabel 9).

Ambulatoorsete retseptiravimite puhul kehtib erinevate soodusmäärade süsteem, kus soodusmäär sõltub haiguse olemusest ning ravimi hinnast ja tõhususest. Kohaldatav

omaosalus koosneb patsiendi maksest ja soodustusest (s.t patsient maksab kindla summa ning lisaks määratud protsendi ravimi hinnast). Keeruka korraldusega on tagatud tõhusam kaitse lastele, pensionäridele ja suurel hulgal retseptiravimeid tarbivatele isikutele. Taas ei ole aastasel summaarsel omaosalusel ülempiiri, kehtib üksnes haigekassa hüvitise piirmäär 50% soodustusega retseptiravimite puhul.

Hooldusravi oli kuni viimase ajani tasuta, samas kui omavalitsuste rahastatava sotsiaalhoolekande puhul on omaosaluse määr märkimisväärne (85% inimese pensionist). Alates 2010. aastast on haigekassa rahastatava statsionaarse hooldusravi omaosalus 15%.

Omaosalustasude poliitika Eestis lähtub kolmest põhimõttest. Esiteks peaksid haigekassa hüvitisi kasutavad inimesed kulude katmisel osalema. Omaosaluse rahalise koormuse eest aga kaitstakse teatavaid patsientide rühmi, näiteks imikuid ja väikelapsi, pensionäre, rasedaid, puudega isikuid, kroonilisi haigeid ja selliseid patsiente, kelle retseptiravimitele kehtib mõõdukas omaosalus. Teiseks ei tohiks omaosalus kujuneda rahaliseks takistuseks esmaste tervishoiuteenuste kasutamisel. Seega kohaldatakse omaosalust tervishoiuteenustele, mis nõuavad retsepti või arsti saatekirja, mitte patsiendipoolse algatusega teenustele nagu visiit perearsti juurde või kiirabi. Kolmandaks saab omaosalust kasutada selleks, et suunata patsiente kasutama kulutõhusamaid ambulatoorseid retseptiravimeid.

Lisaks näib, et see poliitika tugineb veel mõningatele oletustele, näiteks: vaesemaid leibkondi ei ole vaja omaosaluse eest spetsiaalselt kaitsta; kui patsiendil tuleb maksta suuremat omaosalust vähem kulutõhusa retseptiravimi eest (vrd originaalravimid ja geneerilised ravimid), valib patsient odavama variandi; kaitset omaosaluse eest ei ole vaja laiendada isikutele, kelle omaosalus retseptiravimites ületab 20 000 krooni aastas; ning omaosalus aitab arvatavasti kulusid kontrolli all hoida. Uuringud näitavad aga, et need oletused ei vasta tegelikult tõele. Seega ei ole praegune omaosaluse poliitika piisav, et kaitsta teatavaid rühmi finantsriski eest, samuti tekitab see rahalisi takistusi kättesaadavusele.

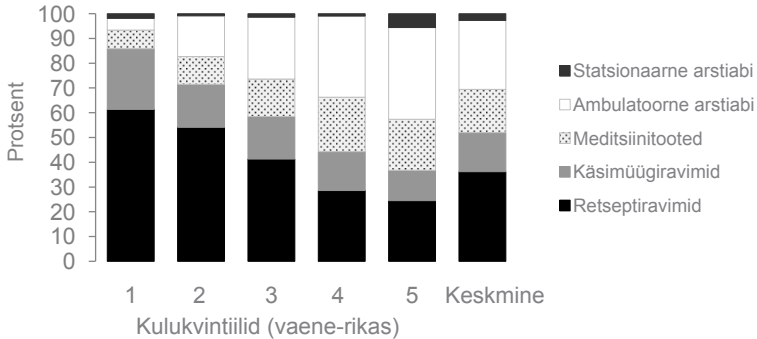
Tervisesüsteemi finantskaitse laiaulatuslik analüüs näitab, et 2007. aastal oli 3,3% leibkondade omaosaluse määr üli suur: tervishoiule kulutati üle 40% maksevõimest.¹⁶ Leibkondadest 14% kulutas tervishoiule oma maksevõimest 20% või rohkem (15). Ootuspäraselt ähvardab suurema omaosaluse oht pigem vaesemaid leibkondi, vanemaid (üle 65-aastaste) liikmetega leibkondi ja neid leibkondi, kus on puudega isikuid või kroonilisi haigeid. Kõige suurem on see oht üksikute pensionäride puhul, kuid tundub, et seda ei mõjuta kuidagi ravikindlustuse puudumine. Viimane asjaolu võib küll olla tingitud sellest, et uuringu valimis oli vähe ravikindlustusega leibkondi. Aastatel 2000—2006 vaesus kõrge omaosaluse tõttu 1-1,5% leibkondadest (15). Kõige rohkem mõjutas see pensionäre, kellest vaesus 5%.

Ravimid moodustavad omaosaluse kuludest kõige suurema osa (2007. aastal 53%), neile järgnevad meditsiinivahendid (mitmesugused meditsiiniseadmed, proteesid, prillid,

¹⁶ Üli suur on leibkonna omaosalus juhul, kui see ületab 40% maksevõimest, mis omakorda on määratletud kui leibkonna elamiskulusid ületav sisetulek, s.t summa, mida saab kulutada muule kui toidule. Kui tegelikud kulutused toidule on väiksemad kui elamiskulud, siis hõlmab maksevõime kogu summat, mida saab kulutada muule kui toidule.

kondoomid jms) (22%), ambulatoorne ravi (sh hambaravi) (21%) ja haiglaravi (5%) (15). Eri sissetulekurühmade omaosaluskulutuste struktuur erineb siiski suuresti (joonis 19). Elanikkonna vaesema viiendiku omaosaluskulutustest moodustavad suurima osa kulutused ravimitele (84%), samas kui rikkaima viiendiku omaosaluskulutustest moodustavad need tunduvalt väiksema osa (33%). Rikkamad leibkonnad kulutavad rohkem ambulatoorsele ravile ja meditsiinivahenditele.

Joonis 19. Omaosaluskulutuste struktuur sissetulekuvintiilide lõikes, 2006



Allikas: Vörk et al. (15).

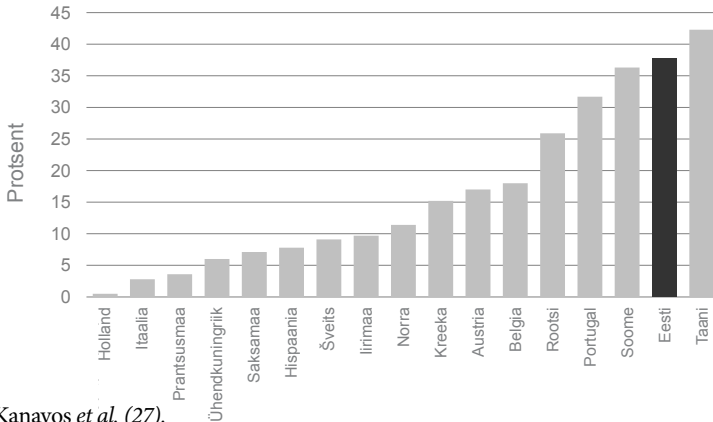
Soovitused poliitika kujundamiseks

Omaosaluse osatähtsuse kasv on suurendanud erasektori kulutusi tervishoiule 7,5%-lt 1995. aastal 20%-ni 2002. aastal ja 25,6%-ni 2006. aastal. Suurema osa kõnealustest kulutustest moodustab omaosalus (94%), mitte eraravikindlustus (6%) (24). Omaosaluse määr on sarnane EL 27 keskmisega (26% aastal 2006), kuid kõrgem EL 15 keskmisest (23% aastal 2006) (25). Eesti on üks kahest ELi liikmesriigist (teine on Slovakkia), kus omaosaluse määr on alates 1996. aastast rohkem kui kahekordistunud ning erakulutuste osatähtsus SKPst on tõusnud (25).

Iseenesest ei pruugi omaosaluse suurenemine olla probleem. Poliitika seisukohast on aga oluline kulude jaotus ning mõju finantskaitsele ja lõppkokkuvõttes tervisetulemustele. Uuring näitab, et omaosaluse suurenemise tõttu 1990. aastate lõpus ja 2000. aastate alguses teatav hulk väikese sissetulekuga leibkondi vaesus (14, 26). Värskem analüüs kinnitab, et Eesti tervisesüsteemi pakutav finantskaitse on aja jooksul nõrgenenud. Ülisuurte (s.t rohkem kui 40% maksevõimest) omaosaluskulutustega leibkondade arv suurenes 10 700 leibkonnalt 2000. aastal (1,8% elanikkonnast) 25 100 leibkonnale 2006. aastal (4,4%). 2007. aastal oli selliseid leibkondi 19 200 (3,3%) (15). Selliste leibkondade määr, kelle omaosaluskulud moodustasid 20-40% nende maksevõimest, kõnealuse perioodi jooksul peaaegu kahekordistus: 2000. aastal 4,6% ning 2007. aastal 8,8%.

Patsientide omaosalust haigekassa hüvitatavates retseptiravimites käsitlev uuring näitab nii finantskaitse nõrgenemist kui ka seda, kui kõrge on retseptiravimite puhul omaosalus Eestis võrreldes teiste riikidega. Patsiendi omaosalus haigekassa hüvitatavates retseptiravimites suurenes 25%-lt 1997. aastal 38%-ni 2008. aastal (27) ning on palju kõrgem kui enamikus ELi liikmesriikides (joonis 20). Näiteks Hollandis on omaosalus 0,5%, Prantsusmaal 3,6%, Ühendkuningriigis 6,0% ja Saksamaal 7,1%.

Joonis 20. Patsientide omaosalus retseptiravimite kuludes valitud ELi liikmesriikides, 2006



Allikas: Kanavos et al. (27).

Finantskaitse tervishoiuteenuste kõrge hinna eest on Eestis muutunud nõrgemaks ning ei ole praegu piisav vaesemate leibkondade ning vanemate inimeste ja halvema tervise seisundiga inimeste puhul. Asjaolu, et omaosalus mõjutab kõige rängemini vanemaid inimesi, kellel on ravikindlustus ja õigus haigekassa hüvitistele, viitab sellele, et finantskaitse nõrgenemine ei ole tingitud ainult ravikindlustuse puudumisest (ehkki see näib muutuvat järjest olulisemaks teguriks), vaid kajastab ka omaosaluse põhimõtteid. Eriti kehtib eelnev kõige vaesemate leibkondade puhul, kelle omaosalus on peaaegu täielikult seotud ravimitega. Seega on just ravimite omaosalus (ja mitte muudes tervishoiuteenustes) asjaolu, mis vaesestab veelgi kõige vaesemaid leibkondi Eestis. Muret valmistab ka kindlustuskaitse puudumine täiskasvanute hambaravi puhul. Vaesemate leibkondade suhteliselt madal omaosalus hambaravis viitab sellele, et vaesemad inimesed tõenäoliselt loobuvad hambaravist selle kalliduse tõttu. Tulevikus muutub tõenäoliselt oluliseks küsimuseks hooldusravi rahastamine.

Õiglus

Eesti ravikindlustussüsteem põhineb solidaarsusel¹⁷, piiratud omaosalusel ning ravikindlustushüvitiste võrdse kättesaadavuse põhimõttel (28). Need eesmärgid peaksid tagama teatava ristsubsideerimise, rahastamiskoormuse õiglase jaotuse ja tervishoiuteenuse õiglase kättesaadavuse.

¹⁷ Solidaarsus eeldab teatavat ristsubsideerimist rikkamatelt vaesematele, nooremalt vanematele, töötavatel inimestel mittetöötavatele ja tervetel haigetel.

Rahastamiskoormuse õiglane jaotus (finantskaitse)

Tervisesüsteemi rahastamise koormuse jaotus on õigluse küsimus. Tervisesüsteemi rahastamist peetakse progressiivseks (ning seega üldiselt õiglasemaks) juhul, kui rikkamad inimesed maksavad oma sissetulekust proportsionaalselt rohkem kui vaesemad. Vastupidist süsteemi nimetatakse regressiivseks. Üldiselt on tervisesüsteemi rahastamine Eestis mõeldukalt progressiivne (tabel 14) (15). Nii sotsiaalmaks kui ka tulumaks on mõlemad progressiivsed. Ehkki mõlema maksumäär on sama kogu elanikkonnale, on tulumaks sotsiaalmaksust progressiivsem igakuise maksuvaba tulu tõttu. Kaudsed maksud (käibemaks ja aktsiisid) on regressiivsed. Tubaka- ja alkoholiaktsiis on palju regressiivsemad kui käibemaks, peamiselt seetõttu, et vaesemad elanikkonnarühmad tarbivad tubaka- ja alkoholi tooteid rohkem. Alkoholiaktsiisi täpsem analüüsimine näitab, et veini aktsiis on progressiivne (2007. aastal 0,02), kuna rikkamad leibkonnad tarbivad rohkem veini, samas kui viina aktsiis on tugevalt regressiivne (2007. aastal -0,32), kuna vaesemad leibkonnad tarbivad rohkem viina (29). Omaosalus on kõige regressiivsem rahastamisallikas üldse.

Tabel 14. Tervisesüsteemi rahastamise Kakwani progressiivsusindeksid, 2000–2007

	2000	2003	2005	2007
Sotsiaalmaks	0,142	0,163	0,150	0,143
Üksikisiku tulumaks	0,216	0,219	0,244	0,216
Käibemaks	-0,169	-0,151	-0,131	-0,128
Aktsiisid	-0,145	-0,124	-0,131	-0,113
Keskkonnamaksud	-0,032	-0,038	-0,039	0,000
Tubakas	-0,325	-0,214	-0,259	-0,264
Alkohol	-0,117	-0,150	-0,181	-0,241
Omaosalus	-0,300	-0,319	-0,378	-0,379
Panus koguideksisse (kaalutud panusega tervisesüsteemi rahastamise)				
Sotsiaalmaks	0,094	0,107	0,99	0,092
Üksikisiku tulumaks	0,007	0,007	0,005	0,006
Käibemaks	-0,008	-0,008	-0,007	-0,007
Aktsiisid	-0,002	-0,002	-0,003	-0,002
Keskkonnamaksud	0,000	0,000	0,000	0,000
Tubakas	-0,001	-0,001	-0,001	-0,001
Alkohol	-0,001	-0,001	-0,001	-0,001
Kokku omaosaluseta	0,092	0,104	0,095	0,088
Omaosalus	-0,059	-0,066	-0,077	-0,083
Kokku omaosalusega	0,032	0,037	0,018	0,005

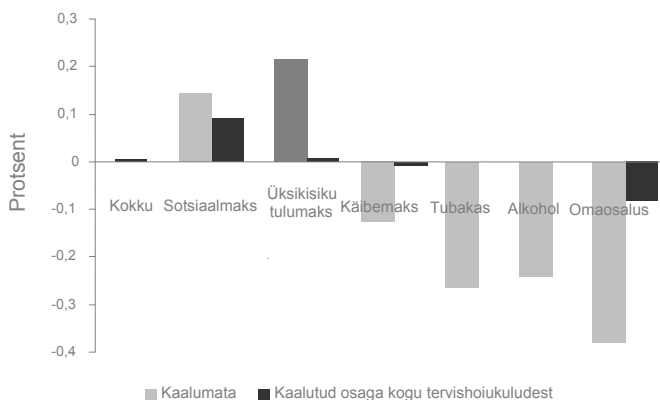
Allikas: Vörk *et al.* (15).

Märkus: Kogusummad on kaalutud panusega tervisesüsteemi rahastamise. Positiivsed väärtused näitavad, et maks on progressiivne, negatiivsed väärtused näitavad, et maks on regressiivne.

Kui allikaid kaalutakse panusega rahastamise, on progressiivsuse hinnangud veidi teistsugused (joonis 21). Näiteks on üksikisiku tulumaks progressiivne, kuid kuna selle panus tervisesüsteemi rahastamise on väike (ainult 2,7% kogu tervishoiukuludest), siis on selle mõju vähem progressiivne. Ning vastupidi — ehkki käibemaks on regressiivne, leevendab seda kõnealuse maksu võrdlemisi väike panus.

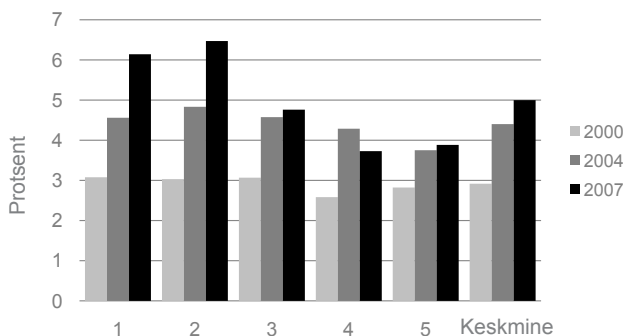
Üldiselt on rahastamise progressiivsus alates 2000. aastast märkimisväärselt vähenenud ning seda peamiselt omaosaluse suurenemise tõttu, milleta progressiivsuse langus oleks tunduvalt mõõdukam. Joonis 22 näitab, et 2000. aastal oli omaosalus proportsionaalne (moodustades enam-vähem võrdse osa leibkonna kuludest kõikides sissetulekurühmades). Kuid 2007. aastaks oli omaosalus muutunud vägagi regressiivseks ning vaesemad leibkonnad kulutasid proportsionaalselt pea kaks korda rohkem kui rikkamad leibkonnad. Seega on omaosaluse suurenemine märkimisväärselt vähendanud õiglust tervisesüsteemi rahastamisel.

Joonis 21. Rahastamisallikate panus progressiivsusesse, 2007



Allikas: Vörk et al. (15).

Joonis 22. Omaosalus tervishoius leibkonna kogukulutustest sissetulekukvintiliiti (valitud aastad)



Allikas: Vörk et al. (15).

Õiglus tervishoiuteenuste kasutamisel

Uuringust, mis käsitles sissetulekust tingitud ebavõrdsust tervishoiuteenuste kasutamisel, nähtub, et hambaravi, telefonikonsultatsioonide, ambulatoorse eriarstiabi ja päevaravi kättesaadavus¹⁸ on selgelt seotud sissetulekuga (15). See tähendab, et kui võtta arvesse vajadust tervishoiuteenuste järele, siis on rikastel parem juurdepääs teenustele kui vaestel. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ebavõrdsus on Eestis siiski pisut väiksem kui enamikus OECD riikides eriarstiabi puhul, kuid hambaravi puhul on see suurem ning võrdväärne Iirimaa, Hispaania ja Ameerika Ühendriikide vastava tasemega (15, 30, 31).

Soovitused poliitika kujundamiseks

Üldiselt on Eesti tervisesüsteemi rahastamine mõõdukalt progressiivne. Ravikindlustusse suunatakse sissetuleku suurusega proportsionaalne sotsiaalmaksu osa, kuid kuna haigekassa tegevus on jooksvalt rahastatav, maksavad töötavad inimesed kinni mittetöötavate (lapsed, üliõpilased, pensionärid) kulud. Ehkki nende isikute osatähtsus, kes ravikindlustusmaksu ei maksa,¹⁹ on praegu 45% kindlustatutest, on paljud hüvitusesaajad (näiteks pensionärid) osalenud tervisesüsteemi rahastamises varem ning teised (lapsed ja üliõpilased) teevad seda tulevikus. Ehkki ravikindlustusmaksu mitte maksvate isikute osatähtsus võrreldes maksjatega tundub suur, kuuluvad esimesse rühma ka lapsed ja üliõpilased ning enamik ELi liikmesriike ei eelda, et kõnealused rühmad osaleksid tervisesüsteemi rahastamises otse.

Kui muud aspektid on võrdsed, siis solidaarsus on Eesti ravikindlustussüsteemis väiksem kui riikides, kes laiendavad ravikindlustuskaitse kogu elanikkonnale (kaasa arvatud töötud) ning vabastavad vaesed leibkonnad ja suurel hulgal tervishoiuteenuseid kasutavad isikud omaosalusest. Praegu ohustavad kindlustuskaitse puudumine ja omaosaluse suurenemine põhimõtet, mille kohaselt peab tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltuma vajadusest, mitte maksevõimest. On selge, et loosungist „ravi võrdne kättesaadavus” ei piisa selleks, et tagada kõikide tervishoiuteenuste (eelkõige hambaravi ja eriarstiabi) õiglane kättesaadavus. Samuti on tõendatud, et ravimite omaosalus on olnud olulise tähtsusega selle negatiivse suuna kujunemisel. Kuna 2007. aastal moodustasid leibkonna tervishoiukuludest 60% kulutused retseptiravimitele (tervishoiu kogukulude andmed), siis võib sellest järeldada, et omaosaluse poliitika ja ravimipoliitika (vt allpool) on peamised tegurid, mis on viimase kümne aasta jooksul kaasa toonud finantskaitse nõrgenemise ja õigluse vähenemise.

Tervisteenuste kvaliteet ja kulutõhusus

Ühte ja ainukest indikaatorit, mis võimaldaks hinnata tervisesüsteemi rahastamise mõju teenuste kvaliteedile ja kulutõhususele, ei ole (8). Käesolevas osas hinnatakse, mil määral järgib rahastamispoliitika põhimõtteid, mille üldine eesmärk on tagada tervisesüsteemi eelarvevahendite kasutamise võimalikult suur tulemuslikkus (rahvastiku tervise paranemine).

Need põhimõtted on:

- vältida rahastamise killustatust,
- tagada vahendite vastavus vajadustele,

¹⁸ Ehkki päevaravi kättesaadavus on olulisel määral sõltuv sissetulekust, ei ole see uuringu kohaselt statistiliselt oluline, kuna valimist kasutas seda üksnes väike osa.

¹⁹ Umbes pool mittemaksjatest on nooremad kui 19-aastased, veidi enam kui kolmandik (35%) on vanaduspensionärid ning üliõpilasi on 3–4%.

- võtta prioriteetide määramisel abiks tervisetehnoloogiate hindamine,
- seostada teenuseosutajatele maksmine protsessi ja tulemustega,
- soodustada ravi andmist asjakohasel tasandil,
- vähendada välditavat kliinilist variatsiooni,
- tagada suurema kulutõhususe abil säästetud vahendite kasutamine süsteemi toimivuse parandamiseks.

Killustatuse vältimine

Üle kahe kolmandiku tervishoiukuludest kaetakse haigekassa vahenditest (2007. aastal 68% kogukuludest; tabel 5). Riigi ja omavalitsuste vahendite osatähtsus kogu tervisesüsteemi rahastamisel on palju väiksem (2007. aastal vastavalt 9,9% ja 1,7%). Seega juhib haigekassa ligikaudu 85% avalikest tervishoiukuludest. See on tervisesüsteemi suur eelis ning aitab tagada enamiku tervishoiuteenuste kindla ja koordineeritud ostmise, nagu ka efektiivse administreerimise, suurema läbipaistvuse ja selgema vastutusala jaotuse. Neljas olulises valdkonnas on rahastamise korraldus siiski mõnevõrra killustatud: ravikindlustuseta inimeste vältimatu arstiabi ja kiirabi, suuremahulised tervise edenduse ja haiguste ennetuse programmid (rahastatakse riigieelarvest), hooldusravi ning kapitalikulud (rahastatakse riigieelarvest ja ELi tõukefondidest).

Haigekassa vahenditest ei rahastata ravikindlustuseta inimeste vältimatut arstiabi, ehkki haigekassa korraldab tasumist vältimatu abi teenuste eest. Praegune korraldus on parem varasemast, mille järgi ravikindlustuseta isikute ravi rahastasid kohalikud omavalitsused ja kättesaadava abi tasemes oli suuri piirkondlikke erinevusi (24). Erinevused vältimatu ja plaanilise ravi rahastamise lepingute sõlmimisel võivad aga luua stiimuleid kulude nihutamiseks. Arvatavasti veelgi olulisem on asjaolu, et kuna ravikindlustuseta isikutele ei ole üldarstiabi vabalt kättesaadav, on neil võimalik arstide poole pöörduda ainult erakorraliselt, see aga on tervisesüsteemile kallim.

Haigekassa ja/või ministeeriumid rahastavad mõningaid rahvaterviseprogramme. Näiteks sotsiaalministeerium rahastab vähiennetuse ja alkoholismivastast programmi, justiitsministeerium HIVi ennetamist vanglates. Selgeid eeliseid annaks konkreetse haiguse või tervisekäitumisega tegelevate vertikaalselt rahastatavate programmide asendamine kliendi- või patsiendikeskse lähenemisega, mis on suunatud rühmadele, kelle puhul võib olla otstarbekas koordineeritud sekkumine (8). See nihe hõlbustaks ühist planeerimist, parandaks koordineerimist, aitaks vältida haldusülesannete dubleerimist ning annaks kokkuvõttes kulutõhusamaid ja paremaid tulemusi.

Hooldusravi rahastamist mõjutavad endiselt mõningad piirkondlikud erinevused, mis tekkisid siis, kui ravikindlustuseta isikute vältimatu arstiabi eest vastutasid kohalikud omavalitsused. Seetõttu on tõenäoline, et sõltuvalt elukohast on hooldusteenuste kättesaadavus ebavõrdne. Kuni hiljutise ajani on tasuta pakutud ambulatoorset hooldusravi (rahastab haigekassa), samal ajal kui hoolekandeteenust (rahastavad kohalikud omavalitsused) iseloomustab suur omaosalus: 85% isiku pensionist. Omavalitsuse rahastatava hoolekandeteenuse piiratud kättesaadavus ning omaosaluse erinevused olenevalt hooldusasutuse liigist on soodustanud hooldusravihaiglate kasutamist ka juhtudel, kui inimene tegelikult meditsiinilist jälgimist ei

vaja. Alates 2010. aastast kehtib haigekassa rahastatava statsionaarse hooldusravi puhul 15% omaosalus, mis on osaliselt mõeldud selle puuduse kõrvaldamiseks.

Haiglainfrastruktuuri uuendamiseks vajalikke kapitalikuluseid rahastatakse riigieelarvest ja ELi tõukefondidest. Aastatel 2003–2007 olid kapitalikulud lisatud haigekassa rahastatavate tervishoiuteenuste hindadesse ning neid rahastati ravikindlustuse eelarvest (24). Selle süsteemi puuduseks oli kapitaliinvesteeringute seotus tegevuse mahuga, mitte põhinemine infrastruktuuri tegeliku võimsuse vajaduse sõltumatul hindamisel. 2008. aastal võttis valitsus haigekassa kulude vähendamiseks kapitalikulude rahastamise enda kanda. Raha eraldati haiglatele, arvestades need haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste hindadesse. 2009. aastal ei suutnud valitsus raha üle kanda ja haigekassa oli sunnitud kapitalikulud ise katma. Samal ajal ergutatakse haiglaid kasutama kapitaliinvesteeringuteks ELi tõukefonde ja paljud on seda ka teinud. Kapitaliinvesteeringute taotluste läbivaatamise eest vastutab sotsiaalministeerium ja piiratud määral osaleb selles haigekassa. Protsessi nõrkusi vaadeldakse üksikasjalikumalt allpool.

Nõue suunata osa neist eraldi rahastamisvoogudest läbi haigekassa tugevdaks vahendite juhtimist ja eraldamist, kui täidetud on ka järgmised tingimused. Esiteks, eri valdkondade rahastamiseks vajalik tulu peaks tulema väljastpoolt haigekassa eelarvet ehk teisisõnu, kui haigekassa koondab nende valdkondade rahastamiseks vajalikke vahendeid, siis ei tähenda see, et ta peaks ise ka need vahendid looma. Teiseks, valdkondadele raha eraldamise protsess peaks lähtuma elanikkonna tervisevajaduste hindamisest. Kolmandaks, vahendite eraldamine peaks toimuma koordineeritult ja patsiendikeskselt. Neljandaks, väga hoolikalt tuleb vältida väärstiimuleid, mis soodustaks kulude nihutamist teenuseosutajate, ravitasandite või teenuse eest maksjate vahel.

Ressursside vastavusseviimine elanikkonna tervisevajadustega

Käesolevas osas käsitletakse riskiga korrigeeritud pearaha kasutamist vahendite eraldamiseks teenuseostjatele ning tervisevajaduste hindamist infrastruktuuri ja meditsiiniseadmetega seotud investeeringute juhtimiseks. Mõlema tegevuse eesmärk on tagada võimalikult otstarbekas ressursikasutus. Näiteks oleks poliitika seisukohast raiskamine, kui väiksemate vajadustega piirkonnad kulutaksid tervishoiuteenustele ühe inimese kohta rohkem kui suuremate vajadustega piirkonnad. Samuti oleks haiglate suurte püsikulude tõttu raiskamine see, kui voodikohti oleks elanikkonna vajadusest rohkem. Mida rohkem peavad teenuse ostjad tegema kulutusi kommunaalkuludele, seda vähem on neil vahendeid, mida nad saavad nad kasutada muuks otstarbeks, näiteks ravimitele (32). Pillav oleks omada ka vajalikust enam diagnostikaseadmeid, eriti kui nende ostmise, hooldamine ja kasutamine on kallis.

ELi riikides ja mujal on riskiga korrigeeritud pearaha kõige sagedamini kasutatav meetod vahendite ümberjaotamiseks tervishoiusüsteemi ühest osast teise (33, 34). Vastavalt sellele suundumusele toimub märkimisväärse osa haigekassa vahendite jaotamine neljale piirkondlikule osakonnale.²⁰ Eriarstiabi eraldised on üksnes kindlustatud isikute arvu alusel

²⁰ Väga kulukat eriarstiabi, ravimihüvitisi ja rahalisi hüvitisi hallatakse tsentraalselt.

vastavas piirkonnas, kuid eraldisi hooldusravile korrigeeritakse üle 65-aastaste elanike osatähtsuse alusel. Üldarstiabi jaoks eraldatakse piirkondlikele osakondadele eelarvevahendid perearstidele tehtavate eeldatavate maksete alusel. Üheainsa riskiteguri – elanikkonna vanuselise struktuuri – alusel korrigeeritud pearaha moodustab 70% üldarstiabi eelarvest. See erineb Inglismaast ja Hollandist, kus vahendite eraldamist ostjatele korrigeeritakse mitme riskiteguri (eelkõige sotsiaal-majanduslik seisund, erinevused tervishoiuteenuste kasutamises, oodatava keskmise tervisepiirangute vaba eluea näitajad (inglk *dissability-free life expectancy*)) alusel, selleks et vastata seni rahuldamata vajadustele ning kõrvaldada terviseiga seotud ebavõrdsused (Inglismaa) ja erinevused vältimatutes teenuste osutamise kuludes (35, 36). Eesti ei ole pidanud õigeks arvestada ainult mineviku teenuste kasutamise andmeid, sest see kallutaks vahendite jaotuse linnapiirkondade kasuks, kus suurem kasutamine ei kajasta tingimata suuremat vajadust (24). Võimalik siiski, et vahendite jaotamise valemit tuleks ajakohastada, kuna uuringud näitavad, et ainuüksi vanus ei võimalda hästi prognoosida tervishoiukulude erinevusi elanikkonna lõikes (37, 38).

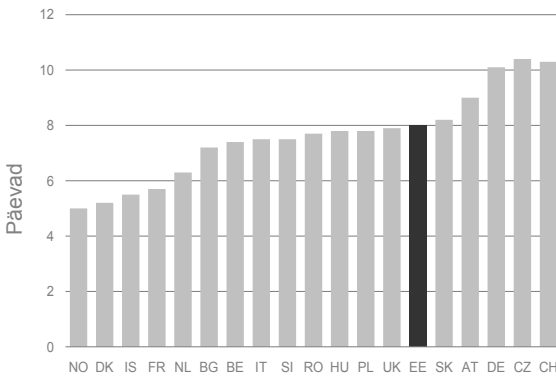
Eesti on teinud jõupingutusi infrastruktuuriinvesteeringute planeerimiseks (peamiselt haiglatesse) sellisel, et need oleks kooskõlas 2000. aastal koostatud haiglavõrgu arengukavaga aastani 2015 (*Hospital Master Plan 2015*) ja seejärel selle ajakohastatud versiooniga, 2003. aastal kinnitatud haiglavõrgu arengukavaga (*Hospital Network Development Plan*). Investeeringute ja elanikkonna tervisevajaduste seost võivad nõrgestada kaks põhjust. Esiteks, haiglavõrgu arengukava ei ole täielikult ellu viidud ja kulub veel aega, et saavutada selle esialgne eesmärk, 2 akuutravi voodikohta 1000 elaniku kohta. Teiseks, keskne kontroll kapitaliinvesteeringute ja kallihinnaliste meditsiiniseadmete soetamise üle ei ole nii tugev kui peaks.

Kuigi haiglavõrgu arengukava ei ole täielikult rakendatud, on Eestis toimunud suur edasimineku haiglasectori üleliigse võimsuse vähendamisel ja haiglaravi ressursikasutuse peamiste efektiivsusnäitajate osas. Aastatel 1993–2007 vähenes haiglate arv 115-lt 57-le, voodikohtade arv 14 400-lt 7473-le ja keskmine patsiendi haiglas viibimise aeg 15,4 päevalt 8 päevale (24). 2006. aastaks oli voodikohtade arv Eestis 1000 elaniku kohta 4, mis on madalam kui EL 27 keskmine (pisut üle 4) ja ka EL 12 keskmine (pisut üle 5), kuid mitte nii madal kui Taanis, Soomes või Sloveenias (16). Eestis on patsiendi keskmine haiglas viibimise aeg Euroopa Majanduspiirkonna (EMP) pikemate hulgas (joonis 23), kuid olukord on siiski parem kui Tšehhis ja Slovakkias ning on samaväärne Ungari ja Poolaga. Aktiivravi puhul on voodihõive Eestis OECD riikide väiksemad, samal tasemel Ungari ja Tšehhiga ning pisut suurem Slovakkias (joonis 24). Seega kuigi haiglaravile ettenähtud vahendite kasutamise osas on Eestis veel arenguruumi, on selles valdkonnas toimunud märgatav edasimineku ning rahvusvahelises võrdluses ei ole Eesti toimetulek halvem teistest sama piirkonna riikidest.

Märksa pakilisem probleem on vähene tsentraalne kontroll kapitaliinvesteeringute üle. Haiglad, mis taotleavad infrastruktuuri arendamiseks raha ELi tõukefondidest, peavad esitama oma taotluse sotsiaalministeeriumile heakskiitmiseks, kuid tundub, et ministeerium ei suuda praegu taotlusi põhjalikult hinnata. See valdkond vajaks kiiret tähelepanu, sest infrastruktuuri investeeringute kontroll ja koordineerimine on oluline, kui soovitakse järgnevatel aastatel vältida tervisesüsteemi ebamõistlikke kulusid.

Samuti on oluline, et taotluste läbivaatajad pööraksid tähelepanu uue infrastruktuuri projektlahendustele ja oleksid valmis tagama, et praegu kavandatavad ja ehitatavad haiglad suudavad reageerida muutustele (39). Kapitaliinvesteeringute edukust määrav tegur on see, kas arhitektuuriline vorm vastab funktsioonile. Haiglate projekterijatel on vaja arvesse võtta haigestumuse ja kliinilise praktika muutusi, mis tulenevad elanikkonna vananemisest, haiglas viibimise aja lühenemisest, päevakirurgia osatähtsuse suurenemisest ja tehnika arengust (39). Rechel *et al.* on järeldanud: „Optimaalne projekt võimaldab pidevat muutumist” (40). Ministeeriumi jaoks on üks lahendus töötada välja infrastruktuuri heakskiitmise kriteeriumid ja nõuda taotlejatel töendust, et uute hoonetega seotud kulud ajas vähenevad ning projektid tagavad võimalikult suure paindlikkuse.

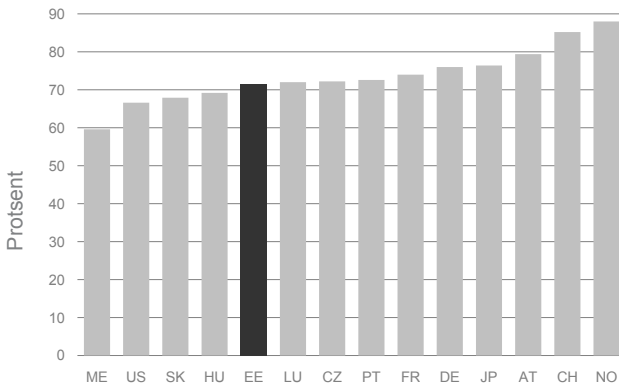
Joonis 23. Keskmine haiglaravil viibimise aeg EMP riikides, 2007



Allikas: Eurostat (16).

Märkus: Islandi, Itaalia ja Slovakkia andmed on 2006. aasta kohta.

Joonis 24. Aktiivravihaiglate voodihõive Eestis ja OECD riikides, 2007

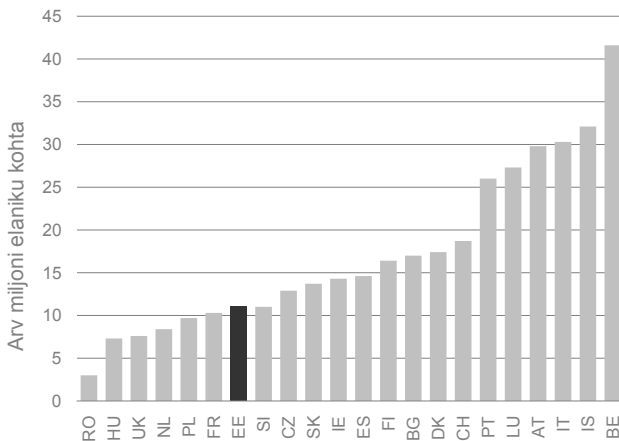


Allikas: TAI (13); OECD (41).

Kallitesse meditsiiniseadmetesse investeerimise kontroll on teine probleemne valdkond. Kuigi valitsus on teinud mõningaid katseid kontrollida ja koordineerida kallite meditsiiniseadmete jaotumist (nt meditsiinitehnoloogia komisjoni abil), ei ole need püüdlused olnud viljakad ning haiglatel on praktiliselt vabad käed mis tahes seadmete ostuks (24). Riigikontrolli hiljutine audit laialt kasutatavate kallite meditsiiniseadmete (röntgeniaparaadid, kompuuter- ja magnetresonantstomograafid) soetamise ja kasutamise efektiivsuse kohta rõhutab selge ja tõhusa riikliku meditsiiniseadmete poliitika vajalikkust Eestis (42). Kontrolliaruandes nimetati järgmisi puudusi: riigil puudub ülevaade haiglate kallitest meditsiiniseadmetest; seadmeid ei kasutata alati otstarbekalt; puuduvad piisavad kriteeriumid, millest haiglad saaksid lähtuda meditsiinitehnoloogiasse investeerimisel.

Audit näitab ka, kuidas vajadust ületav arv meditsiiniseadmeid muudab ressursside kasutamise ebaefektiivseks. Esiteks leiti auditi käigus, et keskmiselt kasutatakse üldhaigla kompuutertomograafi Eesti Haigekassas hinna kujundamisel aluseks võetud kalkuleeritud optimaalsest koormusest kõigest kolmandiku ulatuses (42); kompuutertomograafi alakoormusega kasutatav haigla osutab vastavat teenust teiste tegevuste arvelt. Teiseks, pea ja seljavaluga patsientidele tehtud magnetresonantsuuringutest ei olnud 17% kliiniliselt põhjendatud, mis viitab sellele, et seadmete hea kättesaadavuse tõttu võivad arstid saata patsiente ebavajalikele uuringutele. Kolmandaks, kompuutertomograafia või magnetresonantstomograafia uuringu said kõigest 46% kerge peatraumaga patsientidest ja 76% insuldiga patsientidest, kuigi ravijuhis näeb need uuringud ette kõigi selliste patsientide puhul. Üks põhjus võib olla see, et investeringute koordineerimatus tõttu on mõnel pool seadmeid liiga palju ja teises ebapiisavalt.

Joonis 25. Kompuutertomograafid EMP riikides, 2007

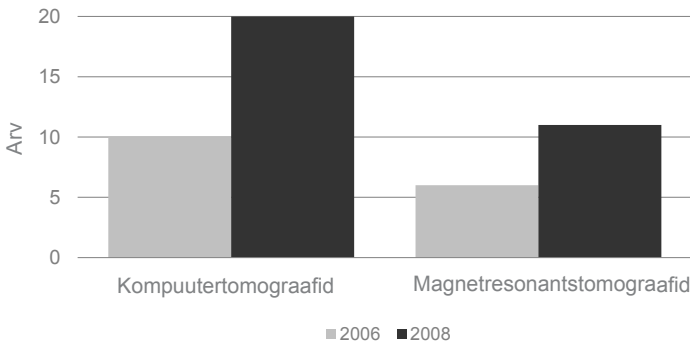


Allikas: Eurostat (16); OECD (41).

Märkus: Itaalia, Hollandi ja Ühendkuningriigi andmed on 2006. aasta kohta.

Kuigi kompuutertomograafia uuringute arv miljoni elaniku kohta on Eestis teiste Euroopa riikidega võrreldes endiselt suhteliselt väike (joonis 25), on see juba märgatavalt suurem kui Hollandis ja Ühendkuningriigis. Kompuuter- ja magnetresonantstomograafide arv kahekordistus aastatel 2006–2008 (joonis 26). Tomograafide ja muude kallite meditsiiniseadmete arvu edasine suurenemine põhjustaks tõenäoliselt diagnostiliste uuringute ülekasutamist ja samal ajal seadmete alakoormatust, see aga vähendaks efektiivsust ja võib mõjuda kahjulikult patsientide tervisele. Kallite meditsiiniseadmete paremini planeeritud jaotus riigi territooriumil aitaks tagada ka teenuste õiglasemat kättesaadavust.

Joonis 26. Kallite meditsiiniseadmete arvu suurenemine, 2006–2008



Allikas: TAI (13).

Tervisetehnoloogiate hindamine abiks prioriteetide määramisel

Erinevalt paljudest EL 15 liikmesriikidest ei ole Eestil süstemaatilist tervisetehnoloogiate hindamise programmi, kuigi sellist hindamist Eestis siiski kasutatakse, eriti ravimisektoris soodusmäärade omistamisel ambulatoorsetele retseptiravimitele. Haigekassa on viimastel aastatel püüdnud suurendada ka huvirühmade teadlikkust tervisetehnoloogiate hindamisest ja koolitanud selles valdkonnas oma töötajaid.

Tervisetehnoloogiate hindamise kasutamisega prioriteetide määramisel ja investeerimisotsuste tegemisel kaasnevad oma tehnilised ja poliitilised raskused, näiteks kulutõhususe analüüs. Selleks kulub ka palju ressursse. Siiski võib tervisetehnoloogiate hindamine anda tervisesüsteemile suurt lisaväärtust (43, 44). Seetõttu võiksid poliitika kujundajad kaaluda selle suuremat kasutamist (sh kulutõhususe analüüs) mitte ainult uute tehnoloogiate väärtuse, vaid ka haigekassa hüvitatavate toodete ja teenuste lisaväärtuse hindamisel. Näiteks võiks kulutõhususe analüüs aidata haigekassal otsustada, millised retseptiravimid võib ravikindlustushüvitiste paketist välja arvata, ja sellest võidaks nii haigekassa kui ka patsiendid. Arvestades praegusi ravimite väljakirjutamise ja väljastamise tavaid (vt allpool), oleks siiski oluline, et kõikide hüvitistepaketist väljaarvamistega kaasneksid ranged juhised arstidele ja apteekritele.

Teenuseosutajatele maksmise seostamine protsessi ja tulemustega (sisendi asemel)

Eesti on juba käivitanud reformid teenuseosutajatele maksmise viiside täiustamiseks ja nende mõju on olnud soodne nii süsteemile (väiksem sisendipõhise maksmise osatähtsus) kui ka arstidele (suurem sissetulek) (24). Mõned muudatused on aga loonud tugeva stiimuli osutatavate teenuste mahu suurendamiseks, selle asemel, et premeerida efektiivset ravi või patsientide tervise paranemist. Näiteks haiglaraviteenuse ostmine ravijuhi-, mitte aga raviepisoodi põhiselt soodustab ravijuhtude arvu suurendamist, kuid ei motiveeri järjepidevat ravi ega koostööd eri teenuseosutajate või ravitasandite vahel. Samamoodi on perearstide kvaliteeditasu süsteemi puhul rõhuasetus konkreetsetel teenustel, mitte aga patsiendikesksel ravil.¹⁹

Oluline on märkida, et kuigi rahaliste stiimulite kasutamine ravikvaliteedi tõstmiseks (nt perearstidele mõeldud lisatasu süsteem) pakub suurt huvi, võivad selle võimalused olla piiratud (32, 45, 46). Seega peaksid teenuseosutajate tasustamises tehtavate muudatustega, mis on mõeldud kvaliteedi tõstmiseks, kaasnema pikaajalisemad meetmed, sh muudatused tervishoiu koolitussüsteemis. Sellegipoolest jääb piisavalt palju võimalusi, et kõrvaldada stiimulid, mis põhjustavad koordineerimata ravi ja muud ebaefektiivsust. Näiteks puuduvad sanktsioonid perearstide vastu, kes kirjutavad välja originaalravimeid, kui geneerilised ravimid on olemas. Apteekrid on huvitatud kallimate ravimite väljastamisest ja neil on võimalik seda teha isegi juhul, kui arst on välja kirjutanud odavama analoogi. Samuti saavad krooniliste haigustega patsiendid pöörduda eriarsti poole ilma saatekirjata ja teatavate eriarstide, näiteks günekoloogide ja psühhiaatrite juurde pääsu reguleeritakse ainult osaliselt.

Tervishoiuteenuste pakkumine asjakohasel tasandil

Efektiivsuse seisukohalt on määrav, et tervishoiuteenuste kasutamine toimuks asjakohasel tasandil. Siinkohal käsitleme nelja võimalust tagada, et patsientidele oleks kättesaadav kõige sobivam ja kulutõhusam ravi: üleminek haiglaravilt ambulatoorsele ravile, üldarstiabi kvaliteedi tõstmine, teenuseosutajate ja sektorite koordineerimise parandamine ning geneeriliste ravimite kasutamise laiendamine ja populariseerimine.

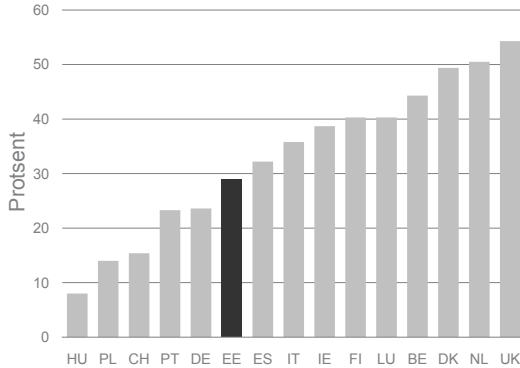
Üleminek haiglaravilt ambulatoorsele ravile on Eestis teenuse ostmise juhtpõhimõte ning haigekassa arengukava eesmärk. Ravi rahastamise lepingute rahaliste mahtude ja ravijuhtude arvu üle läbirääkimisi pidades on haigekassa selle eesmärgi saavutamisel palju edasi liikunud. Statsionaarsete kirurgiliste protseduuride osatähtsus on küll vähenenud (2001. aastal 72,8% ja 2008. aastal 58,4%), kuid päevakirurgia juhtude arv on ikka EL 15 tasemest allpool (joonis 27). Ressursside eraldamine, mis jätkab statsionaarse ravi eelistamist, pärssides ambulatoorse ravi arengut, põhjustab tõenäoliselt struktuurist tulenevat ebaefektiivsust.

Üleminek ambulatoorsele ravile eeldab tegevust järgmistes suundades: jõulisemad läbirääkimised lepingute sõlmimisel, et eesmärgistatult juhtida ambulatoorse ja haiglaravi mahte, ning samaaegne hinnapoliitika, mis motiveeriks teenuseosutajaid neid eesmärke

¹⁹ Lisatasud hõlmavad vaksineerimist ja laste regulaarset tervisekontrolli, jälgimist teatavate krooniliste haiguste korral ning lisateenuseid, nagu süntüsjärgne kontroll ja lihtsamad kirurgilised protseduurid.

täitma; haiglaravivõimsuse vähendamine; muudatused teenuseosutajate tasustamises ja väljaõppes; esmatasandi tugevdamine, et oleks võimalik edasine restruktureerimine ilma ravikvaliteedi alanemiseta (47).

Joonis 27. Päevakirurgia osa kõikidest kirurgilistest protseduuridest EMP riikides, 2007



Allikas: Haigekassa (11); OECD (41).

Märkus: Belgia, Itaalia ja Hispaania andmed on 2006. aasta kohta.

Hinnangus Eesti üldarstiabi kohta on järeltatud, et kuigi mitme näitaja alusel on perearstiabi kvaliteet alates 1990. aastatest paranenud, on selles veel arenguvõimalusi (47). Eelkõige tuntakse muret selle üle, et üldarstiabi roll tervisesüsteemis ja selle peamised ülesanded on muutunud viimastel aastatel ebaselgemaks. Põhjus võib olla selles, et õiguslik raamistik ja teenuseosutajate tasustamise viisid ei toeta perearstiabi rolli patsientide ravi korraldamisel. Seetõttu on perearstiabi roll nõrk ja ebajärjekindel. Teised olulised tegurid, mis mõjutavad üldarstiabi toimivust, on ebaühtlased kapitaliinvesteeringud, raskused meditsiinilistele teenustele leidmisel maapiirkondadesse ning töötajate, eelkõige perearstide vahetus (24).

Üks üldarstiabi tõhususe näitaja on välditava haiglaravi määr ambulatoorsele ravile alluvate haiguste puhul.²² See hõlmab haiglaravi, mida tõendatult oleks saanud vältida ambulatoorse arstiabi parema kättesaadavusega (48).²³ Ameerika Ühendriikides tehtud uuringud on näidanud üldarstiabi halva kättesaadavuse seost ambulatoorsele ravile alluvate haiguste haiglaraviga (49) ning Inglismaal on tervishoiuministerium mõõtnud välditavate haiglaravijuhtude arvu, et selgitada välja kulude kokkuhoiu võimalus (50). Stenokardiaga patsientide haiglast väljakirjutamiste arv 100 000 elaniku kohta on näide välditava haiglaravi määrast ambulatoorsele ravile alluvate haiguste puhul. Joonis 28 näitab, et Eestis on see määr võrreldes teiste Euroopa riikidega väga kõrge. Lisaks ei ole nimetatud määr Eestis aja jooksul vähenenud nii palju kui teistes piirkonna riikides või Ühendkuningriigis.²⁴ Vältitava haiglaravi määra vähendamiseks võiks anda perearstidele tagasisidet selle kohta, kes nende

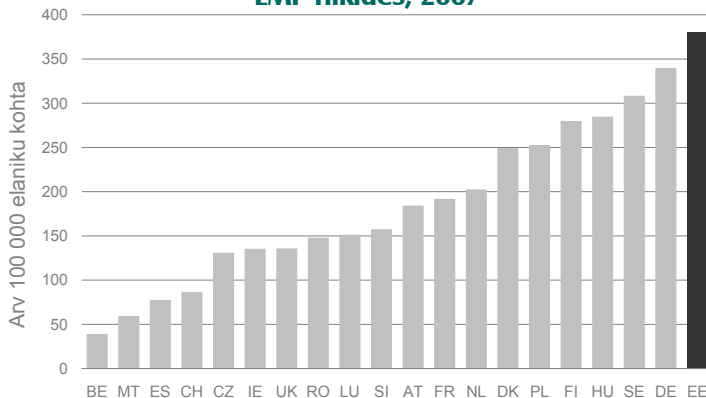
²² Hõlmab haiglaravi muu hulgas stenokardia, astma, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse ja diabeedi puhul.

²³ Kuigi liiga madal määr võib osutada vajaliku ravi ebapiisavale kasutamisele.

²⁴ Näiteks 2002–2007 kahanes määr Eestis 6%, ent Tšehhis 40%, Ühendkuningriigis 32%, Soomes ja Rootsis 26%, Poolas 24% (2003–2007) ja Ungaris 15% (2004–2007).

patsientidest kuuluvad sellesse rühma ja kui suur osa nende (mõttelisest) eelarvest kulub selliste patsientide haiglaravile. Teine võimalus on innustada perearste kasutama koduõdesid, et teha kindlaks patsiendid, kellel on tõenäosus sattuda välditavale haiglaravile (näide 1).

Joonis 28. Stenokardiaga patsientide haiglast väljakirjutamiste arv EMP riikides, 2007



Allikas: Eurostat (16).

Märkus: Soome ja Rootsi andmed on 2006. aasta kohta.

Näide 1. Inglismaa kogukonnapõhine õendusteenus patsientidele, kellel on oht sattuda haiglaravile

Inglismaal alates 2005. aastast töötavad kogukonnaõed (ingl k *community matrons*) on vanemõed, kellel on ravimite väljakirjutamise õigus. Nende ülesanne on teha kindlaks krooniliste haigustega patsiendid ja patsiendid, kellel on tõenäosus sattuda haiglaravile, ning selliseid patsiente abistada ja ravida. Nad vastutavad üld- ja eriarstiabi ning sotsiaalteenuste koordineerimise eest. 2003. aastal käivitatud katseprojekti hindamisel leiti, et kogukonnaõed ei vähendanud oluliselt plaaniväliselt (vältimatut) haiglaravi, arvatavasti seetõttu, et nad tegid edukalt kindlaks muud juhtumid (51). Siiski parandasid nad koordineerimist ja ravi kättesaadavust tänu sagedasele kontaktile patsientidega, regulaarsele jälgimisele ja psühhosotsiaalsele toetusele ning laiendasid vanurite võimalusi pöörduda abi saamiseks spetsialistide poole (51). Selle tulemusena hindasid patsiendid ja nende hooldajad kogukonnaõdesid kõrgelt, kuigi kulude kokkuhoidu ei ilmnenud (52). Riiklik strateegia osutus kõige edukamaks seal, kus kogukonnaõed töötasid laiema krooniliste haiguste programmi raames, mis hõlmas ka muid teenuseid (53). Kuna kogukonnaõed tulevad enamasti piirkonna hooldusõdede (ingl k *district nurses*) hulgast, on avaldatud kartust, et see teenus võib juhtida kõrvale teiste valdkondade ressursse, mitte tõsta teenuste üldist taset (53).

Mõned Eesti esmatasandi probleemid on seotud vahendite eraldamise protsessiga, mis on jätkuvalt kallutatud eriarstiabi kasuks. 2008. aastal eraldas haigekassa oma eelarvest üldarstiabile vaid 8%, võrreldes ravimitele eraldatud 10% ja eriarstiabile eraldatud 50%-ga. Niisamuti eraldas sotsiaalministeerium 2006. aastal 15% oma tervishoiueelarvest administreerimisele ja kõigest 11% ennetusprogrammidele (24). Arvestades mõningaid eespool kirjeldatud üldarstiabi probleeme, tundub ebatõenäoline, et seda valdkonda saaks tugevdada ilma muutusteta ressursside eraldamises.

Koordineeritust on ammu peetud üldarstiabi kvaliteedi peamiseks näitajaks (54). Viimasel ajal on riigid omistanud üha suuremat tähtsust sellele, et koordineerida ravi andmist eri tasandite vahel (55). Vajadus parema koordineerimise järele tuleneb sellest, et teenust osutavad killustatult eri teenuseosutajad, kes töötavad üksi või väikeste rühmadena, eriti riikides, kus eriarsti juurde pääsu reguleerimise traditsioon ei ole kuigi pikk ja kus ravi järjepidevus on piiratud. Samuti tuleneb see järjest kasvava hulga ühe või mitme kroonilise haigusega patsientide ravi korraldamise keerukusest (56). Ravi koordineerimine võib ära hoida kulukat dubleerimist (näiteks diagnostiliste uuringute puhul), potentsiaalselt kahjulike ravimite kooskasutamist ja patsientide vähest teadlikkust (57).

Eestis on juba kehtestatud kord, mille kohaselt pääsu eriarstide juurde reguleerivad perearstid. See ei kehti küll krooniliste haigustega patsientide suhtes, kes võivad eriarste külastada saatekirjata. Lisaks võivad kõik patsiendid pöörduda saatekirjata teatavate eriarstide poole. Kui perearstide „väravavahi” rolli laiendatakse kõigile patsientidele ning rahastamispoliitikat karmistatakse (nt nõue, et eriarst peab tasu saamiseks väljastama perearsti jaoks visiidi kohta tõendi), mõjuks see positiivselt ravi koordineerimisele ja järjepidevusele, eriti krooniliste haigustega patsientide puhul, ning aitaks tugevdada esmatasandit. Lisastrateegia ravi paremaks koordineerimiseks oleks investeerimine paremasse IT-infrastruktuuri ja -süsteemidesse, kuid koordineerimise tõhustamiseks ei saa tugineda pelgalt infotehnoloogiale.

Eestis kasutatakse juba mitmesuguseid strateegiaid, et soodustada ravimite ratsionaalset kasutamist²⁵ (27, 58). Haigekassa annab retseptiravimite soodusnimekirja otsuste tegemisel omapoolse hinnangu tuginedes tervisetehnoloogiate hindamisele. Samuti on välja antud mõningaid ravimite väljakirjutamise juhiseid, tehakse ravimite väljakirjutamise seiret ning kehtib ka kohustusliku toimeainepõhise retsepti kirjutamise põhimõte. Need sammud on kiiduväärt. Juhiste ja väljakirjutamise seire mõju on aga osutunud väga piiratuks ning kohustusliku geneerilise ravimi kasutamise põhimõte ei toimi, arstid ei ole rahaliselt motiveeritud arvestama ravimeid välja kirjutades kulusid ega isegi tõhusust ning apteekrid on rahaliselt huvitatud kallimate ravimite väljastamisest (27). Selle tagajärjel kasutatakse geneerilisi ravimeid vähe, nende turg on ebapiisavalt arenenud ja geneeriliste ravimite hinnad on kõrgemad kui võiks (59). Näiteks haigekassa siseanalüüs näitab, et 2007 kirjutati kõigest 50% juhtudel välja Ramipriili (ACE inhibiitor, mida kasutatakse kõrge vererõhu ja südamepuudulikkuse raviks, kõige sagedamini kasutatav ravim Eestis) geneeriline versioon²⁶ (27).

²⁵ WHO määratluse kohaselt olukord, mil patsiendid saavad neile kliiniliselt vajalikke ravimeid nende individuaalsele vajadusele vastavas doosis vajaliku aja jooksul nii nende endi kui ka ühiskonna jaoks madalaima kuluga.

²⁶ Võrdluseks moodustasid Inglismaal 2008. aastal geneerilised ravimid 83% kõikidest üldarstide välja kirjutatud retseptiravimitest (1998. aastal 63%).

Isegi juhul, kui välja kirjutati toimeaine, väljastati 70% juhtudel originaalravim. Kui välja kirjutati originaalravim, asendas apteeker selle geneerilise ravimiga ainult 15% juhtudest. Seega väljastati ainult 20% väljakirjutatud Ramipriliist geneerilise ravimina. Teises uurimuses Ramiprili kohta leiti, et 97%-le patsientidest väljastati originaalravim (27).

Geneeriliste ravimite vähesel väljakirjutamisel ja väljastamisel on tõsine rahaline mõju nii patsientidele kui ka haigekassale. Kuna originaalravim (mille müügihind oli 2007. aastal 170,21 krooni paki eest, mis sisaldas 28 10-mg tabletti) ületab piirhinda 17% ja geneerilise ravimi hinda 28%, moodustab patsiendi omaosalus selles 76 krooni, mis on 45% ravimi hinnast (27). Geneerilise ravimi puhul on omaosalus 48 krooni (37% ravimi hinnast). Haigekassa hinnangul langeks vererõhuravimite puhul patsiendi omaosalus 42%-lt 24%-le ravimi hinnast, kui arstid kirjutaksid ravimid välja kliinilisest kulutõhususest lähtudes ja patsiendid valiksid apteegis kõige soodsama hinnaga variandi.

Teoreetiliselt peaks haigekassa kulu olema originaal- ja geneerilise ravimi puhul sama, sest tema hüvitab piirhinna. Kui jõustuks geneerilise asendamise nõue ja turg laieneks, siis geneeriliste ravimite hind arvatavasti langeks, vähendades haigekassa kulusid. Praegu on odavamate geneeriliste ravimite turuosa Eestis väga väike (27). Inglismaal näiteks maksis sama suur pakk Ramiprili 2009. aastal 2,17 naela (37,50 krooni) (60), seega ainult natuke rohkem kui pool sellest, mis ta maksis 2005. aastal (3,98 naela) (61), ja see on ainult veerand Eesti hinnast. Kuni geneeriliste ravimite väljakirjutamiseks ei ole rahalisi stiimuleid ja apteekrite poolt asendamine ei ole lubatud, püsib arvatavasti ka senine efektiivsuse ja finantskaitse seisukohalt kahjulik olukord.

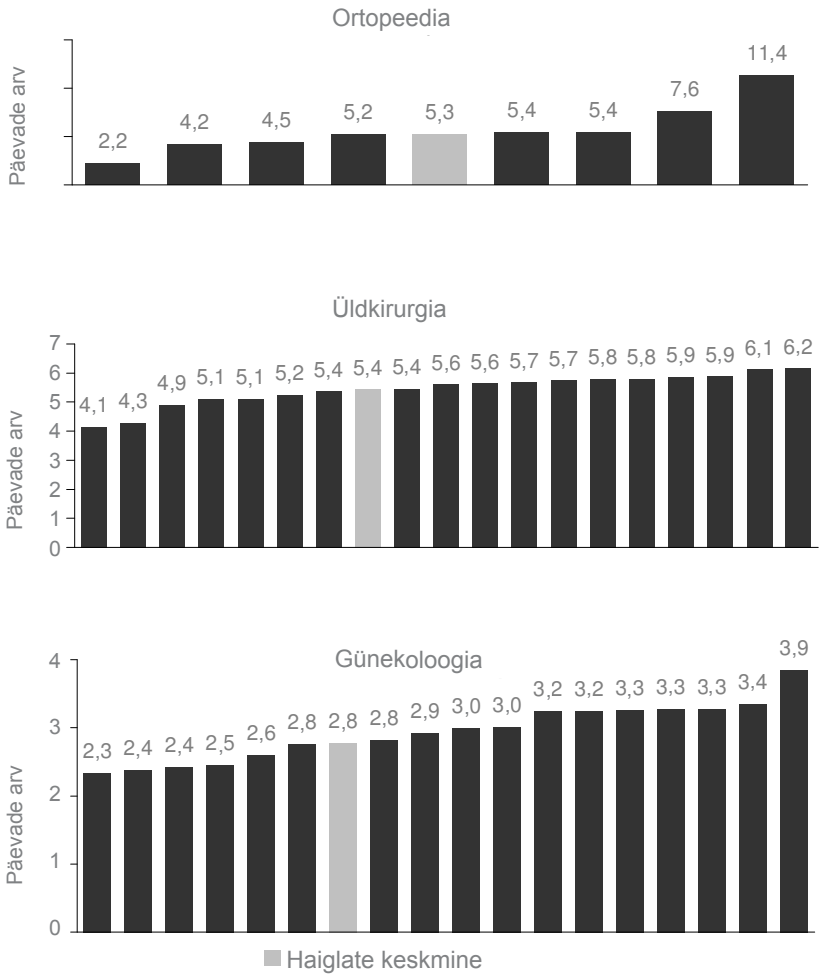
Välditava kliinilise variatsiooni vähendamine

Võrreldes raviteenuste osutamist iseloomustavaid tegureid riigi eri osades, näiteks keskmist haiglas viibimise aega, ilmnevad haiglate vahel suured erinevused (joonis 29). Osa neist erinevustest raiskavad tõenäoliselt ressursse ja seega suurendaks nende kõrvaldamine süsteemi kulutõhusust. Lisaks võivad sellised suured erinevused kahandada avalikkuse usaldust tervisesüsteemi kvaliteedi suhtes.

Haigekassa juba tegeleb välditava kliinilise variatsiooni probleemiga: korraldab kliinilisi auditeid, rahastab ravijuhiste koostamist ning, pöörates enim tähelepanu ravivaldkondadele, kus kliiniline variatsioon on suur, kontrollib usaldusarstide²⁷ abiga raviarveid ja haiguslugusid, et selgitada nendes valdkondades välja nõuete rikkumised. Alates 2005. aastast on haigekassa andnud teenuseosutajatele DRG-põhist tagasisidet, et nad saaksid võrrelda oma tulemusi riigi keskmistega. Alates 2009. aastast on neil võimalus võrrelda enda ja teiste teenuseosutajate näitajaid, nagu *casemix*-indeks, keskmine haiglas viibimise aeg jne. 2009. aastal kehtestas haigekassa ka sisemise kontrollpäringute süsteemi, et aegsasti välja selgitada suuri varieeruvusi oma andmebaasi põhjal.

²⁷ Haigekassas töötavad arstid, kes ei osale tavaliselt kliinilises töös.

Joonis 29. Keskmine haiglas viibitud aeg valitud erihaiglate lõikes, 2009



Allikas: Haigekassa (11).

Effektiivsuse suurendamise abil säästetud vahendite kasutamine süsteemi toimivuse parandamiseks

Haigekassa on kogunud ja säilitanud reservi, mis on tunduvalt suurem õigusnormidega nõutust (tabel 15). Kuigi haigekassa on teoreetiliselt sõltumatu asutus, tundub, et tema otsustusõigust reserve kasutamisel piirab seotus ja olulisus valitsuse eelarve- ja rahanduspoliitikale (näiteks seoses eurotooniga ühinemise püüdlustega). Lähivaates mõjutab see haigekassa võimet säilitada piiratud ressursside juures ravikvaliteeti. Pikemas perspektiivis võib selline haigekassa autonoomsuse piiramine olla veelgi kahjulikum, kui see vähendab stiimuleid süsteemi vastutustundlikult ja kulutõhusalt juhtida.

Tabel 15. Haigekassa kumulatiivsed reservid, 2001–2008

Kumulatiivsed reservid	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Kohustuslik reservkapital	189	415	493	493	423	481	603	800
Riskireserv	3	146	146	146	146	160	201	266
Jaotamata kasum	193	371	561	875	1 219	2 024	2 800	3 098
Osatähtsus aastastest kuludest (%)	9	20	22	24	25	33	35	34

Allikas: Kutzin *et al.* (32)

Märkus: Eesti Haigekassa seaduse kohaselt on minimaalne kohustuslik reserv 6% haigekassa aastaelarve mahust, minimaalne riskireserv 2%.

Asjaolu, et ravikindlustust hoitakse täiesti eraldi teistest sotsiaalkindlustuse liikidest (näiteks pensionikindlustus ja töötuskindlustus), on tervisesüsteemi jaoks suur eelis, eriti kuna haigekassa head juhtimist on tunnustatud rahvusvaheliselt (32). Selline eraldatus tagab, et haigekassa asjatundlik juhtimine toob kasu just tervisesüsteemile. Selge eraldatuse puudumine võiks vähendada motivatsiooni efektiivselt tegutseda (mitte ainult haigekassas, vaid kõikides sotsiaalkindlustusfondides) ning ohustada tervisesüsteemi ja laiemalt sotsiaalsektori läbipaistvust, aruandekohustust ja vastutust.

Administratiivne efektiivsus

Administratiivse efektiivsuse edendamiseks tuleb keskenduda sellele, et tervisesüsteemi rahastamise haldamise ülesandeid dubleeritaks võimalikult vähe ning samas oleks tegevuse kulutõhusus võimalikult suur (8). Aastal 2007 moodustasid tervisesüsteemi avaliku halduse kulud 2,6% kogu tervishoiukuludest ning 3,4% avaliku sektori kuludest (tervishoiu kogukulude andmed). Eesti halduskulud on suhteliselt madalad: 2007. aasta andmed teiste riikide kohta olid näiteks 1,6%-st kogu tervishoiukuludest Ungaris, 2,7% Poolas, 3,8% Tšehhis ja 5,4% Slovakkias (41).

Ka ravikindlustuse halduskulud on Eestis madalad. Aastal 2008 kulutas haigekassa administreerimisele ainult 0,9% tuludest (24). Ehkki kulutused jäävad samasse suurusjärku Ungari ja Poola vastavate kuludega, on need palju väiksemad kui Slovakkias ja Tšehhis. Slovakkia ravikindlustusfondidel on seadusega keelatud kulutada haldusele rohkem kui 3,5% tuludest (0,5% tervisekindlustuse järelevalveasutuse puhul). Tšehhi ravikindlustusfondide puhul on vastav summa keskmiselt 3,7%, kusjuures suuremate asutuste halduskulud on madalamad (allikas: eravestlus Peter Pazitnyga, Tervisepoliitika Instituut, Slovakkia).

Soovitused poliitika kujundamiseks

Eesti ühe haigekassa süsteem on administratiivselt efektiivne ning väldib funktsioneeride dubleerimist, mida võib esineda konkureerivate kindlustusseltsidega tervisesüsteemide puhul. Sellest et halduskulud on märkimisväärselt kõrgemad Slovakkias (kus need on seadusega piiratud) ja Tšehhis, nähtub, et mitme konkureeriva haigekassa olemasolu Eestis tähendaks samuti rohkem kulutusi administreerimisele, mis jätab vähem rahalist ressursi tervishoiuteenustele ja -hüvitistele.

Läbipaistvus, vastutus ja aruandekohustus

Läbipaistvus, vastutus ja aruandekohustus tähendavad seda, et inimesed peaksid hästi teadma oma õigusi ja kohustusi ning mõistma kvaliteedi parandamiseks ja kulutõhususe suurendamiseks tehtavaid pingutusi (näiteks seoses geneeriliste ravimitega) ning et valitsus peaks inimesi korrapäraselt lubaduste täitmisest teavitama (8). Haigekassa (alates 2005. aastast koostöös sotsiaalministeeriumiga) korraldab igal aastal rahulolu-uuringu, mis sisaldab ka küsimusi elanike teadlikkuse kohta oma õigustest ja kohustustest ning muude tulemuslikkuse aspektide kohta. Uuringu tulemusi, mis avaldatakse haigekassa veebilehel,²⁸ kasutatakse tõhusamate teavituskampaaniate korraldamiseks (24).

Elanikkonna teadlikkus ravikindlustuse eri aspektidest ei ole alates 2004. aastast palju muutunud. Inimesed on hästi teadlikud (90%) õigusest saada kiirabi, kuid vähem teatakse perearsti saatekirjadest ja üldarstiabiiga seonduvatest tasudest (11).²⁹ Inimestel ei ole alati piisavalt teavet ravijärjekordade pikkuse või võimaluse kohta valida odavamalt ravimit. Mõnikord on see tingitud selgete piiride puudumisest riiklike ja eratervishoiuteenuste vahel, kuna arstid võivad pakkuda riiklikku ja erateenust samas asutuses. Elanikkonna rahulolu tervisesüsteemi toimimisega vähenes 2001. ja 2004. aasta vahel (1), kuid viimasel ajal on see suurenenud. Iga-aastastest uuringutest nähtub, et arstiabi üldist kvaliteeti väga heaks või pigem heaks hindavate elanike osatähtsus tõusis 65%-lt 2001. aastal 73%-ni 2008. aastal. Arstiabi kättesaadavusega väga või pigem rahul olevate elanike osatähtsus vähenes 56%-lt 2001. aastal 53%-ni 2008. aastal. Haigekassa rahastatavate raviteenuste valikuga rahul olevate elanike osatähtsus tõusis 44%-lt 2003. aastal 46%-ni 2008. aastal.

Seda tulemustele orienteeritud lähenemisviisi aruandekohustusele on esile tõstetud kui parimat tava (8). Haigekassa on teinud head tööd võideldes mitteametlike tasudega, mis võib olla peamiseks probleemiks läbipaistvuse ja usaldusväärsuse tagamisel. Mitteametlikku maksmist näib Eestis esinevat vähem kui piirkonna ülejäänud riikides (24). Ehkki nii on see Eesti puhul alati olnud, tuleneb see osaliselt mitteametliku maksmise vastu võetud meetmetest ning haigekassa otsustavast reageerimisest rikkumistele (k.a. teenuseosutajate kohtusse kaebamine).

Ehkki juhtimine on mitmes valdkonnas tõhus, saaks teatavates valdkondades (näiteks teenuseosutajate tegevuse jälgimine ja hindamine) kontrolli tugevdada. Haiglate juhtimine on tugevalt detsentraliseeritud ja juhtimisotsuste tegemine on enamjaolt delegeeritud

²⁸ <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uuringud>

²⁹ Näiteks teadis 2007. aastal ainult 49% elanikest, et perearsti saatekirja on vaja kõrva-nina-kurguhaiguste arsti juurde pääsemiseks, ning 53% teadis, et saatekirja on vaja reumatoloogi juurde pääsemiseks, samas kui 60% teadis, et perearst ei tohi võtta visiitdaru. Uuringud ei ole sisaldanud küsimusi ravimite omaosaluse kohta.

teenuseosutajate tasemele ning nende finantsjuhtimist või haiglaravi kvaliteeti pole eriti hinnatud. Sama kehtib ka perearstide puhul. Seega on teenuseosutajate aruandekohustus ja vastutus riikliku tervisepoliitika eesmärkide täitmisel võrdlemisi puudulik.

Soovitused poliitika kujundamiseks

Kehtivate juhtimissüsteemide puhul on täheldatav teatav tasakaalustamatus iseseisvate teenuseosutajate ja haigekassa vahel. Valitsuse pidev kontroll haigekassa tegevuse üle on vastuolus vähese huviga, mida ta ilmutab haiglate ja füüsilisest isikust ettevõtjatest arstide vastu. Sellekohaste riikliku tervisepoliitika eesmärkide puudumine tähendab, et valitsus ei saa jälgida eri institutsioonide edusamme, see aga vähendab läbipaistvust ja aruandekohustust ning võib lõppkokkuvõttes muuta tulemused kesiseks.

Peamiste järelduste kokkuvõte

- Omaosaluse suurenemise tõttu tervishoius 1990. aastate lõpus ja 2000. aastate alguses on finantskaitse nõrgenenud. Patsientide omaosalus haigekassa hüvitatavate retseptiravimite eest tasumisel on suurenenud 25%-lt 1997. aastal 38%-ni 2008. aastal. Omaosaluse suurenemine on tõuganud mõned väiksema sissetulekuga leibkonnad vaesusesse ning sellel on kõige ebasoodsam mõju vanematele inimestele. Samuti on omaosaluse suurenemine märgatavalt vähendanud õiglust tervisesüsteemi rahastamisel. Aastal 2000 oli omaosalus proportsionaalne sissetulekuga, kuid 2007. aastaks oli see muutunud tugevalt regressiivseks.
- Finantskaitse ja õigluse vähenemise eest viimase kümne aasta jooksul tuleb suurel määral vastutavaks pidada just omaosalust ja ravimipoliitikat. Samuti on need põhjustanud ebaefektiivsust. Geneeriliste ravimite väljakirjutamise poliitika ei ole rakendunud, apteekreid ei julgustata väljastama kulutõhusaid ravimeid ning patsientidel ei pruugi olla piisavalt teavet odavamate ravimite kohta.
- Keskne kontroll kapitaliinvesteeringute ja kallite meditsiiniseadmete soetamise üle ei ole nii tugev, kui see olema peaks. Kallite meditsiiniseadmete paiknemise parem planeerimine riigis aitaks kaasa kulutõhususe ja õigluse eesmärkide saavutamisele.
- Rohkem on vaja tähelepanu pöörata kogu tervisesüsteemi hõlmavate stiimulite korrastamisele, selleks et tagada tervishoiuteenuse osutamise kvaliteet ja kulutõhusus. Rahvusvahelised uuringud näitavad, et osa haiglaravijuhte hoiaks ära tõhusam üldarstiabi ning tasustamissüsteem, mis aitaks kaasa asjakohasel tasemel ravi osutamisele. Samuti esinevad välditavad erinevused teenuseosutajate vahel (näiteks haiglaravi kestuse osas).
- Märkimisväärselt kõrgemad halduskulud Slovakkias (kus need on seadusega piiratud) ja Tšehhis näitavad, et mitme konkureeriva haigekassa süsteem Eestis tähendaks samuti vähem kulutusi tervishoiuteenustele ja rohkem kulutusi administreerimisele.
- Vastavate riikliku tervisepoliitika eesmärkide puudumine pärsib eri institutsioonide edusammude jälgimiseks ja hindamiseks tehtavaid pingutusi. See vähendab läbipaistvust ja aruandekohustust ning võib muuta tulemused kesiseks. Samuti vähendab läbipaistvust ja aruandekohustust see, kui patsientidel ei ole piisavalt teavet oma õiguste kohta või kui neile ei selgitata kvaliteedi ja kulutõhususe parandamiseks tehtavaid pingutusi.

4. Tervishoiu kulu- ja tuluprognosisid

Käesolevas peatükis vaadeldakse kõigepealt mitmesuguseid tegureid, mis tõenäoliselt mõjutavad tervisevaldkonna tulusid ja tulevaseid kulusid. Seejärel esitatakse tervisevaldkonna kulude ja tulude prognoosid, et teha kindlaks tulude ja kulude vahe ja hinnata eri tegurite suhtelist mõju eeldatavatele kuludele. Lõpetuseks võetakse kokku peamised järeldused.

Tulevasi tulusid ja kulusid mõjutavad tegurid

Tegurid, mida käesolevas peatükis uuritakse, on seotud demograafiliste muutustega, tööturuga, makromajanduslike näitajatega ning tervisesüsteemi ressursside jaotamise ja kasutamisega. Demograafilised, tööturu ja makromajanduslikud prognoosid põhinevad Eesti Statistikaameti, Eurostati ja rahandusministeeriumi andmetel.

Demograafilised tegurid

Sündimus ja keskmine eeldatav eluiga muudavad rahvastiku suurust ja struktuuri³⁰ mis omakorda põhjustavad muutusi ülalpeetavuse määrides ning tööelise elanikkonna ning laste ja eakate arvu suhtes.³¹ Kui räägitakse demograafiliste muutuste mõjust tervisesüsteemile, keskenduvad inimesed sageli rahvastiku vananemisele, mida tavaliselt seostatakse keskmise eeldatava eluea pikenedamisega, kuid rahvaarvule ja sündimusele pööratakse vähem tähelepanu. Väärib aga märkimist, et sündimus võib osutada võtmeteguriks, sest see võib mõjutada nii rahvaarvu kui ka rahvastiku vanuselist koostist.

Keskmine eeldatav eluiga peaks Eestis järgmise 20 aasta jooksul pikenema (tabel 16). Meeste ja naiste keskmise eeldatava eluea erinevus väheneb 11 aastalt 9 aastani, kuid ei ulatu rahvastiku tervise arengukavas (2009–2020) seatud eesmärkideni, mis on meeste puhul 76 ja naiste puhul 84 eluaastat 2020. aastaks. Vaatamata pikemale elueale väheneb rahvastik 2030. aastaks ligi 4%, seejuures naiste arv väheneb 6% ja meeste arv 1,5%. Rahvastik väheneb 2030. aastaks seetõttu, et ehkki sündimus³² mõnevõrra kasvab, jääb see alla taastetasemele.

Kõigis riikides peale kõige arenenumate riikide põhjustab rahvastiku vananemist mitte keskmise eeldatava eluea pikenedamine („ülalt alla vananemine“), vaid vähenev sündimus („alt üles vananemine“) (62, 63). Eesti ei ole erand. Praegu moodustavad 65-aastased ja vanemad umbes 17% elanikkonnast (tabel 16). Aastaks 2030 kasvab nende osatähtsus eeldatavalt umbes 22%-ni (17). Eakate osatähtsuse kasvades langeb tööeliste³³ inimeste osatähtsus 63%-le. Tööeliste inimeste arvu suhe eakate arvu (vanadussõltuvuse määr) väheneb 2030. aastaks praeguselt neljalt kolmele.

³⁰ Rahvastiku struktuuri all mõeldakse meeste ja naiste osatähtsust ning eri vanuserühmade osatähtsust.

³¹ Käesolevas aruandes käsitatakse eakatenä 65-aastasi ja vanemaid inimesi. Kuna tegu on juhusliku määratlusega, siis on valitud kõige lihtsam viis.

³² Naiste hüpoteetilise kohordi keskmine laste arv (laste arv naise kohta), mis neil võiks olla viljaka ea lõpuks, kui kogu nende elu jooksul kehtiks teatava perioodi sündimusnäitaja ning ei võeta arvesse suremust. Taastetase on 2,1 last naise kohta.

³³ Tööelise elanikkonna all mõeldakse tavaliselt 15-64-aastaseid.

Tabel 16. Demograafilised prognoosid, 2007–2030

	2007	2010	2015	2020	2025	2030
Kogurahvastik	1 341 672	1 339 659	1 337 642	1 330 544	1 313 613	1 290 962
Kogusündimus ^a	1,64	1,65	1,66	1,68	1,70	1,71
Keskmine eeldatav eluiga (mehed)	67,1	68,3	70,0	71,3	72,5	73,6
Keskmine eeldatav eluiga (naised)	78,7	79,3	80,3	81,2	82,0	82,8
% 0–14	14,9	15,2	16,5	17,1	16,3	14,9
% 15–64	68,0	67,9	65,9	64,1	63,3	63,2
% 65+	17,1	16,9	17,6	18,8	20,4	21,8
Vanadussõltuvuse määr ^b (%)	25,2	24,8	26,7	29,4	32,2	34,5
Ülalpeetavuse määr ^c (%)	47,0	47,2	51,7	56,0	58,0	58,1

Allikas: Statistikaamet (64).

^a Meie prognoosides kasutatud kogusündimuse baasmäär on kõrgem kui EUROPOP2008 määr (2008. aastal 1,55), kuid eeldasime sama kasvutempo püsivust kuni 2030. aastani. Statistikaameti uusimad rahvastikuprognoosid näitavad tegelikult, et kogusündimus kasvab 2030. aastaks 1,8 või isegi 1,9-ni.

^b 65-aastaste ja vanemate inimeste arvu suhe 15–64-aastastesse.

^c 0–14-aastaste ning 65-aastaste ja vanemate koguarvu suhe 15–64-aastastesse.

Üldiselt arvatakse, et elanikkonna vananemine ohustab tõsiselt kogu maailma tervisesüsteemide finantsstabiilsust. Mis puudutab tulusid, siis vastavalt Eesti prognoosidele peab vanem elanikkond tuginema väiksemale arvule tööelastele, kes tervishoiu eest maksavad. Kulude poolel eeldatakse, et tervishoiukulutused kasvavad, sest eakate tervishoiukulud on noorematega võrreldes suuremad ja kasvab ka nõudlus hooldusravi järele. Sellele seisukohale võib aga mitmel põhjusel vastu vaielda. Esiteks ei ole uuringud näidanud, et vananemine tervishoiukulusid oluliselt suurendaks. Selle teguri osatähtsus tervishoiukulude kasvus on tegelikult suurusjärgus 10%, samas kui tehnoloogilise innovatsiooni osatähtsus tervishoiukulude kogukasvus on 50–75% (65–71). Seega ei tohiks olla kahtlust, et tehnoloogilisel innovatsioonil on tervishoiukulude kasvus kaugelt suurem roll, mida käsitletakse allpool.

Teiseks oleneb ulatus, mil määral vananemine mõjutab riigi suutlikkust tervishoiuks piisavat tulu teenida, suurel määral riigi tervisesüsteemi tulubaasist. Riikides, kus tervisesüsteemi rahastamine tugineb eelkõige tööturule, on muutuva ülalpeetavuse määraga palju raskem toime tulla kui riikides, kus kasutatakse laiemat avaliku sektori tulubaasi.

Kolmandaks lähtuvad seisukohad vanuse ja tervishoiukulude suhte kohta eeldustest, mis ei pruugi olla tõesed. Näiteks arvavad paljud inimesed, et kalendrivanus on tervishoiukulude puhul otsustav tegur, kuid suur hulk teadusuuringuid kinnitab, et siin põhjuslikku suhet

ei ole (72, 73). Pigem määrab tervishoiukulud ära see, kui kaua inimesel on jäänud elada. Surma lähedus mitte ainult ei võimalda paremini prognoosida tervishoiukulusid kui vanus, vaid on ka oluline (ehkki mõnevõrra nõrgem) tegur hooldusravi ja sellega seotud kulude määramisel (74).

Peale selle eeldatakse, et keskmised vanusega seotud kulud püsivad aja jooksul samad. See ei pruugi aga olla tõsi, sest uuringute andmetel on pikaajaliste tervishoiukulud lühemaajalistega võrreldes madalamad (75). Et pikaajalisus tähendab hilisemat surma, väheneb suremise keskmine kulu; kui rohkem inimesi liigub ühest vanuserühmast järgmisesse, siis vähenevad ka asjaomase rühma keskmised kulud (71). Euroopa Komisjoni hiljutised prognoosid näitavad, et surma lähedust arvesse võttes vähenevad avaliku sektori tervishoiukulud Eestis 2030. aastal 0,2% SKPst võrreldes baasprognoosiga (3).

See, kas vanusega seotud kuluprofiilid jäävad samaks, oleneb terviseseisundi muutustest (71), mida on raskem ennustada. Mõnes riigis tehtud uuringud toetavad haigestumuse vähenemise hüpoteesi (76), mille kohaselt tulevikus inimesed mitte ainult ei ela kauem, vaid on ka kauem terved (nn tervislik vananemine). Teistes riikides näib olevat tõendeid vastupidise, s.o haigestumuse laienemise kohta. Hiljutises aruandes järeldatakse, et paljudes ELi riikides kulgevad lisaluaastad raskekujulisemate puueteta, mis võib tuleneda sellest, et tingimused, mis minevikus põhjustasid tõsiseid, põhjustavad nüüd ainult kergeid või keskmisi puudeid. Samal ajal on kergete puute ja krooniliste haiguste levimus kasvanud koos nn dünaamilise tasakaalu stsenaariumiga, mis seostab kasvava pikaajalisuse raske haigestumuse vähenemise ja kerge haigestumuse kasvuga (77).

Vananemise ja tervishoiukulude seostest võib teha järgmised järeldused. Esiteks on väga tõenäoline, et elanikkonna vananedes hooldusravikulud kasvavad, kuid kasvu suurus oleneb muu hulgas terviseseisundi muutustest ja väheneva sündimuse mõjust mitteametlike hooldajate kättesaadavusele. Vananemise mõju tervishoiukuludele on ebaselgem. Ka siin on kriitilise tähtsusega terviseseisundi muutused. Kõige tähtsamaks teguriks võib osutada see, kui kiiresti ja mis ulatuses poliitika kujundamisel vananemist arvesse võetakse, eriti arvestades, et eakate parem terviseseisund mitte ainult ei vähenda tervishoiu- ja hooldusravikulusid, vaid suurendab ka tervishoiuvaldkonna tulusid, sest see võimaldab eakatel kauem tööturul püsida.

Tööturutegurid

Eestis tuginetakse tervisesüsteemi rahastamisel esmajoones tööturule ning see mõjutab eelkõige (kuid mitte ainult) tulude poolt. Kõige ilmsema mõjuna oleneb see, kui suurt tervishoiuvaldkonna tulu tööjõuturg suudab toota, tööjõu muutustest, sh töötavate inimeste arvu ja tööturul osalemise määra, tööhõive ja töötuse muutustest. Kõrgem tööpuudus ei tähenda üksnes väiksemat tulu, vaid võib suurendada ka kulutusi, mõjutades nõudlust tervishoiu järele. Elanikkonna vananedes väheneb aga töötute ja lapsehoolduspuhkusel olevate inimeste osatähtsus elanikkonnas. Olulised tegurid on ka muutused füüsilisest isikust ettevõtjate arvus, mitteametliku majanduse suuruses, pensionieas ja tervishoiutöötajate arvus (seoses vananemise ja rändega).

Meie prognooside kohaselt kasvab tööturul osalemise määr kuni 2017. aastani ja hakkab seejärel langema (tabel 17). 2030. aastaks väheneb tegelik tööjõud rahvastiku vähenemise ja vananemise tõttu võrreldes 2007. aastaga 6%. Tööhõive väheneb järk-järgult ning töötavate inimeste arv langeb 2030. aastaks 9%. Töötus kasvab järsult kuni 2010. aastani ja langeb siis, kuid on 2030. aastal siiski suurem kui 2007. aastal.

Tabel 17. Tööturuprognosisid, 2007–2030

	2007	2010	2015	2020	2025	2030
Tööjõud (tuh)	687,4	696,7	687,1	673,2	658,1	643,0
Tööjõu kasv (%)	0,1	0,1	-0,5	-0,5	-0,4	-0,4
Tööjõu osalemise määr (%)	65,8	67,3	68,3	67,8	67,1	66,4
Töötavaid inimesi (tuh)	655,3	579,0	614,5	619,1	606,0	595,5
Tööhõive, 15–74 (%)	62,7	55,9	61,1	62,4	61,8	61,5
Tööhõive kasv (%)	1,4	-3,2	1,3	-0,4	-0,4	-0,3
Tööpuudus (%)	4,7	16,9	10,6	8,0	7,9	7,4

Allikas: Statistikaamet ja rahandusministeerium.

Makromajanduslikud tegurid

Makromajanduslikud tegurid, näiteks SKP muutused, võivad tervishoiuvaldkonna tulusid ja kulusid mõjutada. Riigi tervishoiukulud on tihedalt seotud tuludega: prognooside kohaselt kasvavad tervishoiukulud enam-vähem proportsionaalselt majanduskasvuga (78). Jätkuvalt vaieldakse aga selle üle, mil määral tervishoid on tavakaup (esmatarbekaup, mille tuluelastsus on ligilähedasel 1) ja mil määral luksuskaup (suurema tuluelastsusega, s.o kulutused kasvavad kiiremini kui tulud). Kui SKP langeb, kuid tervishoiukulud ei vähene, jääb vähem raha muudele asjadele kulutamiseks. Niivõrd kui vähenenud kulutamine muudes valdkondades mõjub halvasti terviseseisundile, võib see mõjutada tervishoiunõudlust.

Meie prognoosides oletatakse, et SKP reaalkasv on suurim 2014. aastal ning väheneb seejärel demograafiliste muutuste, tööhõivetendentside ja väheneva tööviljakuse koosmõjul (tabel 18). Viimastel aastatel on konkurents Soome, Rootsi ja teiste Euroopa tööturgudega ning kiire majanduskasv põhjustanud Eestis palgatõusu. Alates 2014. aastast määrab reaalpalga kasvu tööviljakuse kasv.

Tabel 18. Makromajanduslikud prognoosid, 2007–2030

	2007	2010	2015	2020	2025	2030
SKP jooksevhindades (mld kr)	238,9	201,1	268,7	362,2	471,2	600,6
SKP elaniku kohta	178 083	150 088	200 933	272 219	358 733	465 233
SKP nominaalkasv (%)	16,5	-4,4	7,3	5,5	5,3	4,8
SKP reaalkasv (%)	6,3	-2,0	4,2	3,0	2,8	2,5
SKP elaniku kohta kasv (%)	16,7	-4,3	7,4	5,7	5,6	5,2
Inflatsioon (SKP deflaator) (%)	9,6	-2,5	3,0	2,4	2,4	2,3
Palkade nominaalkasv (%)	20,5	-4,0	6,0	5,9	5,7	5,2
Palkade reaalkasv (%)	13,0	-4,2	2,9	3,4	3,2	2,8
Tööviljakuse kasv (%)	4,9	1,2	2,9	3,4	3,2	2,8
Inflatsioon (THI) (%)	6,6	0,2	3,0	2,4	2,4	2,3
Keskmine brutopalk (kr)	11 336	11 679	14 094	18 853	25 054	32 499

Allikas: Statistikaamet ja rahandusministeerium.

Tervisesüsteemi tegurid

Uued tehnoloogiad võivad kulusid vähendada, kui tulemuseks on suurem efektiivsus või tervise paranemine, mis vähendab vajadust edasise ja võib-olla kulukama ravi järele. Samas võivad uued tehnoloogiad ka kulusid suurendada, kui suureneb nende kasutamine, laieneb ravimeetodite ulatus ja kättesaadavus ning asendatakse odavamad tehnoloogiad (79) või laiendatakse kasutatavate tehnoloogiate kasutamist (80).

Tehnoloogia arengu ja teenuste kasutamise intensiivsuse seos viitab sellele, et poliitikakujundajad peavad hoolega pöörama tähelepanu tervisesüsteemis kasutusele tulevatele ja teenuseosutajate hangitavatele uutele tehnoloogiatele. Poliitikakujundajad peaksid arvesse võtma ka tervishoiuteenuste kasutamise seaduspärasid ja tagama, et patsiendid ja teenuseosutajad on motiveeritud ravi kasutama ja pakkuma kõige kulutõhusamal ja koordineeritud viisil, et vältida raiskavat ja isegi kahjulikku dubleerimist. Et üldise arusaama kohaselt oleneb suurem osa tervishoiukulusid mitte nõudlus-, vaid pakkumisteguritest (sh pakkumishinnast) (81), peaksid poliitikakujundajad hoolikalt tagama, et teenuseosutajad ei oleks huvitatud patsientidele ebavajaliku või ebatõhusa ravi määramisest.

Poliitikakujundajad peavad keskenduma haiguste ennetamisele ja krooniliste haiguste ohjamisele. Ressursijaotuse sidumine elanikkonna tervishoiuvajadustega peaks muutma investeeringud terviseliku vananemise edendamise tulemuslikumaks. Tõenäoliselt parandab see elukvaliteeti, säästab tulevasi tervishoiukulusid ja, nagu eespool märgitud, suurendab tervishoiusektori tulu (77). Kõik see rõhutab tervisesüsteemi rahastamise poliitika kesket osa finantsstabiilsuse tagamise toetamisel.

Ootused ja väärtushinnangud

WHO on tervisesüsteemi üheks oluliseks eesmärgiks seadnud parandada tervisesüsteemi võimet vastata elanikkonna mitte-meditsiinilistele ootustele (9). Kasvavaid ootusi koos elanikkonna vananemise ja tehnoloogia arenguga peetakse sageli tervishoiukulude suurenemise üheks peamiseks põhjuseks (82). Pole siiski mõõdetud, mil määral inimeste ootused mõjutavad tervishoiuks eraldatavaid ressursse – küllap põhjendatult, sest tegemist on keerukate küsimustega (82, 83). Eeldatakse, et inimesed ootavad hõlpsat ja õigeaegset juurdepääsu üha kvaliteetsematele tervishoiuteenustele. Kasvavad ootused tekitavad küsimuse, kas inimesed on valmis kvaliteetsema tervishoiu eest kas avaliku sektori kaudu või eraviisiliselt rohkem maksuma.

Valmisolek tervishoiu eest kollektiivselt (s.o maksude jm panuste kaudu) rohkem maksta on oleb mitmest tegurist, muu hulgas poliitilistest tõekspidamistest ja väärtushinnangutest ning arusaamast, kuidas avaliku sektori rahastatud tervisesüsteem praegu ja tulevikus toimib. Mõned inimesed soovivad paremat kvaliteeti, kuid arvestades, et see tähendaks kõrgemaid makse, võivad nad eelistada oma vajadusi rahuldada erasektoris. Teisisõnu võivad nad aktsepteerida kahekihilist tervisesüsteemi, kus avaliku sektori rahastatav tervishoid tagab kõigile mõistliku miinimumi ja võimaldab rikkamatel oma seaduslikku õigust erasektoris täiendada. Avaliku sektori rahastatava tervishoiu kvaliteet võib seejuures olla määrava tähtsusega. Kui inimesed leiavad, et kvaliteet on nii halb või halveneb tõenäoliselt niivõrd, et selle vastuvõetavale tasemele viimine nõuab pikka aega ja suuri lisainvesteeringuid, võivad nad otsustada, et avalikku süsteemi ei ole mõtet toetada, ja nõuda paremaid erasektori kaudse rahastamise võimalusi kas vabatahtliku ravikindlustuse või isiklike säästukontode näol.

On selge, et sissetuleku ja terviseseisundi erinevuste tõttu suudavad mõned inimesed tervishoiuteenuste eest eraviisiliselt rohkem maksta kui teised. Oma osa võib olla ka pakkumise poolel, näiteks eakad ja terviseprobleemidega inimesed ei pruugi eraravikindlustust saada, kui kindlustusandjatel on õigus avaldusi tagasi lükata ja keelduda kindlustamast inimesi, kel juba esineb tervisehäireid. Erasektori soovimatus katta kindlustusega ja rahastada teatavate elanikerühmade teenuseid – ja võib-olla teadlikkus finantskaitse vajadusest muutuvates majandustingimustes – võib suurendada valmisolekut tervishoiu eest ühiselt maksta.

Kulude poolel näib, et kasvavad ootused teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse suhtes tõenäoliselt suurendavad tervishoiukulusid, kuigi ka selle protsessi dünaamika ja tulemus võib olla keerukam, kui sageli arvatakse. Üldsuse arusaam tervisesüsteemi kvaliteedist on ilmselgelt tähtis, kuid sama tähtis võib olla ka hinna ja kvaliteedi suhte mõistmine. Näiteks kui inimesed mõistavad strateegilise ressursijaotuse võrdsuse ja efektiivsuse põhimõtteid (näiteks suurem kontroll haiglavoodite ja kompuutertomograafide arvu ja asukoha üle, eriarsti saatikirja nõue, vähemtõhusate või kallite ravimite väljajätmine hüvitiste paketest jne), võivad nad toetada valitsust vastupanus teiste huvirühmade (teenuseosutajad, erakindlustusseltsid, ravimitööstus, meditsiiniseadmete tootjad) survele teha tingimusteta

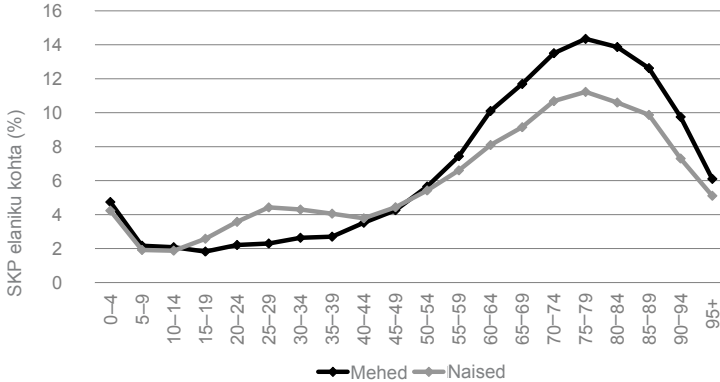
lisakulutusi valdkondades, kus need kulutused lisaväärtust ei loo, või vähendada avaliku sektori poolt pakutava tervishoiu ulatust, et anda võimalusi erasektoripoolsele rahastamisele. Avalik toetus tervishoius lisaväärtuse tõstmise meetmetele võib suurendada poliitilist taht keskenduda pakkumise poole küsimustele ja mitte valida kulude ohjamisel suhteliselt lihtsamat (ja ebatõhusamat) teed, s.o nõudlusstiimulite suuremat kasutamist.

Seetõttu peaksid poliitikakujundajad tervisesüsteemi toimimise parandamise võimalusena arvesse võtma inimeste kasvavaid ootusi teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse suhtes. Nad peaksid ka kasutama võimalust teavitada ja harida inimesi avalike ressursside tervishoidu investeerimisest saadavast kasust ning väärtusest, mis saavutatakse raiskamist vältides ja olemasolevaid ressursse tõhusamalt kasutades.

Kuluprognosisid

Tervishoiukulude prognoosimiseks 2030. aastani arvutasime ravijuhu keskmise maksumuse iga tervishoiuteenuse jaoks baasaastal (2007). Aastate 2008–2030 jaoks võtsime joonisel 30 näidatud vanuse ja soo tervishoiukulude profiilid ning korrutasime neid prognoositud rahvaarvu ja rahvastiku struktuuri, kulukoefitsientide ja ravijuhu keskmise maksumusega.

Joonis 30. Vanusega seotud tervishoiukulude profiilid, 2007



Allikas: Haigekassa ja TAI.

Kuluprognosisid lähtuvad neljast eri stsenaariumist³⁴ (joonis 31). Stsenaariumid erinevad üksteisest mitme tunnuse poolest, kuid põhinevad järgmistel ühistel eeldustel:

- terviseseisund muutuseta,
- vanuse ja soo kuluprofiilid muutuseta,
- rahvaarvu ja rahvastiku struktuuri muutused, nagu osutatud tabelis 16.

³⁴ Rahvastiku vananemise ja tööhõimuhukuse stsenaariumid vastavad Euroopa Komisjoni prognoosides (2009) kasutatud stsenaariumidele, kuid konverentsi stsenaarium ei vasta otseselt Euroopa Komisjoni samanimelisele stsenaariumile.

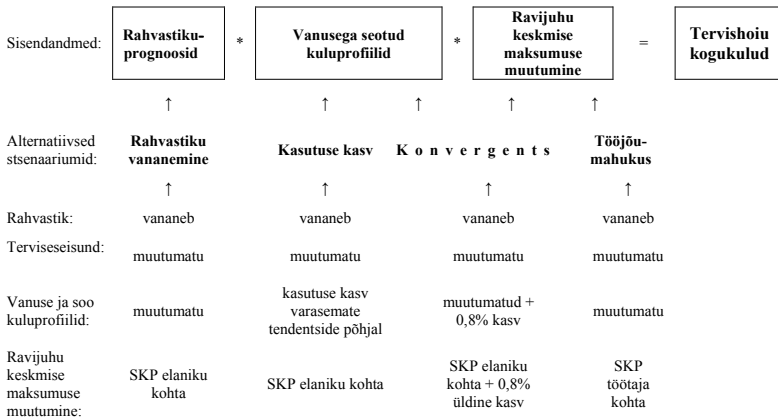
Baasstsenaarium ehk **rahvastiku vananemise stsenaarium** näitab rahvaarvu ja rahvastiku struktuuri muutuste mõju tervishoiukuludele. Selles eeldatakse, et ravijuhu keskmine maksumus muutub koos SKP kasvuga elaniku kohta (teisisõnu on tervishoiuteenuste hinnad optimaalsel tasemel ja tulevikus kulud inimese kohta suurenevad koos ühiskonna rikastumisega).

Tööjõumahukuse stsenaarium³⁵ peegeldab tervishoiusektori tööjõumahukust, eeldades, et ravijuhu keskmist maksumust mõjutavad tööviljakuse ja palkade muutus, mitte ainult SKP kasv.³⁶ Seega muutub ravijuhu keskmine maksumus koos SKP kasvuga töötaja kohta. Selles stsenaariumis oletatakse kaudselt, et pakkumine mõjutab tervishoiukulusid rohkem kui nõudlus.

Konvergensti stsenaariumis lähtutakse eeldusest, et tervishoiukulud kasvavad tehnoloogia arengu tõttu kiiremini kui SKP elaniku kohta, et tervishoiusektoris kasvavad palgad kiiremini kui muudes sektorites ja et parem elukvaliteet ning soov arenenumatele naaberriikidele järele jõuda suurendab ootusi ning et tehakse poliitilisi otsuseid (nt tervishoiusektori palkade ja hüvitiste kohta). Ravijuhu keskmine maksumus järgib SKP kasvu elaniku kohta, kuid püsib sellest näitajast 0,8% kõrgemal, et Eesti tervishoiukulud elaniku kohta läheneksid 2030. aastaks EL 15-le.³⁷ See stsenaarium eeldab ka tervishoiuteenuste kasutamise teatavat tõusu.

Kasutuse kasvu stsenaariumis eeldatakse, ravijuhu keskmine maksumus muutub koos SKP kasvuga elaniku kohta ja tervishoiuteenuste kasutamine kasvab/kahaneb viimase 5–10 aasta suundumusi järgides (tabel 19). Samuti eeldatakse, et mõnes valdkonnas esineb rahuldamata vajadusi (nt hooldusravi), et tervishoiuteenuseid kasutatakse tänu diagnoosi ja ravi tehnoloogilise innovatsiooni tõttu rohkem ning et üldine suund on kulutõhusamate teenuste poole, nt päevaravi või üldarstiabi.

Joonis 31. Prognoosimetoodika skeem



³⁵ Üks erinevus meie ja Euroopa Komisjoni prognooside vahel on see, et komisjoni tööjõumahukuse stsenaariumis eeldatakse kulude kiiremat kasvu kui rahvastiku vananemise stsenaariumis, sest SKP kasv töötaja kohta on tavaliselt kiirem kui SKP kasv elaniku kohta. Meie tulemused näitavad vastupidist, sest rahandusministeerium eeldab, et reaalpalk ja SKP langevad lähitulevikus majanduskriisi tõttu kiiremini kui SKP töötaja kohta ning kasvavad kaugemas tulevikus jälle kiiremini.

³⁶ Kui töötus väheneb, kasvab tööviljakus kiiremini kui SKP elaniku kohta.

³⁷ Eeldatakse, et tervishoiuteenuste praegune hinnatase ja -struktuur on optimaalsed, sest haiglale tasustamisel lähtutakse praegu tegelikest kuludest ning arstide palgad, mis on riigi keskmisest kaks korda kõrgemad, ei tohiks teiste palgade suhtes enam tõusta. Samas oletatakse, et edasine struktuurine kasv kehtib tehnoloogia arengu kohta (kuigi see ei kasva tulevikus nii kiiresti kui viimastel aastatel).

Tabel 19. Eeldused tervishoiuteenuste kasutamise kohta kasutuse kasvu stsenaariumis

Teenuse liik	Varasemad tendentsid	Tuleviku eeldused (aastane muutus inimese kohta, %)
Haiglaravi	Viimase 10 aasta juhud (absoluutarvu langus -0,6% aastas, kuid et rahvastik väheneb, on aastane langus elaniku kohta -0,1%). Keskmine haiglas viibimine: viimased 5 aastat.	Haiglaravijuhud: -0,1% Keskmine haiglas viibimine: -1,7%
Päevaravi	Piisavate andmete puudumise tõttu Eesti kohta kasutati sihtnäitajana Soome ja Taani praegust taset, s.o 5 päevaravijuhtu 100 elaniku kohta.	Päevaravijuhud: 1,1%
Ambulatoorne ravi	Eri- ja üldarstiabi vastuvõtud: viimased 5 aastat. Hambaarsti vastuvõtud: viimased 10 aastat.	Ambulatoorsed eriarstiabi vastuvõtud: 0,3% Üldarstiabi vastuvõtud (peamiselt õed): 2,4% Hambaarsti vastuvõtud: 0,1%
Tugiteenused	Laboratoorsed uuringud: viimased 15 aastat. Diagnostilised kujutised: viimased 10 aastat.	Laboratoorsed uuringud: 0,1% Diagnostilised kujutised: 2% ^a
Ravimid	Retseptid: alates 2003	Retseptid: 5% ^b
Hooldusravi	Ambulatoorsed hooldusravi vastuvõtud: alates 2003 (tegelik kasv 43,2% aastas 65-aastase või vanema inimese kohta; hooldusravi arengukava eesmärkide täitmiseks vajalik 4,5%). Statsionaarse hooldusravi juhud: alates 2003	Ambulatoorsed hooldusravi vastuvõtud; 4,5% statsionaarse hooldusravi juhud: 3,5%

Allikas: Haigekassa (13).

^a Tegelik kasutempo oli viimasel 10 aastal 3,8% aastas inimese kohta, seda peamiselt diagnostikaseadmete oluliselt suurema soetamise tõttu 2006. aasta lõpus (et vältida käibemaksutõusu 5%-lt 2006. aastal 18%-le 2007. aastal). Prognosideks valitud madalam määr 2% lähtub oletusest, et turg on nüüdseks küllastunud.

^b Tegelik kasvumäär alates 2003. aastast oli 6,7% aastas inimese kohta. Prognosideks valitud madalam määr 5% lähtub oletusest, et turg on mõnevõrra küllastunud ja edasine kasv ei ole nii suur.

Kõigis neljas stsenaariumis kasutatakse haigekassa 2008. aasta reaalsel ravijuhu keskmise maksumuse muutust, mis on kokku võetud tabelis 20 ja mida kohaldatakse tervishoiuteenuste suhtes olenemata maksjast, sest teised maksjad kasutavad sageli haigekassa hinnakirja; seetõttu eeldasime, et haigekassa hinnamuutused mõjutavad teiste maksjate hindu.

Tabel 20. Eldused ravijuhu keskmise maksumuse muutumise kohta

Aasta	Ravijuhu keskmise maksumuse muutumine	Kasutuse- / kuluprofiilid	Rahvastik
2007	Lähte aasta	Tegelikud andmed	Võrdlus
2008	Tegelik: haigekassa+valitsus; mudel: valitsus ^a + teised maksjad		Mudel
2009	Muutumatu (kuid omaosaluse vähenemine), vastavalt stsenaariumile	Muutumatu	
2010	Ravijuhu keskmise maksumuse vähenemine vastavalt stsenaariumile		
2011 2012	Muutumatu 2010. aasta hinnatasemel (v.a omaosalus), vastavalt haigekassa nelja aasta kulude planeerimise põhimõtetele		
2013	Muutumatu 2010. aasta hinnatasemel +1% (v.a omaosalus), vastavalt haigekassa nelja aasta kulude planeerimise põhimõtetele		
Alates 2014	Vastavalt stsenaariumile	Kasv vastavalt konvergentsi ja kasutuse kasvu stsenaariumile	

Allikas: Haigekassa (84).

^a Valitsemissektori kulude praegune prognoos sisaldab nii keskvalitsuse kui ka kohalike omavalitsuste kulutusi.

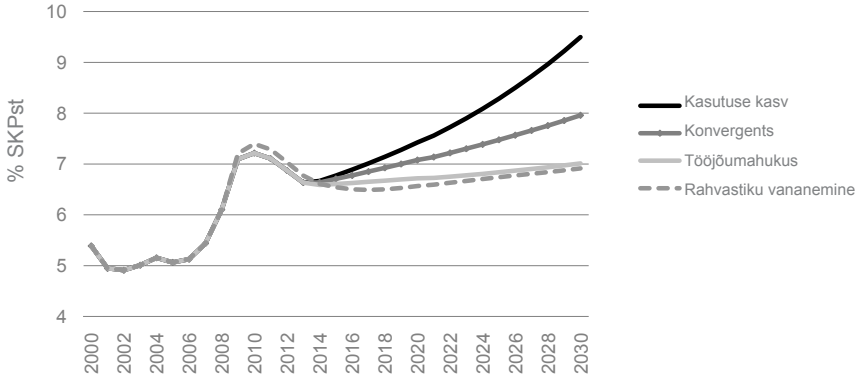
Tulemused stsenaariumide kaupa

2007. aastal olid tervishoiu kogukulud (ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta) 5,4% SKPst. Prognooside kohaselt on need 2030. aastal 1,5–4,1 protsendipunkti suuremad (6,9–9,5% SKPst) (joonis 32). Kui lisada ajutise töövõimetuse hüvitised³⁸, kasvavad kogukulud prognoosi kohaselt 2030. aastaks 7,5–10,1%-ni SKPst (joonis 33).

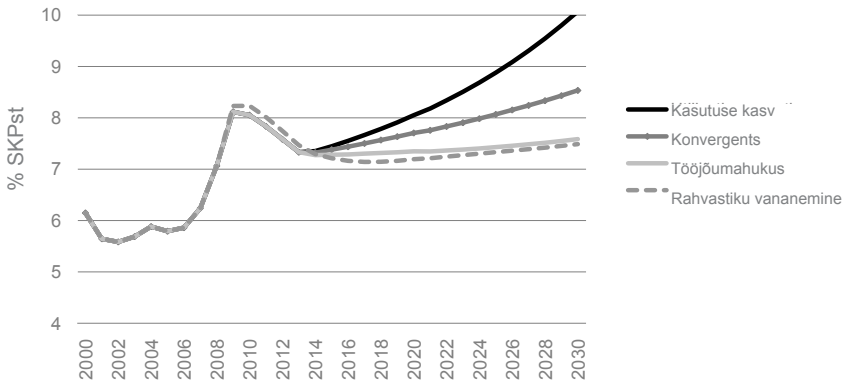
Rahvastiku vananemise ja tööjõumahukuse stsenaarium annavad tulemuseks väikseima kulude kasvu (vastavalt 7,0 ja 6,9% SKPst aastaks 2030). Kulude kasv on suurim kasutuse kasvu stsenaariumis (9,5% SKPst aastaks 2030). Seetõttu näitavad prognoosid, et vananemise mõju tulevastele tervishoiukuludele on palju väiksem kui tervishoiuteenuste kasutamise muutuste ja tehnoloogilise arengu mõju.

³⁸ Ajutise töövõimetuse hüvitisi ei võeta tervishoiu arvepidamissüsteemis arvesse, seega on tulemused esitatud koos nende hüvitistega ja ilma nendeta.

**Joonis 32. Tervishoiu kogukulud
(ilma ajutise tövõimetuse hüvitisteta), 2000–2030**

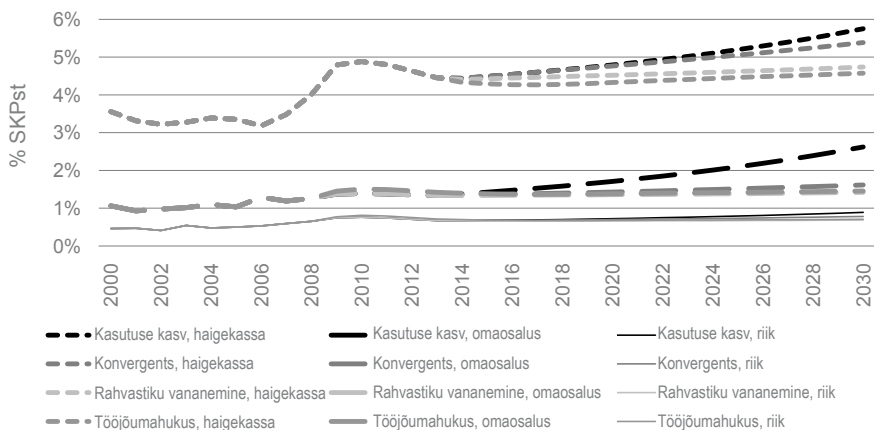


**Joonis 33. Tervishoiu kogukulud
(koos ajutise tövõimetuse hüvitistega), 2000–2030**



Kõigi stsenaariumide kohaselt on kulude kasv suurim haigekassa puhul (1,1–2,3 protsendipunkti suurem) ja leibkondade omaosaluse puhul (0,2–1,4 protsendipunkti suurem) (joonis 34 ja tabel 21). Leibkondade suuremate kulutuste mõju on aga eriti märgatav kasutuse kasvu stsenaariumis: leibkondade tervishoiukulude osatähtsus SKPs rohkem kui kahekordistub: 1,2%-lt 2,6%-le.

Joonis 34. Tervishoiukulud rahastamisallika kaupa, 2000–2030



Tabel 21. Tervishoiukulude muutuse prognoos, 2007–2030

Rahastamisallikad stsenaariumide kaupa	2007 (% SKPst)	2030 (% SKPst)	Kasv 2007–2030 (protsendipunkti SKPst)
Rahvastiku vananemine			
Haigekassa, ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta	3,5	4,7	1,2
Haigekassa, ajutise töövõimetuse hüvitistega	4,3	5,3	1,0
Valitsemissektor	0,6	0,7	0,1
Avalik sektor	4,2	5,5	1,3
Omaosalus	1,2	1,4	0,2
Kokku koos ajutise töövõimetuse hüvitistega	6,2	7,6	1,4
Kokku ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta	5,4	7,0	1,6
Tööjõumahukus			
Haigekassa, ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta	3,5	4,6	1,1
Haigekassa, ajutise töövõimetuse hüvitistega	4,3	5,2	0,9
Valitsemissektor	0,6	0,7	0,1
Avalik sektor	4,2	5,4	1,1
Omaosalus	1,2	1,5	0,3
Kokku koos ajutise töövõimetuse hüvitistega	6,2	7,5	1,3
Kokku ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta	5,4	6,9	1,5

Tabel 21. (jätkub)

Rahastamisallikad stsenaariumide kaupa	2007 (% SKPst)	2030 (% SKPst)	Kasv 2007–2030 (protsendipunkti SKPst)
Konvergens			
Haigekassa, ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta	3,5	5,4	1,9
Haigekassa, ajutise töövõimetuse hüvitistega	4,3	6,0	0,7
Valitsemissektor	0,6	0,8	0,2
Avalik sektor	4,2	6,2	1,0
Omaosalus	1,2	1,6	0,4
Kokku koos ajutise töövõimetuse hüvitistega	6,2	8,5	2,3
Kokku ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta	5,4	8,0	2,6
Kasutuse kasv			
Haigekassa, ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta	3,5	5,8	2,3
Haigekassa, ajutise töövõimetuse hüvitistega	4,3	6,3	2,0
Valitsemissektor	0,6	0,9	0,3
Avalik sektor	4,2	6,7	2,5
Omaosalus	1,2	2,6	1,4
Kokku koos ajutise töövõimetuse hüvitistega	6,2	10,1	3,9
Kokku ilma ajutise töövõimetuse hüvitisteta	5,4	9,5	4,1

Märkus: Avalik sektor sisaldab kapitalikuluseid, kuid mitte ajutise töövõimetuse hüvitisi.

Eri stsenaariumides erineb ka kulude struktuur (tabel 22). Haigekassa kulutab iga stsenaariumi puhul väiksema osa oma eelarvest haigla- ja ambulatoorsele ravile, kuid haiglaravi vähenemine on märgatav kasutuse kasvu stsenaariumis, kus kulutused ravimitele rohkem kui kahekordistuvad. Kõikides stsenaariumides kasvab haigekassa eelarvest päevaravile kulutatav osa mõõdukalt.

Valitsemissektori kulude struktuuri märgatavateks muutusteks on kiirabiteenuste kulutatud eelarveosa vähenemine kasutuse kasvu stsenaariumis ning hooldusravile, ravimitele ja meditsiinikaupadele tehtavate kulude oluline kasv (kulutused meditsiinikaupadele peaaegu kahekordistuvad). Ka leibkondade jaoks on muutused suurimad kasutuse kasvu stsenaariumi puhul: ravimikulud kasvavad 62%-lt 82,6%-ni leibkondade tervishoiukuludest (peamiselt retseptiravimite arvelt) ning hambaravikulud vähenevad. Hambaravikulude osatähtsuse vähenemine võib peegeldada eakate väiksemat nõudlust, kuid võib peegeldada ka rahuldamatat hambaravivajadust.

Tabel 23 võtab kokku kasutuse muutuste mitmekülgse mõju tervishoiu kogukuludele osatähtsuseks SKPst. Tabelist nähtub, et ravimite suurem kasutamine mõjutab kõigi maksjate, sh leibkondade tulevasti tervishoiukuluseid kõige rohkem. Samuti ilmneb, et haiglate kasutamise vähenemine peaaegu korvab kulutõhusamate teenuste, nt päevaravi, ambulatoorse ja hooldusravi kasutamise kasvu.

Tabel 22. Tervishoiukulude struktuuri muutused 2030. aastal rahastamisallikate kaupa

	Baas	Rahvastiku vananemine	Tööjõu-mahukus	Konvergens	Kasutuse kasv
	2007	2030	2030	2030	2030
Haigekassa					
Haiglaravi	40,6	39,0	39,0	39,0	23,6
Ambulatoorne ravi	27,9	25,4	25,4	25,4	24,8
Ravimid ja meditsiinikaubad	14,0	17,2	17,2	17,2	32,5
Tugiteenused	9,7	9,9	9,9	9,9	9,7
Päevaravi	3,1	3,3	3,3	3,3	3,3
Hooldusravi	2,3	2,6	2,6	2,6	4,0
Valitsemissektor					
Kiirabi	24,1	27,8	26,9	27,8	21,5
Hooldusravi	16,3	18,9	18,3	18,9	26,1
Ravimid ja meditsiinikaubad	12,6	12,5	12,9	12,5	22,2
Omaosalus					
Ravimid ja meditsiinikaubad	61,9	66,5	64,3	66,5	82,6
- retsept	37,1	42,8	39,8	42,8	53,1
- käsimütik	14,3	13,5	14,0	13,5	16,8
Hambaravi	19,1	15,9	17,0	15,9	8,8
Hooldusravi	2,1	2,2	2,3	2,2	1,8

Tabel 23. Kokkuvõtte kasutuse muutustest ja mõju tervishoiu kogukuludele

Teenuse liik	2007	2030	2030 (% SKPst) ^a	Muutus võrreldes rahvastiku vananemise stsenaariumiga* (protsendipunktid)
Haiglaravijuhud inimese kohta	0,179	0,176	} 6,50	} -0,50
Keskmine haiglas viibimise aeg (päevades)	6,7	4,6		
Päevaravijuhud 100 elaniku kohta	4	5	7,05	0,03
Ambulatoorsed eriarsti vastuvõttud inimese kohta	3,3	3,5	7,06	0,04
Üldarsti vastuvõttud inimese kohta	3,5	5,9	7,20	0,19
Hambaarsti vastuvõttud inimese kohta	1,49	1,52	7,02	0,01
Laboratoorsed uuringud inimese kohta	10,3	10,6	7,02	0,01
Diagnostilised kujutised inimese kohta	1,45	3,4	7,10	0,08
Retseptid inimese kohta	5	14,5	9,48	2,46
Hooldusravi haiglajuhud 65+	0,06	0,12	} 7,22	} 0,20
Keskmine hooldusravil viibimise aeg	28	28		
Ambulatoorse hooldusravi juhud 65+ (21 vastuvõttu juhu kohta)	0,08	0,20	7,04	0,02

Allikas: Haigekassa (13).

^a Vastava tervishoiuteenuste kasutamise kasvu mõju, kui kõigi teiste teenuste mõju on muutumatu.

Tuluprognosid

Käesolevas osas prognoositakse haigekassa sotsiaalmaksust saadavat tulu praegusest 2030. aastani. Maksude ja muude tervisesüsteemi rahastamismehhanismide kombinatsioon on leeb poliitilistest valikutest. Vajaduse korral võidakse teha muudatusi üleöö, nagu tehti 2009. aastal, mil tõsteti makse ja vähendati ajutise töövoimetuse hüvitusi. Seetõttu näitavad kõik tuluprognosid üksnes üldjoontes, mis võib juhtuda eeldusel, et praegust maksupoliitikat ei muudeta. Kõigepealt käsitletakse haigekassa sotsiaalmaksutulu³⁹ ja seejärel haigekassale keskvalitsuse poolt makstavat sotsiaalmaksu nende rühmade eest, kes ise maksu ei maksa.

Tööhõivel põhinev sotsiaalmaksutulu

Sotsiaalmaksust saadava tulu suuruse määrab ära tegelik maksumäär (mis deklareerimata palkade tõttu võib olla väiksem kui nominaalne 13%). Seda kohaldatakse kogu palgakulu suhtes, mis omakorda sõltub keskmisest palgast, tööhõive määrast ja tööealise elanikkonna suuruselt (valem 1). Töötajatelt makstava sotsiaalmaksu tulu baasaastal (2013) korrutatakse rahandusministeeriumi prognooside kohase reaalpalga, tarbijahindade ja tööhõive kasvutempoga.⁴⁰

³⁹ Kõik viited sotsiaalmaksule tähendavad üksnes sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, kui ei ole märgitud teisiti.

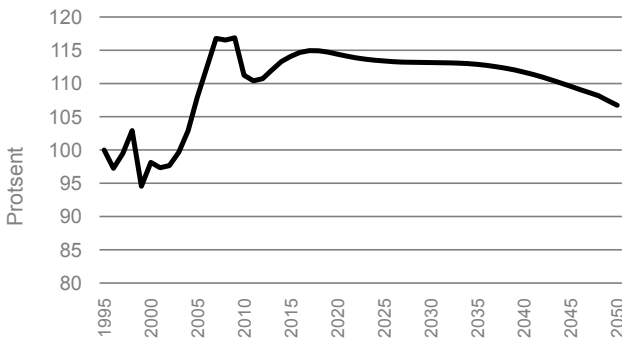
⁴⁰ $Tulu_{v,t} = Tulu_v \times (1 + \text{reaalpalga kasv}_{v,t}) \times (1 + \text{tarbijahindade kasv}_{v,t}) \times (1 + \text{tööhõive kasv}_{v,t})$

Valem 1

$$\text{Tulu} = \underbrace{\frac{\text{Ravikindlustusmaksed}}{\text{Kogu palgakulu}}}_{\text{Tegelik maksumäär}} \times \underbrace{\frac{\text{Kogu palgakulu}}{\text{Tööhõive}}}_{\text{Keskmine palk}} \times \underbrace{\frac{\text{Tööhõive (15-69-aastased)}}{\text{Elanikkond (15-69-aastased)}}}_{\text{Tööhõive määr}} \times \underbrace{\frac{\text{Elanikkond (15-69-aastased)}}{\text{Elanikkond}}}_{\text{Rahvastiku struktuur}} \times \text{Elanikkond}$$

Vahemikus 2013–2030 püsib töötajatelt makstav sotsiaalmaksutulu SKP suhtes muutumatuna (umbes 4,7–4,8%).⁴¹ Samal ajal väheneb sotsiaalmaksutulu elaniku kohta osana keskmisest brutopalgast. 2050. aastaks väheneb see näitaja veelgi, langedes 2005. aasta tasemele (joonis 35). Teisisõnu toob tööhõive vähenemine praegusest 2050. aastani kaasa töötajatelt makstava väiksema sotsiaalmaksutulu elaniku kohta võrreldes keskmise palgaga. Seetõttu ei saa sotsiaalmaksutulust rahastatavad keskmised tervisekulutused elaniku kohta üldise tööhõive languse olukorras kasvada kiiremini kui keskmine palk.

Joonis 35. Sotsiaalmaksutulu (elaniku kohta) pikaajaline muutumine (1995 = 100)



Allikas: Statistikaamet, rahandusministeerium ja haigekassa.

Keskvalitsuse makstud sotsiaalmaks

Keskvalitsuse või töötukassa (edaspidi ühiselt „keskvalitsus“) makstud sotsiaalmaks moodustab kogu sotsiaalmaksutulust 1–2%. Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa puhul on see osatähtsus veidi suurem, sest teatavate ühiskonnarühmade eest makstakse ainult ravikindlustuse osa.

See osatähtsus peaks suurenema, arvestades sotsiaalmaksu miinimummäära tõusu keskmise palga suhtes. Sotsiaalmaksu miinimummäära tõsteti umbes 10%-lt keskmisest palgast 2005. aastal 23%-le 2008. aastal ning eeldatavasti ulatub see 2009. aastal 39%-ni.⁴² Pikas perspektiivis jääb see tõenäoliselt umbes 33% juurde, kui lähtuda miinimumpalga kujunemisest viimasel

⁴¹ See tuleneb asjaolust, et tööealise elanikkonna vähenemine ja tööhõive määr mõjutab SKPd ja sotsiaalmaksutulu sarnasel määral seni, kuni tegelik maksumäär ei muutu ning tööviljakus ja palgad kasvavad samas tempos.

⁴² Alates 2009. aastast ei tohi see olla väiksem kui eelmise aasta miinimumpalk.

kümnel aastal. Rahandusministeeriumi prognoosi kohaselt kasvab keskvalitsuse osa sotsiaalmaksutulus 2009. aastal 3%-ni, kuid võib tööhõive languse tõttu osutada suuremaks (kuni 3,5%).

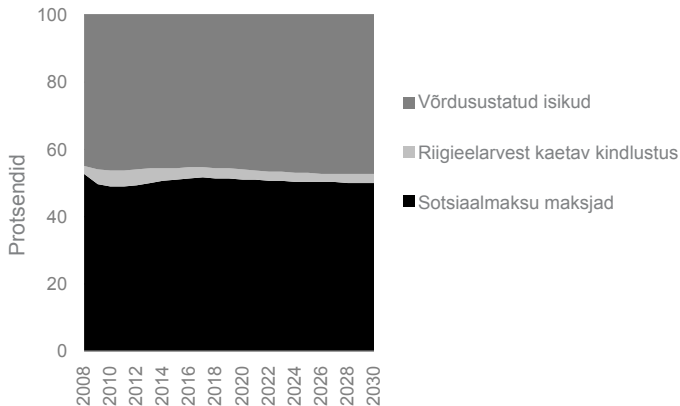
Valem 2

$$\text{Tulu} = \underbrace{\frac{\text{Ravikindlustusmaksed}}{\text{Tulubaas}}}_{\text{Tegelik maksumäär}} \times \underbrace{\frac{\text{Tulubaas}}{\text{Kindlustatud rühm}}}_{\text{Keskmine maksubaas}} \times \underbrace{\frac{\text{Kindlustatud rühm}}{\text{Elanikkond}}}_{\text{Kindlustatud rühma osatähtsus rahvastikus}} \times \text{Elanikkond}$$

Kui eeldame, et pikas perspektiivis kasvavad sotsiaalmaksu miinimummäär ja töötuskindlustushüvitis samas tempos kui keskmine palk⁴³ ning maksumäär püsib muutumatu, siis olenevad keskvalitsuse makstava maksu reaalväärtuse muutused üksnes sellest, kui suure osa rahvastiku eest keskvalitsus maksu maksab. Peamiselt maksab riik lapsehoolduspuhkusel olevate inimeste ja töötute eest (tabel 7).

Rahvastiku struktuuri muutuste tõttu kasvab maksu mittemaksvate kindlustatute osatähtsus 45%-st 2008. aastal 47%-ni 2030. aastal ja 51%-ni 2050. aastal. Pikas perspektiivis on aga selle osatähtsuse kasvu mõju väike, sest meie baasprognoosis eeldatakse, et sündimus kasvab veidi ja tööhõive taastub 2006.–2007. aasta tasemele.

Joonis 36. Haigekassa kindlustatute struktuur, 2008–2030

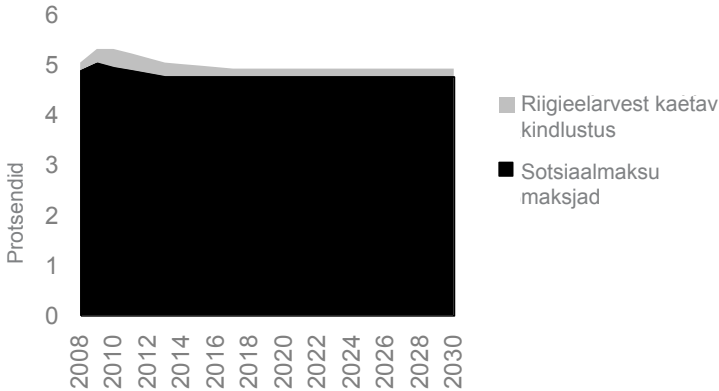


Allikas: Statistikaamet ja haigekassa.

⁴³ See tähendab, et miinimumpalga suhe keskmisesse palka püsib muutumatu. Nii on see minevikus enam-vähem olnud.

Lähitulevikus kasvab töötajatelt ja keskvalitsuse poolt makstava sotsiaalmaksu tulu protsendina SKPst. Osaliselt on see nii seetõttu, et SKP väheneb kiiremini kui sotsiaalmaksutulu, ja osaliselt seetõttu, et töötute ja lapsehoolduspuhkusel olevate inimeste eest makstav summa kasvab (sest suureneb nende inimeste arv ja maksu minimaalne põhisumma). Vastavalt rahandusministeeriumi uusimatele prognoosidele jääb sotsiaalmaksutulu protsendina SKPst aga pikas perspektiivis muutumatuks (umbes 4,8%) (joonis 37).

Joonis 37. Sotsiaalmaksutulu liikide kaupa, 2008–2030



Märkus: Arvesse on võetud nii tööandjate kui ka füüsilisest isikust ettevõtjate makstavat maksu.

Mõju haigekassa tuludele

Haigekassa tulevased tulud olenevad peamiselt tööhõivet ja palku puudutavatest eeldustest. Lähiajal haigekassa tulud vähenevad võrreldes 2008. aasta kõrgeima tasemega, kuid tõusevad sellele tasemele uuesti 2014.–2015. aastaks ning kasvavad pärast seda tänu palgatõusule pidevalt. Haigekassa võis 2008. aastal tervishoiule ja ajutise töövõimetuse hüvitistele kulutada umbes 9300 krooni elaniku kohta. Ajavahemikul 2001–2008 kasvas haigekassa nominaaltulu 2,8 korda, mis on kaks korda rohkem kui tarbijahindade kasv ja 1,2 korda rohkem kui keskmise palga kasv. Lähiajal väheneb haigekassa nominaaltulu ja hindadega korrigeeritud tulu 2010. aastaks kuni 15%.⁴⁴ Seega võivad tervishoiuteenuste hinnad määrata tulude vähenemise mõju praeguse majanduskriisi ajal osutatavate tervishoiuteenuste mahule (s.t kui hinnad langevad, võib teenuste mahu säilitada praegusel tasemel). Pikas perspektiivis oodatakse, et haigekassa tulud kasvavad umbes 1,5 korda kiiremini kui tarbijahinnad, kuid samas tempos keskmise palgaga (eeldades, et tööhõive määr oluliselt ei muutu).

⁴⁴ Palgaga korrigeeritud vähenemine on väiksem (6%), sest eeldatakse, et vähenevad ka keskmised palgad.

Piirangud ja tundlikkusanalüüs

Prognosisid ei ole tuleviku ennustused. Prognoose mõjutavad väga suurel määral nende aluseks olevad eeldused ning prognosides on palju ebakindlust. Praegused majanduslikud muutused, samuti prognoosiperioodi pikkus, suurendavad ebakindlust veelgi. Seetõttu piirduvad prognosisid 20 aastaga.⁴⁵ Põhieeldus on, et ravijuhu keskmine maksumus langeb pisut praeguses majanduskriisis ja hakkab tõusma alles 2014. aastal, pärast seda aga kasvavad kulud pidevalt kuni aastani 2030. On aga võimalik, et ravijuhu keskmine maksumus hakkab tegelikult varem tõusma.

Prognooside tegemisel ei ole arvesse võetud muutusi terviseseisundis ega vanusega seotud kuluprofilides, mis võivad aga tulevase kulud oluliselt mõjutada. Näiteks näitab Euroopa Komisjoni prognosides kasutatud nn muutumatu tervise stsenaarium, milles oletati haigestumuse mõõdukat vähenemist, et tervislik vananemine võib kulude kasvutempot vähendada (3). Praegustes prognosides ei ole arvesse võetud ka sisse- ja väljarännet, mis võib mõjutada rahvaarvu ja rahvastiku struktuuri, tööjõu suurust, palkasid ning tervishoiuteenuste pakkumist ja kasutamist. Et Eestis kasutavad eakad tervishoiuteenuseid vähem ja odavamalt kui rikkamates riikides, võivad praegused prognosisid alahinnata tulevikukulud juhul, kui kõrgem elatustase ja kõrgemad ootused suurendavad eakate tervishoiuteenuste kasutamist ja tehtavaid kulutusi.

Neid võimalikke piiranguid arvesse võttes muudeti teatavaid prognoside aluseks võetud eeldusi, et kontrollida tulemuste paikapidavust. Tabelis 24 võetakse kokku tundlikkusanalüüsi tulemused, tuues peamised erinevused välja poolpaksus kirjas.

- Kui oletada, et kogusündimus jääb praegusest 2030. aastani muutumatuks, väheneb rahvaarv pisut rohkem, kuid see mõjutab tervishoiukulusid väga vähe. Kui oletada, et keskmine eeldatav eluiga ei pikene, siis vähenevad rahvaarv, ülalpeetavuse määrad ja töötus ning avaldub ka teatav mõju tervishoiukuludele.
- Kui oletada, et tööhõive püsib 2010. aasta tasemel, siis väheneb SKP ning kasvab tervishoiukulutuste osatähtsus SKPst. Sellel eeldusel on tulel veelgi tugevam negatiivne mõju, sest tervishoiusektor tugineb suurel määral tööturule.
- Kui oletada, et ravijuhu keskmine maksumus püsib kogu 2010. aasta jooksul 2008. aasta tasemel, kuid hakkab taas tõusma 2011. aastal (ja mitte 2014. aastal, nagu eeldati neljas põhistsenaariumis), siis kasvaksid tervishoiukulud 2030. aastaks 8%-ni SKPst (1 protsendipunkti võrra rohkem kui rahvastiku vananemise stsenaariumis). Seega on tervishoiuhindade osas lähikuudel ja -aastatel tehtavatel otsustel ilmselt määrav mõju tulevastele kuludele.

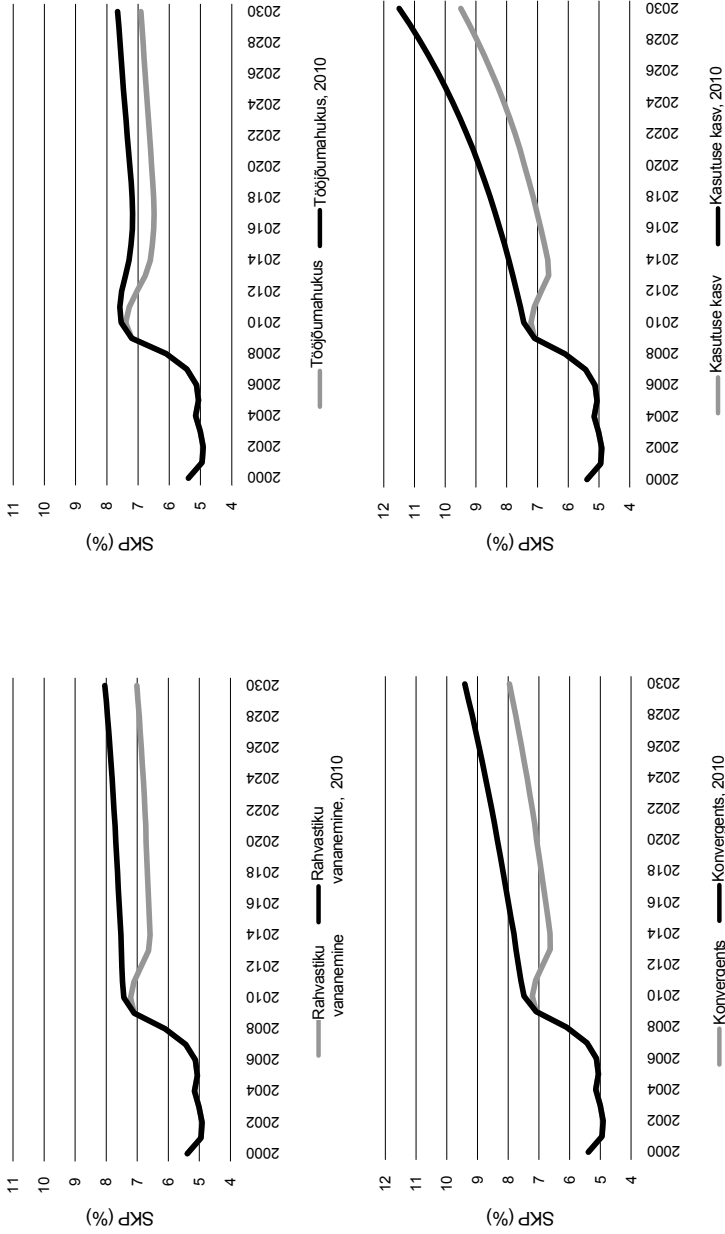
Kui kasutasime neid teistsuguseid eeldusi ülejäänud stsenaariumide puhul, ilmnes, et mõju on suurim kasutuse kasvu stsenaariumis (joonis 38). Samu stsenaariume kasutati ka sotsiaalmaksutulu ja sellest tuleneva haigekassa tulude ja kulude vahe suhtes. Tulemused on esitatud alljärgnevas.

⁴⁵ Vastupidiselt uusimatele ELi prognosidele, mis hõlmavad järgmist 50 aastat.

Tabel 24. Tundlikkusanalüüsi kokkuvõte, 2030

	Rahvastiku vananemise stsenaarium	Muutumatu kogusündimus	Muutumatu keskmine eeldatav eluiga	Muutumatu tööhõive	Ravijuhu keskmise maksumuse varasem kasv
Kogurahvastik	1 290 962	1 288 990	1 258 290	1 290 962	1 290 962
Kogusündimus	1,71	1,66	1,71	1,71	1,71
Keskmine eeldatav eluiga, mehed	73,6	73,6	68,6	73,6	73,6
Keskmine eeldatav eluiga, naised	82,8	82,8	79,2	82,8	82,8
0–14-aastaste osatähtsus	14,9%	14,8%	15,2%	14,9%	14,9%
15–64-aastaste osatähtsus	63,2%	63,4%	64,3%	63,2%	63,2%
65-aastaste ja vanemate osatähtsus	21,8%	21,9%	20,5%	21,8%	21,8%
Vanadussõltuvuse määr	34,5%	34,5%	31,9%	34,5%	34,5%
Ülalpeetavuse määr	58,1%	57,8%	55,6%	58,1%	58,1%
Töötavaid inimesi (tuh)	595,5	595,8	586,4	541,5	595,5
Tööjõu osalemise määr (%)	66,4%	66,4%	66,7%	64,7%	66,4%
Tööhõive määr	61,5%	61,5%	61,5%	55,9%	61,5%
Tööpuuduse määr	7,4%	7,4%	7,8%	13,5%	7,4%
SKP jooksev-hindades (mld kr)	600,6	600,9	591,4	546,5	600,6
SKP elaniku kohta	465 233	466 196	470 013	423 344	465 233
Tervishoiu kogukulud (mln kr)	42 109	42 202	40 791	39 687	48 297
Ajutise töövõimetuse hüvitised (mln kr)	3 463	3 463	3 426	3 091	3 463
Tervishoiu kogukulud %-na SKPst	7,01%	7,02%	6,90%	7,26%	8,04%
Tervishoiu kogukulud koos ajutise töövõimetuse hüvitistega, %-na SKPst	7,59%	7,60%	7,48%	7,83%	8,62%

Joonis 38. Korrigeerimine ravijuhu keskmise maksumuse varasema kasvuga (alates 2010), kõik stsenaariumid



Märkus: „2010” stsenaariumide juures tähendab eeldust, et kulud hakkavad kasvama mitte 2014., vaid 2010. aastal (vt tundiikkusanalüüsi käsitlevat peatükki).

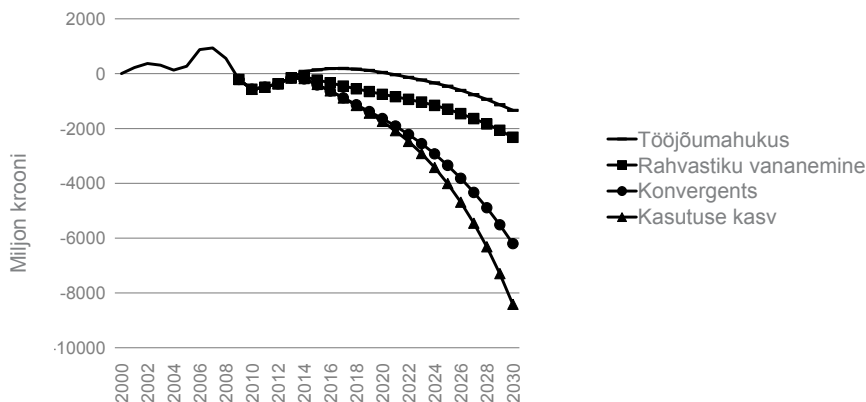
Tulude ja kulude vahe

Prognooside kohaselt võib haigekassa tulude ja kulude iga-aastane vahe ulatuda 2010. aastaks umbes 600 miljoni kroonini ja 2030. aastaks isegi 8 miljardi kroonini (joonis 39). SKP osatähtsusest on haigekassa tulude ja kulude vahe 2030. aastal 0,2–1,5% SKPst (joonis 40). Kui ravijuhu keskmisel maksumusel lastakse 2010. aastal tõusta, ulatub tulude ja kulude vahe kuni 2,5% SKPst. Rahvastiku vananemise stsenaariumi korral on oodatav tulude ja kulude vahe vähemalt 0,4% SKPst.⁴⁶

Suured erinevused prognoositavas tulude ja kulude vahes peegeldavad eri eeldusi. Prognoosid on eriti tundlikud kulude arengut puudutavatele eeldustele. Tulude tase oleneb ilmselgelt tööhõive ja palkade arengust, kuid kulude (nii tervishoiuteenuste hindade kui ka teenuste endi) osas on ebakindlus suurem.

Demograafilisi arenguid ja tööturгу puudutavate eelduste mõju prognoositavale tulude ja kulude vahele on keskmises perspektiivis mõõdukas, võrreldes hindu ja teenuste kasutamist puudutavate eeldustega (joonis 41). Rahvastiku vananemise stsenaariumi kohaselt on prognoositav tulude ja kulude vahe 2030. aastaks 0,39% SKPst, kuid kui keskmine eeldatav eluiga ei pikene, on mõju tervishoiusektorile väiksem ja iga-aastane puudujääk on 0,27% SKPst. Isegi kui tööhõive püsib 2010. aasta tasemel, on tulude ja kulude vahe suurem (umbes 0,46% SKPst), kuid mitte nii suur, kui see oleks juhul, kui kulud hakkavad kasvama 2010. aastal.

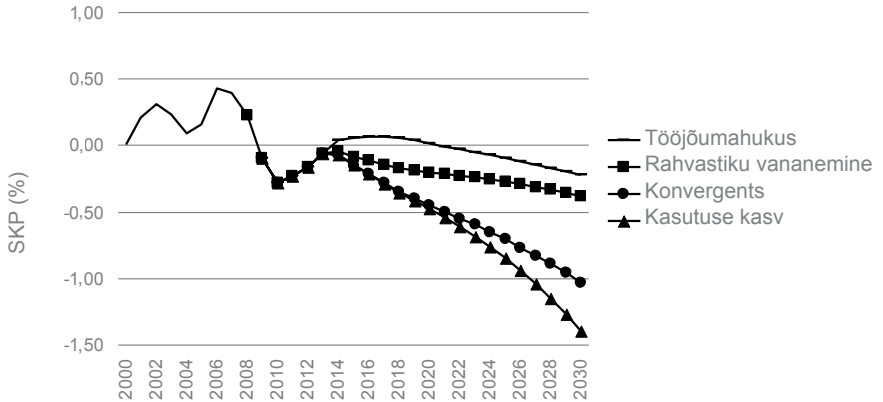
Joonis 39. Haigekassa tulude ja kulude vahe prognoos (mln krooni), 2000–2030



Allikas: Statistikaamet, rahandusministeerium ja haigekassa.

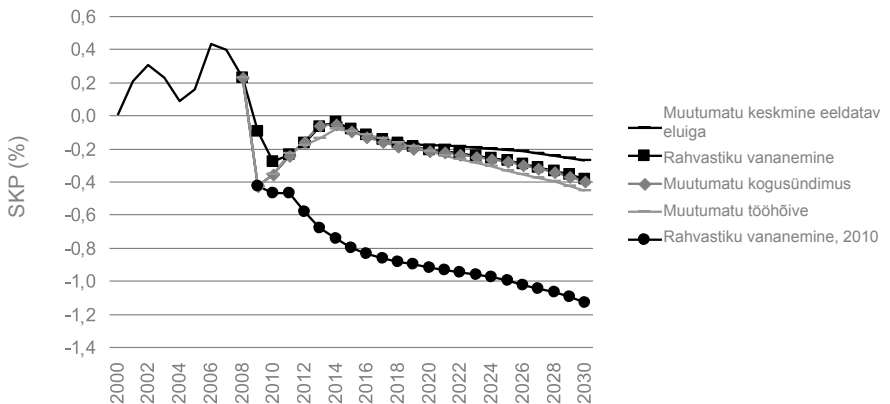
⁴⁶ Vastavalt 2009.–2013. aasta kuludele, lähtudes haigekassa prognoosidest.

Joonis 40. Haigekassa tulude ja kulude vahe prognoos, 2000–2030



Allikas: Statistikaamet, rahandusministeerium ja haigekassa.

Joonis 41. Haigekassa tulude ja kulude vahe prognoos, rahvastiku vananemise stsenaarium

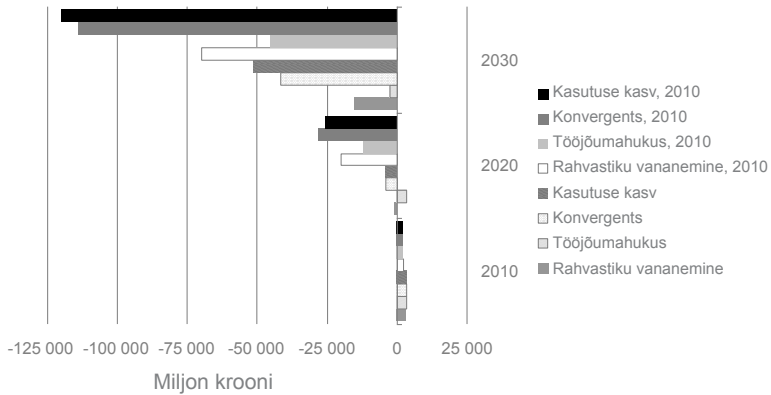


Allikas: Statistikaamet, rahandusministeerium ja haigekassa.

Märkus: „2010” stsenaariumide juures tähendab eeldust, et kulud hakkavad kasvama mitte 2014., vaid 2010. aastal.

Iga-aastane puudujääk ammendab haigekassa reservid. 2010. aastal ulatuvad reservid 2–3 miljardi kroonini, kuid aastal 2020. aastal ulatub kumulatiivne kahjum 28 miljardi ja 2030. aastal 120 miljardi kroonini (joonis 42). SKP osatähtsusena on kumulatiivne puudujääk 2030. aastal 0,45–20%, peegeldades kuluprognoside ebakindlust (joonis 43). Kriitiliseks teguriks on tervishoiuteenuste oletatavad hinnad ja küsimus, kas tervishoiukulud hakkavad kasvama 2010. aastal või alles pärast 2014. aastat. Esimesel juhul (rahvastiku vananemine, 2010) ammendab haigekassa oma reservid 2012. aastaks, teisel juhul 2019. aastaks.

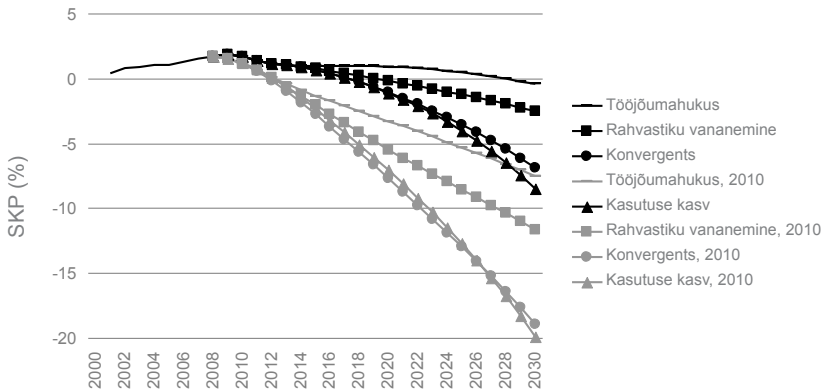
Joonis 42. Haigekassa reservide prognoos, valitud aastad



Allikas: Statistikaamet, rahandusministeerium ja haigekassa.

Märkus: „2010” stsenaariumide juures tähendab eeldust, et kulud hakkavad kasvama mitte 2014., vaid 2010. aastal.

Joonis 43. Haigekassa reservide prognoos, 2008–2030

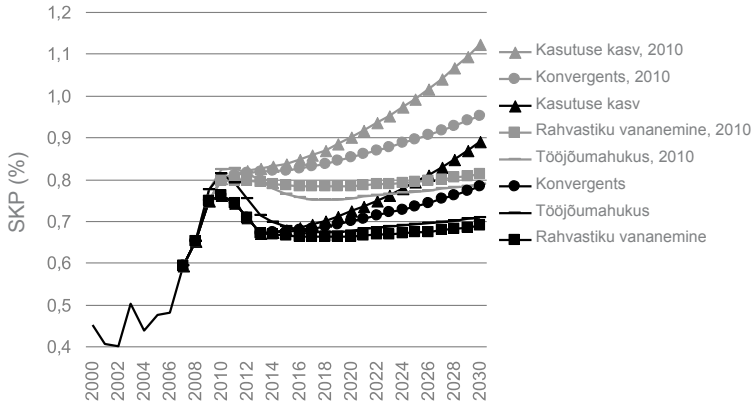


Allikas: Statistikaamet, rahandusministeerium ja haigekassa.

Märkus: „2010” stsenaariumide juures tähendab eeldust, et kulud hakkavad kasvama mitte 2014., vaid 2010. aastal.

Sama ebakindlad on valitsemissektori tervishoiukulude prognoosid, mille kohaselt need kulud on 2030. aastal olenevalt aluseks võetud eeldustest 0,7–1,1% SKPst (joonis 44). Seega võib tervishoiu avalikest allikatest rahastamise puudujääk 2030. aastal konservatiivsete eelduste korral olla 0,3–1,7% SKPst või, kui tervishoiuhinnad hakkavad uuesti tõusma mitte 2014., vaid 2010. aastal, ja kulude areng järgib varasemaid kasutustendentse, siis 1–3% SKPst (tabel 25).

Joonis 44. Valitsemissektori tervishoiukulude prognoos, 2008-2030



Allikas: Statistikaamet, rahandusministeerium ja haigekassa.

Märkus: „2010” stsenaariumide juures tähendab eeldust, et kulud hakkavad kasvama mitte 2014., vaid 2010. aastal.

Tabel 25. Avaliku sektori tulude ja kulude vahe kokkuvõte, 2030

	Haigekassa kulud	Haigekassa tulud	Haigekassa tulude ja kulude vahe aastas	Valitsemis-sektori kulude kasv, 2007–2030	Avaliku sektori tulude ja kulude vahe kokku
Baasstsenaariumid					
Rahvastiku vananemine	5,3	4,9	0,4	0,1	0,5
Tööjõumahukus	5,2	4,9	0,2	0,1	(vähim) 0,3
Konvergens	6,0	4,9	1,0	0,2	1,2
Kasutuse kasv	6,3	4,9	1,4	0,3	1,7
Kulutundlikkus					
Rahvastiku vananemine, 2010	6,1	4,9	1,1	0,2	1,3
Tööjõumahukus, 2010	5,7	4,9	0,8	0,2	1,0
Konvergens, 2010	7,0	4,9	2,1	0,4	2,5
Kasutuse kasv, 2010	7,4	4,9	2,5	0,5	(suurim) 3,0
Tundlikkus demograafilistele ja tööturuteguritele (rahvastiku vananemine + ...)					
+ Muutumatu kogusündimus	5,3	4,9	0,4	0,1	0,5
+ Muutumatu keskmine eeldatav eluiga	5,2	5,0	0,3	0,1	0,4
+ Muutumatu tööhõive	5,5	5,0	0,5	0,1	0,6

Peamiste järelduste kokkuvõte

Käesolevas peatükis käsitleti mitmesuguseid demograafilisi, makromajanduslikke, tööturu ja tervisesüsteemiga seotud tegureid, mis tõenäoliselt mõjutavad tervishoiukulude ja tervishoiusektori tulude taset tulevikus. Prognoosisime nende tegurite mõju tervisesektori tuludele ning haigekassa, valitsuse ja leibkondade tervishoiukuludele järgmisel 20 aastal. Samuti hindasime avaliku sektori tulude ja kulude võimalikku vahet nüüdsest kuni 2030. aastani.

Prognoosid ja nendega kaasnev tundlikkusanalüüs näitavad selgelt järgmist:

- Tervishoiukulud kasvavad; küsimus on selles, kui palju?
- Tervisesüsteemi tegurid (tehnoloogia areng ja muutused tervishoiuteenuste kasutamises) mõjutavad tulevasi tervishoiukulusid palju rohkem kui demograafilised tegurid (joonis 32).

- Kui tervishoiuteenuste kasutamine jätkub praegusel viisil ja suureneb samas tempos kui viimase 5–10 aasta jooksul, on mõju avaliku sektori kulutustele suur. Lisaks sellele omaosaluse osatähtsus SKPst aastaks 2030 rohkem kui kahekordistub (joonis 34), eeskätt suurema retseptiravimite tarbimise tõttu, mis mõjutab märkimisväärselt inimeste finantskaitset ja rahastamise õiglust.
- Tööhõive vähenemise tõttu püsib haigekassa tulu SKP suhtes muutumatu. Rahvastiku vananemine tähendab, et haigekassa kindlustatute hulgas sotsiaalmaksu maksjate osatähtsus mittemaksjate suhtes väheneb ning isegi keskmise palga tõusmise korral ei kasva tulud piisavalt, et katta 2030. aastal tervishoiukulusid ka kõige konservatiivsema prognoosi kohaselt (joonis 1). Seega on tõenäoline, et haigekassa tuludesse ja kuludesse tekib märkimisväärne vahe.
- Tulude ja kulude vahe on eriti tundlik kulude arengut puudutavatele eeldustele. Ravijuhu keskmine maksumus on viimasel kahel aastal finantskriisi tingimustes veidi vähenenud. Kui see hakkab uuesti tõusma enne 2014. aastat, võib tulude ja kulude vahe olla isegi suurem kui prognoositud. Haigekassa reservid võivad ammenduda juba 2012. või 2013. aastal.
- Tervishoiu avalike allikate (haigekassa ja valitsuse) tulude ja kulude vahe 2030. aastal võib olla 0,3–3,0% SKPst olenevalt sellest, millal ja kui kiiresti hakkavad tervishoiuhinnad tõusma ning kas muutused tervishoiuteenuste kasutamises järgivad viimase 5–10 aasta suundumusi (tabel 25).

5. Huvirühmade arvamused

Käesolevas peatükis tehakse kokkuvõtte tervisesüsteemi jaoks oluliste isikute, suuremate erakondade esindajate ja teadlaste arvamustest, mis saadi 2009. aastal Tallinnas toimunud kahelt seminarilt ja tehtud intervjuudest.⁴⁷ Inimestelt küsiti arvamust järgmiste teemade kohta: Eesti tervisesüsteemi rahastamispoliitika tugevused ja nõrkused; rahastamispoliitika ees seisvad probleemid praegu ja tulevikus; avaliku ja erasektori tervishoiukulude suhe; kindlustuskaitse ulatus ja Eesti tervisesüsteemi aluseks olevad väärtused.

Tervisesüsteemi rahastamispoliitika tugevused ja nõrkused

Tugevused

Huvirühmade seas on ühine arusaam, et Eesti tervisesüsteem on kulutõhus, pakkudes enamikule inimestest õigeaegselt laia valikut korraliku kvaliteediga tervishoiuteenuseid. Mõned mainisid, et kvaliteet ja tulemused on head, arvestades tervishoiukulude suhteliselt madalat osatähtsust SKTst Eestis.

Huvirühmad tõid esile tervisesüsteemi rahastamispoliitika kaks peamist tugevust. Esiteks selle aluseks olev solidaarsuspõhimõte: peaaegu kõik huvirühmad peavad õigeks, et praegused töötajad annavad ühiselt panuse nende inimeste tervishoiukulude katmisesse, kes veel ei tööta või enam ei tööta (peamiselt lapsed ja pensionärid). Teiseks juhtisid paljud huvirühmad tähelepanu sihtotstarbelise sotsiaalmaksu tähtsusele stabiilse tulubaasi kindlustamises. Nende arvates peaks see peamine rahastamisallikas teataval määral kaitsma tervisesektorit poliitilise kauplemise eest. Tänu sihtotstarbelisele tulule, haigekassa pädevale juhtimisele ja pikale majanduskasvu perioodile valitseb seisukoht, et tervisesüsteem on praegu heas rahalises olukorras.

Nõrkused

Hoolimata positiivsetest külgedest leidsid huvirühmad puudusi mitmes valdkonnas. Paljud nimetasid suhteliselt väikest avalikku sektorit ja kahtlesid, kas riik kulutab tervisele piisavalt. Vaatamata sihtotstarbelise tuluaallika olemasolust tingitud stabiilsusele leidsid mitmed huvirühmad, et seos tööhõivega on problemaatiline, sest esiteks tähendab see suuri tööjõukulusid ja teiseks võib prognoositud demograafiliste muutuste põhjal eeldada, et tulubaas hakkab ahenema.

Huvirühmade sõnul on puudusteks ka kindlustuskaitse ulatusega seotud probleemid. Leiti, et tööhõivest sõltuv rahastamine takistab universaalse kindlustuskaitse saavutamist. Paljud huvirühmad väljendasid rahulolematust ravikindlustuseta inimeste hulgaga (ligikaudu 5% elanikkonnast) ning nendele kättesaadavate tervishoiuteenuste piiratud valikuga. Kuigi mõnede arvates on hüvitatavate teenuste hulk piisav, tõstsid paljud esile kindlustuskaitse puudumist täiskasvanute hambaravi puhul ja vähesust hooldusravi puhul. Mitmed huvirühmad leidsid, et rahvatervisesse, haiguste ennetamisesse ja üldarstiabisse tehtavate investeeringute tase on väga madal.

⁴⁷ Üksikasjade kohta leiab rohkem teavet sissejuhatuses, kus on esitatud ka seminaridel ja intervjuudel osalenute nimekiri. Lisas 1 ja lisas 2 on kahe seminari kokkuvõtted ja lisas 3 intervjuudel esitatud küsimused.

Paljud intervjueeritavad leidsid, et ravikindlustus ei peaks katma tööõnnetusi ja kutsahaigusi. Nende arvates tuleks lähtuda rahvusvahelisest kogemusest ning panna tööõnnetuste ja kutsahaiguste jaoks paika eraldi kindlustuskeem, milles oleks senisest suurem osa tööandjal. Mitmed intervjueeritavad kritiseerisid nende tööandjate „karistamist”, kes teevad investeeringuid töötajate tervise parandamiseks (need maksustatakse kui erisoodustused). Samuti oli suhteliselt laialt levinud seisukoht, et tööandjatele tuleks anda stiimul suurema rolli võtmiseks tööõnnetuste ja kutsahaiguste ennetamises.

Mõned huvirühmad kritiseerisid ravikindlustuse ulatuse vähendamist viimastel aastatel, mis on viinud omaosaluse märkimisväärse kasvuni eriti ambulatoorsete retseptiravimite ja hambaravi puhul. Nende arvates on see suurendanud rahalisi takistusi kättesaadavusele. Puudusena, mis võib suurendada ebavõrdsust kättesaadavuses, nimetati ka kohalike omavalitsuste pakutava sotsiaalabi geograafilist ebavõrdsust, mis tuleneb suurtest erinevustest omavalitsuste suuruses (ja järelikult ressursides). Teisest küljest leidis vähemus, et tervisesüsteemi rahastamine ei innusta inimesi hoolitsema enda tervise eest.

Mitmed huvirühmad juhtisid tähelepanu puudustele tervishoiuteenuste planeerimises ja ostmises. Eelkõige nimetati ebapiisavat kontrolli ravimihindade ning kallite meditsiiniseadmete jaotumise üle, kriteeriumide puudumist kindlustuskaitse ulatusega seotud otsuste tegemisel ning haiglavõrgu arengukava täieliku elluviimise ebaõnnestumist. Huvirühmad pidasid nimetatud puudusi ebaefektiivsuse allikaks ning just efektiivsuse suurendamist rahalise jätkusuutlikkuse võtmeteguriks. Seminaridel osalejad panid üldiselt suuremat rõhku strateegilise ostmise tõhustamisele kui intervjueeritavad. Põhjus võib olla nii seminaridel osalenute sisulises pädevuses kui ka asjaolus, et seminaridel oli rohkem aega arutada efektiivsusega seotud konkreetseid küsimusi.

Tabel 26. Huvirühmade arvamused tervisesüsteemi rahastamise kohta (tähtsusjärjestuseta)

Tugevused	Nõrkused
<ul style="list-style-type: none"> • solidaarsusel põhinev rahastamine • stabiilne rahastamine sihtotstarbeliste maksude kaudu • haigekassa kaudu toimuva rahastamise läbipaistvus • haigekassa kontrolli kulude üle • tervishoiuteenuste õigeaegne kättesaadavus • hüvitatavate teenuste mõistlik valik • kulutõhusus 	<ul style="list-style-type: none"> • tööhõivega seotud rahastamine piirab potentsiaali genereerida tulevikus piisavat tulu • sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksjate arv on võrreldes mittemaksjatega väike • kindlustuskaitse ulatus ei ole universaalne • ravikindlustuseta isikutele kättesaadavate teenuste hulk on ebapiisav • kindlustuskaitse on ebapiisav täiskasvanute hambaravi ja hooldusravi puhul • investeeringud rahvatervisesse ja haiguste ennetamisesse on ebapiisavad • tööõnnetuste ja kutsahaiguste jaoks ei ole eri kindlustuskaitset • tööandjatel ei ole stiimulit investeerida töötajate tervisesse • kindlustuskaitse ulatuse vähendamine suurendab omaosalust • teenuste kättesaadavus on ebavõrdne • puuduvad tervislikku käitumist ergutavad stiimulid • planeerimist ja strateegilist ostmist on võimalik parandada

Rahastamispoliitika ees seisvad probleemid

Huvirühmad nimetasid probleeme, mis tulevad demograafiliste teguritega seotud survest (peamiselt rahvastiku vananemine); riigi suurusel ja muudest riikliku rahastamisega seotud teguritest; ning tervisesüsteemiga seotud teguritest ja ühiskonna väärtushinnangutest.

Demograafilised tegurid

Rahvastiku vananemist käsitlev arutelu keskendus rohkem tulusid kui kulusid puudutavale mõjule. Huvirühmad leidsid üldiselt, et sõltumine tööhõivel põhinevast rahastamisest tähendab raskusi piisava tulu genereerimisel tulevikus. Nende arvates on tõenäoline, et tulubaas kahaneb lühikeses ja keskmises perspektiivis, sest majanduslangusega kaasneb töötuse kasv. Tulubaas jätkab kahanemist ka pikas perspektiivis, sest demograafiliste tegurite tõttu väheneb töötavate inimeste arv võrreldes mittetöötavate arvuga. Huvirühmad olid ühel arvamusel avaliku sektori tulubaasi laiendamise vajaduse osas. Seejuures eelistasid seminarist osavõtjaid otsesid makse kaudsetele maksudele rohkem kui intervjueeritavad.

Riikliku rahastamisega seotud tegurid

Huvirühmad leidsid üksmeelselt, et valitsusepoolse rahastamise tase peaks olema kõrgem nii praegu kui ka tulevikus. Lähtudes avaliku sektori osatähtsusest SKPs, on Eesti avalik sektor üks väiksemaid Euroopa Liidus. Mitmed intervjueeritavad mainisid, et riik on liiga „õhuke”, „kõhn”, või „väike”, et pakkuda piisavat sotsiaalset kaitset. Paaegu kõik huvirühmad arvasid, et kulutusi tervishoiule tuleb suurendada, et rahuldada kasvavat nõudlust, mis on tingitud rahvastiku vananemisest, terviseseisundi halvenemisest rahvatervisesse ja haiguste ennetamiseks tehtavate ebapiisavate investeeringute ning ka inimestele enda tervise eest hoolitsemiseks antavate ebapiisavate stiimulite tõttu, ning üldsuse muutuvatest ootustest tervishoiu kvaliteedi ja avalike teenuste kohta üldiselt. Siiski märkisid mitmed huvirühmad, et valitsusepoolse rahastamise suurendamine tekitaks probleeme peamiselt kahel põhjusel: poliitiline lubadus makse mitte tõsta ning üldsuse umbusk ja skeptitsism poliitikute suhtes.

Mõned huvirühmad leidsid, et suurem sõltuvus sellistest kaudsetest maksudest nagu käibemaks suurendaks valitsuse kulutusi, kuid teised arvasid, et see oleks majanduskriisi ajal ebarealistlik. Rahastamiskoormuse õiglase jaotamise nimel oleks eelistatav, kui valitsuse lisatulu tuleks progressiivsetest otsestest maksudest, mis aga on vastuolus praeguse otseste maksude vähendamise ja kaudsete maksude tõstmise poliitikaga. Mõned huvirühmad arvasid, et poliitilised otsused riikliku rahastamise laiendamise aspektide kohta (nagu euro kasutuselevõtt või haigekassa reservide käsitlemine ühe osana riigieelarvest) vähendavad tõenäoliselt rahastamise stabiilsust ja seega suureneb surve kulude piiramiseks.

Paljud huvirühmad kahtlesid, kas riigieelarvest tehtavatele rahalistele ülekannetele toetumine on mõistlik, eriti haiglate kapitaliinvesteeringutega seotud hiljutise kogemuse valguses. Kuigi on levinud seisukoht, et tööhõivel põhinev rahastamine ei ole rahaliselt jätkusuutlik, on samuti selge, et huvirühmad ei usu, et eraldised riigieelarvest tagavad piisava investeerimise.

Tervisesüsteemiga seotud tegurid

Tervisesüsteemiga seotud tegurid, mis intervjueeritavate arvates tõenäoliselt suurendavad kulude kasvu survet pikemas perspektiivis, on järgmised: a) rahvatervisesse ja haiguste ennetamise tehtavate investeeringute vähesus, mis väljendub eriti meeste lühikeses oodatavas keskmises elueas, ja kogu elanikkonnale tagatud kindlustuskaitse puudumine muu kui vältimatu abi puhul (mõlemaid peetakse takistusteks, kuna nad võivad mõjutada terviseseisundit ja kahjustada ressurside tõhusat kasutamist); b) tehnoloogiline innovatsioon eelkõige ravimite valdkonnas, aga ka seoses kallite seadmetega nagu kompuutertomograafid; c) vähene võime läbi rääkida madalamaid ravimihindu, mis võib piirata investeeringuid uutesse ravimitesse tulevikus; d) kriteeriumide puudumine kindlustuskaitse ulatusega seotud otsuste tegemisel; e) tervishoiutöötajate vananemine, mis võib viia tervishoiutöötajate nappuseni. Üldiselt leidis enamik huvirühmadest, et efektiivsust saab suurendada, kuid efektiivsuse suurendamisest üksi ei piisa tulude-kulude prognoositava vahe katmiseks.

Ühiskonna väärtushinnangud

Väike osa intervjueeritavatest arvas, et tervisesüsteemi rahastamine on „liiga õiglane”. Selle põhjuseks on ravikindlustusmaksu maksjate ja mittemaksjate suhe (peaaegu üks ühele), mida mõned peavad koormavaks. Seda arvamust toetab tähelepanek, et eakad inimesed on pärast pensionile jäämist vabastatud sotsiaalmaksu maksmisest, kuid nad on keskmiselt suhteliselt suured tervishoiuteenuste kasutajad. Enamik sel seisukohal olnud intervjueeritavatest tunnistas, et kuigi selline ümberjaotamise tase ei ole „matemaatiliselt õiglane”, on see solidaarsusel põhineva tervisesüsteemi ühise rahastamise vältimatu ja kohane tagajärg. Sellele vaatamata märkis üks intervjueeritav, et üldsuse ettekujutus „ebaõiglusest” võib muutuda üha vastuolulisemaks.

Mõned intervjueeritavad mainisid võimalust, et kasvada võib vahe inimeste ootuste ja süsteemi suutlikkuse vahel pakkuda kvaliteetset, sealhulgas õigeaegset ja isiklikul valikul põhinevat juurdepääsu tervishoiuteenustele. Nende arvates toetas see argument eraravikindlustuse laiendamist, selleks et suurendada nende isikute valikuvõimalusi, kes tahavad (individuaalselt) tervisele rohkem kulutada. Samal ajal leidsid teised, et praegune lubadus mitte tõsta makse ei ole kooskõlas asjaoluga, et üldsus mõistab üha paremini, et hea kvaliteediga avalike teenuste tagamiseks on vaja rohkem ühiselt panustada.

Arvamused rahastamise, kindlustuskaitse ulatuse ja väärtuste kohta

Avaliku ja erasektori tervishoiukulude suhe

Intervjueeritavatel küsiti arvamust avalike ja erasektori tervishoiukulude tasakaalu (praegu vastavalt 75% ja 25%) kohta ja kuidas see võiks nende arvates tulevikus muutuda. Väike enamus leidis, et omaosalust ei tuleks tõsta ja et 25% on juba kriitiline ülempiir. Teised pooldasid suuremat erasektori kulutuste osa enamasti eraravikindlustuse laiendamise kaudu, kuigi mõned leidsid, et see osatähtsus ei tohiks olla üle 30%. Mõnel üksikul ei olnud selget seisukohta, kuid arvati, et erasektori kulude osatähtsuse suurenemine on vältimatu olukorras, kus avaliku sektori kulutuste suurendamise võimalus tundub piiratud.

Natuke rohkem kui pooled intervjueeritavatest arvasid, et erasektori kulude tase on liiga suur võrreldes teiste Euroopa riikidega või vähemalt ei tohiks see tulevikus kasvada. Nad leidsid, et omaosalus on tervishoiuteenuste kättesaadavust takistav rahaline barjäär ja kahjustab eelkõige vaeste, eakate ja krooniliste haigustega isikute finantskaitset, eriti seoses hambaravi ja ravimitega. Ülejäänud leidsid, et praegusel hetkel ei ole see nii suur probleem võib-olla seetõttu, et krooniliste haigustega inimestele on ravimihüvitised kättesaadavad või kuna nende arvates peaksid inimesed vastutama ise oma tervise eest. Mõned leidsid siiski, et tulevikus võib sellest saada probleem.

Natuke vähem kui pooled intervjueeritavatest arvasid, et eraravikindlustuse osatähtsust ei tohiks suurendada peamiselt seetõttu, et see võib kahjustada solidaarsust ja suurendada teenuste kättesaadavuses ebavõrdsust. Ülejäänud pooldasid üldjoontes eraravikindlustuse osatähtsuse suurendamist, selleks et anda patsientidele kiirem juurdepääs ravile ja pakkuda laiemat teenuste valikut. Siiski märkis enamik eraravikindlustuse suurema osatähtsuse pooldajatest, et praegune turg on väike, ja tunnistas, et nõudlust vabatahtliku erakindlustuse järele oleks raske suurendada maksusoodustusi andmata.

Kindlustuskaitse ulatus

Intervjueeritavatelt küsiti arvamust selle kohta, et 5%-le elanikkonnast ei ole tagatud haigekassa ravikindlustuskaitse, vaid ainult avaliku sektori rahastatav vältimatu abi. Kaks kolmandikku arvasid, et universaalse kindlustuskaitse puudumine on probleem ja et ravikindlustuseta isikutele mõeldud tervishoiuteenused peaksid katma vähemalt üldarstiabi. Mõned leidsid, et kindlustuskaitse peaks olema universaalne, ja töid esile, et on ebaefektiivne pakkuda inimestele kallist vältimatut abi, kui juurdepääsu võimaldamine muule abile oleks olnud odavam.

Need, kelle arvates ravikindlustuseta isikute osa elanikkonnast ei olnud põhjus muretsemiseks, esitasid mitmesuguseid põhjendusi. Mõned leidsid, et olukord Eestis on võrreldes teiste riikidega parem; teiste arvates ei olnud ravikindlustuseta isikud kindlustuse väärilised ja nad muretsesid „jääneste” pärast, kes tekiks, kui pakutaks paremaid teenuseid inimestele, kes on otsustanud ravikindlusmaksu mitte maksta. Üks intervjueeritav märkis, et kindlustuskaitse laiendamine ravikindlustuseta isikutele on arvatavasti poliitiliselt vähetähtis, sest üldsuse arvates on ravikindlustuseta isikud selles olukorras oma valikute tõttu.

Kui küsiti, kas tervisesüsteemi pakutavate hüvitiste valikut tuleks kuidagi muuta, vastas enamik intervjueeritavatest, et on valdkondi, mis ei ole piisavalt kaetud. Kõige sagedamini toodi näiteks (tähtsujärjestuses) rahvatervist ja haiguste ennetamist; hooldusravi, eriti eakate puhul; täiskasvanute, eriti rasedate ja äsja emaks saanute hambaravi; ja ravimeid. Mõned intervjueeritavatest töid esile killustatust hooldusravi praeguses rahastamises, mis tekitab ebavõrdsust ravi kättesaadavuses. Paljud soovisid, et tööõnnetusi ja kutsahaigusi kataks eraldi skeem.

Mõni arvas, et hüvitatavate teenuste valiku vähendamine ei ole asjakohane, sest praegu pakutav valik ei ole väga lai. Väike vähemus leidis, et peamiselt ressursside piiratud tõttu on vaja mõelda hüvitiste äravõtmisele, kuid et see on keeruline ülesanne ning seda tuleb

teha süstemaatiliselt ja selgete kriteeriumide põhjal. Väike enamus arvas, et kindlustuskaitse ulatuse vähendamine omaosaluse kaudu (näiteks retseptiravimite puhul) ei oleks soovitatav, sest see loob rahalisi takistusi ja võib mõjutada terviseseisundit, eriti vaeste inimeste puhul. Aga kui küsiti, kas nad eelistaksid süsteemi, mis pakuks rohkem hüvitisi suurema omaosaluse eest (prioriteetide seadmine hinna järgi), või süsteemi, mis pakuks vähem hüvitisi, kuid mis oleksid kõigile kättesaadavad väikese omaosalusega või ilma omaosaluseta, valis enamik intervjuueeritavatest esimese variandi, eelistades seega kindlustuskaitse laiemat ulatust finantskaitse asemel.

Tervisesüsteemi aluseks olevad väärtused

Huvirühmadelt küsiti arvamust tervisesüsteemi aluseks olevate väärtuste kohta, kuidas need väärtused peegeldavad laiemaid ühiskondlikke väärtusi ja kas need on aja jooksul muutunud. Enamik huvirühmi leidis, et inimesed toetavad solidaarsuse põhimõtet tervisesüsteemis. Ainult mõne arvates oli see vastuolus nende meelest eestlaste tavaliselt individualistliku maailmavaatega. Solidaarsuse ja õigluse mõistele andsid huvirühmad siiski erinevaid selgitusi. Mõned üksikud intervjuueeritavad arvasid, et rahastamine on ebaõiglane ja võib tekitada probleeme. Mitted intervjuueeritavad leidsid, et pensionärid peaksid rohkem panustama, ja üks pooldas panustamist, mis põhineb individuaalsel terviseriskil. Need, kes ei olnud selliste ettepanekutega nõus, tunnistasid, et mõned eakad inimesed said hüvitisi enne pensionile jäämist haigekassasse panustamata, kuid märkisid, et see on tingitud asjaolust, et pärast Nõukogude Liidu lagunemist viidi sisse uus süsteem ja 1990. aastate alguses pensionile jäänud inimesed ei olekski saanud sellesse panustada. Nad täheldasid, et tegelikult on paljud pensionärid juba haigekassasse panustanud ja et tulevikus on kõik eakad inimesed oma õiguse hüvitistele „välja teeninud”. Need intervjuueeritavad arvasid ka, et valitseb üldine arusaam, mille järgi on kohustus katta kindlustusega eakad, lapsed – „kõik”.

Mõned intervjuueeritavad mainisid, et kasvav vahe inimeste ootuste ja süsteemi suutlikkuse vahel teenuseid pakkuda võib olla argument eraravikindlustuse laiendamise toetuseks. Samas ei selgunud, kas selle seisukohaga kajastati üldsuse arvamust või väljendas see pigem intervjuueeritavate ideoloogilist seisukohta, ametikohast tingitud huvisid või mõlemat. Sellele vaatamata muretsesid intervjuueeritavad üldiselt rohkem selle pärast, et valitsuse kulutustes on tervisel suhteliselt vähetähtis osa, ning mõju pärast, mida see võib avaldada arstiabi kvaliteedile, mis võib omakorda vähendada üldsuse toetust ühisele rahastamisele.

Kaks intervjuudes väljatoodud tegurit näitavad, et mõned intervjuueeritavad ei pruugi toetada solidaarsust nii tugevalt, kui nad ise väidavad. Esiteks toetati üldiselt tervisesüsteemi, mis pakub rohkem teenuseid, isegi kui see tähendab suuremat omaosalust (see süsteem vastandub piiratud hulga tasuta teenustele). Teiseks eelistas vähemus individuaalse vastutuse suurendamist, soovitudes premeerida rahaliselt oma tervise eest hoolitsevaid inimesi või karistada ebatervislikult käituvaid inimesi. Märkimisväärne on ka laialdane umbusaldus valitsuse suhtes, mis väljendus asjaolus, et paljud intervjuueeritavad eelistasid tööhõivel põhinevat rahastamist ja mitte suuremat sõltumist riigieelarve eraldistest. Enamik siiski tunnistas, et praegu kehtiv süsteem kulude kasvu survele vastu ei pea. Seminaril osalejad leidsid, et solidaarsus kasvab lühikeses ja keskmises perspektiivis, kuna töötus laieneb ja see võib suurendada avaliku sektori poolt rahastavate hüvitiste väärtustamist.

6. Rahalise jätkusuutlikkuse võimalused

Käesolevas peatükis esitatakse mitmesuguseid valikuvõimalusi neljas valdkonnas: avaliku sektori tulubaasi laiendamine ja tervisesüsteemi lisatulude loomine; kindlustuskaitse ulatuse, hüvitatavate teenuste valiku ja hüvitiste määra (omaosaluse) muutmine; eelarvevahendite juhtimise tõhustamine ning tervisesektori strateegilise juhtimise tugevdamine. Need valikuvõimalused on pärit kahest allikast: esiteks nimetasid neid huvirühmad, kellega konsulteeriti seminaride ja intervjuude käigus, ning teiseks tulenevad need käesoleva aruande 3. ja 4. peatükis esitatud analüüsist.

Rahalist jätkusuutlikkust ohustavad asjaolud

4. peatükk näitab, et tervishoiu avalike tulude ja kulude vahe võib 2030. aastal olla 0,3–3,0% SKPst olenevalt sellest, millal ja kui kiiresti teenuste eest tasutavad hinnad tõusma hakkavad ning kas tervishoiuteenuste kasutamine areneb viimasel 5–10 aasta jooksul kujunenud seaduspärasid järgides (tabel 25). Eesti Haigekassa praegused reservid võivad ammenduda juba kas 2012. või 2013. aastal (joonis 43). Prognoositava tulude ja kulude vahe ületamiseks on kolm viisi: laiendada avaliku sektori tulubaasi lisatulu saamiseks, kitsendada inimestele hüvitatavate tervishoiuteenuste valikut, et vähendada avaliku sektori kulutusi, ning teha muudatusi tervisesüsteemi ressursikasutuse tõhustamiseks.

Kui rahalist jätkusuutlikkust vaadelda üksnes raamatupidamisülesandena ehk tulude ja kulude tasakaalustamise probleemina, sobiksid kõik nimetatud lahendused seni, kuni nendega saab puudujääki vältida. Kõige lihtsam lahendus eelarvesse mahtumiseks on vähendada hüvitatavate tervishoiuteenuste valikut. Sel juhul võib olla vaja vähendada kindlustuskaitse ulatust (jätta inimesi haigekassa kindlustuskaitse alt välja), hüvitatavate teenuste valikut (kaotada osa hüvitisi) ja hüvitiste määra (uute omaosalustasude kasutuselevõtmine või olemasolevate suurendamine). Rahalisel jätkusuutlikkusel puudub aga mõte, kui see ei ole seotud tervisesüsteemi eesmärkidega (80). Seega on aruande peaeesmärk leida rahastamispoliitika tugevdamise võimalusi, et süsteem oma eesmärgi paremini täidaks. Seetõttu lähtutakse eri valikuvõimaluste käsitlemisel ja soovitude andmisel eeskätt sellest, kuivõrd need valikuvõimalused aitaksid paremini täita rahastamispoliitika eesmärgi.

Paljud probleemid, mis prognoosides esile kerkivad, peegeldavad 3. peatükis käsitletud poliitilisi kitsaskohti. Poliitikutele on see hea uudis, sest see tähendab, et tulevase kulude taseme reguleerimiseks on olemas poliitilised hoovad. Teataval määral saab kulude kasvu juba praegu ennetada või korvata tõhustamismeetmete abil, näiteks tervisliku vananemise edendamine ravatervisesse, ennetustegevusse, esmatasandi arstiasse ja õendusabisse tehtavate investeeringute suurendamise kaudu; hindade, tehnoloogia (eriti ravimite), infrastruktuuri, kulukate seadmete ja teenuseosutajate tegevuse rangem kontroll; statsionaarse haiglaravi osa pidev vähendamine ning vaesematele ja halvema tervisega leibkondadele tervishoiuteenuste parema kättesaadavuse tagamine. Tervislik vananemine võib omakorda võimaldada inimestel kauem töötada. Rahastamispoliitika tugevdamise teel saab lahendada ebaefektiivsust, mis on kulude kasvusurve allikaks ja süvendajaks. Tulude ja kulude vahe on siiski liiga suur, et seda üksnes efektiivsuse suurendamise abil katta, ning valitsus peab

avaliku sektori tulubaasi laiendamaks. Ainult palgalt makstavatel maksudel põhinev süsteem ei ole jätkusuutlik, arvestades vähenevat tööhõivet, vananevat elanikkonda ja tööjõumaksude laekumiste tundlikkust majanduskeskkonna muutuste suhtes.

Avaliku sektori tulubaasi laiendamine ja lisatulu hankimine

Sotsiaalmaksuga seotud valikuvõimalused

Paljud intervjueeritavad pidasid sotsiaalmaksu nii rahastamispoliitika tugevaks kui ka nõrgaks küljeks: tugevaks sellepärast, et sotsiaalmaks on edukalt kehtestatud ja on siiani tervishoiusektorit kindlalt ja üldjuhul piisavalt rahastanud; nõrgaks sellepärast, et sotsiaalmaksu kogumise alus mõjutab tööjõukulusid ning ei hõlma muid tuluallikaid (nt kapitaliinvesteeringud või pensionid). Üldiselt oldi nõus sellega, et tervisesüsteem vajab suuremaid tulusid. Paljud intervjueeritavad arvasid, et sotsiaalmaksu korraldust tuleks oluliselt muuta.

• *Maksu suurendamine*

Mõned intervjueeritavad soovitasid suurendada sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa nt 13%-lt 15%-ni, mis oleks nende arvates teostatav, kui kehtestataks sotsiaalmaksu ülempiir. Samas tunnustati, et sotsiaalmaksu tõstmine on ebatõenäoline. Sotsiaalmaksu eeliseks on selle stabiilsus tuluallikana, sest see sisaldab sihtotstarbelist ravikindlustuse osa. Tegemist on ka mõõdukalt progressiivse maksuga (tabel 14), mis aitab tagada õiglust rahastamisel. Maksu tõstmisega eiratakse probleeme seoses juba niigi tugevalt tööjõupõhise rahastamisega, kaldutaks kõrvale avaliku sektori tulubaasi laiendamise põhimõttest ning suurendatakse palgatöötajate ja dividenditulu saavate inimeste panuste ebavõrdsust.

• *Maksu vähendamine*

Ainult üks intervjueeritav soovitas sotsiaalmaksu langetada, et väheneks sotsiaalvaldkonna rahastamise mõju tööturule. Iseenesest ei lahendaks see kesket küsimust, s.o tervishoiusektori piisava tulu tagamise probleemi keskmises ja pikas perspektiivis. Maksu vähendamise mõju tervishoiusektori tuludele oleks neutraalne, kui sellega kaasneks suurem valmisolek makse maksta ja väheneks maksudest kõrvalehoidmine. Küll aga võib mõju rahastamiskoormuse õiglasele jaotamisele olla negatiivne niivõrd, kui võrd valitsus peab poliitiliselt vastu võetavamaks tõsta ja tervishoiu jaoks eraldada regressiivseid kaudseid makse.

• *Sotsiaalmaksu ülempiiri kehtestamine*

Mõnevõrra populaarsem võimalus, mida pooldas veidi alla kolmandiku intervjueeritute, oli tööandjate makstava sotsiaalmaksu ülempiiri kehtestamine.⁴⁸ Eestis kehtib maksu ülempiir juba füüsilisest isikust ettevõtjate makstava sotsiaalmaksu puhul ning mitmes teistes ELi liikmesriigis⁴⁹ töötajate ja tööandjate makstava sotsiaalmaksu puhul (34, 85). Nende huvirühmade arvates, kellega me konsulteerisime, samuti Eesti Arengufondi ja Eesti Maksumaksjate Liidu arvates oleks ülempiiri eelis see, et rikkad saaksid „kokkuhoitud”

⁴⁸ Kuigi see ei laiendaks avaliku sektori tulubaasi ega tooks lisatulu, arutatakse seda valikuvõimalust siin seoses sotsiaalmaksu muudatustega.

⁴⁹ Austria, Bulgaaria, Kreeka, Küpros, Luksemburg, Holland, Saksamaa, Slovakkia ja Tšehhi.

raha eest osta eraravikindlustust, väheneks tervisesüsteemi rahastamise mõju tööturule (seni, kuni tööandjad ei osta eraravikindlustust), hoitaks ära kõrgkvalifitseeritud töötajate siirdumise välismaale ning meelitatakse oskustöölisi teistest riikidest. Sotsiaalmaksu ülempiiri kehtestamine vähendaks aga kohe tervishoiusektori avaliku sektori tulused ning on seega vastuolus avaliku sektori tulubaasi suurendamise ja laiendamise eesmärgiga. Mõju ulatus oleneks ülempiiri tasemest. Kui ülempiiriks oleks kahekordne keskmine palk, väheneks tervishoiuks ja pensionideks vajalik sotsiaalmaksutulu 8,4% (tabel 27). Seda lühiajalist negatiivset mõju tuleb kaaluda võimaliku positiivse mõjuga, näiteks tööjõukulude vähenemisest tingitud tööhõive suurenemisega ja võib-olla ka maksudest kõrvalehoidmise vähenemisega. Võimalik positiivne mõju ei ole siiski piisav, et täielikult korvata maksutulu vähenemist.

Sotsiaalmaksu ülempiiriga kaasneks veel kolm negatiivset tagajärge. Et see suurendaks vaesemate ja leevendaks rikaste maksukoormust, oleks tulemuseks regressiivne sotsiaalmaks ja vähenev õiglus rahastamisel. Mitme tööandjaga inimeste puhul oleks ülempiiri raske rakendada ning sellega kaasneksid üsna suured korralduslikud kulud. Samuti muudaks see maksusüsteemi keerukamaks, mis oleks vastuolus Eesti maksupoliitika põhieesmärgiga.

Tabel 27. Sotsiaalmaksu ülempiiri lühiajaline mõju tuludele

Ülempiir	Summa (kr)	Mõjutatud inimesed		Sotsiaalmaksu kogutulu vähenemine	
		Inimesed	Osatähtsus (%)	mln kr	%
2 x keskmine palk	22 672	43 264	5,8	2 257	-8,4
2 x keskmine palk	34 008	14 477	1,9	1 114	-4,1
4 x keskmine palk	45 344	6 468	0,9	673	-2,5

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet.

Märkus: Sotsiaalmaksu kogutulu hõlmab nii ravikindlustuse kui ka pensionide osa.

• Maksu jagamine

Väike vähemus intervjueeritavatest arvas, et sotsiaalmaks tuleks jagada tööandjate ja töötajate vahel. Sellel võimalusel võiks olla psühholoogiline mõju, sest tervisesüsteemi rahastamine näiks sel juhul tööandjatele väiksema koormana. Sotsiaalmaksutulu ega tööturule avalduvat mõju see aga oluliselt ei muudaks, sest nii tööandjate kui ka töötajate makstav maks tuleneks siiski samast allikast. Isegi kui selline muudatus ergutaks rohkemaid tööandjaid sotsiaalmaksu maksmisel seadust järgima, oleks mõju maksutulule tõenäoliselt väga väike. Peale selle märkis üks intervjueeritav, et sotsiaalmaksu jagamine suurendaks töötajate omanikutunnet oma maksuosa suhtes, mille tulemuseks võivad inimesed nõuda, et sotsiaalmaksu vähendataks või neil lubataks oma maksuosa kulutada omal äranägemisel (nt eraravikindlustuseks või eratervishoiuks). Teisisõnu võiks see vähendada poliitilist toetust kollektiivsele rahastamisele.

• Pensionäride kaasamine

Paljud huvirühmad arvasid, et tervishoiuteenuste kasutajad peaksid teenuste eest maksimes osalema. Tulevikus kasvab nende haigekassas kindlustatute arv, kes sotsiaalmaksu ei maksa (joonis 36). Rahvastiku vananedes väheneb aga töötute ja hüvitisi saavate lapsevanemate osatähtsus. Seetõttu on pensionärid, kes praegu moodustavad elanikkonnast 28,3% ja 2030. aastaks prognoosi kohaselt 32%, pikas perspektiivis ainus sotsiaal-majanduslik rühm, kes võiks kulude kandmises kas otseselt või valitsuse kaudu osaleda.⁵⁰

Kõik intervjueritud huvirühmade seas esindatud erakonnad toetasid üksmeelselt vanaduspensionäride kaasamist maksumaksjate hulka,⁵¹ kuid arvamused läksid lahku kaasamise viiside suhtes. Mõned huvirühmad pooldasid pensionide otsest maksustamist sotsiaalmaksuga. Nad tunnistasid, et tegemist on raske valikuga, kuid pidasid seda teostatavaks juhul, kui pensionidele kohaldada madalamat maksumäära ja maksu ülempiiri ning vabastada üksnes esimese pensionisambaga pensionärid. Üks intervjueritav märkis, et see muudatus tuleb teha varem või hiljem, sest vananev valijaskond ei pruugi pensionide kõrgema maksustamisega leppida.

Teised huvirühmad laitsid pensionide sotsiaalmaksuga maksustamise mitmel põhjusel maha. Esiteks on mitmel juhul vale arvata, et pensionärid rahastamises ei osale: viimastel aastatel pensionile jäänud inimesed maksid sotsiaalmaksu enne pensionile jäämist ja tulevikus kehtib see kõigi pensionäride puhul. Samuti on kõrge omaosalus ka pensionäridel, eriti ambulatoorsete retseptiravimite puhul, ning seega on nende panus tervishoiukulude katmisse juba praegu märkimisväärtne. Teiseks on pensionid üldiselt väikesed („ei ole midagi maksustada“) ning pensionide maksustamine suurendab eakate vaesumise ohtu. Hiljutine analüüs näitab, et Eestis on see oht juba praegu väga suur – Läti ja Küprose järel Euroopa Liidu suuremate hulgas (86).⁵² Kui pensionid oleksid suuremad, oleks võimalik neid maksustada, kuid prognooside kohaselt ei tõuse pensionid eriti SKP ega ka palga suhtes (3,87). Euroopa Komisjoni aruandes esitatud hinnangul väheneb pensionide osatähtsus SKPst 5,5%-lt 2010. aastal 4,8%-ni 2030. aastal, ehkki pensionäride osa rahvastikus on 2030. aastal suurem (3).⁵³ Kolmandaks, pensionide sotsiaalmaksuga maksustamine ilma netopensionari vähendamiseta tähendaks lihtsalt keskvalitsuse eelarve ümberkorraldamist ehk raha ühest eelarve osast teise tõstmist. Neljandaks oleks teise samba pensionide maksustamine poliitiliselt raske, sest mõned inimesed on neisse investeerinud vabatahtlikult (ehkki maksusoodustusega).

On soovitatud kohaldada pensionidele madalamat sotsiaalmaksumäära, nt 11%, sest pensionäridel ei ole õigust ajutise töövõimetuse hüvitistele. Esimese samba suhtes kohaldatav madalam maksumäär tooks piisavat lisatulu (0,6% SKPst) tulude ja kulude vahe katmiseks. Kuid selle suhtes kehtivad kõik eespool osutatud vastuväited. Pensionide maksustamise asemel oleks valitsusel mõttekam maksta pensionäride eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse

⁵⁰ Eeldades, et pensionide kättesaadavus ei muutu, nt pensioniea tõstmise tõttu või ennetähtaegselt pensionile jäämise võimaluste vähenemise tõttu.

⁵¹ Eestis on pensioniiga praegu meeste puhul 63 aastat ja naiste puhul 60,5 aastat, kuid tõuseb ka naiste puhul 2016. aastaks 63 aastani

⁵² Vaesuse ohus 65-aastaste ja vanemate inimeste osatähtsus Eestis on hinnanguliselt 39%. EL 27 keskmine on 19%, EL 15 keskmine 20% ja EL 12 keskmine 18%. Vaesuse ohus inimeste määra arvutatakse nende inimeste osatähtsuseks, kes elavad leibkondades, mille võrdustatud sissetulek jääb allapoole vaesuspiiri. Vaesuspiir on 60% riigi võrdustatud sissetuleku mediaanist.

⁵³ Aruandes järeldatakse, et ehkki uutel pensionäridel on õigus pensionihüvitistele kohustuslikust kogumispensionist (teine samm), vähenevad riikliku pensioni (esimese samba) väljamaksed peaaegu proportsionaalselt.

osa, nagu seda tehakse teistes riikides (näide 2). Sellel valikuvõimalusel on palju eeliseid. See tagaks tervisesektorile täiendavad ressursid, laiendaks avaliku sektori tulubaasi ning toetaks põhimõtet, mille kohaselt haigekassa kindlustatud osalevad kulude katmises. See on õiglasem ja lihtsam kui pensionide sotsiaalmaksuga maksustamine. Mõned huvirühmad leidsid, et kui panna vastutus teatava elanike rühma eest valitsusele, muutuks olukord selgemaks ja kohutustest taganemine raskemaks.

Valitsuse poolt pensionäride eest makstav tasu (määraga 13% pensionikuludest) ulatuks 2,6 miljardi kroonini (2009. aastal 1,2% SKPst). Kui pensionikulud jäävad 2009. aasta tasemele, s.o ligikaudu 9% SKPst, või ei vähene oluliselt, oleks see ülekanne rohkem kui piisav, et katta 2030. aasta tulude ja kulude minimaalne vahe 0,4% SKPst. Tegelikult kataks selle puudujäägi ka palju väiksema määraga makse (6%). On aga tõenäolisem, et pensionikulud alanevad 2005.–2007. aasta tasemele (umbes 6% SKPst). Sel juhul annaks 13% määraga makse tulemuseks 0,8% SKPst. Teise võimalusena võib makseid arvestada sotsiaalmaksu miinimummääralt. Praegu ei muudaks see midagi, sest keskmine pension on miinimummääraga peaaegu võrdne (4350 kr kuus).

Näide 2. Keskvalitsuse ülekanded ravikindlustusfondidele maksu mittemaksvate kindlustatute eest teatavates riikides

Tšehhi: Tšehhi valitsus maksab mittemaksvate kindlustatute (umbes 5 miljoni inimese) eest aastas umbes 300 eurot inimese kohta.

Saksamaa: Alates 2008. aastast on Saksamaa keskvalitsus teinud ülekandeid riiklikku ravikindlustusfondi. Ülekanded ulatusid 2008. aastal 2,5 miljardi ja 2009. aastal 4 miljardi euroni. Alates 2010. aastast suurendatakse valitsuse makseid 1,5 miljard eurot aastas kuni 14 miljardini 2012. aastal. Valitsuse tulude suurem suunamine ravikindlustusfondi peaks vähendama ravikindlustusmaksu määra ja vähendama muid tööjukululusid peale palga. Kuigi ülekanded on nominaalselt seotud laste kindlustuskaitse rahastamisega, puudub selleks õiguslik alus ja konkreetne valem.

Ungari: Ungari valitsus on maksu mittemaksvate kindlustatute, sh pensionäride ja laste eest maksnud alates 2006. aastast, kuid makstava summa arvutamine ei ole nii selge kui Tšehhis või Slovakkias. Praeguse majanduskriisi tõttu vähendatakse 2010. aastal tööjõumaksu määra (3 protsendipunkti tööandja osast) ja puudujäägi katmiseks suurendatakse valitsuse ülekandeid.

Slovakkia: Valitsus maksab mitteaktiivsete (umbes 3 miljoni) inimese eest. 2010. aastal on summa 4,78% 2008. aasta keskmisest palgast ehk 35 eurot inimese kohta kuus.

• **Dividendide maksustamine**

Pensionärid ei ole Eestis ainus rühm, kes haigekassale ei maksa. Valitsus maksab ka laste ja üliõpilaste eest. Huvirühmad leidsid aga, et keskenduda tuleks pensionäridele, sest nad kasutavad tervise teenuseid suuremal määral. On aga ka teisi, kes on praegu haigekassas kindlustatud, kuigi nad ei ole kogu oma sissetulekult maksu maksnud. Näiteks inimesed, kes saavad vaid väikese osa sissetulekust palgana ja ülejäänud dividendidena kapitaliinvesteeringutelt (mida sotsiaalmaksuga ei maksustata), on haigekassas täielikult kindlustatud. Mõned neist on sihilikult valinud peamiselt dividendi-, mitte palgatulu selleks, et vältida suurema sotsiaalmaksu maksmist. Maksu- ja tolliameti hinnangul kaotab haigekassa aastas 0,5% võimalikust tulust füüsilisest isikust ettevõtjate sotsiaalmaksust kõrvalehoidmise tõttu (20).

Praegune maksupoliitika on konkreetselt suunatud kapitali maksustamise vältimisele. Seetõttu on kapitalimaksude osa kõigi maksude hulgas väga väike (2007. aastal 7,9% võrreldes EL 27 keskmisega 21,3%) (joonis 14) ja nende panus tervisesüsteemi rahastamisse on seetõttu marginaalne. Dividendide maksustamine sotsiaalmaksuga laiendaks avaliku sektori tulubaasi, suurendaks õiglust rahastamisel ja toetaks Eestis ilmselgelt väärtustatud põhimõtet, et haigekassas kindlustatud peaksid haigekassa kulude kandmises osalema. Lähtepunktina võiks maksu- ja tolliamet käsitleda teatavaid dividendide töötuluna. See annaks tulemuseks aga ainult umbes 0,08% SKPst, (88) millest ei piisa tulude ja kulude vahe katmiseks. Kui kõiki füüsiliste isikute dividendide maksustataks 13%-ga, oleks tulemuseks tulu 0,3% SKPst, mis aitaks vahe katmisele oluliselt kaasa.

Dividendide maksustamine tõstatab muid küsimusi, näiteks õigus haigekassa kindlustusele ja hüvitistele, juriidiliste isikute erinev kohtlemine kapitalimaksude seisukohast,⁵⁴ rahvusvahelise kapitalivoo mõju jne. Siiski on näiteid riikidest, mis on muule kui palgasissetulekule kehtestanud tervishoiuks kasutatava sihtotstarbelise maksu, et laiendada avaliku sektori tulubaasi. Sellised riigid on näiteks Prantsusmaa (näide 3), Ungari⁵⁵ ja Šveits.⁵⁶

Näide 3. Tervisesektori avaliku tulubaasi laiendamine Prantsusmaal

Prantsusmaal rahastati sotsiaalkindlustust üldiselt ja konkreetselt ravikindlustust suurema osa 20. sajandi teisest poolest töötajate ja tööandjate poolt palgalt makstavatest maksudest. Esialgu kohaldati ülempiiri, hiljem see kaotati. Maksumäär tõusis pidevalt, kuid ei suutnud kasvavate tervishoiukuludega sammu pidada. 1997. aastaks ulatus tööandjate maksumäär 12,8%-ni kogutulust ja töötajate maksumäär 6,8%-ni.

1990. aastatel kehtestas Prantsusmaa valitsus avaliku sektori tulubaasi laiendamiseks uue üldise sotsiaalmaksu (CSG). Maksu makstakse palgalt (7,5%, sellest 5,1% tervishoiule) ja kõigilt muudelt sissetulekutelt, sh kapitaliinvesteeringute dividendidelt (8,2%, sellest 5,9% tervishoiule), hasartmänguvõitudelt (9,5%), pensionidelt (6,6%)

⁵⁴ Küsimus on, kas füüsilistele ja juriidilistele isikutele makstavaid dividendide tuleks maksustada sarnaselt. Kui sotsiaalmaks kehtestada ainult füüsilistele isikutele, ajendaks see maksust kõrval hoidmist ja juriidiliste isikute kaudu investeerimist.

⁵⁵ Ungaris on dividendide üldine maksumäär 25% ning lisaks sellele 14%-line eriotstarbeline tervishoiu maks.

⁵⁶ Kui palgad on väikesed ja dividendid suured.

Näide 3. (jätkub)

ja muudelt hüvitistelt (6,2% ajutise töövõimetuse hüvitisel, sünitushüvitisel jne). Kuna madalama sissetulekuga inimesed (umbes pool kõigist Prantsuse leibkondadest) maksavad nimetatud sotsiaalmaksu madalama määraga 3,8%, on tegemist progressiivse maksuga.

Selle tulemusena on ravikindlustuse tulused laiendatud ja need on tööhõivest osaliselt lahti ühendatud, mistõttu need on palkade ja tööturu kõikumiste suhtes vähem haavatavad. 2000. aastaks moodustas sotsiaalmaksutulud (CSG) 34,6% ravikindlustuse kogutulust, tööjõumaksude osatähtsus oli aga langenud 54,5%-le (1990. aasta 95,3%-lt). See on peaaegu täielikult asendanud töötajate maksud, mis on alanenud 6,8%-lt 0,85%-ni brutopalgast. Tervisesüsteemi rahastamises osaleb ka Prantsuse ravimitööstus, mis maksab sihtotstarbelist 1% käibemaksu ning maksu teatavat piiri ületavalt reklaamilt, jaemüügit ja käibelt.

Allikas: Sandier et al. (89).

• Muud maksud

Paljud huvirühmad leidsid, et riigieelarve suhteline väikus piirab kvaliteetse tervishoiu ja muude sotsiaalkindlustuse vormide võimalusi. Üldiselt oldi üksmeelel, et keskvalitsus peaks tervisesektorile rohkem ressursse eraldama, tagama täiendava rahastamise ja laiendama avaliku sektori tulubaasi. Huvirühmad tunnistasid siiski, et see võib olla lähiajal raske nii rahaliselt kui ka valitsuse vähese usaldusväarsuse tõttu. Lisaks suhtus mitu huvirühma skeptiliselt valitsuse võimesse oma lubadusi täita.

Kui valitsus maksaks pensionäride eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, peaks ta kas mujalt kokku hoidma või leidma lisatulu. Käesolevas peatükis käsitleme viise, kuidas valitsus saab pensionäride ravikindlustuse rahastamiseks oma eelarvet suurendada kas olemasolevate maksumäärade tõstmisega või maksubaasi laiendamisega. Eeldame, et vajalik lisatulu on vähemalt 0,4% SKPst (haigekassa tulude ja kulude minimaalne vahe 2030. aastal), kuid võib olla isegi 1,2% SKPst (see vastab 2030. aastal 13%-le pensionikuludest) (tabel 25). Tulemused on kokku võetud tabelis 28.

• Käibemaksu tõstmine

Et saavutada 0,4% SKPst, tuleks käibemaksumäära tõsta 1,5 protsendipunkti võrra (21,5%-le); et saavutada 1,2% SKPst, tuleks käibemaksu tõsta 2,7 protsendipunkti võrra (22,7%-le). 2030. aastal tuleks 0,4% SKPst saavutamiseks tõsta käibemaksu 0,8 protsendipunkti võrra. Samaväärsed käibemaksumäärad kehtivad Lätis (21%), Iirimaal (21,5%), Soomes ja Poolas (22%), Islandil (24,5%) ning Taanis, Norras ja Rootsis (25%).

• Tubakaaktsiisi tõstmine

Tubakaaktsiisist saadav tulu on praegu umbes 0,9% SKPst. Et seda suurendada 1,3%-ni SKPst, tuleks tubakaaktsiisi tõsta umbes 50%. Tubakaaktsiisi kavatsetakse 2011. aasta jaanuarist tõsta 20%, (allikas: vestlus rahandusministeeriumi esindajatega, 2009) mistõttu seda on raske tervisesüsteemi rahastamiseks veel kord tõsta.

Tabel 28. Valitsuste poolt pensionäride eest tehtavate maksete rahastamise võimalused

Stsenaarium	Ligikaudne maksumõõ, mis on vajalik, et saavutada 2030. aastaks 0,4% SKPst	Maksukoormuse suund	Progressiivsus	Kokkubõivus peamiste maksusuundadega	Muu
Valitsuse poolt pensionäride eest makstav sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa	Sotsiaalmaks 6% (kui pensionid jäävad ligikaudu 9%-ni SKPst)	Oleneb, kuidas seda rahastatakse			Stabiilne
Brutopensionide maksumõõ 13% sotsiaalmaksuga		Oleneb, kuidas seda rahastatakse			
Füüsiliste isikute brutodividendide maksumõõ 13% sotsiaalmaksuga		Kapital	Progressiivne	Ei, kavas on kapitalilt makstavat tulumaksu vähendada	Tulumaksu vähenemine, ärikliima halvenemine, volatiilne
Käibemaksu tõstmine	20%-lt 21%-le	Tarbimine	Mõõdukalt regressiivne	Jah, kaudsete maksude suurenemine	Stabiilne
Alkoholiaktsiisi tõstmine	Umbes 30% tõus 2010. aasta jaanuarist	Tarbimine	Väga regressiivne	Jah, kaudsete maksude suurenemine	Positiivne mõju tervisekäitumisele, volatiilne
Tubakaaktsiisi tõstmine	Umbes 50% tõus	Tarbimine	Väga regressiivne	Jah, kaudsete maksude suurenemine	Positiivne mõju tervisekäitumisele, volatiilne
Sotsiaalmaksu tõstmine	13%-lt 14%-le	Tööjõud	Progressiivne	Ei, kavas on tööjõu maksukoormust vähendada	Stabiilne
Füüsilise isiku ja ettevõtte tulumaksu tõus	Umbes 1% tõus (21%-lt 22%-le)	Tööjõud, kapital	Väga progressiivne	Ei, kavas on tööjõu ja kapitali maksukoormust vähendada	Stabiilne

Allikas: Statistikaamet ja rahandusministeerium.

• **Teatavate toidukaupade ja jookide maksustamine**

Lätis ja Soomes kehtestati hiljuti suhkru- ja karastusjookide maks. Maksumäär on suhteliselt madal – 1 kroon karastusjookide liitri kohta. Eesti karastusjookide turu maht on umbes 50 miljonit liitrit aastas, mis annaks sama maksumäära korral 50 miljonit krooni tulu. Seega, kuigi seda maksu saaks kasutada tarbijate käitumise mõjutamiseks ja maksutulu aitaks rahastada teatavaid rahvaterviseprogramme, ei piisa sellest summast tervisesüsteemi tulude ja kulude vahe katmiseks.

• **Kaudsed tarbimismaksud**

Paljud huvirühmad mainisid kaudsete tarbimismaksude⁵⁷ tõstmist ja võimaluse korral nende tervishoiule suunamist. Selle lähenemisviisi eelis on kooskõla kehtiva maksupoliitikaga ning võib anda tulemuseks inimeste parema tervise, kuivõrd see avaldab positiivset mõju tervisekäitumisele. Siiski on sellel ka mõned negatiivsed küljed. Esiteks on kaudsed maksud, eriti alkoholi- ja tubakamaks, üldiselt palju regressiivsemad kui otsesed maksud (90, 91). Eestis on viina- ja tubakamaksud eriti regressiivsed, sest nende kaupade tarbimine on suurel määral koondunud vaesemate inimeste rühma (29). Kaudsete maksude suurem kasutamine valitsuse tegevuse rahastamiseks vähendaks riigi rahanduse progressiivsust. Kaudsed maksud on aga üldiselt vähem regressiivsed kui omaosalus, nii et kui valitsus kasutaks kaudseid makse rohkem, et vähendada omaosalust, suurendaks see õiglust rahastamisel.

Teiseks on Eesti juba praegu kaudsetest maksudest saadava tulu osatähtsuse poolest viiendal kohal Euroopa Liidus (2007. aastal 43% maksutulust võrreldes EL 27 keskmiselt 39%-ga ja EL 15 keskmiselt 38%-ga) ja käibemaksu osatähtsuse poolest teisel kohal (joonis 13). Peale selle tõsteti käibemaksu 2009. aastal 18%-lt 20%-le, nii et täiendav maksutõus ei pruugi olla lähitulevikus poliitiliselt teostatav.

Pealegi kipub tarbimismaksudest saadav tulu kõikuma ning väheneb majanduslanguse ajal tõenäolisemalt kui tööjõumaksudest saadav tulu. Ei ole tõenäoline, et valitsus (eriti rahandusministeerium) sihtotstarbelist tervishoiueraldist toetaks, sest see vähendaks poliitilist paindlikkust. Üks intervjuueeritav väitis, et ehkki sihtotstarbeline tervishoiueraldis võiks olla „kasulik suhtekorraldusele”, ei ole sellest tegelikkuses erilist kasu.

• **Kinnisvaramaksu kehtestamine**

Kinnisvaramaksu üle praegu vaieldakse ning neid soovivad OECD ja IMF (21, 22). Ühelt poolt tagaks kapitalilt saadava tulu suurendamine progressiivsust. Teiselt poolt nõuaks see kinnisvara hindamist, mis on tehniliselt probleemne, arvestades kinnisvara väärtuse kiiret muutumist Eestis suhteliselt lühikese aja jooksul.

• **Keskkonna- ja muude maksude tõstmine**

IMF soovitas maksubaasi laiendamiseks kasutada täiendavalt keskkonna- ja muid makse (22). Rahandusministeeriumi prognooside kohaselt tooks kord aastas makstav mootorsõidukimaks tulu umbes 0,4% SKPst.

⁵⁷ Aktsiisiga maksustatakse praegu alkoholi, tubakat, mootorkütust ja pakendeid. Sigarettide, pliivaba bensiini ja diislikütuse aktsiisi juba tõstetakse, et ühtlustada need 2010. aastaks ELi tasemega.

• *Tulumaksu tõstmine*

Veel üks valikuvõimalus on tulumaksu tõstmine. See on lähiajal poliitiliselt selgelt vähem teostatav kui kaudsete maksude tõstmine, sest see ei vasta Eestis valitsevatele suundumustele. Küll aga suurendaks tulumaksu tõstmine progressiivsust. Keskmises ja pikas perspektiivis võib Eesti seda varianti kaaluda, sest otseseid makse kasutatakse Eestis teiste ELi riikidega võrreldes vähem ning kapitalimaksud on eriti väikesed (joonis 14). Et saada täiendavat tulu 0,4% SKPst, tuleks üksiksiku ja ettevõtte tulumaksu tõsta ühe protsendipunkti võrra (21%-lt 22%-le) (allikas: vestlus rahandusministeeriumi esindajatega, 2009).

Kindlustuskaitse ulatuse, hüvitatavate teenuste valiku ja hüvitiste määra (omaosaluse) muutmine

Kindlustuskaitse muutmine mõjutab finantskaitset ja erasektori kulutuste taset: ulatuse vähendamiseга suurenevad erasektori kulutused, ulatuse hõlmavuse laiendamine üldjuhul vähendab erasektoripoolse rahastamise vajadust.

Kindlustuskaitse ulatus

Kindlustuskaitse ulatuse all mõeldakse seda, kui suurel osal elanikkonnast on õigus ravikindlustusele. Enamikus ELi liikmesriikides on kindlustuskaitse seotud elukoha või kodakondsusega ja on seega peaaegu universaalne (34, 92). Paljud huvirühmad väljendasid muret pikaajaliste registreeritud töötute väljajätmise pärast haigekassa kindlustuskaitsest ja leidsid, et universaalse kindlustuskaitse puudumine on eriti majanduslangust arvestades probleem, mis võib suurendada töötust. Valitsus on siiski laiendanud haigekassa kindlustuskaitse ulatust paljudele töötutele, nii et tegemist ei ole enam nii pakilise küsimusega. Haigekassa kindlustuskatet ei ole endiselt nendel töötutel, kes ei saa töötuskindlustushüvitist, ei osale aktiivsetes tööturuprogrammides ega otsi aktiivselt tööd.

Kuigi mitte ükski huvirühm ei soovitanud otseselt seadusjärgse kindlustuskatte ulatuse kitsendamist, soovisid mõned intervjuueeritavad eraravikindlustuse rolli laiendamist. Üks võimalus selleks on mõned inimesed haigekassa kindlustuskaitsest välja jätta, näiteks rikkamad inimesed, kelle sissetulek ületab teatava summa. See suurendaks nõudlust asendava eraravikindlustuse järele, kuid tooks kaasa ka mõne negatiivse tagajärje. Esiteks ei vähendaks see survet haigekassa eelarvele. Ehkki avalikest vahenditest rahastatakse väiksema inimrühma tervishoidu ja avaliku sektori koguväljaminek oleks väiksem, oleks väiksem ka avaliku sektori kogutulu, sest haigekassa kaotaks rikkamate inimeste maksutululu. Haigekassale ei jääks mitte ainult väiksem summa iga kindlustatud isiku kohta, vaid ka haigekassas kindlustatute keskmine riskiprofiil oleks (sissetuleku ja terviseseisundi korrelatsiooni tõttu) kõrgem; teisisõnu oleks haigekassal vähem raha, mida kulutada haigemate inimeste peale.

Teiseks peaks valitsus kehtestama asendava eraravikindlustuse turu ulatusliku regulatsiooni, et kõrvaldada barjäärid kättesaadavuselt, eriti eakate ja haigemate inimeste jaoks (93–95). See nõuaks märkimisväärset suutlikkust, suurendaks korralduslike kulusid ja muudaks tervisesüsteemi keerukamaks.

Kolmandaks ei arvestaks eraravikindlustusturu laiendamine rahvusvahelist kogemust. Asendava eraravikindlustuse turgudega on kõige suuremad kogemused Tšiilil, Saksamaal ja Hollandil. Hollandi valitsus pidi oma asendava eraravikindlustuse turu 2006. aastal õigluse ja rahalise jätkusuutlikkuse huvides kaotama, Saksamaa ja Tšiili valitsus on pidanud tegema mitmeid reforme, et vältida turumõjusid avaliku sektori süsteemile (96, 97).

Hüvitatavate teenuste valik

Hüvitatavate teenuste valiku all mõeldakse kindlustuskaitsega hõlmatud hüvitiste valikut. Hüvitiste pakett, mis võimaldaks juurdepääsu kitsale teenuste valikule, näiteks ainult vältimatule abile, kahjustaks finantskaitset. Huvirühmad ei pooldanud eriti avaliku sektori rahastatava hüvitiste paketi vähendamist. Mõned intervjuueeritavad arvasid, et pigem on praegune hüvitiste pakett liiga kitsas. Ainult üks intervjuueeritav pooldas hüvitatavate teenuste valiku vähendamist, et suurendada nõudlust täiendava eraravikindlustuse järele, kuigi selle valikuvõimalus on Eestis väga piiratud. Nimelt, väga väike eraravikindlustuse turg ei ole suutnud kuue aasta jooksul, mil täiskasvanute hambaravi ei ole hüvitatud, välja töötada hambaravi hõlmavaid tooteid. Intervjuueeritav märkis ka, et täiendav eraravikindlustus võib tekitada kahekihilise juurdepääsu arstiabile.

Rahvusvahelised kogemused täiendavast eraravikindlustusest, mis hõlmab avaliku sektori rahastatavast hüvitiste pakettist välja jäetud teenuseid, on vastakad. Enamik täiendava eraravikindlustuse turge keskenduvad kindlatele teenuserühmadele, näiteks hambaravile või füsioteraapiale, ning hõlmavad enamasti väikest osa elanikkonnast (95). Peamised erandid on Kanada, mis võimaldab umbes kahele kolmandikule elanikkonnast hiljem hüvitatava juurdepääsu ambulatoorsele retseptiravimitele, ja Holland, kus peaaegu kogu elanikkonnal on hiljem hüvitatav juurdepääs hambaravile, silmaravile ja füsioteraapiale.⁵⁸ Mõlemal turul on aga tekkinud mure õigluse pärast ning tegurid, mis tekitasid nendel turgudel väga kõrge hüvitiste kasutamise taseme, tõenäoliselt Eestis ei kordu (95). Paljud huvirühmad leidsid, et valitsus peaks suurendama kindlustamata inimeste kaitset nii selleks, et tagada nende juurdepääs vajalikele teenustele, kui ka olemasoleva ebaefektiivsuse kõrvaldamiseks. Näiteks on kindlustamata inimestel õigus ainult vältimatule abile ning muu arstiabi eest peavad nad maksma ise. Seetõttu võivad nad odavamast arstiabist loobuda ja kasutada üksnes ressursimahukat vältimatut abi. Selle küsimuse pärast muret väljendanud intervjuueeritavad väitsid, et valitsus peaks tagama kindlustamata inimestele vähemalt juurdepääsu esmatasandi arstiabile (ennetatavad ja perearsti teenused).

Kolmandik intervjuueeritavatest soovitas parandada hooldusravi kindlustuskaitset, kuigi vähesed tegid otseseid ettepanekuid. Need, kes arvamust avaldasid, leidsid, et hooldusravi nõuab oma kulukuse tõttu olulist keskvalitsuse toetust, et kohalike omavalitsuste rahastamisest ei piisa ja et siin võiks oma osa olla vabatahtliku kindlustuse sektoril. Tehti ettepanek luua pensionäride hooldusravi eelmaksetel põhinev kindlustus; see peaks olema kohustuslik,

⁵⁸ Kanadas muretsetakse eelkõige ebavõrdse juurdepääsu pärast retseptiravimite hõlmavale eraravikindlustusele ning paljude kanadalaste pärast, kes on seetõttu retseptiravimite suhtes kindlustamata või alakindlustatud. Hollandis on probleemiks see, et vabatahtliku eraravikindlustuse müümise viis (samade üksuste poolt, kes pakuvad kohustuslikku kindlustuskaitset), kahjustab eakate ja halvema tervisega inimeste võimalusi kohustusliku ravikindlustuse turul.

sest rahvusvahelised kogemused vabatahtliku hooldusravikindlustusega ei ole positiivsed (98). Igal juhul on olemasolev süsteem väga killustatud, seda iseloomustavad patsientide ja teenuseosutajate väärstiimulid ning see ei paku piisavat finantskaitset. Seetõttu nõuab see küsimus tungivalt poliitilist tähelepanu.

Mõned intervjueeritavad soovisid paremat kindlustuskaitset täiskasvanute hambaravile, mis 2003. aastal piirdus rahalise hüvitisega ning tühistati 2009. aastal kõigi jaoks peale rasedate ja pensionäride. Uuringud näitavad, et täiskasvanute hambaravi kättesaadavus on eri sissetulekurühmade jaoks väga ebavõrdne ning vaesemad leibkonnad tõenäoliselt kasutavad hambaravi liiga vähe (15). Esmatasandi hambaravi heal kättesaadavusel võib olla oma osa haiguste vältimisel ning see on eriti oluline madalamate ühiskonnakihtide puhul, kelle teadmised ennetavast hambaravist ei pruugi olla väga head ning kelle jaoks hambaravi ei ole nende rahalise olukorra tõttu prioriteet. Üks võimalus on uuesti kehtestada rahaline hüvitis.

Paljud huvirühmad rõhutasid vajadust parandada tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustuskaitset. Mõned soovitasid kehtestada uus tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustuskaitse süsteem, mida rahastavad tööandjad. Leiti ka, et hiljutine reform, mille tulemusena tööandjad peavad tasuma osa ajutise töövõimetuse hüvitiste kuludest, võib neid ergutada töötajate tervise vastu rohkem huvi tundma. Seda huvi võiks veelgi suurendada, kui kaotataks erisoodustumaks tööandja investeeringutelt teenustesse, mille eesmärk on parandada töötajate tervist. Mõlema soovitus eesmärk on ergutada tööandjaid võtma suuremat vastutust töötajate tervise eest ja parandama töökeskkonna ohutust. Tööandjate rahastataval tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustuskaitsele on küll selged eelised, kuid mõned intervjueeritavad olid mures sellega kaasnevate täiendavate tööjõukulude pärast. Pärast intervjuusid otsustas valitsus kehtestada tööõnnetuste ja kutsehaiguste erakindlustuskaitse, kuid otsuse rakendamise ajakava ei ole veel paika pandud. Erisoodustumaksu kaotamist tuleb kaaluda ettevaatlikult, sest probleemiks võib osutuda õiglus eri liiki töötajate suhtes (nt kui tööandja rahastatud soodustused piirduvad tippjuhtkonnaga ega ole kättesaadavad kõigile töötajatele). Et mitte põhjustada või suurendada töötajate ebavõrdsust, pakuvad mõned riigid tööandja rahastatud soodustustele maksuvabastust üksnes juhul, kui soodustust võimaldatakse ettevõtte kõigile töötajatele (95).

Hüvitiste määr ja omaosalus

Hüvitiste määr tähendab hüvitiste kulu seda osa, mille katab kolmandast isikust maksja (käesoleval juhul haigekassa). Omaosalus vähendab haigekassa hüvitiste määra ning on oluline õigluse seisukohalt, nagu käsitletud 3. peatükis. Huvirühmad üldiselt ei toetanud omaosaluse suurendamist ei omaosalustasude kaudu ega ka hüvitatavate teenuste vähendamise kaudu. Vähesed intervjueeritavad, kes pooldasid erarahastamise osa teatavat suurendamist, eeldasid, et see tuleneb eraravikindlustuse laiendamise ja mitte suurema omaosaluse arvelt. Mõned

intervjueeritavad arvasid, et omaosalus ei ole pakiline küsimus, sest nende arvates pakuvad haigekassa ravimihüvitised kroonilistele haigetele piisavat finantskaitset, või nad pooldasid inimeste suuremat vastutust oma tervise ja sellega seotud kulude eest. Ei ole aga tõenäoline, et olemasolevate omaosalustasude suurendamine ja uute kehtestamine aitaks rahalist jätkusuutlikkust tagada.

On väga vähe tõendeid selle kohta, et (suurema) omaosaluse kehtestamine tervishoiuteenustele ärgitaks inimesi oma tervise eest paremini hoolitsema või vähendaks ainult ebavajaliku arstiabi kasutamist. Pigem näitavad uuringud, et omaosalus on meede, mis vähendab nii vajalike kui ka mittevajalike tervishoiuteenuste kasutamist; peale selle avaldab see negatiivset mõju vaesemate inimeste, eriti laste tervisele (99–101). Ei ole tõendeid ka selle kohta, et omaosalus aitaks pikas perspektiivis kulusid ohjata (101, 102). Tegelikult on tõendeid, mis viitavad, et omaosaluse kehtestamine teatavatele terviseteenustele võib kulusid suurendada, sest inimesed valivad tasuta, kuid kulukamad arstiabivormid – samamoodi, nagu tekitab väärstiimuleid kindlustamata inimestele tasuta vältimatu abi andmine, kuid esmatasandi arstiabile tasu kehtestamine.

Veidi üle poole intervjueeritavatest leidis, et erasektori kulutused tervishoiule on juba jõudnud kriitilise ülempiirini, on teiste Euroopa riikidega võrreldes kõrged ja neid ei tohiks suurendada. Nende arvates on omaosalus tervishoiuteenuste kättesaadavust takistav tegur ja kahjustab eelkõige vaesemate ja eakamate leibkondade ning krooniliste haigete finantskaitset, eriti seoses hambaravi ja ravimitega. Seega väljendati teatavat toetust omaosaluspoliitika parandamisele.⁵⁹

Praeguse omaosaluspoliitika muutmine oleks kasulik mitmel põhjusel. Esiteks, nagu mõned intervjueeritavad tunnistasid, on omaosalus (20,4% kogukuludest 2007. aastal) võrreldes enamiku EL 15 riikide ja mõne EL 12 riigiga⁶⁰ suur (ehkki see on ligilähedane EL 27 keskmisele, mis on 20,7%). Peale selle, ehkki omaosalus on alates 1997. aastast kahes kolmandikus ELi liikmesriikides vähenenud, on see Eestis hoopis kahekordistunud (10,6%-lt 1997. aastal 20,4%-ni 2007. aastal). Need kaks asjaolu ei oleks iseenesest probleemiks, kuid nagu 3. peatükis mainitud, paneb omaosalus haavatavatele ühiskonnakihtidele raske finantskoorma. 2007. aastal kulutas 19 200 leibkonda rohkem kui 40% oma kasutada jäävast sissetulekuosast tervishoiuteenuste omaosalusele (15). Seega on omaosaluspoliitikal nähtavasti oluline osa finantskaitse kahjustamises.

Praegune poliitika on ka keerukas, eriti ambulatoorsete retseptiravimite puhul, ning võib olla patsientide jaoks segadust tekitav. Keerukus aga on vastuolus eesmärgiga tagada riikliku maksupoliitika lihtsus. Tähtis on see, et ambulatoorsete retseptiravimine poliitika ei saavuta üht oma põhieesmärki, nimelt kutsu patsiente kasutama töhusamaid ja odavamaid (sageli geneerilisi) ravimeid. On tõendatud, et paljudele patsientidele kirjutatakse välja ja nad ostavad 50% soodustusega ravimite nimekirjas olevaid ravimeid, mis on ühtaegu vähem

⁵⁹ Praegu kehtib omaosalus perearsti koduvisiitide, ambulatoorsete retseptiravimite, ambulatoorsete eriarsti vastuvõttude ja haiglaravi puhul.

⁶⁰ Näiteks Prantsusmaal, Hollandis ja Luksemburgis 5–6%, Tšehhis, Taanis, Saksamaal, Iirimaal, Sloveenias ja Ühendkuningriigis 11–13% ning Austrias, Soomes ja Rootsis 15–19%.

kulutõhusad ja kallid, kuigi neile võiks välja kirjutada suurema (75% või 90%) soodustusega ravimeid. Haigekassa uuringud näitavad, et 2007. aastal kirjutati kõigest 50% juhtudel välja Eestis kõige sagedamini kasutatava ravimi Ramiprili (kasutatakse kõrge vererõhu ja südamepuudulikkuse raviks) geneeriline versioon. Isegi juhul, kui välja kirjutati toimeaine, väljastati 70% juhtudel originaalravim. Kui välja kirjutati originaalravim, asendas apteeker selle geneerilise ravimiga ainult 15% juhtudel. Seega väljastati ainult 20% väljakirjutatud Ramiprili geneerilise ravimina.

Ambulatoorsete retseptiravimite puhul on omaosalus vajalikust palju suurem mitmel põhjusel: kohustusliku geneeriliste ravimite väljakirjutamise poliitika nõrk (või isegi olematu) rakendamine, perearstide ebasobiv ravimivalik, apteekrite väärstiimul müüa kallimaid ravimeid ning patsientide halb informeeritus. Omaosaluspoliitika karistab patsiente selle eest, et perearstid ei järgi suuniseid ja apteekrid saavad kallimate ravimite müümisega apteegi sissetulekut suurendada. Haigekassa on arvutanud, et kõrgvererõhuravimite⁶¹ ratsionaalse kasutamise korral maksaksid patsiendid ravimite kulust 24%. Praegu makstakse 50% soodustusega ravimite kulust 63% ning 75% või 90% soodustusega ravimite hinnast 42% (vt allpool). See säästaks tõenäoliselt ka haigekassa kulusid (nagu märgitud 3. peatükis).

Omaosaluspoliitika täiustamise valikuvõimalused:

- lihtsustada poliitikat nii, et see oleks kergesti mõistetav; praegune poliitika on keerukas ja võib kahjustada läbipaistvust;
- tagada poliitika järjekindlus, muuta see sihipärasemaks ja kasutada rohkem otseseid (vabastused, ülempiirid) või kaudseid (geneeriliste ravimite väljakirjutamine) kaitsemehhanisme;
- kaotada ambulatoorsete retseptiravimite omaosalus (nagu tehti Hollandis 2007. aastal);
- kehtestada omaosaluse vabastused vaestele ja suurel hulgal tervishoiuteenuseid kasutavatele isikutele (nt kroonilistele haigetele), nagu tehakse paljudes ELi liikmesriikides;
- kehtestada iga-aastane omaosaluse ülempiir inimese kohta (absoluutsummana või leibkonna sissetuleku osatähtsusena).⁶²

Muud võimalused erasektori eelmaksete kaasamiseks

Väga vähesed intervjueeritavad soovitasid ergutada (peamiselt) rikkaid panustama tervisesse rohkem ning pakkuma neile vastutasuks suuremaid hüvesid, sh suuremaid valikuvõimalusi. Välja pakuti kaks lähenemisviisi.

• Eraravikindlustus

Üks intervjueeritav oli kindlal seisukohal, et haigekassa hüvitatavate teenuste valikut tuleks kitsendada, et laiendada eraravikindlustuse rolli, mööndes, et eraravikindlustus soodustaks tõenäoliselt kahekihilist lähenemisviisi ega aitaks kaasa tõhusale ressursikasutusele. Üks intervjueeritav soovitas kehtestada ravijärjekordade garantiid ja kasutada maksusoodustusi, et ergutada kiiremat ravi võimaldava täiendava eratervisekindlustuse arengut. Selle

⁶¹ Kuna puuduvad tõendid, et 50% soodustusega kõrgvererõhuravimid oleksid sama tõhusad kui 75% või 90% soodustusega ravimid, puudutaks ravimite ratsionaalne kasutamine neid 75% või 90% soodustuse nimekirjas olevaid ravimeid, mille hind on piirhinnast väiksem.

⁶² Nagu Saksamaal, kus krooniliste haigete puhul on maksimum 1% leibkonna sissetulekust ja kõigi teiste puhul 2%.

valikuvõimaluse peamine põhjendus oli alternatiivi loomine erarastiabi omaosalusele. Rahvusvahelised kogemused näitavad aga, et eraravikindlustuse maksusoodustus on väga regressiivne (103–105). Eraravikindlustuse maksusoodustusest saavad üldjuhul kasu rikkad, eriti kui soodustust antakse marginaalse maksumääraga, s.t kõrgema maksumääraga maksu maksjad saavad suurema maksusoodustuse kui madalama maksumääraga maksu maksjad (näide 4). Peale selle on eraravikindlustuse maksusoodustused sageli valitsuse jaoks kulukad ning rahastavad end harva ise (104). See tähendab, et avaliku sektori tulu oleks kulutõhusam investeerida avaliku sektori rahastatavasse arstiabisse ja mitte kulutada seda rikastele erarastiabi kiiremini kättesaadavaks tegemisele.

Näide 4. Eraravikindlustuse maksusoodustused Ameerika Ühendriikides

Ameerika Ühendriikides kasutatakse maksusoodustusi töandja rahastatava erakindlustuse hinna alandamiseks. Leibkonnad, kelle aastasissetulek ületab 100 000 dollarit, saavad keskmiselt 2780 USD maksusoodustust; 40 000–50 000 USD suuruse aastasissetuleku puhul on keskmine maksusoodustus 1448 USD ning alla 10 000 USD suuruse aastasissetulekuga leibkondade keskmine maksusoodustus on 102 USD (105).

Teine põhjus, miks huvirühma arvates tuleks eraravikindlustust toetada, on haiglatevahelise konkurentsi ergutamine. Teenuseosutajate konkurentsi elavdamiseks ei ole aga eraravikindlustusturu loomine ja toetamine vajalik. Paljudes ELi liikmesriikides konkureerivad avaliku sektori ehk kasumit mittetaotlevad haiglad üksteisega ja kasumit taotlevate erahaiglatega, kusjuures konkurentsimehhanismina kasutatakse mitte eraravikindlustust, vaid põhimõtet „raha järgneb patsiendile”. Inglismaal on haiglate konkurentsi patsientide pärast, ravijärjekordade piiramine ja lisavõimsuse loomiseks eraldatud lisaressursid viimasel kümnel aastal ravijärjekordi oluliselt vähendanud (106–108).

Üldiselt viitab rahvusvaheline kogemus sellele, et eraravikindlustusel ei ole tervisesüsteemi toimimise parandamisest huvitatud poliitikakujundajatele kuigi palju pakkuda, eriti universaalse või peaaegu universaalse kindlustuskaitse korral, nagu see kehtib Eestis. On vähe tõendeid, et eraravikindlustus leevendaks survet avaliku sektori eelarvele. Need harvad juhud, kus eraravikindlustuse osa tervishoiu kogukulude kandmisel on suur, esinevad seadusjärgse omaosalusega turgudel (nt Prantsusmaal ja Sloveenias on eraravikindlustuse osa tervishoiu kogukulude kandmises 13%). Nende turgude olemasolu on aga kaasa toonud kulude nihutamise leibkondadele, mis on tõstatanud tõsist muret õigluse pärast (95).

Ei ole ka tõendeid, et erakindlustajate efektiivsus oleks Euroopas suurem. Pigem vastupidi – enamikus ELi liikmesriikides on eraravikindlustus selleks, et pakkuda oma klientidele suuremat valikut teenuseosutajate, terviseteenuste või haiglamugavuste vahel. Teisisõnu on tegemist luksusturuga. Erakindlustajad ei ole seetõttu soovinud välja arendada strateegilist ostmist, sest nad kardavad piirata tarbijate valikut, mis võib kliente eemale peletada. Seetõttu on erakindlustajad võtnud suuna patsientide või teenuseosutajate passiivsele tagantjärele hüvitamisele ning tasud, mida nad maksavad teenuseosutajatele, on peaaegu alati suuremad kui avaliku sektori läbirääkimiste tulemusena kokku lepitud tasud (95).

• *Meditsiini säästukontod*

Seda valikuvõimalust pooldasid mõned huvirühmad, sest selle abil on võimalik premeerida oma tervise eest hoolitsevaid inimesi ning võimaldada inimestel täiendavate tervisehüvede jaoks raha säästa. Üks selle valikuvõimaluse pooldaja arvas, et vabatahtlikke sääste saab suurendada maksusoodustustega, ülejäänud aga pooldasid kohustuslikku skeemi. Ta tunnistas ka, et on raske otsustada, milliseid hüvesid haigekassa ei peaks hõlmama ja mis peaksid sel juhul olema hõlmatud säästukontodega.

Rahvusvahelised kogemused meditsiini säästukontodega kinnitavad, et inimesi vabatahtlikult säästma meelitada on raske. Kui säästukontod võetakse kasutusele avaliku sektori rahastatava kindlustuskaitse täiendusena, on need kohustuslikud (Singapur, Hiina), kui need on aga välja arendatud eraravikindlustusturu osana, on need ühtaegu vabatahtlikud ja maksusoodustustega tugevalt subsideeritud (Lõuna-Aafrika, Ameerika Ühendriigid) (95). Meditsiini säästukontode pooldajad loodavad, et säästukontod võimaldavad tarbijail muutuda heaperemehelikeks tervishoiuteenuste ostjateks, vähendavad asjatut teenuste kasutamist ja ohjavad kulusid (109), kuid kokkuhoiu kohta on tõendeid vähe. Näiteks Ameerika Ühendriikides ei ole meditsiini säästukontode kavade kulude ohjamisel edukamaks osutunud kui juhitavad tervishoiukavad (ingl k *managed care plans*) (110), Lõuna-Aafrikas ei ole säästukontod aeglustanud eraravikindlustuspreemiate aastast kasvutempot (111). Hiina ühes meditsiini säästukontode katsepiirkonnas tehtud analüüs näitas, et kulude kokkuhoidu pikas perspektiivis ei ole (112). Uemad andmed näitavad ka, et uus süsteem on tekitanud tõkkeid kättesaadavusele. Singapuri valitsus mõistis suhteliselt ruttu, et meditsiini säästukontod tõenäoliselt ei hoiä ära kulude inflatsiooni, ning kehtestasid teenuseosutajate hindadele range kontrolli, mis on kulude ohjamisel arvatavasti edukam olnud kui nõudluse poole kulude jagamise laiendamine (113).

Meditsiini säästukontod on omaosaluse variant. Kuigi ka siin on tegemist eelmaksetega, puudub riskide jagamine. Seepärast tähendaks meditsiini säästukontode kasutuselevõtmine Eestis, kus on haigekassa näol edukalt loodud ühtne, peaaegu kogu elanikkonda hõlmav riskide haldamine, ühe suurema riikliku saavutuse lammutamist ning sellel oleksid negatiivsed tagajärjed õiglusele ja efektiivsusele. Samuti kahjustaks see püüdlusi, mida strateegilise ressursijaotuse ja ostutegevuse kaudu tehakse hinna ja kvaliteedi suhte tagamiseks. Peale selle võivad väikese tervishoiuvajadusega inimesed koguda sääste, mis püsivad pikemat aega kasutamata, seevastu suuremate vajadustega inimestel ei ole oma kontol piisavaid vahendeid. Ajal, mis kasvab krooniliste haigete arv ja valitseb majanduslik ebakindlus, oleks ostja paindlikkuse piiramine ressursside vastavusseviimiseks vajadustega samm tagasi.

Nagu eespool märgitud, võib kindlustuskaitse vähendamine olla ilmne võimalus tervisesektori tulude ja kulude tasakaalustamiseks. Kindlustuskaitse vähendamine ei aitaks aga saavutada rahastamispoliitika eesmäärke. Tunnustades finantskaitse tähtsust (mitte ainult vaesemate leibkondade, vaid kõigi sissetulekurühmade puhul) ning probleeme, mida kätkeb turu avalikes huvides eraravikindlustusele suunamine (eriti arvestades ELi riigiabi ja siseturgu käsitlevaid eeskirju) (114, 115), on paljud ELi liikmesriigid astunud samme kindlustuskaitse laiendamiseks. Mõned sellised algatused on kokku võetud näites 5.

Näide 5. Kindlustuskaitse laiendamine Euroopa Liidus

Prantsusmaa: 2000. aastal laiendas valitsus kindlustuskaitset enam-vähem kogu elanikkonnale, muutes ravikindlustuse saamise õiguse aluseks tööhõivealase staatuse asemel alalise elukoha. Samuti võeti kasutusele täiendava eraravikindlustuse tasuta kindlustuskaitse, mis hõlmab madala sissetulekuga leibkondade kohustuslikku omaosalust.

Holland: 2006. aastal kehtestas valitsus universaalse õiguse kohustuslikule ravikindlustusele. Varem ei olnud avaliku sektori rahastatav kindlustuskaitse kõrgepalgalistele (umbes kolmandik elanikkonnast) kättesaadav, vaid nad pidid kasutama asendavat eraravikindlustust.

Iirimaa: 2006. aastal kehtestas valitsus universaalse õiguse esmatasandi arstiabile (rikkamate leibkondade puhul kehtib piiratud omaosalus).

Belgia: 2008. aastal laiendas valitsus füüsilisest isikust ettevõtjate avaliku sektori rahastatavat ambulatoorse arstiabi kindlustuskaitset. Varem võimaldati füüsilisest isikust ettevõtjatele vaid vabatahtlikku avaliku sektori või erakindlustuskaitset.

Saksamaa: 2009. aastal muutis valitsus ravikindlustuse kogu elanikkonnale kohustuslikuks. Ka eraravikindlustuse eeskirju muudeti rangemaks ning kõrgepalgalistele tehti erakindlustuse valimine raskemaks.

Allikas: Thomson *et al.* (34).

Ressursijaotuse ja ostmise täiustamine

Eesti tervisesüsteemi rahastamispoliitika toimib üldiselt edukalt. 3. peatükis antud hinnangus leiti aga mitu valdkonda, kus ressursijaotuse ja tervise teenuste ostmise protsessi saaks tugevdada. Mitut neist valdkondadest rõhutati 4. peatüki kuluprognosis. Ka huvirühmad olid üldiselt arvamusel, et arenguruumi on, kuigi tunnistati, et tõhustamiseks üksi probleemide lahendamiseks ei piisa. Seega tuleks käesolevas peatükis käsitletavaid valikuvõimalusi kasutada mitte asenduse, vaid täiendusena valitsuse tegevusele avaliku sektori tulubaasi laiendamisel. Enamikku neist valikuvõimalustest käsitleti 3. peatükis. Siin võetakse need kokku kolmes laias kategoorias: killustatuse vältimine, ressursside vastavusseviimine vajadustega ning stiimulite korrastamine kogu süsteemis.

Killustatuse vältimine

Rahastamise killustatust tuleks võimaluse korral vältida, sest see võib kallutada stiimuleid, kahjustada selgust, ähmastada aruandekohustust ja viia ülesannete dubleerimiseni. Eesti ühe haigekassa süsteem on edukalt saavutanud ühtsuse eelarvevahendite keskses juhtimises ja strateegilises ostmises. Rahastamise killustatust esineb peamiselt kindlustamata inimeste vältimatu abi, ulatuslike tervise edenduse ja ennetusprogrammide, hooldusravi ja

kapitalikulude valdkonnas. Mõnes neist valdkondadest on juba edusamme tehtud, nimelt on vastutus kindlustamata inimeste vältimatu abi eest üle viidud kohalikest omavalitsustelt keskvalitsusele, ning on püütud lahendada hooldusravi rahastamise teatavaid väärtiimuleid. Arenguruumi siiski on.

Valikuvariandid rahastamise killustatuse ärahoidmiseks:

- kanda kindlustamata inimeste vältimatuks abiks mõeldud keskvalitsuse vahendid üle haigekassale, kes vastutaks siis kogu vältimatu abi ostmise eest standardreeglistiku kohaselt;
- minna haiguse- või käitumispõhiste rahvaterviseprogrammide vertikaalsest rahastamis-süsteemilt üle kliendile suunatud lähenemisviisile, mis keskendub koordineeritud sekkumistest tõenäoliselt kasu saavatele rühmadele;
- töötada välja igakülgne hooldusravi rahastamise strateegia; haigekassa ravikindlustusega kaetud statsionaarsele hooldusravile hiljuti kehtestatud omaosaluse (15%) eesmärk on kõrvaldada stiimul patsiente hooldusravihaiglatesse vastu võtta ka siis, kui neil arstiabi vaja ei ole. Selle meetme mõju hooldusravi kättesaadavusele tuleb aga jälgida;
- vaadata uuesti läbi kapitalikulude rahastamise otsus, millega 2008. aastal anti vastutus üle keskvalitsusele ja mis ei ole osutunud jätkusuutlikuks. Uus korraldus peaks kaaluma riiklike ja rahvusvaheliste (peamiselt ELi) rahastamisallikate koos kasutamist.

Ressursside vastavusseviimine vajadustega

Tervisevaldkonnas põhjalikult dokumenteeritud turutõrgete tõttu ei saa ressursside jaotust jätta turumehhanismide hooleks (116). Ressursside ja vajaduste vastavusseviimiseks on seetõttu vaja teataval määral keskset planeerimist ja koordineerimist, kuigi institutsiooniline kord on riikides erinev (117, 118). 3. peatükis tehti kindlaks kolm peamist valdkonda, kus praegused ressursijaotusmehhanismid on ebapiisavad (rahvatervis), raiskavad (investeeringud infrastruktuuri ja kallitesse meditsiiniseadmetesse) või mitte piisavalt keerukad (pearahapõhised eraldised piirkondadele). Esimesed kaks neist valdkondadest nõuavad tungivald tähelepanu.

Rahvatervisesse paremate ja suuremate investeeringute tegemise tähtsusest annavad tunnistust mitmed tegurid. Esiteks on oodatav keskmine eluiga Eestis üks Euroopa Liidu madalamaid. See ei ole alates 1980. aastatest pikenenud nii palju, nagu mitmes teises ELi liikmesriigis; sünnimomendil oodatava eluea erinevus naiste ja meeste vahel on Läti ja Leedu järel ELi suurim (119). Teiseks, nagu märgitud 4. peatükis, on üha rohkem tööendeid tervislikust vananemisest saadava kasu kohta (77). Kolmandaks on üha rohkem tööendeid ka tervisesse investeerimise positiivsest majanduslikust mõjust, nagu on rõhutatud Tallinna hartas (120). Seetõttu peaks sotsiaalministeerium algatama tiheda koostöö teiste ministeeriumidega, et tagada piisavad investeeringud rahvaterviseprogrammidesse ja ennetustöösse ning edendada igakülgse tervishoiu poliitikat, mis võiks samuti aidata leevendada krooniliste haiguste koormusega seonduvat survet kuludele.

Nõrk kontroll infrastruktuuri, kallitesse meditsiiniseadmetesse ja uude tervisetehnoloogiasse tehtavate investeeringute üle on rahalise jätkusuutlikkuse seisukohalt ilmselgelt suurem

probleem, nagu näidatud 3. peatükis. Selle valdkonna üle on tõhustamiseks ja kulude kasvu ohjamiseks vaja tugevamat järelevalvet. Tegutsemiseks on muu hulgas järgmised võimalused:

- lahendada haiglate ülevõimsuse probleem haiglavõrgu arengukava täieliku rakendamise abil;
- töötada välja tugevam strateegia, et suunata investeeringuid haiglate infrastruktuuri ja seda kujundada;
- kehtestada keskne poliitika haiglate kallitesse meditsiiniseadmetesse tehtavate investeeringute ohjamiseks.

Stiimulite korrastamine kogu süsteemis

3. peatükis tehti kindlaks valdkonnad, mille toimimist võivad kahjustada vastuolulised stiimulid või stiimulid, mis ei ole soovitud tulemuse saavutamiseks piisavalt tugevad. Eriti ilmne on see kolmes valdkonnas: ravimite ratsionaalne kasutamine (käsitatud eespool), esmatasandi arstiabi tugevdamine ja haiglaravilt ambulatoorsele ravile ülemineku toetamine.

Kuigi esmatasandi arstiabis on alates 1990. aastatest tehtud olulisi edusamme, on siiski veel arenguruumi. Näiteks krooniliste haigete pääsu eriarstide juurde ei reguleeri perearstid, kuid kui perearsti „väravavahi” funktsioon täielikult rakendada, võib see parandada selle keskse patsientide rühma arstiabi koordineerimist. Selleks, et perearstid võtaksid endale arstiabi koordineerimise ülesande kogu tervisesüsteemi ulatuses, on neil vaja tugevamat suunamist, stiimuleid ja toetust.

Haigekassa on küll teinud teatavaid edusamme ambulatoorsele ravile üleminekul, samas pärsvad neid pingutusi teenuseosutajate tasustamise ja kindlustuskaitsega seotud vastuolulised stiimulid. Praegused tasustamisviisid annavad haiglaravi puhul suurema kasumi kui päeva- või piirkonnapõhisele ravi puhul, samas kui kindlustamata inimeste perearstiabile juurdepääsu puudumine toob tõenäoliselt kaasa vältimatu abi ja haiglaraviteenuste paratamatu kasutamise. Paremad stiimulid ja kindlustuskaitse võimaldaks arstiabi anda sobival tasandil.

Juhtimise tugevdamine

Ehkki hiljutine analüüs ei leidnud tervisesüsteemi juhtimises olulisi puudujääke (28), on küsimusi, mis nõuavad tähelepanu. Esiteks saaks olemasolevat korraldust tugevdada riikliku tervishoiupoliitika eesmärkide abil. Ilma nendeta on raske jälgida ja hinnata eri institutsioonide edusamme, mis vähendab läbipaistvust, nõrgendab aruandekohustust ja võib pärssida tulemusi. See on valdkond, kus sotsiaalministeerium peaks võtma juhtrolli. Teiseks peaks valitsus tugevdama kontrolli haiglate ja füüsilisest isikust ettevõtjatest arstide üle. Eespool märgiti vajadust suurendada kesksest kontrolli haiglate investeeringute üle ning paremini suunata perearste ja esmatasandi arstiabi süsteemi. Siinkohal võiks sotsiaalministeeriumile kasuks tulla tihe koostöö haigekassaga. Kolmandaks olid paljud huvirühmad skeptilised keskvalitsuse usaldusväarsuse suhtes tervishoiuresursside jaotamisel. Sellele probleemile

tuleb kindlasti tähelepanu pöörata, eriti kui keskvalitsus võtab endale tulevikus rohkem ülesandeid tervisesüsteemi rahastamisel.

Ravikindlustuse puhul näib praegune korraldus olevat optimaalne ning huvirühmad märkisid, et haigekassa tegevus on kompetentne. Haigekassa ei ole mitte ainult teinud märkimisväärseid jõupingutusi oma ressursside haldamisel, strateegilise ostmise oskuste arendamisel ja läbipaistvalt tegutsemisel, vaid on püüdnud reageerida ka patsientide vajadustele ja võtnud avalikku vastutust (28, 121). Tänu sellele toimib ühe haigekassa süsteem hästi ning mitme konkureeriva haigekassa mudelile üleminekust ei tõuseks arvatavasti kokkuvõtteks mingit tulu. Oleks aga heaperemehelik kaitsta haigekassa sõltumatust ja lahendada võimalikud huvide konfliktid nõukogu liikmete vahel. Süsteemile tervikuna tuleks kasuks ka see, kui haigekassa investeeriks rohkem teenuseosutajate tegevuse järelevalvesse ja hindamisse.

7. Soovitused

Käesoleva peatüki soovitused tulenevad aruandes tervisesüsteemi rahastamispoliitikale antud hinnangust ning huvirühmade nimetatud valikuvõimalustest. Soovitusi andes lähtusime järgmistest kriteeriumidest:

- kuidas need aitavad kaasa tervisesüsteemi eesmärkide saavutamisele,
- kas neil on huvirühmade märkimisväärne toetus,
- kas need kajastavad tervisesüsteemi aluseks olevaid väärtusi,
- kas need on poliitiliselt teostatavad.

Eelmises peatükis vaadeldud võimaluste hulgast jäi mitmeid kõrvale sellepärast, et need ei täida esimest kriteeriumi. Näiteks jääb selgelt kõrvale kindlustuskaitse ulatuse lihtviisiline vähendamine. Kindlustuskaitse ulatuse vähendamine vastavalt eeldatavatele tuludele võib tunduda kõige lihtsam viis rahalise jätkusuutlikkuse saavutamiseks. Sellised üldised kärped ei lahendaks seejuures rahastamispoliitika ees seisvaid probleeme, vaid pigem takistaksid tervisesüsteemi oluliste eesmärkide saavutamist.

Aruandes ei soovitata rahalise jätkusuutlikkuse saavutamiseks laiendada eraravikindlustust ega muid eelrahastamise vorme nagu isiklikud säästukontod, mille tooks kaasa kindlustuskaitse ulatuse vähendamine. Sellised valikud ei parandaks nende inimeste finantskaitset, kelle jaoks juba on tervishoiuteenuste kättesaadavusel suured tõkked, näiteks ambulatoorsete retseptiravimite puhul. Eraravikindlustuse laiendamine suurendaks ka administreerimise keerukust ja kulusid, kuid ei lisaks efektiivsust ega vähendaks survet ravikindlustuse eelarvele.

Avaliku sektori tulubaasi laiendamine

Senine rahastamise korraldus on taganud tervisesüsteemile stabiilsed tulud. Seepärast soovitatakse aruandes mitte muuta praeguse süsteemi põhielemente: sihtotstarbeline ravikindlustusmaks, ravikindlustusvahendite keskne juhtimine ning ühe haigekassa süsteem. Sellegipoolest leidsid peaaegu kõik huvirühmade esindajad, et avaliku sektori tulubaasi on vaja laiendada kapitali- ja tarbimismaksude abil. Mõned olid ka arvamusel, et kui ravikindlustuse kulude katmisel osaleksid kõik, kel on tagatud kindlustuskaitse – eeskätt eakamad inimesed –, paraneks üldsuse arvamus tervisesüsteemi õiglusest. Mõlemat nimetatud probleemi silmas pidades ja mõistes, et paljud eakad inimesed on oma tööelus ravikindlustussüsteemi juba panustanud või ei suudaks praegu seda väikeste pensionide tõttu rahaliselt teha, antakse aruandes järgmised soovitused.

- Pensionäride eest peaks ravikindlustusmaksu maksma riigieelarvest.
- Õigluse huvides tuleks sotsiaalmaks kehtestada ka kapitaliinvesteeringutelt saadavatele dividendidele, sest eelistades raha välja võtta eeskätt dividendides, saavad investorid vältida osaliselt sotsiaalmaksu maksmist, samas aga on neile tagatud ravikindlustuskaitse. Kuigi

sellisest muudatusest mõjutatud isikute arv on suhteliselt väike, ei ole kohane käsitleda pensionäre ainsa elanikerühmana, kes süsteemis ebaõiglust tekitavad, kui mitmed teised, tõenäoliselt paremini toime tulevad elanikerühmad, panustavad ravikindlustusse samuti vähe või ei panusta üldse. Dividendide sotsiaalmaksustamine lahendaks praeguse ebavõrdsuse tööjõu ja kapitali osaluses tervisesüsteemi rahastamisel.

- Mehhanismid, millega eraldatakse tulusid riigieelarvest haigekassasse, peavad olema stabiilsed ja läbipaistvad. Kui seda ei tehta täiendavate sihtotstarbeliste maksude (või maksuosade) abil, peaks valitsus sätestama vahendite eraldamiseks selge valemi, mis vähendab kõikumisi aastate lõikes.

Finantskaitse parandamine omaosaluse piiramise teel

Eesti tervisesüsteem tagab teatava solidaarsuse rikkamate ja vaesemate, töötavate ja mittetöötavate ning tervemate haigemate inimeste vahel. Süsteem tagab tasuta üldarstiabi ja piiratud omaosalusega eriarstiabi õiglase kättesaadavuse. Huvirühmad avaldasid tugevat poolehoidu solidaarsusele ning peaaegu kõik pidasid seda Eesti tervisesüsteemi üheks põhiliseks tugevuseks. Viimastel aastatel kiiresti kasvanud omaosalus ning geneeriliste ravimite väljakirjutamise ja väljastamise poliitika nõrk rakendamine on vähendanud finantskaitset ja õiglust rahastamisel ning tekitab ebaefektiivsust. Teenuste kättesaadavuse parandamiseks ning õigluse ja efektiivsuse suurendamiseks antakse aruandes järgmised soovitused.

- Sotsiaalministeerium ja haigekassa peaksid kiiresti tõhustama tegevust ratsionaalse ravimikasutuse soodustamiseks. Tuleks luua rahalised ja muud stiimulid geneeriliste ravimite kohustuslikuks väljakirjutamiseks. Näiteks võiks arstidelt nõuda, et nad maksaksid teatava osa väljakirjutatud originaalravimi hinnast (kui geneeriline variant on olemas), mis hüvitatakse neile juhul, kui nad oma otsust piisavalt põhjendavad. Samuti tuleks apteekritele ette näha geneerilise asendamise kord.
- Sotsiaalministeerium ja haigekassa peaksid üle vaatama omaosaluspoliitika tervikuna, alustades ambulatoorsete retseptiravimite omaosalusest, mis kõige enam puudutab vaesemaid ja eakamaid leibkondi. Poliitikat tuleks lihtsustada, see tuleks muuta sihipärasemaks ning tugevdada tuleks nii otseseid kui ka kaudseid kaitsemehhanisme. Samuti tuleks kehtestada vaestele ja suurel hulgal teenuseid kasutavatele isikutele täiendavaid soodustusi. Ratsionaalse ravimikasutuse soodustamisega saavutatav sääst tasakaalustaks selliste soodustuste kasutuselevõtu kulud.
- Sotsiaalministeerium peaks jätkama finantskaitse jälgimist tervisesüsteemis ja tagama, et üldarstiabi jääks endiselt tasuta kättesaadavaks.
- Valitsus peaks üle vaatama ravikindlustushüvitiste paketi ning laiendama kindlustuskaitset tõhusatele teenustele, nagu näiteks täiskasvanute hambaravi. Valitsuse 2007. aasta otsus laiendada ravikindlustuskaitset pikaajalistele registreeritud töötutele näitab riigi valmisolekut adekvaatselt reageerida olukorrale.

Tervisesüsteemi toimivuse parandamine eelarvevahendite otstarbeka jaotamise ja strateegilise ostmise abil

Rahvusvahelised organisatsioonid nagu WHO ja Maailmapank on oma arvukates aruannetes tunnustanud Eesti tervisesüsteemi head toimivust ja arengut võrreldes teiste riikidega. Ka haigekassa tegevust on rahvusvaheliselt tunnustatud. Sellest hoolimata on tõhustamiseks võimalusi veel, näiteks parandades investeerimist ja ressursside jaotamist. Suurem efektiivsus aitab kaasa paremate tulemuste saavutamisele, kuid ei ole siiski piisav tulude-kulude vahe katmiseks. Kui efektiivsuse suurendamisest avalikkust arusaadavalt informeerida, on võimalik veenda patsiente, üldsust ja poliitikuil selles, et süsteemis kasutatakse vahendeid vastutustundlikult. Tervisesüsteemi efektiivsuse suurendamiseks antakse aruandes järgmised soovitusel.

- Sotsiaalministeerium peab jätkama haiglavõrgu ülemäärase võimsuse vähendamist, viies tervikuna ellu haiglavõrgu arengukava, ning jõulisemalt juhtima haiglate infrastruktuuri investeringuid ja arengut. Parema strateegia toetaks pigem tervisesüsteemi kui üksikute haiglate eesmärke.
- Samuti peaksid sotsiaalministeerium ja haigekassa rohkem kontrollima kallitesse meditsiiniseadmetesse tehtavaid investeringuid. Tugevam järelevalve infrastruktuuri ja seadmetesse tehtavate kapitaliinvesteringute üle aitab suurendada efektiivsust ja hoida kulude kasvu kontrolli all.
- Arvestades, et Eestis on oodatav keskmine eluiga (eriti meeste puhul) lühike, ning teades tervisliku vananemise olulisust ja terviseinvesteringute positiivset majanduslikku mõju, peaks sotsiaalministeerium tegema tihedat koostööd teiste ministeeriumidega, et tagada piisavad investeringud rahvatervise programmidesse ja haiguste ennetamiseks. Terviseetemade arvestamine kõigis poliitikavaldkondades aitaks ohjata ka kroonilistest haigustest tingitud kulude kasvu.
- Sotsiaalministeerium peaks koostöös haigekassaga suurendama esmatasandi osa tervisesüsteemis. Näiteks tuleks tugevdada perearstide värvavahi ja koordineerija rolli, et nemad juhiksid patsiendi liikumist läbi kogu tervisesüsteemi. Parandada tuleks esmatasandi strateegilist juhtimist ja aruandekohustust ning laiendada üldarstiabi tasuta kättesaadavust kogu elanikkonnale (mitte ainult ravikindlustusega isikutele).
- Sotsiaalministeerium ja haigekassa peaksid tegema koostööd ka ratsionaalse ravimikasutuse olemasolevate strateegiatega rakendamisel ning asjaomaste uute strateegiatega, näiteks arstidele ja apteekritele mõeldud rahaliste ja muude stiimulite väljatöötamisel.
- Haigekassa peaks rakendama teenuseosutajate tasustamismeetodeid, mis soodustavad üleminekut haiglaravilt ambulatoorsele ja päevaravile.
- Rahastamisotsuste tegemisel tuleks üha enam tugineda teenuste osutamise tulemuslikkuse võrdlevale hindamisele ja kulutõhususele, kasutades näiteks tervisetehnoloogiate hindamist.

Tervisesüsteemi tugeva juhtimise säilitamine

Haigekassa juhtimisstruktuur on juba praegu suhteliselt tugev, usaldusväärne ja läbipaistev. Et seda tugevust säilitada, antakse aruandes järgmised soovitused.

- Haigekassa peaks jätkama ja tõhustama teenuseosutajate tegevuse jälgimist ja hindamist eriti kliiniliste tulemusnäitajate osas. Investeeringud e-tervise süsteemi võivad kaasa aidata kliinilise kvaliteedi tõstmisele, sest sellega paraneb infovahetus ning väheneb analüüside ja uuringute dubleerimine.
- Sotsiaalministeerium peaks haigekassa kõrval võtma juhtiva rolli kogu tervisesüsteemi strateegilise suuna näitamisel, tagades tervisesüsteemi piisava rahastamise (eelkõige selliste valdkondade osas, nagu kiirabi ja rahvaterviseprogrammid, mida rahastatakse riigieelarvest), toetades teisi institutsioone nende ülesannete täitmisel ning edendades aruandekohustust ja terviseetmadega arvestamist kõigis teistes poliitikavaldkondades.
- Võttes arvesse Tallinna hartas „Tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks” kokkulepitud suunda, peaks sotsiaalministeerium tegema tihedamat koostööd rahandusministeeriumiga, et rõhutada tervisesüsteemi tehtavate investeeringute positiivset mõju majandusele, ning tagama selleks piisavad vahendid.
- Eesti ühe haigekassa süsteem toimib hästi ja seda ei tohiks nõrgestada või asendada mõne konkurentsipõhise mudeliga. Valitsus peaks püüdma kõigiti vältida tervisesüsteemi rahastamise edasist killustumist, mis tekitab ebaefektiivsust ja loob vastuolulisi stiimuleid. Killustatuse esinemisel – näiteks rahvaterviseprogrammide ja kiirabi rahastamisel – peaks sotsiaalministeerium võtma juhtiva rolli, et tagada tõhus koordineerimine.

Lisa 1. Kokkuvõte 3. aprillil 2009 Tallinnas toimunud seminarist

Taust

Eesti Haigekassa koostab 2009. aastal koostöös sotsiaalministeeriumi ja WHO Euroopa Regionaalbürooga põhjaliku analüüsi Eesti tervisesüsteemi rahalisest jätkusuutlikkusest keskpikas ja pikas perspektiivis.

Analüüsitakse järgmisi teemasid: Eesti tervisesüsteemi rahastamise alused; kuidas rahastamise põhimõtted ja väärtused on suunanud sotsiaalse ravikindlustussüsteemi arengut riigis; kuidas eri huvirühmad tõlgendavad rahastamise põhimõtteid ja väärtusi ning millist suhtelist tähtsust nad neile omistavad; kas põhimõtted ja väärtused on aja jooksul muutunud ning milline võiks olla muutuste mõju riikliku ravikindlustussüsteemi edasisele arengule; tervisesüsteemi rahastamise toimivus ja võime vastata tulevikuprobleemidele. Vaadeldi ka ELi poliitika laiemat mõju Eesti tervisesüsteemi rahastamisele.

Aprillis toimunud seminar algas huvirühmade ja ekspertide aruteluga tervisesüsteemi rahastamise aluseks olevate väärtuste üle. Arutelu tulemused olid aluseks analüüsi järgmise etappide kavandamisele. Aruteluks valmistumiseks esitati osalejatele eelnevalt kolm küsimust.

Avasõnade põhisõnumid

Kõik osalenud rõhutasid analüüsiprotsessi olulisust ja õigeaegsust ning seda, et pikaajaline jätkusuutlikkus tekitab muret juba enne praegust majandusolukorda, kuid nüüd on need endisest veelgi teravamalt päevakorral. Rõhutati ka pikaajalise lähenemise olulisust, sh praeguse finantskriisi tingimustes ja seoses eurosooni nõuete täitmisega. Samas on viimastel kuudel läbi viidud hulk muudatusi (nt ravimite käibemaksu tõus, rahvaterviseprogrammide rahastamise märgatav vähendamine, ravikindlustuskulude vähendamine eelkõige eriarstiabi osas, tööealiste hambaravihüvitiste kaotamine, akumuleerunud ravikindlustuse reservi kasutamise piiramine ning 1. juulil 2009 jõustuvad muudatused töövõimetushüvitiste süsteemis). Nende otsuste pikaajalised tagajärjed riigi, ravikindlustuse ja teenuseosutajate eelarvele ning elanikkonna tervisele on esialgu ebaselged.

Pikemas perspektiivis on Eesti elanikkonna vananemine suur väljakutse praegusele rahastamissüsteemile, mille laekumised põhinevad suurel osal tööhõivel. Töötavate inimeste arvu vähenemine võrreldes mittetöötavate arvuga vähendab tulevikus tulubaasi. Tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkust tuleks hinnata laiema, võttes arvesse kõiki tervishoiukulusid: ravikindlustust, riigieelarvest kaetavaid teenuseid, rahvatervise programme, kohalike omavalitsuste osa ja patsientide omaosalust.

Ettekannete põhisõnumid

Oluline on, et jätkusuutlikkust ei peetaks eesmärgiks iseeneses. See kallutaks tähelepanu kõrvale tervisesüsteemi rahastamise peaeesmärkidelt, mida tuleks jätkusuutlikkuse nõudest tulenevaid piiranguid arvestades täita võimalikult suures ulatuses. Kui jätkusuutlikkust käsitataks süsteemi eesmärgina, siis annaks tulemusi lihtne kulude kärpimine. Sellega kaasneksid aga muidu välditavad kõrvalmõjud inimeste tervisele ja vajadustele vastamisele ning finantskaitsesele. Lahendusi otsides tuleks silmas pidada süsteemi eesmarke ja põhiväärtusi, kuid võtta arvesse ka riigi üldist taustsüsteemi (maksu- ja eelarvepoliitika, avaliku sektori roll jne).

Euroopa riigid erinevad üksikisest eelarvepoliitika ning tervishoiu käsituses olevate avaliku ja erasektori vahendite ja nende jaotuse poolest. Siiski võib viimastel aastatel märgata teatud suundumusi. Esiteks, kindlustuskaitse ulatus on laienenud, hõlmates paiguti kogu elanikkonda, sh sotsiaalse ravikindlustusega riikides nagu Saksamaa, Holland ja Prantsusmaa, kus kindlustuskaitse aluseks on tööhõive asemel saamas elukoht. Sellele lisanduvad tulubaasi laienemine mitmesugustele tululiikidele ja struktuurilised muudatused, mis toetavad teenuste ostmiseks vajalike vahendite keskset juhtimist. Teiseks, eraravikindlustuse osatähtsus on Euroopa Liidus väike, kattes enamasti alla 5% kogu tervishoiukuludest. Kolmandaks, elanikkonna vananemine suurendab kulusid suhteliselt vähe, võrreldes tehnoloogiliste uuenduste ja meditsiinipraktika muutustega. Neljandaks, riigid püüavad suurendada tervishoiukuludega saavutatavat lisaväärtust, selle asemel et keskenduda ainult kulude piiramisele.

Ettekannetele järgnenud aruteludes soovitasid osalejad teiste riikide kogemustesse suhtuda ettevaatlikult. Tuleb mõista konteksti, milles teiste riikide reformid on toimunud, ja hinnata hoolikalt nende sobivust Eestile. Samas pidasid paljud osalejad oluliseks võimalust teistelt õppida ja nende vigu vältida.

Samuti märgiti, et väiksem avalik sektor, mõõdetuna osatähtsusest SKPs, ei tähenda tingimata avaliku sektori väiksemat osa tervishoiusektori rahastamisel või madalamaid tervishoiukulusid. ELis leidub vastupidiseid näiteid (Tšehhi, Sloveenia) selle kohta, kuidas vaatamata avaliku sektori vahendite vähenemisele on avaliku sektori investeeringute osatähtsus tervishoius kasvanud. Teisest küljest ei näita tervishoiukulude tase seda, millist väärtust pakub süsteem elanikkonnale.

Osalejate hinnangud Eesti tervisesüsteemi rahalisele jätkusuutlikkusele

Pärast rahvusvaheliste kogemuste arutamist vaadeldi Eesti tervisesüsteemi rahastamise põhimõtteid ja väärtusi, praegust olukorda ning demograafilise arengu edasist mõju sellele. Ettekande lõpetuseks esitati mitu võimalikku viisi tervisesüsteemi tulubaasi ja toimivuse suurendamiseks. Osalejatel paluti avaldada arvamust Eesti tervisesüsteemi rahalisele jätkusuutlikkuse kohta.

Osalejad olid üksmeel, et praegune rahastamissüsteem toimib hästi ja selle korralduslik külg on taganud stabiilse rahastamise. Siiski rõhutati korduvalt vajadust kohandada süsteemi keskpikas ja pikas perspektiivis. Jätkusuutlikkust võib mõista erinevalt, kuid arutelu käigus leiti, et see ei olene ainult rohkemast rahast, vaid eelkõige on oluline tulubaasi pikaajaline stabiilsus, mis võimaldab sektorit arendada ja tagada elanikkonnale teenused, hoides kulud ja tulud tasakaalus ning kulutades mõistlikult.

Rõhutati, et headel aegadel (nagu viimase viie aasta majanduskasvu perioodil) ei ole eestlased mõelnud kuigi palju sellistele põhiväärtustele nagu solidaarsus. Ressursid võimaldasid individualismi, ilma et see ohustaks oluliselt tervisesüsteemi finantskaitset ja ümberjaotamise taset. Täheldatud on solidaarsuspõhimõtte mõningat nõrgenemist, kuid poliitika kujundamisel on see jäänud tähelepanuta. Osalejad pidasid siiski väga tõenäoliseks, et järgmistel aastatel suureneb toetus solidaarsusele ja vahendite ümberjaotamisele. Kui suur hulk inimesi kaotab töö (töötus on suurenenud esimest korda 15 aasta jooksul) ja vajab ühiskondlikku toetust, võib riigi ümberjaotav roll saavutada kogu elanikkonna suurema poolehoidu ning solidaarsuse tähendus muutub selgemaks. Samuti märgiti, et ravikindlustussüsteemi käivitamisest alates on solidaarsus olnud keskne väärtus, mida toetavad nii poliitikud kui ka avalikkuse rahulolu andmete kohaselt enamik inimesi.

Praegune rahastamissüsteem on olnud poliitikute otsustest suhteliselt sõltumatu. Seda peeti süsteemi tugevuseks, kuna usk poliitikute võimesse teha selgeid ja stabiilseid otsuseid on väike. Värskeim näide on haiglate kapitalikulude rahastamine, mida valitsus toetas riigieelarvest 2008. aastal, kuid mitte 2009. aastal. Samasugused näited on vähendanud usaldust otsustajate suhtes. Sellest tulenevalt toetati tulude stabiilsuse tagamiseks sihtotstarbelise maksubaasi põhimõtet.

Lisaks rõhutati tervisesüsteemi jätkusuutliku rahastamise olulise eeltingimusena institutsioonilist struktuuri (haigekassa). Praegune struktuur on võimaldanud tervisesüsteemil majanduskriisiks ja tulubaasi kõikumisteks valmistuda, sest reservide kogumine võimaldab lühiajaliste probleemidega toime tulla. Otsus mitte lubada tervisektoril eelarvepoliitiliste prioriteetide tõttu reserve kasutada toob siiski esile selle süsteemi ühe nõrga külje. Leiti, et väga vajalik on avalik sõltumatu asutus, mis võib juhtida läbipaistvat arutelu. Lisaks mainiti tugevusena keskselt juhitavate vahendite olemasolu, mis on oluline elanikkonnale tervishoiuteenuste ostmiseks ja killustatuse vältimiseks.

Hinnates praegust rahastamiskorraldust, mis põhineb suuremas osas otsestel maksudel (nt sotsiaalmaks) ja väikemas osas kaudsetel maksudel, tuleb hoolikalt kaaluda võimalikke lisavahendite allikaid. Väljendati selget vajadust laiendada ravikindlustussüsteemi tulubaasi ning eelistati sihtotstarbelist rahastamist. Kuidas seda korraldada, vajab läbimõtlemist ja kaalumist. Mainiti tulumaksubaasi laiendamist, tervist kahjustavate kaupade sihtotstarbelist aktsiisimaksu, eraldisi riigieelarvest jm.

Erakindlustust ei peetud oluliseks lisarahastamise allikaks, sest see ei ole arenenud isegi senistes soodsates tingimustes (õiguslikud ja muud tingimused, nagu suhteliselt kõrge ravimite ja hambaravi omaosalus). Rõhutati, et potentsiaalsetel erakindlustuse ostjatel on piisavad ressursid omaosaluse tasumiseks ning kiiremat ravilepääsu võimaldav suhtevõrgustik. Üks mõte oli töötada välja vanemaealiste inimeste vabatahtlik ravikindlustus, mis aitaks katta hooldusravi vajadused.

Süsteemi efektiivsuse suurendamist peeti äärmiselt oluliseks lähituleviku ülesandeks, kuna rahastamine ei suurene ja investeringute kontrollitavus on probleem. Samal ajal märkisid osalejad vajadust tegelda pikaajalise jätkusuutlikkusega demograafiliste muutuste ja muude kulused suurendavate tegurite tõttu. Nimetati mõningaid teenuste osutamise sektori valdkondi, milles oleks võimalik efektiivsust suurendada. Esiteks, täielikult tuleks rakendada haiglavõrgu reform aktiivravihaiglate osas ja arendada välja piisav hooldusravi võrk käsikäes sotsiaalsektori pakutavate toetussüsteemidega. Teiseks, keskne roll ravi koordineerimisel, krooniliste haiguste ravis ning tervise edendamisel ja haiguste ennetamisel peaks olema hästikorraldatud perearstisüsteemil. Kolmandaks, ravimihindu saaks reguleerida paremini. Neljandaks, paremini on vaja kontrollida ja koordineerida haiglatele tipp tehnoloogiliste seadmete soetamist. Osalejad olid üksmeelel, et avaliku sektori ostujõud peab olema suurem ja teenuseosutajaid on vaja rohkem motiveerida. Märgitigi siiski, et hüvitiste paketi vähendamine (teenuste väljaarvamise või omaosaluse suurendamise teel) ei ole teostatav.

Kokkuvõte

Seminaril esitati mitmesuguseid seisukohti tervisesüsteemi praeguse rahastamise kohta ning nii tuludel kui ka kuludel põhinevaid valikuid rahastamise jätkusuutlikkuse saavutamiseks. Tervisesektori esindajad ja arvamusiidrid rõhutasid tervisesüsteemi pikaajalise rahastamise selge analüüsi ja kontseptsiooni vajalikkust.

Lisa 2. Kokkuvõte 20. oktoobril 2009 Tallinnas toimunud seminarist

Taust

Eesti Haigekassa on koostöös sotsiaalministeeriumi ja WHO Euroopa Regionaalbürooga koostanud põhjaliku analüüsi Eesti tervisesüsteemi rahalisest jätkusuutlikkusest keskpikas ja pikas perspektiivis.

Analüüsiprotsess algas aprillis toimunud esimese seminariga, kus osalema palutud huvirühmade esindajad ja eksperdid arutlesid tervisesüsteemi rahastamise aluseks olevate väärtuste üle. Arutelu tulemusi kasutati analüüsi järgmiste etappide kavandamisel. Oktoobris toimus teine seminar, kus tutvustati esialgseid tulemusi ja kavandatud aruande soovitusi ning arutati neid huvirühmade esindajate, küsitletud inimeste ja ekspertidega. Seminari eesmärk oli pakkuda võimalust analüüsi tulemuste ja järelduste heakskiitmiseks. Soovitusi arutati põhjalikult, et saavutada ühine arusaam.

Kavandatud aruande peamiste soovitude lühikokkuvõte

Koostatava aruande eesmärk on hinnata tervisesüsteemi praeguse rahastamise toimivust, teha kindlaks peamised pikaajalised probleemid ning pakkuda välja võimalusi rahastamispoliitika tugevdamiseks, pidades silmas Eesti tervisesüsteemi alusväärtusi. Aruande töörühma ettekanded käsitlesid järgmisi teemasid:

- aruande eesmärgid, meetodid ja sisu;
- huvirühmade arvamuste kokkuvõte;
- hinnang tervisesüsteemi rahastamisele;
- tervishoiukulude prognoosid;
- muudatused tervisesüsteemi rahastamises, makromajanduslik taust ja võimalused prognoositava tulude-kulude vahe katmiseks;
- võimalused muutusteks;
- soovitused.

Aruande soovitused põhinevad rahastamispoliitika mitmekülgisel hindamisel ning kajastavad praegusi väärtusi ja poliitilist teostatavust. Selleks et jõuda loogiliselt peamiste soovitusteni, vaadeldi suurt hulka andmeid. Aruande esimene soovitus on laiendada prognoositava tulude ja kulude vahe katmiseks avaliku sektori tulubaasi ning vähendada sõltumist tööhõivest põhinevast rahastamisest. Seda võimaldaks ravikindlustusmaksu maksmine pensionäride eest ja dividendide maksustamine sotsiaalmaksuga. Teine soovitus on ohjata finantskaitse parandamiseks patsientide omaosalust, kehtestades omaosaluse ülempiiri, ning muuta omaosaluse põhimõtted sihipärasemaks, vabastades vaesemad leibkonnad ja suurel hulgal raviteenuseid kasutavad isikud omaosalusest. Peamise omaosalust suurendava teguri ohjamiseks tuleks soodustada ratsionaalset ravimikasutust. Kolmas soovitus on parandada tervisesüsteemi efektiivsust, kontrollides paremini investeeringuid (haiglate

võimsusse, hooldusraviteenustesse ja kõrgtehnoloogilistesse seadmetesse) ning kasutades tervishoiuteenuste strateegilist ostmist. Teenuste ostmise parandamiseks tuleks kasutada mitut võimalust. Näiteks tuleb suurendada ambulatoorse ravi osatähtsust võrreldes haiglaraviga ning perearstide rolli patsiente suunamisel tervisesüsteemis. Samuti tuleb rakendada skeemid ravitasandite omavaheliseks koordineerimiseks ning kasutada otsustamisel rohkem tervisetehnoloogiate hindamist. Neljas soovitus on täiustada usaldusvääruse tagamiseks kogu tervisesüsteemi juhtimist, arvestades et praegune ühe autonoomse teenuste ostja süsteem (haigekassa) toimib hästi ja on sellisena rahvusvaheliselt tunnustatud. Viiendaks soovitatakse investeerida rahvatervise programmidesse, et toetada tervislikku vananemist. Tegevusetuse hind on kõrge ning analüüs kinnitab selgelt, et praegu ja lähiaastatel tehtavad otsused mõjutavad tervishoiukulusid pika aja jooksul.

Osalejate arvamused koostatava aruande tulemuste ja soovitude kohta

Kõik osalejad nõustusid, et praegune aruanne, mis sisaldab hinnangut praegusele poliitikale ja soovitusi, on väärtuslik ja oluline samm edasise tegevuse kavandamisel. Peeti väga oluliseks, et tervishoiusektorit ei käsitletakс kogu sotsiaalsüsteemi ühe osana, et katta ravikindlustuse reservidest puudujääke sotsiaalsüsteemi eelarves. Rahvusvahelised kogemused tõendavad, et sõltumatud ravikindlustussüsteemid toimivad paremini kui need, mis on sotsiaalsüsteemiga integreeritud. Enamikus sotsiaalsüsteemi osades (nt pensionisüsteemid) võib kriisi ajal kulusid piirata süsteemi toimimist pikemaks ajaks halvamata, kuid tervisesektor on haavatavam.

Seminaril küsiti, kas lisarahastamise järele on tööpoolest vajadus või saab eelarve puudujäägi ületada süsteemi efektiivsust tõstes. Mõisteti, et isegi kui efektiivsuse suurendamiseks on veel mõningaid võimalusi, ei lahendaks see pikaajalise jätkusuutlikkuse probleemi ning tuleb leida täiendavaid tuluallikaid. Küsimus on puudujäägi suurus, mitte selle olemasolu. Rõhutati, et üks võimalus süsteemi tõhustada on tugevdada kesket kontrolli infrastruktuuri ja kallitesse meditsiiniseadmetesse tehtavate investeeringute üle. Teenuseosutajad soovivad suurendada oma turuosa, parandades kapitaliinvesteeringute abil oma konkurentsivõimet ja suurendades sellega tervishoiuteenuste nõudlust.

Patsientide arvamus ja ootused on olulised. Kiiresti on vaja arendada võimalusi patsientide juhtimiseks läbi tervisesüsteemi. Lisaks kitsalt raviteenuste pakkumisele tuleks säilitada laiem käsitlus rahva tervisest. Rohkem tähelepanu vajavad nii vastamata vajadused (nt hooldusravi) kui ka kestvad probleemid, nagu HIV/AIDS ja tervisega seotud ebavõrdsus.

Rõhutati solidaarsuse kui tervisesüsteemi rahastamise põhiprintsiibi olulisust. Toodi näiteid teiste Euroopa riikide kohta, kus käesoleval sajandil on süsteemi aluseks solidaarsus: Belgia, Tšehhi, Prantsusmaa, Iirimaa ja Holland. Sellegipoolest näitab patsientide omaosaluse suurenemine solidaarsuspõhimõtte vaikset nõrgenemist, mis kujutab juba lähitulevikus probleemi.

Rahalise jätkusuutlikkuse probleemi tõsiseltvõetava pikaajalise lahendusena nähti tulubaasi laiendamist, makstes pensionäride eest ravikindlustusmaksu riigieelarvest. Samas rõhutati

maksusüsteemi hoolika läbimõtlemissel tähtsust, kuna on olnud juhtumeid, kus riigi sissetulek on olnud aastaid fikseeritud, ilma et neid rasketel perioodidel korrigeeritaks või peatataks. Seetõttu peaks pensionäride eest tehtavaid makseid olema võimalik suurendada ja need peaksid stabiilsuse tagamiseks olema sihtotstarbelised. Märgiti ka, et selline skeem ei tohiks tähendada pensionide lisamaksustamist.

Kokkuvõte

Eesti on suutnud kasutada seniseid keerulisi perioode raskete otsuste tegemiseks ning soodsaid perioode arenguks. Seega võib praegust majanduslanguse perioodi võtta võimalusena tervisesüsteemi paremale toimimisele tugeva ja ühtse aluse loomiseks ning tulevikukriisideks valmistumiseks. Tegevusetus läheb kalliks maksma. Kui puudub poliitiline tahe avalikku rahastamist suurendada, tõuseb surve omaosaluse suurendamiseks ja elanikkonna finantskaitse väheneb.

Lisa 3. Intervjuuküsimused

Tervisesüsteemi rahastamise hetkeolukord

Eesti tervisesüsteemi praegune rahastamine põhineb nii palgalt makstavatel maksudel, üldistel maksudel, omaosalustasudel kui ka eraravikindlustusel.

1. Millised on tervishoiu praeguse rahastamissüsteemi tugevused ja nõrkused?
2. Kas teie arvates töötab praegune rahastamissüsteem hästi?
3. Kas midagi (kui üldse) tuleks muuta?
4. Kas teie arvates on praegune rahastamissüsteem õiglane?
5. Ligikaudu 5% elanikest on ravikindlustusega täielikult katmata ning saab kasutada ainult piiratud määral kiirabi- ja terviseteenuseid. Kas see on vastuvõetav? Kui EI OLE, siis kuidas seda probleemi lahendada?
6. Kas ravikindlustuseta isikutele pakutavate teenuste valik on piisav? Kui EI OLE, siis missugused teenused peaksid olema kõigile kättesaadavad (riigi poolt)?
7. Kas rahvaterviseprogramme ja ennetustegevust, näiteks immuniseerimist, tuleks rahastada pigem riigieelarvest (kui sihtotstarbelise maksu või haigekassa kaudu)?
8. Kas praeguste hüvitiste taset tuleks mingil moel muuta? Kas on teenuseid, mida hüvitised praegu ei kata, aga PEAKSID katma? Kui JAH, siis kuidas tuleks lisateenuseid rahastada? Kas on teenuseid, mida hüvitised praegu katavad, aga mida EI PEAKS katma? Kui JAH, siis kuidas otsustada hüvitise kaotamine?
9. Viimase kümne aasta jooksul on omaosalus tõusnud 14%-lt 22%-ni tervishoiu kogukuludest. Kas omaosalus vähendab tervishoiuteenuste kättesaadavust? Kui JAH, siis mida tuleks teha, et tervishoiuteenuste kättesaadavust parandada? Kui EI, siis põhjendage oma vastust.
10. Eraravikindlustusel on Eestis praegu väike roll. Kas eraravikindlustuse rolli tuleks laiendada? Kui JAH, siis kuidas (kirjeldage rolli, asjaomaseid hüvitisi, inimeste motiveerimist või maksuvabastusi)? Kui EI, siis põhjendage oma vastust.
11. Kas praegu on riiklikud ja erasektori tervishoiukulutused sobivas suhtes (75% riiklik ja 25% erasektor)? Kas toetaksite süsteemi, mis pakub rohkem, kuid suurema omaosalusega teenuseid, VÕI süsteemi, mis pakub vähem, kuid kõigile (tasuta) kättesaadavaid teenuseid?
12. Kuidas muutub teie arvates riikliku ja erarahastamise suhe tulevikus?
13. Kas teie arvates tahaksid inimesed tervisele rohkem kulutada? Kui JAH, siis kuidas: riiklikult (kõrgemate maksudega) või eraviisiliselt (omaosalusega/eraravikindlustusega)? Kui riiklikult, siis missugust lisamaksustamisviisi peate teostatavaks: sihtotstarbeline tööjõumaks (sotsiaalmaks), tulumaks, alkoholi- või tubakaaktsiis, käibemaks, dividendide sotsiaalmaks või pensionide kui sissetuleku maksustamine? Missugune mõju võib sellel olla muudele majandusvaldkondadele?

14. Kui arvate, et riigi kulutused tervishoiule peaksid suurenema, kas jätaksite selle valitsuse otsustada, kui palju lisaraha on igal aastal vaja, või eelistaksite sihtotstarbelisi lisatulusid?

Tervisesüsteemi rahastamise ees seisvad probleemid

15. Missugused on pikas perspektiivis Eesti tervisesüsteemi rahastamispoliitika ees seisvad põhiprobleemid? Missugune neist on kõige tähtsam?
16. Kas teie arvates on praegune rahastamissüsteem võimeline nende probleemidega hakkama saama?
17. Kas need probleemid on seotud avaliku rahastamise eest seisvate probleemidega laiemalt?
18. Kuidas tuleks praegust rahastamissüsteemi muuta, et nimetatud probleeme lahendada?
19. Missuguseid muudatusi on veel vaja (näiteks väljaspool tervisesektorit)?

Väärtused ja eesmärgid

20. Kuidas kirjeldaksite Eesti ühiskonna põhiväärtusi? Kas need väärtused kajastuvad tervisesüsteemi praeguses rahastamises?
21. Kas tervise valdkonna rahastamissüsteemile omased väärtused on aja jooksul muutunud?
22. Kas laiemad ühiskondlikud väärtused on teie arvates muutumas? Kui JAH, kuidas peaks see mõjutama tervisesüsteemi rahastamist?
23. Kuivõrd teie arvates rahvas toetab tervisesüsteemi rahastamise aluseks olevat solidaarsuspõhimõtet? Kas see toetus on aja jooksul olnud püsiv? Kas see võiks tulevikus muutuda?
24. Kas Eesti tervisesüsteem on efektiivne? Kui efektiivsust saaks tõsta, siis millistes valdkondades näete raiskamist või efektiivsuse tõstmise võimalust?

Viited

1. Atun, R. *et al. Estonian health system: analysis of the strengths, weaknesses, opportunities and threats*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
2. Couffinhal, A., Habicht, T. *Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
3. DG ECFIN, EPC Ageing Working Group. *The 2009 ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Brussels: European Commission and Economic Policy Committee, 2009.
4. Vörk, A., Jesse, M., Roostalu, I. *Eesti tervisesüsteemi rahastamise finantsjätkusuutlikkus*. Tallinn, PRAXIS, 2005.
5. Cichon, M. *et al. Modelling in health care finance. A compendium of quantitative techniques for health care financing*. Geneva: International Labour Organization, 1999.
6. Roováli, L. *Development of scenarios for health expenditure in Estonia, final report of the 'Ageing, health status and determinants of health expenditure (AHEAD)' project*. Tartu, University of Tartu, 2007.
7. Kutzin, J. *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*. Health Policy, 2001. 56(3): 171–203.
8. Kutzin, J. *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Geneva, World Health Organization, 2008.
9. WHO. *The World Health Report 2000. Health systems - improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
10. WHO. *National Health Accounts (NHA)*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/nha/en/>, vaadatud 19. jaanuaril 2010).
11. Eesti Haigekassa. *Aastaruanded* (<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/aruanded>, vaadatud 10. veebruaril 2010).
12. WHO. *European Health For All (HFA) database [online-andmebaas]*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, vaadatud 10. veebruaril 2010).
13. Tervise Arengu Instituut (TAI). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas*, Tallinn, 2010 (<http://www.tai.ee/>).
14. Habicht, J. *et al. Detecting changes in financial protection. Creating evidence for policy in Estonia. Health Policy and Planning*, 2006, 21: 421-431
15. Vörk, A., Saluse, J., Habicht, J. *Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007. Health Financing Technical Report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
16. Eurostat. *Statistical data [online-andmebaas]*. Brussels, European Commission, 2009 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database).
17. Eesti Statistika [veebileht]. Tallinn, Statistikaamet, 2010 (<http://www.stat.ee/>, vaadatud 10. veebruaril 2010).

18. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. *Employment in Europe 2004*. Brussels, European Commission, 2005.
19. Vörk, A. et al. *Tax-benefit systems in the new Member States and their impact on labour supply and employment*. Tallinn, PRAXIS, 2007 (PRAXIS Working Paper No 26).
20. Maksu- ja Tolliamet, *Dividende võib teatud juhul maksustada palgana* [pressiteade], 3. juuni 2009 (<http://www.emta.ee/joustus&tpl=1026>, vaadatud 27. jaanuaril 2010).
21. OECD. *Estonia*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (OECD Economic Surveys, Volume 2009/3, April 2009).
22. IMF. *Republic of Estonia: 2009 Article IV Consultation*, concluding statement. Tallinn, International Monetary Fund, 2009.
23. Eesti Haigekassa. Statistika [veebileht]. Tallinn, Eesti Haigekassa, 2010 (<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika>, vaadatud 7. jaanuaril 2010).
24. Koppel, A. et al. *Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes*, 2008, 10(1): 1-312.
25. WHO. *WHO Statistical Information System: health system resources* [online-andmebaas]. Geneva, World Health Organisation, 2009 ([http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=\[Indicator\].\[HSR\].Members](http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=[Indicator].[HSR].Members), vaadatud 24. veebruaril 2010)
26. Habicht, J., et al. *OOPs in Estonia: an object for concern?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Tervisesüsteemi rahastamise töödokument).
27. Kanavos, P. et al. *Review of the pharmaceutical sector with a view to developing a national medicines policy in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
28. Jesse, M. *Governance of the health system, health insurance fund and hospitals in Estonia - opportunities to improve performance*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
29. Vörk, A., Paulus, A., Poltimäe, H. *Maksupoliitika mõju leibkondade maksukoormuse jaotusele*. Tallinn, PRAXIS Center for Policy Studies, 2008 (PRAXIS Working Papers 42/2008).
30. Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 2006, 174(2): 177-183.
31. Van Doorslaer, E., Masseria, C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Teoses *Towards high performing health systems: policy studies*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004.
32. Kutzin, J., Cashin, C., Jakab, M., eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (ilmumas).
33. Rice, N., Smith, P.C. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. *Milbank Quarterly*, 2001, 79(1): 81-113, IV.
34. Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009 .

35. Ministry of Health Welfare and Sport. *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2008.
36. Department of Health. *Resource allocation: weighted capitation formula, sixth edition*. London, Department of Health, 2008.
37. Van de Ven, W.P.M.M., Ellis, R.P. Risk adjustment in competitive health plan markets. Teoses Newhouse, J.P., Culyer, A.J., eds. *Handbook of health Economics*. Amsterdam, Elsevier, 1999.
38. Van de Ven, W.P.M.M. *et al.*, Risk adjustment and risk selection in Europe: six years later. *Health Policy*, 2007. 83(2–3): 162–179.
39. Rechel, B., Wright, S., McKee, M. Translating hospital services into capital asset solutions. Teoses Rechel, B. *et al.*, eds. *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
40. Rechel, B. *et al.* *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92354.pdf>, vaadatud 22. jaanuaril 2010).
41. OECD. *Health Data 2009*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
42. Riigikontroll. *Riigikontrolli aruanne Riigikogule*. Tallinn, Riigikontroll, 2008.
43. Velasco-Garrido, M., Busse, R. *Health technology assessment: An introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
44. Sorenson, C., Drummond, M., Kanavos P. *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
45. Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. Teoses Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E., eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Buckingham, Open University Press, 2005.
46. Maynard, A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
47. Atun, R. *Evaluation of the Primary Health Care reforms in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
48. UCSF-Stanford Evidenced-based Practice Center. Refinement of the HCUP Quality Indicators. *Agency for Healthcare Research and Quality. Technical Review*, 2001, 4 (http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/technical/qi_technical_summary.pdf, vaadatud 22. jaanuaril 2010).
49. Ansari, Z., Laditka, J., Laditka, S. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Medical Care Research and Review*, 2006. 63: 719-741.

50. Hewitt P. *Improve health care by reducing unnecessary emergency admissions* [pressiteade]. London, Department of Health, 2006 (<http://www.networks.nhs.uk/networks.php?pid=277>, vaadatud 22. jaanuaril 2010).
51. Gravelle, H. *et al.* Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*, 2007, 334: 31.
52. Boaden, R. *et al.* *Evercare evaluation: final report*. Manchester, National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, 2006.
53. De Silva, D., Fahey, D. England. Teoses Nolte, E., Knai, C., McKee, M., eds. *Managing chronic conditions: experiences in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
54. Starfield, B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
55. Hofmarcher, M.M., Oxley, H., Rusticelli, E. *Improved health system performance through better care coordination*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007 (OECD Health Working Paper No. 30).
56. Pomerleau, J., Knai, C., Nolte, E. The burden of chronic disease in Europe. Teoses Nolte, E., McKee, M., eds. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008.
57. Bodenheimer, T. Coordinating care - a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358(10): 1064-1071.
58. WHO. *How to develop and implement a national drug policy*, second edition. Geneva, World Health Organization, 2001.
59. National Health Service. Prescriptions dispensed in the community, statistics for 1998 to 2008: England [veebileht]. London, National Health Service, 2009 (<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/prescriptions/prescriptions-dispensed-in-the-community-statistics-for-1998-to-2008-england>, vaadatud 23. jaanuaril 2010)
60. National Health Service. *Electronic drug tariff*. London, National Health Service, 2009 (http://www.ppa.org.uk/edt/October_2009/mindex.htm, vaadatud 23. jaanuaril 2010).
61. Wan, Y. *New drug tariff prices for omeprazole, ramipril, simvastatin and fluoxetine*. London, National Health Service, 2005 (<http://www.nelm.nhs.uk/en/NeLM-Area/News/484195/484196/484215>, vaadatud 23. jaanuaril 2010).
62. Coale, A. How a population ages or grows younger. Teoses Freedman, R., ed. *Population: the vital revolution*. New York, Doubleday, 1964.
63. Leone, T. How can demography inform health policy? *Health Economics, Policy and Law*, 2010, 5(1): 1-11.
64. Eesti Statistika. *Eesti võimalik rahvaarv ja vanuskoosseis aastani 2050*. Tallinn, Statistikaamet, 2007.
65. Newhouse, J.P. Medical care costs: how much welfare loss? *The Journal of Economic Perspectives*, 1992, 6(3): 3-21.

66. Ginsburg, P.B. *High and rising health care costs: Demystifying U.S. health care spending*. Princeton, N.J., The Robert Wood Johnson Foundation, 2008 (*Research Synthesis report No. 16*; <http://www.rwjf.org/files/research/101508.policysynthesis.costdrivers.rpt.pdf>, vaadatud 23. jaanuaril 2010).
67. Dormont, B., Grignon, M., Huber, H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*, 2006, 15(9): 947-963.
68. Seshamani, M., Gray, A. *Age, proximity to death and future demands on the NHS*. London, Office of Health Economics, 2004.
69. Seshamani, M., Gray, A. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age and Ageing*, 2004, 33: 556-561.
70. United States Congressional Budget Office. *The long-term outlook for health care spending*. Washington, DC, United States Congressional Budget Office, 2007.
71. OECD. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (Economics Department Working Papers No. 477).
72. Zweifel, P., Felder, S., Meiers, M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics*, 1999, 8(6): 485-496.
73. Zweifel, P., Felder, S., Werblow, A. Population ageing and health care expenditure: new evidence on the "red herring". *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 2004, 29(4): 652-666.
74. Weaver, F. *et al.* Proximity to death and participation in the long-term care market. *Health Economics*, 2009, 18(8): 867-883.
75. Lubitz, J.D., Riley, G.F. Trends in Medicare payments in the last year of life. *New England Journal of Medicine*, 1993, 328(15): 1092-1096.
76. Fries, J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303(3): 130-5.
77. Rechel, B. *et al.* *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health-Systems and Policies, 2009 (Health Systems and Policy Analysis Brief No. 10).
78. Schieber, G.J., Maeda, A. A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. Teoses Schieber, G.J., ed. *Innovations in health care financing*. Washington, DC, World Bank, 1997.
79. Cutler, D., McClellan, M. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs*, 2001, 20(5): 11-29.
80. Thomson, S. *et al.* *Addressing financial sustainability in health systems*, Policy summary for the Czech European Union Presidency Ministerial Conference on the Financial Sustainability of Health Systems in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
81. Anderson, G.F. *et al.* It's the prices, stupid: Why the United States is so different from other countries. *Health Affairs*, 2003, 22(3)89-105.

82. Busse, R., Van Ginneken, E., Normand, C. Re-examining the cost pressures. Teoses Figueras, J., ed. *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (ilmumas).
83. Busse, R. Being responsive to citizens' expectations? The role of health services in responsiveness and satisfaction. Teoses Figueras, J., ed. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (ilmumas).
84. Eesti Haigekassa. *Majandusaasta aruanne*. Tallinn, Eesti Haigekassa, 2009.
85. Mutual Information System on Social Protection (MISSOC). Comparative tables on social protection: situation on 1 July 2009 [veebileht]. Brussels, European Commission, 2010 (http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en, vaadatud 26. jaanuaril 2010).
86. Zaidi, A. *Poverty risks for older people in EU countries – an update*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2010 (http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1657, vaadatud 11. veebruaril 2010).
87. Leppik, L. Vörk, A. Pension reform in Estonia. Teoses Fultz, E., ed. *Pension Reform in the Baltic States*. Budapest, International Labour Organization, 2006.
88. Chevreur, K., Durand-Zaleski, I. *Health system review: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (ilmumas; Health Systems in Transition Series).
89. Sandier, S., Paris, V., Polton, D. *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
90. Wagstaff, A. et al. Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: Personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics*, 1999, 72(1): 73–98.
91. Wagstaff, A. et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 1999, 18(3): 263–290.
92. Wörz, M., Foubister, T., Busse, R. Access to health care in the EU Member States. *Euro Observer*, 2006, 8(2).
93. Sekhri, N., Savedoff, W. Private health insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(2): 127–134.
94. OECD. *Private health insurance in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004.
95. Thomson, S., Mossialos, E. *Private health insurance in the European Union*. Brussels, European Commission Directorate-General of Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009 (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/studies_on_health_care_en.htm, vaadatud 27. jaanuaril 2010).
96. Thomson, S. Mossialos, E. Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*, 2006, 16(4): 315–327.

97. Thomson, S., Mossialos, E., Evans, R.G., eds. *Private health insurance and medical savings accounts: history, politics, performance*. Cambridge, Cambridge University Press (ilmumas).
98. Wittenberg, R., Sandhu, B., Knapp, M. Funding long-term care: the public and private options. Teoses Mossialos, E. et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
99. Newhouse, J.P., The Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, Harvard University Press, 1993: 489.
100. Lohr, K.N. et al. Effect of cost sharing on use of medically effective and less effective care. *Medical Care*, 1986, 24(9 Suppl): S31-38.
101. Rice, T., Morrison, K.R. Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform. *Medical Care Review*, 1994, 51(3): 235-87.
102. Gemmill, M., Thomson, S., Mossialos, E. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *International Journal of Equity in Health*, 2008, 2(7): 12
103. Evans, R.G. Financing health care: taxation and the alternatives. Teoses Mossialos, E. et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
104. Emmerson, C., Frayne, C., Goodman, A. Should private medical insurance be subsidised? *Health Care UK*, 2001, 51(4): 49-65.
105. Sheils, J., Haight, R. The cost of tax-exempt health benefits. *Health Affairs*, 25 February 2004 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w4.106v1/DC1>, vaadatud 28. jaanuaril 2010).
106. Cooper, Z. et al. *Does hospital competition save lives? Evidence from the recent English NHS choice reforms*. London, London School of Economics and Political Science, 2010 (LSE Health Working Paper Series).
107. Cooper, Z. et al. Equity, waiting times, and NHS reforms: Retrospective study. *BMJ*, 2009, 339(32): b3264.
108. Bevan, G., Hood, C. Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ*, 2006, 332 (18 February): 419-422.
109. Scheffler, R.M., Yu, W. Medical savings accounts: A worthy experiment. *European Journal of Public Health*, 1998, 8: 274-278.
110. Glied, S. Health savings accounts in the United States. *Euro Observer*, 2008, 10(4): 5-6.
111. McLeod, H., McIntyre, D. *Medical savings accounts in South Africa*. *Euro Observer*, 2008, 10(4): 7-9.
112. Yi, Y. Maynard, A. Medical savings accounts in China. *Euro Observer*, 2008, 10(4): 2-14.
113. Asher, M., Ramesh, M., Maresso, A. Medical savings accounts in Singapore. *Euro Observer*, 2008, 10(4): 9-11.

114. Thomson, S., Mossialos, E. Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. *Journal of European Integration*, 2007, 29(1): 89-107.
115. Thomson, S., Mossialos, E. Private health insurance and the Internal Market. Teoses Mossialos, E. *et al.*, eds. *Health systems governance in Europe: the role of EU law and policy*. Cambridge, Cambridge University Press, 2010.
116. Rice, T. *The economics of health reconsidered*, second edition. Chicago, Health Administration Press, 1998.
117. Ettelt, S. *et al.* Planning health care capacity: whose responsibility? Teoses Rechel, R. *et al.*, eds. *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
118. Ettelt, S. *et al.* Capacity planning in health care: reviewing the international experience. *Euro Observer*, 2007, 9(1): 1-5.
119. Mladovsky, P. *et al.* *Health in the European Union: trends and analysis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
120. WHO Regional Office for Europe. *The Tallinn Charter: health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/HSM/6_hsc08_edoc06.pdf, vaadatud 12. veebruaril 2010).
121. Habicht, T. Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case of Estonia. Teoses Savedoff, W., Gottret, P., eds. *Governing mandatory health insurance: learning from experience*. Washington, DC, World Bank, 2008.

