

# Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile – kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses?

Ravikindlustuskaitseta inimeste kindlustuskaitse  
katkendlikkuse või puudumise põhjused ja  
võimalused kaitse laiendamiseks



Euroopa Liit  
Euroopa  
Regionaalarengu Fond



Eesti  
tuleviku heaks

2018

*Uuringu tellis Sotsiaalministeerium. Uuring on valminud Euroopa Regionaalarengufondist Valdkindliku teadus ja arendustegevuse tugevdamise programmi (RITA) tegevus 2 „Teadmestepõhise poliitikakujundamise toetamine“ rahastamisel. Uuringu läbiviimisel on uurimisgrupp lähtunud hea teadustava põhimõtetest.*



SOTSIAALMINISTEERIUM

Autorid:

Kaupo Koppel

Magnus Piirits

Märt Masso

Laura Aaben

Maris Vainre

Gerli Paat-Ahi

Tarmo Jüristo

Janek Saluse

Vootele Veldre

**Poliitikauuringute Keskus Praxis** on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tartu mnt 50, Tallinn

tel 640 8000

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Koppel, Piirits, Masso, et al. (2018) Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile — kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses? Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

ISBN 978-9949-507-98-6

## Sisukord

<b>Uuringu tulemuste lühikokkuvõte .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Analüüsi lähtekohad .....</b>	<b>8</b>
1.1. Analüüsis kasutatavad mõisted .....	8
1.2. Kellel on Eestis õigus ravikindlustusele? .....	9
1.3. Milline on Eesti ravikindlustuse kaetus teiste riikidega võrreldes? .....	10
1.4. Kuidas saab katvust laiendada ja mis on selle võimalikud mõjud? .....	11
<b>2. Ravikindlustuse katvus Eestis .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1. Kes on Eestis ravikindlustuseta? .....</b>	<b>14</b>
2.1.1. Püsivalt ravikindlustamata inimesed .....	17
2.1.2. Pikaajaliselt ravikindlustamata inimesed .....	17
2.1.3. Katkendliku kindlustuskaitsega inimesed .....	18
2.1.4. Ravikindlustuse pikaajalise katkestusega inimesed .....	19
2.1.5. Ravikindlustuse lühiajalise katkestusega inimesed .....	19
2.1.6. Püsivalt ravikindlustatud inimesed .....	20
<b>2.2. Mis on ravikindlustamatuse põhjused? .....</b>	<b>20</b>
2.2.1. Töötamisega seotud põhjused .....	20
2.2.2. Kindlustatutega võrdsustamisega seotud põhjused .....	21
<b>3. Ravikindlustuse katvuse laiendamise võimalused Eestis .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1. Poliitikamuudatuse stsenaarium 1. Ravikindlustuse katvuse laiendamine hõive ja sissemakse parameetrite muutmisega .....</b>	<b>24</b>
3.1.1. Probleem .....	24
3.1.2. Eesmärk ja sihtgrupp .....	24
3.1.3. Poliitikamuudatuse sisu .....	26
3.1.4. Muudatuse oodatavad tulemused .....	26
3.1.5. Poliitikamuudatusega kaasnev muu mõju .....	27
<b>3.2. Poliitikamuudatuse stsenaarium 2. Teadlikkuse tõstmine ja käitumise mõjutamine ravikindluse taotlemise suurendamiseks .....</b>	<b>30</b>
3.2.1. Probleem .....	30
3.2.2. Eesmärk ja sihtgrupp .....	30
3.2.3. Poliitikamuudatuse sisu .....	31
3.2.4. Poliitika elluviimise eeldused .....	32
3.2.5. Muudatuse oodatavad tulemused .....	33
3.2.6. Muudatusega seonduvad riskid .....	33
<b>3.3. Poliitikamuudatuse stsenaarium 3. Universaalse ravikaitse kehtestamine .....</b>	<b>35</b>
3.3.1. Probleem .....	35
3.3.2. Eesmärk ja sihtgrupp .....	35
3.3.3. Poliitikamuudatuse sisu .....	35
3.3.4. Residentsuse mõiste sisustamine .....	36
3.3.5. Poliitikamuudatuse oodatavad tulemused .....	37
3.3.6. Mõju süsteemi haldus- ja ravikuludele .....	37
3.3.7. Mõju sotsiaalmaksu laekumisele .....	38
3.3.8. Poliitikamuudatusega kaasnevad riskid .....	39
<b>Uuringu järeldused .....</b>	<b>41</b>
<b>Uuringu soovitused .....</b>	<b>43</b>
<b>Kasutatud kirjandus .....</b>	<b>45</b>
<b>Executive Summary .....</b>	<b>48</b>
<b>Lisa. Uuringu metoodika .....</b>	<b>52</b>



## Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

- 1. Eestis on hinnanguliselt kuni 120 000 tööalist inimest, kellel puudub püsiv Haigekassa ravikindlustus** ja kelle ligipääs riiklikele tervishoiuteenustele on seetõttu piiratud. Ainult 86% Eesti tööalisest elanikkonnast on ravikindlustusega püsivalt kaitstud. EL ja OECD riikide seas jääb Eesti selle näitajaga viimaste sekka.
- 2. Püsiv ravikindlustus puudub sagedamini meestel, parimas tööeas inimestel, muukeelsetel ja madalama haridustasemega Eesti elanikel.** Kui meestel on ravikindlustuse puudumine või olemasolu seotud eelkõige tööandjaga, siis naistel on kindlustamatuse põhjuste spekter laiem. Meestest oluliselt sagedamini on naiste ravikindlustuse katkemine seotud vanemlusega.
- 3. Valdav osa Eesti ravikindlustamata inimestest on katkendliku kindlustuskaitsega.** Ravikindlustuse katkemise enam levinud põhjused saab jaotada kaheks: 1) töötamisega seotud põhjused ja 2) ravikindlustussüsteemi sisenemise keerukus.
- 4. Ravikindlustuse puudumise tööeluga seotud põhjused on vaeghõive, petturlikud töövormid ja deklareerimata töö** ehk olukorrad, kus a) inimese töösuhe on lühiajaline või katkendlik; b) inimese palgatulu on ebastabiilne või ebapiisav; c) inimese töötamine on vormistatud viisil, mis ei anna ravikindlustuskaitset, näiteks ümbrikupalk, töötasu vormistamine ettevõtlustuluna jms.
- 5. Inimesed ei ole piisavalt teadlikud või motiveeritud kasutama sotsiaalsüsteemi „uksi“, mille kaudu on võimalik ravikindlustussüsteemi siseneda.** Seetõttu jäävad kindlustuseta elanikud, kelle küll oleks õigus ravikindlustusele (näiteks läbi töötustaatuse), kuid kes jätavad selle võimaluse kasutamata — nii teadmatusest kui teadliku otsusena.
- 6. Ravikindlustuse puudumist tingib ka tänase süsteemi keerukus** — kindlustuskaitse aluseid on palju, need on kohati ebaselged, neid on riigil keeruline hallata ja elanikel teada. Seega ei ole mõistlik teha praegust süsteemi veelgi spetsiifilisemaks, vaid vaadata põhimõtteliste muudatuste poole, mis teeksid süsteemi lihtsamini hallatavaks ja mõistetavaks.
- 7. Praeguse ravikindlustussüsteemi peenhäälestamisega saab katvust suurendada ca 1% võrra.** Eesti inimeste kindlustamatuse põhjused on sedavõrd erinevad, et nende kaotamiseks tuleks disainida hulganisti erinevaid poliitikameetmeid. See aga teeks tänase süsteemi veelgi keerulisemaks. Analüüsis välja pakutud kaks võimalikku süsteemi peenhäälestamise varianti (vt pt 3.1 ja 3.2) aitaksid lahendada kõige selgemini välja joonistuvaid kindlustamatuse probleeme, kuid ka nende poliitikate edukas rakendamine ei aitaks kindlustuskatvust piisaval määral suurendada.
- 8. Ravikindlustuse katvust aitab märkimisväärselt suurendada ainult liikumine universaalse ravikaitse süsteemi poole.** Tegu oleks põhimõttelise muutusega, sest riiklikule tervishoiusüsteemile ligipääsuks ei peaks inimesed tegema enam oma töötasust sisse makseid (nn ostma ravikindlustust), vaid õigus riiklikele tervishoiuteenustele kaasneks automaatselt residendi staatusega. Kõiki elanikke hõlmava ravikaitse süsteemi loomine eeldab põhimõtteliste muudatuste tegemist tervishoiu rahastamises ja riigi maksusüsteemis. Millised on Eestile jõukohased sammud ja tempo universaalse ravikaitse poole liikumisel — see vajab tulevikus põhjalikumalt analüütilist lahtimõtestamist ja ühiskondlikku arutelu.

## 1. Analüüsi lähtekohad

Käesolevas uuringus analüüsitakse Eesti ravikindlustuskaitseta inimeste kindlustuskaitse puudumise põhjuseid ja võimalusi ravikindlustuskaitse tagamiseks võimalikult paljudele inimestele.

Uuringu tellis sotsiaalministeerium selleks, et saada otsustustuge elanikkonna kaetuse laiendamiseks solidaarse ravikindlustusega. Uuringus eristub kolm peamist uurimisülesannet:

1. Kirjeldada kehtiva solidaarse ravikindlustusega kaetuse olukorda Eestis, pöörates seejuures peamist tähelepanu ravikindlustamata ja ebaregulaarselt ravikindlustusega kaetud rühmadele ja nende ravikindlustuse puudumise või ebapüsivuse põhjustele (pt 2).
2. Töötada välja poliitikastenaariumid, mis on suunatud ravikindlustamata ja ebaregulaarselt ravikindlustusega kaetud rühmade hõlmamiseks püsiva ravikindlustusega ning hinnata valitud poliitikastenaariumite teostatavust ja potentsiaalset mõju, sh ravikindlustuse eelarvele ja maksulaekumisele (pt 3).
3. Töötada välja poliitikasoovitused ravikindlustussüsteemi katvuse edasiseks arendamiseks (pt „Soovitused“).

### 1.1. Analüüsis kasutatavad mõisted

Praeguses aruandes kasutame tervishoiuteenustele ligipääsemise alusest rääkides kaht põhimõistet:

1. **Ravikindlustus** – õigus saada riiklikke tervishoiuteenuseid, kui inimese eest on riigile tasutud nõutud määral ravikindlustuse sissemaksed. Enamasti tehakse sissemaksed sotsiaalmaksu vms tasumise vormis.
2. **Ravikaitse** – õigus saada tervishoiuteenuseid, sõltumata sellest, millises mahus inimene ise või tema eest on tervishoiusüsteemi rahaliselt panustatud. Õiguse riiklikule ravikaitsele annab kindlaks määratud ravikaitse staatus, milleks enamasti on riigi püsielaniku staatus.

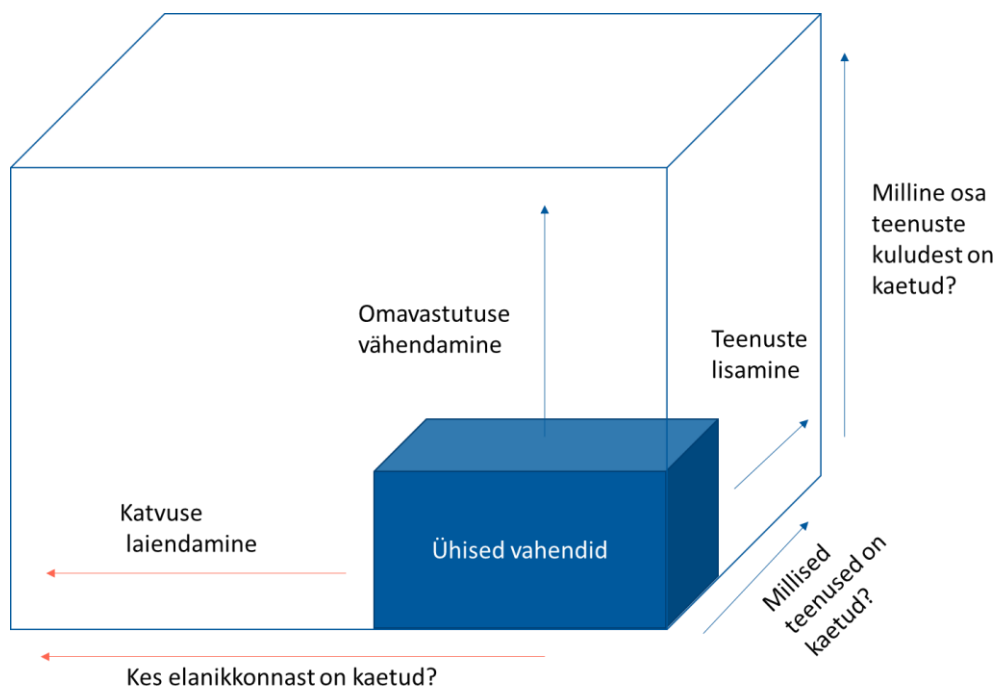
Riiklike tervishoiuteenuste katvusest rääkides eristatakse kolme katvuse dimensiooni (Thomson, Foubister, and Mossialos 2009) (vt ka Joonis 1):

1. **Süsteemi katvus** – kuivõrd süsteemis rakendatakse vajaduspõhisust (ingl k *means tested*), kuivõrd seatakse kriteeriume, mis jätavad välja kindlad elanikkonna rühmad, kuivõrd võimaldatakse valikuvabadust, võimaldatakse üksikisikul loobuda kaetusest.
2. **Kaetuse ulatus** – milliseid hüvesid kaitse hõlmab, sh. milliseid uudseid meetmeid kaitse hõlmab (nt uued vähiravimid), millised teenused on hõlmatud (nt hambaravi).
3. **Katvuse sügavus** – kui suur on inimeste omavastutuse määr, oma taskust makstavate kulutuste allikad ja määr, muud kulude jagamise skeemid.

Oluline on eristada ka õiguslikku (ingl k *legal coverage*) ja tegelikku katvust (ingl k *effective coverage*) (Enoff and McKinnon 2011). Kui esimene kirjeldab maksude ja hüvitiste süsteemi seadusandlusest ja muudest siduvatest kokkulepetest tulenevaid kvalifitseerumisõigusi ja -kohustusi, siis teine kirjeldab reeglite jõustamist ja kehtimist, sealhulgas kuivõrd sihtrühm

kaalutletult või kaalutlemata loobub õigustest ja kohustustest (nt jätab sissemaksud tasumata, hoidub maksude tasumisest, ei taotle hüvesid jne). Praeguse uuringu fookuses on eelkõige süsteemi katvus, teisisõnu see, milline osa Eesti elanikkonnast on ravikindlustusega kaetud (joonisel 1 märgitud punaselt).

JOONIS 1. TERVISHOIUTEENUSTE KÄTTESAADAVUSE PARANDAMINE



Allikas: WHO 2013

## 1.2. Kellel on Eestis õigus ravikindlustusele?

Eesti ravikindlustus on sotsiaalkindlustuse osa, mis tagab kindlustatule ravivajaduse tekkimisel ligipääsu üld- ja eriarstiabile, õendusabile ja soodusravimitele. Eesti süsteem on üles ehitatud kohustuslikule solidaarsuse põhimõttest lähtuval ravikindlustusele, piiratud omaosalusele ja tervishoiuteenuste üldisele kättesaadavusele (vt *ravikindlustuse seadus ehk RaKS ja tervishoiuteenuste korraldamise seadus ehk TTKS*).

Solidaarsuse printsiip tähendab, et inimese rahaline panus ravikindlustusse sõltub tema teisest tulust (s.o 13% töötava inimese brutopalgast), kuid õigus tervishoiuteenustele, ravimitele ja meditsiini-seadmetele ei ole seotud tema rahalise panusega. Mõnede mittetöötavate gruppide eest panustab riik (nt vanemapuhkuse kasutajad, töötud). Samuti on teatud grupid kindlustatutega võrdsustatud staatuses ja nende eest ravikindlustusse rahaliselt ei panustata (nt lapsed kui tulevased maksumaksjad).

Töösuhtes olevad inimesed saavad enda või lähedaste haigestumisel ravikindlustusest haigus- ja hooldushüvitist, sünnitus- või lapsendamispuhkuse

Eesti ravikindlustussüsteem põhineb kohustuslikel kindlustusmaksetel, mida kogutakse sotsiaalmaksu osana.

Töötavad inimesed tasuvad ravikindlustuse eest oma töötasu pealt, osade haavatavate gruppide eest teeb sissemaksud riik ja osade gruppide eest sissemakseid ei tehta (nt lapsed).

korral ka vastavalt sünnitus- ja lapsendamishüvitist (vt töölepingu seadus ehk TLS ning tervishoiu ja tööohutuse seadus ehk TTOS).

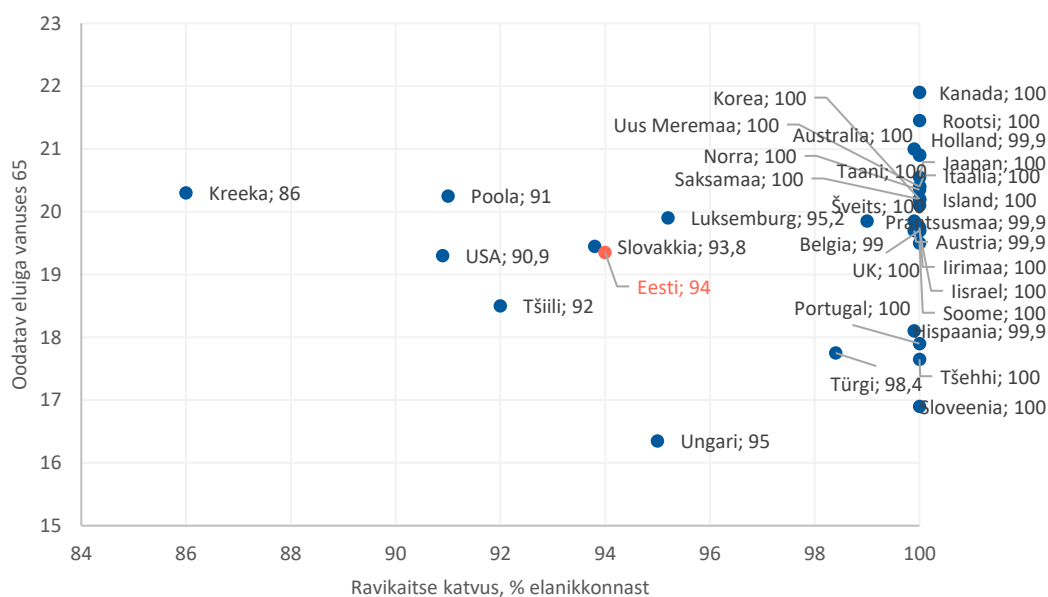
**Kindlustamata isikutele on tagatud vältimatu abi, mida rahastatakse riigieelarvest, ja perearstiabi.** Samuti pakutakse neile HIV, tuberkuloosi ja võõrutusravi teenuseid riigieelarvest rahastatuna Tervise Arengu Instituudi eelarvest. Alates 2019. aastast rahastatakse kindlustamata inimeste HIV ja tuberkuloosiravimeid ja vaktsiini Eesti Haigekassa eelarvest.

### 1.3. Milline on Eesti ravikindlustuse kaetus teiste riikidega võrreldes?

Võrreldes riikide ravikaitse- ja ravikindlustussüsteeme nende katvuse alusel, eristatakse kahte selgelt erinevat tüüpi (Hervey and McHale 2015). Esiteks eristatakse tervisekindlustussüsteemi (s.o Bismarcki sotsiaalkaitsemudel), mille eesmärk ei ole tagada universaalset ravikaitset, kus kindlustatus sõltub hõivatuses ja kindlustusmaksetest (nt erinevat töötasuga seotud sotsiaalmaksud). Teiseks eristatakse ravikaitset, mis püüdleb universaalse katvuse poole ja kus kaetus sõltub residentsusest (nt elamisluba, kodakondsus), kus tervishoiuteenuseid rahastatakse üldistest eelarvetuludest (sh tööjõumaksudest). Riikides kehtivad tervishoiusüsteemid, sealhulgas Eesti süsteem, ei ole väga selgelt piiritletult üks ega teine. Peamine erinevus tuleb sellest, kui suures ulatuses tuleneb kaitse sissetulekust ja hõivest ning kuivõrd residentsusest (Hervey and McHale 2015). Samuti on tegelikkuses universaalse kaetusega nii ravikindlustus- kui ka ravikaitse-süsteemid, mis vaatamata oma universaalsusele ei taga kogu elanikkonna kaetust (OECD 2017).

Eesti kuulub kindlustuskaitse poolest EL ja OECD riikide madalaimasse kolmandikku.

**JOONIS 2. ELANIKKONNA KAETUS TERVISHOIU PÕHITEENUSTEGA JA ELANIKKONNA OODATAV ELUIGA RIIKIDE LÖIKES 2015. AASTAL**



Allikas: OECD 2017



Kuigi Eestis on kõigil elanikel võimalus olla ravikindlustusega kaetud, siis tegelikkuses kuulub Eesti riikide hulka, kus kõik elanikud ei ole ravikindlustusega kaetud. **Seniste hinnangute järgi oli Eesti elanikkonna ravikindlustatusega kaetus 2016. aastal 94,0%** (OECD 2017). Nagu nähtub jooniselt 2, on enamikus OECD riikides (kehtib ka EL riikide kohta) ligipääs nn tervishoiu põhiteenustele tagatud enam kui 99%-le elanikkonnast. Seega kuulub Eesti kindlustuskaitse poolst EL ja OECD riikide madalaimasse kolmandikku.

#### 1.4. Kuidas saab katvust laiendada ja mis on selle võimalik mõju?

Viimatises ravikindlustuse laiendamist käsitlevas süstemaatilises kirjanduse ülevaates toovad Meng ja kolleegid (2011) välja kuus võimalust, kuidas laiendada katvust:

1. **Vastavustingimuste muutmine** – sissetuleku või aktiivsuskünnise muutmine, kaetud elanikkonna rühmade laiendamine;
2. **Teadlikkuse suurendamine** – avalikud kampaaniad, organisatsioonidele või elanikkonna rühmadele suunatud teavitustegevused kindlustussüsteemist ja selle reeglitest;
3. **Kindlustusmaksete soodsamaks tegemine** – täiendavad siirded, subsiidiumid vmt, ravikindlustusse, vastavalt sissetulekutele või võimalustele muutuvad sissemaksed (diferentseeritud hinnakujundus);
4. **Taotlemise-pakkumise korralduse muutmine** – taotlemise protseduuride lihtsamaks muutmine, taotlemise halduskoormuse vähendamine (nõ ühe ukse poliitika), sissemaksete kogumise lihtsustamine (nt võimalus valida kuise, kvartaalse või aastase sissemakse vahel);
5. **Tervishoiuteenuste pakkumise parandamine** – teenuste kvaliteedi parandamine, täiendavate, teistsuguste teenuste pakkumine, teenuste hinna kontrollimine;
6. **Kindlustuskeemide parem juhtimine ja korraldamine** – otsuste tegemise läbipaistvuse suurendamine, ametnike oskuste/kompetentside parandamine, infosüsteemide arendamine.

Uuringud näitavad, et universaalsema kaetusega süsteemid parandavad elanikkonna ligipääsu tervishoiuteenustele ja vähendavad terviseprobleemide mõju sissetulekutele (Gelormino et al. 2011). Samuti on OECD leidnud, et laiem katvus on seotud paremate rahvastiku tervise näitajatega (oodatav eluiga sünnil) (Pearson, Colombo, and James 2016).

Samas leitakse, et ulatusliku katvusega solidaarne tervishoiu(teenuste) süsteem võib olla kulukas (Andersen, Smedby, and Vågerö 2001; González Álvarez and Barranquero 2009; Schokkaert et al. 2010), sest katvuse laiendamine võib suurendada tervishoiuteenuste nõudlust. Lisaks on väidetud, et ravikindlustuse katvuse suurendamine võib vähendada tervishoiuteenuste pakkumise tehnilist efektiivsust, kuna täiendav tarbitav teenuste hulk, seda pakkuv võimekus ja personal ei pruugi mõjutada lõplikke tervisetulemeid (Cozad and Wichmann 2013). Samas võib katvus mõjutada ka tervisekäitumist. Näiteks Inglismaa ja USA ravikindlustuskaitse katvuse võrdlusanalüüs näitab, et universaalse katvusega tervishoiusüsteemis (Inglismaa) ohjatakse

---

Uuringud näitavad, et universaalsema katvusega tervisesüsteemid parandavad elanikkonna juurdepääsu tervishoiuteenustele, vähendavad terviseprobleemide mõju inimeste sissetulekutele ja on seotud paremate rahvastiku tervisenäitajatega.

---

kõrgvererõhutõvega patsiente paremini kui osalise katvusega ravikindlustussüsteemis (Dalton et al. 2014). Aziz koos kolleegidega (2016) on leidnud, et väiksem katvus suurema omavastutuse näol parandab ravimite kasutamise reeglitest kinni pidamist.

**Kirjanduse põhjal on leitud, et katvuse muutmine võib tekitada erinevaid väärstiimuleid, mis mõjutavad inimeste sissemakseid** (nt tervishoiuteenuste kasutajad võivad proovida riskide jagamist ära kasutada, saada suuremat tulu kui ise ühisesse süsteemi panustatakse, näiteks tasudes sissemaksetena vähem kui solidaarne süsteem eeldaks) ning teenuste nõudlust ja pakkumist (nt tervishoiuteenuste rahastamine läbi sotsiaalkaitse või ravikindlustuse moonutab tervishoiusüsteemi hüvede kasutajate ja pakkujate jaoks nende hinda. Võib suurenedagi nõudlus tasuta hüvede järele kui pakkumine nende hüvedele) (Boone and Schottmüller 2017; Baicker, Congdon, and Mullainathan 2012).

## 2. Ravikindlustuse katvus Eestis<sup>1</sup>

Eestis on ravikindlustuskaitse saamise alus elukoht riigis alalise elanikuna ja kuulumine seaduses määratletud konkreetse kindlustatute rühma (RaKS). Viimased jagunevad viide põhikategooriasse: töötavad kindlustatud, kindlustatutega võrdsustatud, riigi kindlustatud, välislepingu alusel kindlustatud ja vabatahtliku lepingu alusel kindlustatud isikud. Kuna aastate lõikes on muutunud elanikkonna aktiivsus majanduses ja muutunud ka ravikindlustuse reeglid<sup>2</sup>, iseloomustatakse järgnevalt ravikindlustuse katvuse muutust aastatel 2007–2017.

**2017. aasta novembri lõpu seisuga on Eestis ravikindlustamata 120 693 inimest, neist 78 548 on mehed ja 44 837 naised<sup>3</sup>.** Toodud number on

saadud, kasutades rahvastiku andmeid kuuest riiklikust registrist (vt pikemalt Lisa. Uuringu meetodika) ja sisuliselt on tegemist ligikaudu 120 000 inimesega, kellel on küll Rahvastikuregistri järgne elukoht Eestis, ent kes ei ole hõlmatud riikliku ravikindlustussüsteemiga.

---

Viimase kümnendi jooksul on ravikindlustamata inimeste arv olnud vahemikus 120 000–140 000 inimest.

---

**Tulemus ületab varasemad hinnangud ligi 30 000 inimese võrra, mis võib viidata mitteresidentide üleesindatusel<sup>4</sup>.** Ravikindlustamata inimeste täpse arvu hindamise probleem seisneb peamiselt inimestes, kes on Rahvastikuregistri põhjal küll Eestisse registreeritud, ent elavad tegelikkuses välismaal. Selliste inimeste võimalik arv on maksimaalselt 35 000, mis on Statistikaameti residentsuse indeksi põhjal saadud rahvaarvu ja Rahvastikuregistris avaldatud rahvaarvu erinevus. Selle numbri põhjal ei saa aga väita, et tegelik ravikindlustamata inimeste arv on mitte 120 000, aga sellest 35 000 võrra väiksem.

Ka püsivalt kindlustuskaitseta inimeste seas leidub neid, kellel on ravikuludid või sissetulekuid – viiteid, et on tegemist riigis tegelikult viibiva residentiga. **Nii praeguse süsteemi kui võimalike muudatuste korral on oluline arvestada, et kuigi ravikindlustuse saamise üheks põhieelduseks on Rahvastikuregistri järgne elukoht Eestis, siis puudub selgepiiriline ja faktiline alus tegelike mitteresidentide arvu täpseks hindamiseks.** Sellel alusel kasutatakse ravikindlustamata inimeste arvuna praeguses töös läbivalt hinnangut 120 000, mis on ülempiir

---

<sup>1</sup> Vt selgitust meetodika kohta: Lisa. Uuringu meetodika, lk 53

<sup>2</sup> Näiteks, alates 2012. aastast laiendati kindlustuskaitset FIE ettevõtte tegevuses osalevatele abikaasadele (RAKS § 10), tööhajutuses osalevatele isikutele (TTTS § 17), alates 2014. aastast laiendati kindlustuskaitset loometoetust saavatele isikutele (LLS § 18 ja 19), ja 2015. aastal doktorantidele (ÕÖS § 5 ja 41). Ravikindlustuse seaduse jõustumise järel on õigus kindlustusele konkreetsete sihtgruppide põhised pidevalt laiendatud – ravikindlustuse seaduse jõustumise järel 2002. aastal on algselt 33-lt kasvanud kindlustusaluste arv 58-le.

<sup>3</sup> Et need andmed põhinevad Praxise arvutustel, mis on erinevad OECD (2017) meetodikast, ei ole need andmed võrreldavad OECD 2017. aasta andmetega.

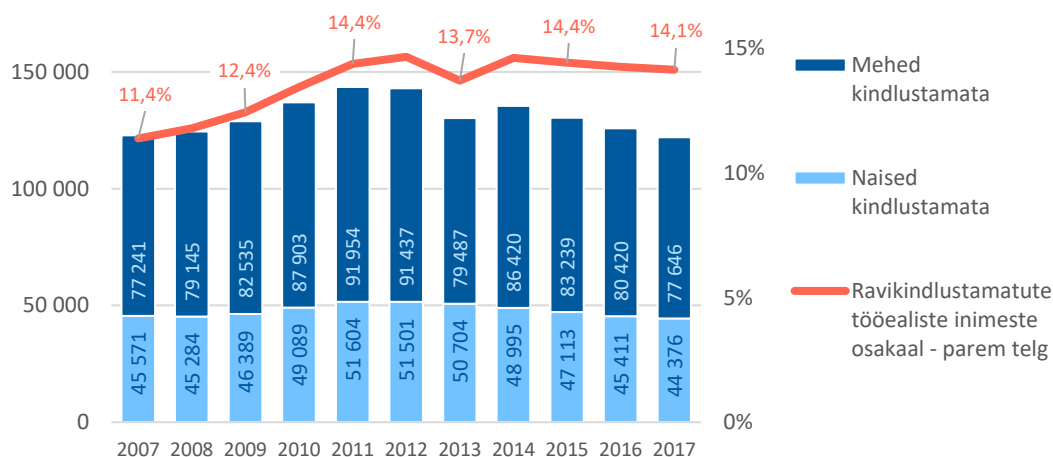
<sup>4</sup> Statistikaametis alates 2016. aastast kasutusel ametliku rahvaarvu hindamiseks residentsuse indeks, mis hindab inimese residentiks olemise tõenäosust tema aktiivsuse põhjal ligi 30 registri andmetel. Erinevad tegevused on seejuures erisuguse kaaluga, nt sotsiaaltoetuse saamine kohalikult omavalitsuselt aasta jooksul viitab suurema tõenäosusega tegelikule residentile kui abiellumine. Sellised kaalutud summad liidetakse ja kindla piiri ületanud inimesed loetakse residentiks, selle alla jäänud aga mitteresidentiks.

Uuringu käigus katsetati residentsuse indeksi rakendamist ka praeguses analüüsis kasutatavate tunnuste põhjal, ent paljude andmeallikate puudumine võrreldes Statistikaametiga ei võimalda meetodika usaldusväärsust kohandamist ega rakendamist.

ravikindlustuseta isikute tegelikule hulgale. Seejuures ei ole tegemist 120 000 terviseseprobleemiga isikuga, vaid Eesti riiklikust ravikindlustussüsteemist välja jäävate inimeste arvuga.

Viimasel 11 aastal on ravikindlustamata inimeste arv olnud vahemikus 120 000–140 000 inimest, seejuures on praegune 120 000 ravikindlustuseta isikut viimase kümnendi väiksem sellest inimeste hulk. Variatiivsus tuleneb eelkõige kindlustamata meeste arvu muutusest.

Joonis 3. RAVIKINDLUSTAMATA TÖÖEALISED INIMESED EESTIS 2007–2018 IGA AASTA NOVEMBRI SEISUGA



Allikas: Rahvastikuregistri ja Haigekassa andmed, Praxise arvutused

## 2.1. Kes on Eestis ravikindlustuseta?

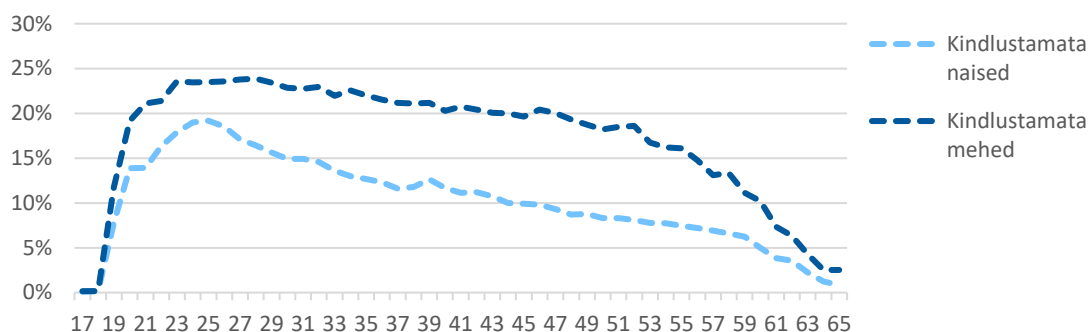
Igas vanuserühmas on kindlustamata mehi proportsionaalselt rohkem kui naisi, suurim lõhe on eas 30–50, kus ravikindlustuseta meeste osakaal on naistest kuni 15% suurem (Joonis 4). Olulisematest rahvusgruppidest on ravikindlustuse katvus suurim eestlastel (89%), mõneti vähem on kaetud venelased (85%). Muude rahvuste seas, keda leidub tööealisest (siin käsitletuses läbivalt 19–65 aastased) elanikkonnast ligikaudu 5%, on kindlustuskatvus seevastu keskmiselt vaid 70%, mis võib olla seletatav muukeelsete inimeste raskustega töö leidmisel. Nii naiste kui meeste seas on kõrgem haridustase seotud suurema kindlustusmääraga.

**Kõige suuremas riskis ravikindlustuse puudumisele on Eestis mehed, madalalpalgalised, vanemas tööeas ja muust rahvusest inimesed.**

Rahvast, haridust, vanust kui ka teisi sotsiaaldemograafilisi mõjureid võtab üheaegselt arvesse *probit* mudel, mille tulemused on toodud järgmises tabelis (Tabel 1). Tõenäosused on tõlgendatavad viisil „kui kõik muud kaasatud tingimused jäävad samaks, siis kuidas erineb inimese tõenäosus olla ravikindlustatud kõrvutatuna nimetatud võrdlusgrupiga.

Teistest rohkem suurendab ravikindlustatuse tõenäosust tuvastatud töövõimekadu (+24% kindlustusele vs ilma kaota), sugu naine (+6%) ja kõrgharidus (kuni +3,8% vs keskharidus). Riski olla ilma ravikindlustuseta suurendab enim seevastu miinimumpalgast väiksem sissetulek (-40%), vanuse suurenemine kuni 40nda eluaastani ja kolmandast rahvusest olek. Samuti ilmnevad statistiliselt olulised, ent absoluutnumbrilt väikesed erinevused maakondade vahel.

JOONIS 4. RAVIKINDLUSTAMATA NAISTE JA MEESTE OSAKAAL VANUSE LÖIKES



Allikas: Riigi administratiivandmed, Praxise arvutused

TABEL 1. PROBIT MUDEL — INIMESE TÖENÄOSUS OLLA KINDLUSTATUD

Tegur	Töenäosus	Olulisus
Mees vs naine	-6,0%	0,00
Vanus	-2,0%	0,00
Vanuse ruut	0,03%	0,00

Tegur	Töenäosus	Olulisus
<b>Võrreldav piirkond on Tallinn</b>		
Harjumaa	1,2%	0,000
Hiiumaa	1,7%	0,000
Ida-virumaa	1,3%	0,000
Jõgevamaa	0,5%	0,032
Järvamaa	0,8%	0,001
Läänemaa	0,9%	0,000
Lääne-Virumaa	1,2%	0,000
Põlvamaa	0,9%	0,000
Pärnumaa	0,6%	0,000
Raplamaa	0,9%	0,000
Saaremaa	0,4%	0,059
Tartumaa	1,6%	0,000
Valgamaa	0,5%	0,015
Viljandimaa	0,6%	0,000
Võrumaa	0,7%	0,000
Tartu linn	-0,4%	0,004

Selgitav muutuja	Töenäosus	Olulisus
<b>Võrreldav rahvus on eestlane</b>		
venelane	-2,4%	0,00
muust rahvusest	-6,8%	0,00

Selgitav muutuja	Töenäosus	Olulisus
<b>Võrreldav haridus on keskkharidus</b>		
Alg- või põhiharidus	-1,3%	0,000
Kutsekeskharidus põhih. baasil	1,5%	0,000
Kutsekeskharidus keskh. baasil	2,2%	0,000
Keskeriharidus	0,9%	0,000
Bakalaureusekraad	2,8%	0,000
Magistrikraad	1,5%	0,000
Doktorikraad	3,6%	0,000
Teadmata haridus	-4,8%	0,005
Töövõimekaoga vs ilma	24,0%	0,000

Selgitav muutuja	Töenäosus	Olulisus
<b>Võrreldav sissetulek on miinimum kuni keskmine</b>		
Sissetulek puudub kuni pool miinimumpalgast	-39,6%	0,000 <sup>5</sup>
Pool miinimumpalgast kuni miinimumpalk	-2,1%	0,000
Keskmine kuni kahekordne keskmine töötasu	0,0%	0,000
Enam kui kahekordne keskmine töötasu	-0,1%	0,000

<sup>5</sup> Kindlast määrast alates töövõimekadu tagab automaatselt ravikindlustuse

Teine võimalus tervisekaitse puudumise riskigruppide kirjeldamiseks on tuvastada, millistest Haigekassa kindlustusstaatustest on toimunud üleminekud kindlustamatusesse. Parema ülevaate saamiseks on üksteisele sisult sarnased kindlustusliigid koondatud ühise koondliigi nime alla. Näiteks on järgnevas tabelis (tabel 2) õppurite nime alla ühendatud seitse erinevat Haigekassa kindlustusliiki. Tabelis 2 esitatud numbrid ei kajasta mitte inimeste, vaid üleminekujuhtude arvu ravikindlustamatusesse ehk üks inimene võis aastaks ilma ravikindlustuseta jääda mitme erineva kindlustusliigi lõppemisel ja seetõttu võib kajastuda mitmel real.

Kui ravikindlustuse kadumine tööandja kindlustuse staatuse lõppemisel on selle liigi sageduse tõttu ootuspärane, siis teistest tõusevad esile probleemid ka töötuse, õppurite ja mõne vanemlusega seotud staatustega. Lähemalt on selliseid rühmi töös vaadatud järgmises peatükis ja rakendusliku stsenaariumi peatükis.

**TABEL 2. ÜLEMINEKUD RAVIKINDLUSTAMATUSESSE 2017. AASTAL**

KINDLUSLIIGI GRUPP	ÜLEMINEKUTE ARV
Tööandja/FIE/TSD	44 978
Töötus	11 650
Õppurid	5 897
Vanemlus	1 670
Ajateenijad	1 104
Kõik muud liigid kokku (30 tk)	4 881

Selgitamaks täpsemalt, milliste omaduste poolest erinevad katkendliku kindlustuskatvusega inimesed püsivalt ravikindlustatutest, antakse lühiülevaade ka neist, kelle seisukohalt vaadates on kindlustussüsteem töötanud hästi ja kelle vaatenurgast pole poliitikamuudatusi vaja teha. Järgnevalt kirjeldatakse kuut rühma, kuhu inimesed on jagatud viimase 11 aasta jooksul ravikindlustamata kuude arvu järgi:

1. Püsivalt ravikindlustamata inimesed
2. Pikaajaliselt ravikindlustamata inimesed
3. Katkendliku kindlustuskaitsega inimesed
4. Ravikindlustuse pikaajalise katkestusega inimesed
5. Ravikindlustatuse lühiajalise katkestusega inimesed
6. Püsivalt ravikindlustatud inimesed

Täpsem selgitus jaotuse kohta on toodud järgnevates alapeatükkides. Kui 2017. aasta novembri seisuga on kindlustuskaitseta 120 000 inimest, siis neist 27 000 pole olnud ravikindlustust ühelgi kuul viimase 11 aasta jooksul. See omakorda tähendab, et **valdav osa viimase seisuga ravikindlustamata inimestest on katkendliku kindlustuskaitsega**. Perioodil 2007–2017 on püsivalt ravikindlustusega kaetud 480 000 tööeas inimest, kusjuures siia sisse ei arvata neid, kes on 2017. aasta lõpu seisuga alla 19-aastased või pensionärid.

### 2.1.1. Püsivalt ravikindlustamata inimesed

Püsivalt kindlustuseta inimeste rühma kuulub 15 000 meest ja 12 000 naist, keda ükskõik millisel määral ravikindlustatutest eristavad eelkõige väiksemad koguravikulud ja ebareeglipärasem sissetulek.

Ravikindlustuseta inimeste eest ei kompenseerita riiklikult tervishoiuteenuste kulusid, erandiks on vältimatu abi, mille eest tasutakse riigieelarvest. Ehk teisiti, **riiklikul tasandil on kindlustuseta inimese koguravikulud ligikaudu võrdsed tema erakorraliseks raviks tehtud summadega**, kuna teised teenuseliigid kuludena ei kajastu. See seab aluse väiksematele summeeritud kuludele. Seevastu pikaajaliselt kindlustamata isiku erakorralise ravi kulude suurus ise (340 eurot aastas) teistest rühmadest ei eristu, seades kahtluse alla hüpoteesi, mille järgi tekib kindlustamata inimestel ebaregulaarsete või harvade arstikülastuste tõttu suurem ühekordne kulu.

---

Püsiva ravikindlustuseta inimesi on Eestis ligikaudu 27 000.

Kõige sagedamini iseloomustab neid inimesi ebareeglipärane sissetulekute muster.

---

Sooliselt on **püsivalt ravikindlustamata meeste vältimatu abi korras tehtud kulutused (400€) keskmiselt ligi kaks korda suuremad kui naistel**. See erinevus tekib vanuses 39–59, kus meestel on samas vanuses naistest kuni neli korda suuremad raviarved. Ehkki sarnane kulujaotus kehtib ka teistes kindlustusrühmades, on soolised erinevused vanusegruppides märgatavamad just püsivalt kindlustamatute seas.

**Piirkondlikult on kestvalt kindlustamata inimesed jaotunud üle Eesti proportsiooniliselt kogu rahvastikuga ja olulisi asukoha põhiseid erisusi ei esine**. Ainsana võib neid osakaalu mõttes mõneti rohkem leida Tartus vanuserühmas 24–29. Samas on üle kogu Eesti just Tartus selles vanuses kõige suurem erinevus Rahvastikuregistri ja Statistikaameti elanike arvus. Seega võib eeldada, et tegemist on registripõhise ülesindatusega ning ei ole põhjendatud alust viidata piirkondlikule eripärale.

**Püsivalt kindlustamata inimeste deklareeritud sissetulekud erinevad struktuurselt teistest rühmadest**. Kui iga teise kindlustusrühma selgelt levinuim ja peamine sissetulek on palgatulu, siis üle kümnendi püsivalt ravikindlustamatute sagedaseim tulu on mõni füüsilise isiku muude tululiikide alla kuuluv sissetulek, mis võib olla renditulu, üüritulu või põllumajandusmaa renditulu. Samuti on mõneti levinum välistulu teenijate osakaal. Seejuures ületab ka selle keskmine ja mediaanväljamakse (9000€) suurus teistes kindlustusrühmades saanute välistulu suurust mitmekordselt.

### 2.1.2. Pikaajaliselt ravikindlustamata inimesed

Siia rühma kuuluvad viimase seisuga 21 000 naist ja 51 000 meest, kelle ravikindlustusega kaetus viimase kümnendi jooksul on olnud juhuslik. Näiteks kui eeldame, et inimene oli andmestikus kogu analüüsitava perioodi jooksul (2007–2017), võis tal kindlustuskaitse puududa 66–130 kuud. **Selliseid inimesi eristavad kõikidest teistest vaadeldavatest rühmadest eelkõige just kõrgemad tervishoiuteenuste koguravikulud**.

Siin rühmas olivate suurim koguravikulude põhjus peitub erakorralise ravi kõrgemas maksumuses, mis ületab teiste katkendlikult kaetud inimeste sama kulu ligikaudu 100 euro võrra. Näiteks üle 55-aastaste seas ulatub nii meeste kui ka naiste keskmine kulu üle 800 euro aastas. Kõrgemad on ka ravimihüvitised, ent see erinevus on oluline pigem suhtelises kui absoluutses tähenduses.

---

Pikaajalise ravikindlustuseta inimesi on Eestis ligikaudu 76 000.

Sagedamini iseloomustab neid inimesi töötü staatuse lõppemine.

---

Teiste gruppidega võrreldes kuulub siia rohkem mõne töötü staatusega seotud inimesi. Kui siin rühmas on staatü töötü kasutussageduselt töötandja kindlustuse järel teine, siis kindlustusmäärat töustes langeb sama kindlustusstaatü püsivalt kaetute seas 14. kohale. **Just töötü staatuse lõppemisega on seotud ka üleminek kindlustamatusesse.** 2017. aasta 11 kuu jooksul oli selliseid juhte 2500, kus konkreetse staatuse lõppemisel katkes ka inimese ravikindlustus.

Antud rühma kuuluvatel inimestel on teistest periooditi kaetud rühmadest 100–150 eurot suurem töine tulu, mis on siiski väiksem kui püsivalt ravikindlustatud inimestel. Muud sissetulekumustrid, nagu on mõne deklareeritud sissetulekuliigi saajate osakaal või nende keskmine suurus, sarnanevad teiste katkendlike kindlustusrühmadega.

### 2.1.3. Katkendliku kindlustuskaitsega inimesed

Rühma on liigitatud need, kellel on vaadeldaval perioodil esinenud 13–65 kuud kindlustamatust. Sarnaselt eelmise grupiga on ka siin tegemist ennekõike meestega – rühma kuulub 85 000 meest ja 47 000 naist.

**Selles rühmas on palju töövõimetuspensionäre ja töötuid, kuid võrreldes madalama kindlustusmääraga on suurenemas ka üle kolme aastaste laste vanemate osakaal.** Probleem on tõsisem just naistel. Analüüsitaval perioodil oli ainuüksi siin grupis 8000 juhtu, kus üle 3. aastast last kasvatav naine liikus Haigekassa staatuse lõppemisel ravikindlustamatusesse, kusjuures keskmine järjestikune aeg ilma kindlustuseta oli pikem kui üks aasta. Teisisõnu, **kui meestel on kindlustuse olemasolu seotud eelkõige töötandja ja vähemal määral Töötukassaga, siis naistel on kindlustamatus põhjuste spekter laiem ning väga sageli on aastat ületav ravikindlustuse puudumine seotud just vanemlusega.**

---

Katkendliku ravikindlustusega inimesi on Eestis ligikaudu 132 000.

Tegu on kirju seltskonnaga, kus leidub nii töövõimetuid ja töötuid, kui ka väikelaste vanemaid ja dividendide maksjaid.

---

Ka vanuselisel kuuluvad siia rühma just 24–34 aastased. Siin ja järgnevas grupis tugevalt esile kerkiva vanemluse staatuse probleemide võimalikuks lahendamiseks on aruande kolmandas peatükis loodud Poliitikamuudatuse stsenaarium 2. Teadlikkuse tõstmine ja käitumise mõjutamine ravikindluse taotlemise suurendamiseks“ (vt lk 30).

**Tululiikidest on siinsesse rühma kuuluja mõneti tõenäolisemalt dividendide maksja,** ent kogu aastane sissetulek on pigem mõnekümne euro võrra väiksem neist, kes on kindlustamata üle poole ajast. Ravikulude struktuuridelt on sisuliselt tegemist elanikkonna keskmistega, erisusi kulude suurustes ega vanuselises jagunemises pole.



### 2.1.4. Ravikindlustuse pikaajalise katkestusega inimesed

Olulise katkestusega rühma liigituvad 47 000 naist ja 53 000 meest, kellel on alates 2007. aasta algusest ravikindlustuseta kuid kuni 12, kuid esineb perioode, kus inimesel on olnud kaks kuud järjest kestev kindlustamatus.

**Võrreldes teiste rühmadega on siin kõige suurem üle kolme aastast last kasvatavate vanemate osakaal.**

Seonduvalt esinevad sarnased probleemid eelmise ehk katkendliku kindlustuskaitse grupiga, kui rühmas esineb üle kümnendi 6000 sellist juhtu, kus pärast lapse kasvatamist liiguti ravikindlustamatusesse. **Esimest korda on näha kindlustusstaatuse probleeme ka õppuritel, kus iga haridustaseme lõppemisel jääb sadades õpilasi ravikindlustuseta** — näiteks oli ainuüksi siin rühmas 2017. aastal 800 üliõpilast ja 600 kutseõppurit, kes kolme kuu jooksul pärast õpingute lõpetamist kaotasid kindlustuskaitse.

Tululiikide struktuur ja suurus on võrreldav eelmise rühmaga, **samuti on suhteliselt palju dividendide saajaid.** Raviteenuste kogukulu on võrreldes teiste heitlikult kindlustatud gruppidega väiksem, vahe tuleb vanuserühmiti läbivalt madalamast ravimihüvitise ja erakorralise ravi kuludest.

Ravikindlustuse pikaajalise katkestamisega inimesi on Eestis ligikaudu 100 000.

Kõige sagedamini on tegu õpingud lõpetanud õppuritega ja väikelaste vanematega, kellel lõpeb vanemahüvitise periood.

### 2.1.5. Ravikindlustuse lühiajalise katkestusega inimesed

Lühikese ravikindlustuse katkestuse all mõistetakse ravikindlustuse kadumist ühel kuni kuuel kuul viimase 11 aasta jooksul, seejuures ei tohi katkestus esineda järjestikustel kuudel. Vaadeldav grupp on esimene, kuhu kuulub rohkem naisi (25 000) kui mehi (22 000).

**Sellisele liigitusele vastav inimene on sagedasemini 19–29 aastane üliõpilane või lapsevanem, kellel tekib õpingute või töölepingu lõppemisest ühekuune ravikindlustamatus, mille lõpetab uus tööleping, mõni töötustaatus või uuesti õppima asumine.** Kuigi kindlustuseta ollakse lühikest aega, sarnanevad siin grupis olivad sissetulekumustrilt rohkem mõne teise heitlikult kindlustatuga ja vähem ravikindlustusega pidevalt kaetud inimesega. Samas on silmatorkav erinevus selle rühma tuludes, kui võrrelda mõne 2017. aasta viimase kuu sissetulekut ja tervet kümnendit. Kui aasta viimaste kuude seisuga on nii tööine tulu kui alternatiivsed sissetulekud teiste katkendlikult kindlustatutega sisuliselt samad (2017. a ligikaudu 1000€), siis üle kümnendi on tegemist **selgelt kõige madalama kogusissetulekuga inimestega. Madalamat sissetulekut kümne aasta peale võib osaliselt selgitada nii rühma vanuseline ja sooline koosseis** — võrreldes teiste gruppidega on siin suurem naiste ning 19–24-aastaste noorte osakaal. Teisisõnu võtab selline pikaajaline keskmine arvutamine arvesse aega, kui tänasel 25-aastasel inimesel ei olnud veel regulaarset sissetulekut. Lühikese katkestusega inimeste raviteenuste kulud on seevastu lähedased või mõneti väiksemad teistest katkendlikult kindlustatutest, jäädes 550€ juurde.

Ravikindlustuse lühiajalise katkestamisega inimesi on Eestis ligikaudu 47 000.

Kõige sagedamini on tegu õppurite ja väikelaste vanematega, kelle seas on rohkem naisi ja noori.

### 2.1.6. Püsivalt ravikindlustatud inimesed

2017. aasta novembri seisuga on viimase 11 aasta jooksul tööealisest (19–65a) elanikkonnast vanused olnud püsivalt ravikindlustusega kaetud 275 000 naist ja 200 000 meest. Tegelikult on püsivalt kindlustatud rohkem – number ei sisalda residente, alaealisi ja pensionäre, kes selles vanuses kindlustuskaitset ei kaota.

Püsivalt ravikindlustatud tööealisi inimesi on Eestis ligikaudu 475 000.

Kindlustuseta inimestest eristab neid suurem sissetulek ja kõrgem vanus.

**Püsivalt kindlustatud inimesed eristuvad kõikidest teistest selgelt suurima kogusissetuleku poolest** (üle 1300€), kui nii sotsiaalmaksustatud tuludest saadud sissetulek kui ka teised tuliliigid ületavad heitlikult kindlustatute omi keskmiselt paarisaja euro võrra.

Tululiikide jaotus on võrreldes heitlikult kindlustatutega mitmekesisem, mõneti madalam on vaid töövõtulepinguga (TVL) töötajate osakaal, seda eelkõige meeste seas (püsivalt kindlustatud meestel 3%, mis on ligikaudu poole madalam nt lühikese katkestusega elanikkonna keskmisest TVL tulu teenijate osakaalust).

Seonduvalt suure tõise tuluga on just püsivalt kindlustatutel kõrgeimad keskmised aastased haigushüvitise kulud (keskmiselt 560€ aastas), mis ületavad teisi rühmi kuni 150 euroga. Ometi ei ole püsivalt ravikindlustatud inimeste keskmine aastane koguravikulu vaadeldud rühmadest kõige suurem, vaid jääb alla neile, kellel kindlustuskaitse puudus üle poole ajast (aastane keskmine ravikulu ligi 700€). Seejuures on olulisim erinevus just erakorralise ravi kuludes (310€ vs 460€).

Antud rühma vanuseline struktuur on lähedane kogu rahvastikule, nii meeste kui naiste puhul on enim nelja- ja viiekümneandates inimesi. Seega on keskmine püsivalt kindlustatu on selgelt eakam kui heitlikult kindlustatu või püsivalt kindlustamata isik. Teistest rühmadest rohkem on FIE staatusega kindlustatud.

## 2.2. Mis on ravikindlustamatuse põhjused?

Ravikindlustuse katvuse puudumise põhjused tulenevad nii poliitikareeglitest, mis annavad inimestele õiguse kindlustuskaitsele (õiguslik katvus), kui ka sihtrühma käitumisest (tegelik katvus) ja hüvede taotlemisest (*take up*). Eesti alaliste elanike ravikindlustuskaitse sõltub kas deklareeritud töötamisest ja sissetulekust või kuulumisest rühma, kellele kaitse laieneb.

### 2.2.1. Töötamisega seotud põhjused

Ligi pooled ehk 615 000 inimest on ravikindlustusega kaetud, kuna on hõivatud ja nende teiselt tulult tasutakse sotsiaalmaksu, mis on solidaarse ravikindlustuse sissemaks. Just miinimumpalgast väiksem deklareeritud sissetulek suurendab enim riski (+ 40%) olla kindlustamata.

Töötamisega seotud kindlustuskaitse puudumise põhjused saab jagada kolmeks:

- » **Vaeghõive.** Ravikindlustuskaitse saamine eeldab püsivat ja piisavalt tasustatud töötamist. Üldreeglinna tähendab see, et hõivatud inimese eest peab

Tööeluga seotult puudub ravi-kindlustus sagedamini neil, kelle sissetulek on miinimumpalgast väiksem, kelle töökoht ja -tasud on ebaregulaarsed või kes varjavavad oma töist tulu.

sotsiaalmaksu tasuma mitte vähem kui Sotsiaalmaksuseaduse (SMS) § 21 nimetatud miinimumnõude kuumäär. Seejuures ei taga mitme ravikindlustust mitme tööandja alla miinimumpiiri makstud sotsiaalmaks, kui nende maksud maksude summa ei ületa miinimumpiiri. Seega inimesed, kelle hõive ja tõine tulu on katkendlik ja/või kelle tõine tulu on vähene, ei ole ravikindlustusega kaetud.

- » **Petturlikud töövormid.** Ravikindlustus eeldab tõist tulu ja sotsiaalmaksu maksmist. Juhul kui töötamist/hõivet varjatakse, võib see pöörduda sellega, et olemuselt töötamise eest ei maksta sotsiaalmaksuga maksustatavat tulu. Sellisteks vormideks võivad olla näiteks hõive vormistamine vabatahtliku tööna või töö eest tasumine stipendiumina või muus sarnases vormis.
- » **Deklareerimata töö.** Kindlustuskaitse saamine eeldab deklareeritud töötamist ja tõise tulu deklareerimist. Eesti Konjunktuuriinstituudi hinnangul sai 2015. aastal 8% töötajatest osaliselt või täielikult ümbrikupalka. Ka töötamise varjamine erinevas vormis iseendale tööandjaks olemise näol ja seonduvalt tõise tulu asemel vaid ettevõtlustulu deklareerimine pöördub ravikindlustuskaitse puudumisega. Eesti Maksu- ja Tolliamet (MTA) andmetel oli 2017. aastal 702 ettevõtet, kus töötasu ei saanud keegi, kuid dividende maksti kokku 13 miljonit eurot ning 799 ettevõtet, kus maksti dividende kokku 15 miljonit eurot, kuid juhatuse liikmed ja pereliikmetest töötajad said ainult miinimumpalka.

## 2.2.2. Kindlustatutega võrdsustamisega seotud põhjused

Töötavate inimeste osakaal ravikindlustatute seas on läbi aastate pigem kahanenud. Vastukaalus töötavate inimeste arvu langusele on samas suurusjärgus tõusnud nii kindlustatutega võrdsustatud ja riigi poolt kindlustatud inimeste arv kui ka välis- või vabatahtliku lepingu alusel kindlustatute hulk (Eesti Haigekassa 2017).

Kindlustatutega võrdsustamisega seotud vajaka jäämised saab jagada kolmeks:

- » **Sotsiaalkaitse õiguslik katvus.** Kindlustatutega võrdsustatakse mitmed teised sotsiaalkaitsega kaetud inimesed, sealhulgas näiteks töötukaitsega kaetud (nt RaKS § 5 lg 2 p 6) või töövõimekaokaitsega kaetud (RaKS § 5 lg 4 p 3<sup>1</sup>). Kui tulenevalt kaitsele sätestatud poliitikareeglitest ei ole inimene kaetud nende riskide kaitsega, siis ei laiene neile ka ravikindlustuskaitse. Näiteks, tulenevalt töötukaitse poliitikareeglitest ei kvalifitseeru ligi 36% uutest töötutest töötuskindlustushüvitisele ja töötutoetusele ja nõnda võib neil olla vähene motivatsioon registreerida ennast töötuks või tööotsijaks.
- » **Sotsiaalkaitse taotlemine.** Kindlustuskaitse laienemiseks on tarvilik, et inimene taotleks kindla riski sotsiaalkaitset. Samas inimesed erinevad taotlemiskäitumise poolest<sup>6</sup>. Teisisõnu on taotlemine kognitiivne ja sotsiaalne protsess, mille puhul kõrgemalt haritudel võib olla parem teadlikkus hüvedest ja kaalutlevad paremini hüvedest saadavat kasu.

---

Inimeste võimekus ja valmisolek orienteeruda sotsiaalkaitse süsteemis on väga erinev.

Nii võivad inimesed olla ravi-kindlustuseta, kuigi neil on selle taotlemiseks õiguslik alus olemas.

---

<sup>6</sup> Näiteks Kerri (1983) välja mõeldud taotlusprotsessi mudeli järgi sõltub sotsiaalkaitse hüvede taotlemine vajaduse tajumisest, teadmistest toetuste/teenuste kohta, õiguste tajumisest, toetuse kasulikkuse tajumisest, taotlemise protsessi ja positiivse tulemuse kaalumise ning majandusliku olukorra stabiilsuse tajumisest.

- » **Ravikindlustuse taotlemine.** Kindlustatutega võrdsustatakse mitmed teised olukorrad, mille puhul inimene peab olema teadlik ravikindlustuse katvuse reeglitest. Näiteks, kindlustatud on kindlustatud isiku ülalpeetav abikaasa, kellel on vanaduspensionieani jäänud kuni viis aastat (RaKS § 5 lg 4 p 4). Seega võib inimestel olla õigus ravikindlustusele, kuid nad ei ole sellest teadlikud.

### 3. Ravikindlustuse katvuse laiendamise võimalused Eestis

Ravikindlustamata elanikkonna ja ravikindlustuskatte puudumise põhjuste ülevaade näitab, et katvuse suurendamine sõltub lisaks ravikindlustuse põhimõtetele ka tööpoliitika, maksupoliitika ja sotsiaalkaitse poliitikareeglitest ja nende rakendamisest. Järgnevas analüüsis kesken-dutakse eelkõige ravikindlustussüsteemi reeglite muutmisele, samas tuues välja võimalikud mõjud teistele poliitikavaldkondadele. Analüüsi fookuses on kolm stsenaariumit, mis peegeldavad kolme eeltoodud suuremat katvuse probleemide ringi (vt kokkuvõtet Tabel 3).

**TABEL 3. RAVIKINDLUSTUSE SÜSTEEMI KATVUSE LAIENDAMISE STSENAARIUMID**

	<b>S1: RAVIKINDLUSTUSE PARAMEETRITE MUUTMINE</b>	<b>S2: RAVIKINDLUSTUSE TAOTLEMISE PARANDAMINE</b>	<b>S3: UNIVERSAALSE RAVIKAITSE KEHTESTAMINE</b>
<b>TÜÜP</b>	Parameetiline stsenaarium	Rakenduslik stsenaarium	Süsteemne stsenaarium
<b>PROBLEEM</b>	Inimesed, kelle eest maks-takse aasta vältel identses summas sotsiaalmaksu, võivad ravikindlustuskaitse poolest olla erinevas olukor-ras sõltuvalt sellest, millises vormis on ta hõivatud või kui püsivalt saab ta töist tulu.	Suur hulk lapsevanemaid kaotavad oma lapse 3-aastaseks saamisel ravikindlustuse.	Oluline osa (ca 14%) Eesti tööealisest 19–65 aastasest elanikkonnast on püsiva ravikindlustuseta.
<b>EESMÄRK JA SIHTRÜHM</b>	Laiendab ravikindlustuse katvust neile, kellel eelneva 12 kuu eest on makstud sotsiaalmaksu summas, mis ületab samal 12 kalendrikuul kehtinud sotsiaalmaksu kuumäärade summa.	Üle kolme aastaste vanemate kindlustuskaitse katkemise ennetamine. Seda meetodit on võimalik kohaldada ka teistele sihtgruppidele.	Laiendada riiklikele tervishoiuteenustele ligipääsu kogu alalisele elanikkonnale.
<b>OODATAV MÕJU KATVUSELE</b>	Poliitikamuudatuse rakendu-mise järel paraneks stse-naariumi variandi B korral kuni 4000 inimese ravikindlustus.	2017. aasta 11 kuu jooksul oli 1391 juhtu, kus 3-aastase lapse vanem ravikindlustuse kaotas. Meedet on võimalik rakendada ka teistele töötuse staatusega seotud juhtudele (8100 inimest).	Poliitikamuutuse jõustumise järel laieneks katvus lisaks kuni 120 000-le Eesti alalisele elanikule.
<b>EELDATAV MÕJU TERVISELE JA TERVISHOIU-SÜSTEEMILE</b>	Võib mõjutada ravikindlus-tuse solidaarsust, sest mõju-tab kõrge ja madala sisse-tulekuga inimesi erinevalt.	Mõju on marginaalne	Esimestel aastatel on suure-mad halduskulud, kuid pikas perspektiivis need vähene-vad. Esimestel aastatel on lisaraha vajadus ca 80 milj. (+5,7%), kuid tulevikus on lisakulu ca +4,4% aastas.
<b>MUUD KAASNEVAD MÕJUD</b>	+ parandab tööturu paindlikkust +/- mõjutab maksu-käitumist	+ parandab (sh soolist) võrdsust ühiskonnas	- mõjutab maksukäitumist + parandab tööturu paindlikkust

## 3.1. Poliitikamuudatuse stsenaarium 1. Ravikindlustuse katvuse laiendamine hõive ja sissetuleku parameetrite muutmisega

### 3.1.1. Probleem

Katkendliku kindlustuskaitsega või kindlustuskaitseta inimeste hulka liigitub tuhandeid inimesi, kelle eest makstud sotsiaalmaks on arvestatava suurusega, kuid kelle ebaregulaarse töövormi eripära ja kehtivate hõive ning sissetuleku poliitikareeglite (vt Tabel 4) koosmõju tõttu on ravikindlustuskaitse katkendlik. Teisisõnu loob praegune poliitika olukorra, kus inimesed, kelle eest makstakse aasta vältel samas summas sotsiaalmaksu, võivad ravikindlustuskaitse poolest olla erinevas olukorras, sõltuvalt sellest, millises vormis ollakse hõivatud või kui püsivalt töist tulu saadakse.

Ühest küljest signaliseerivad poliitikareeglid ootust täishõivele ehk püsivale, stabiilsele ja piisava sissetulekuga hõivele. Samas näitavad uuringud, et:

- » mittetavapärased töövormid ja katkendlik hõive toovad kaasa sotsiaalse terviseriski (Virtanen et al. 2005);
- » suurema tõenäosusega on terviseprobleemidega inimesed ja laiemalt tööturu riskirühmad tööga hõivatud läbi mittetavapäraste töövormide ja katkendlikult (nt puudega inimeste tugisikud) (OECD 2012);
- » mittetavapäraste töövormidega hõivatutel on väiksem sissetulek, seetõttu võivad nende sissetulekud sotsiaalkaitse saamiseks jääda liiga väikeseks (OECD 2015).

---

Tänane ravikindlustuse süsteem ei arvesta mittetavapäraste töövormidega inimeste tööelus.

Nii jäävad kindlustuseta inimesed, kes tegelikult küll töötavad, kuid kelle sotsiaalmaksu laekumine ei ole regulaarne ja piisavas mahus.

---

Selliseid inimesi on Eestis ~4000.

---

### 3.1.2. Eesmärk ja sihtrühm

Poliitikamuudatus parandab nende töise sissetulekuga inimeste ravikindlustuskaitset, kelle deklareeritud tulu ei ole regulaarne, kuid kelle eest aasta jooksul makstava sotsiaalmaksu kogusumma aasta peale oleks piisav, et tagada neile ravikindlustus igal kalendrikuul. Seega oleks sotsiaalmaksu maksmine ajas piisavalt hajutatud.

**Poliitikamuudatuse sihtgrupp on 2016–2017 aasta andmete põhjal arvestuslikult kuni 4000 inimest, kellest ligikaudu 3000 on mehed ja pigem on nad nooremad (25–30 aastased) kui keskmine ravikindlustamata inimene (35–40 a). Antud grupi peamine tululiik on Võlaõigusseaduse (VÕS) lepingu alusel saadud sissetulek, mis selgelt eristub muust rahvastikust, kelle peamine sissetulek on tööandja poolt makstud tasu. Kõige levinumad tulu saamise kuud on august või september, mis võib viidata hooajatöölise suurele esindatusele.**

TABEL 4. HÕIVATUTE RAVIKINDLUSTUSTE KATVUSE POLIITIKAREEGLID

	<b>TÖÖSUHTES TÖÖTAJAD</b> (tööleping)	<b>TÖÖVÕTJATEST TÖÖTAJAD</b> (käsundus- ja töövõtuleping)	<b>FÜÜSILISEST ISIKUST ETTEVÕTJA</b> (FIE)	<b>TÖÖANDJAD</b> (äriühingu juhatuse liikmed)
<b>KINDLUSTUSE KEHTIVUSE TINGIMUSED</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tööleping peab olema tähtajatu või sõlmitud vähemalt 1-kuulise tähtajaga.</li> <li>2. Normaalkoormusega töötaja kuutöötasu peab olema vähemalt töötasu alammääras.</li> <li>3. Osakoormusega töötaja kuutasu peab olema mitte vähem kui miinimummäär.<sup>7</sup></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Töövõtja eest on ühes kuus sotsiaalmaksu makstud vähemalt sotsiaalmaksu miinimummääras.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peab enda eest tasuma sotsiaalmaksu avansilisi makseid sotsiaalmaksu miinimumkohustuse ulatuses.</li> <li>2. Sotsiaalmaksu kohustuse ülempiir on kümnekordne miinimumpalga aastasumma</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peab olema juhatuse liige, kelle eest üks või mitu juriidilist isikut maksavad sotsiaalmaksu ühes kuus kokku vähemalt sotsiaalmaksu miinimummääras.</li> </ol>
<b>KEHTIVUSE ALGUS</b>	14 päeva peale töötamise algust.	Järgmisel päeval peale sotsiaalmaksu deklaratsiooni esitamist.	14 päeva pärast äriregistrisse või maksukohustuslaste registrisse kandmist.	Järgmisel päeval peale sotsiaalmaksu deklaratsiooni esitamist.
<b>KEHTIVUSE PEATUMINE</b>	Kahe kuu möödumisel töötamise registrisse kantud töötamise lõppemise päevast. <sup>8</sup>	Ühe kuu möödumisel isiku eest sotsiaalmaksu miinimumkohustuse ulatuses sotsiaalmaksu deklareerimata jätmisest.	Kahe kuu möödumisel peatamise või kustutamiskande tegemisest äriregistris või maksukohustuslaste registris.	Ühe kuu möödumisel isiku eest sotsiaalmaksu miinimumkohustuse ulatuses sotsiaalmaksu deklareerimata jätmisest.

Allikas: RaKS, SMS

<sup>7</sup> Erandid on kirjeldatud SMS-i § 2 lg 4.

<sup>8</sup> Erandid on kirjeldatud RaKS-i § 6 lg 4.

### 3.1.3. Poliitikamuudatuse sisu

Poliitikamuutus on suunatud isiku sotsiaalmaksu minimaalse määra arvutamise põhimõtete muutmisele, mille alusel inimese ravikindlustuse kehtivust määratakse. **Kui praegu arvestatakse ravikindlustuse kehtimiseks isiku eest makstud sotsiaalmaksu vaid viimasel kalendrikuul, siis poliitikamuutuse järgselt pikeneks see 12 kalendrikuule.** Lihtsustatult, kui praegu vaadatakse juunis mais tasutud sotsiaalmaksu suurust, siis muudatuse tulemusena jälgitaks sotsiaalmaksu tasumist eelmise aasta juunist kuni maini. Sellega annaks muudatus jooksval kalendrikuul ravikindlustusele neile, kelle eest on eelneva 12 kuu jooksul makstud sotsiaalmaksu summas, mis ületab samal 12 kalendrikuul kehtinud sotsiaalmaksu kuumäärade summat.

On kaalutluskoht, kas selline poliitikamuudatus peaks olema suunatud üksnes töötavatele või võiks õigus ravikindlustusele olla sõltumata sellest, kas ta töötab või mitte. Sellest tulenevalt eristuvad stsenaariumi all kaks varianti:

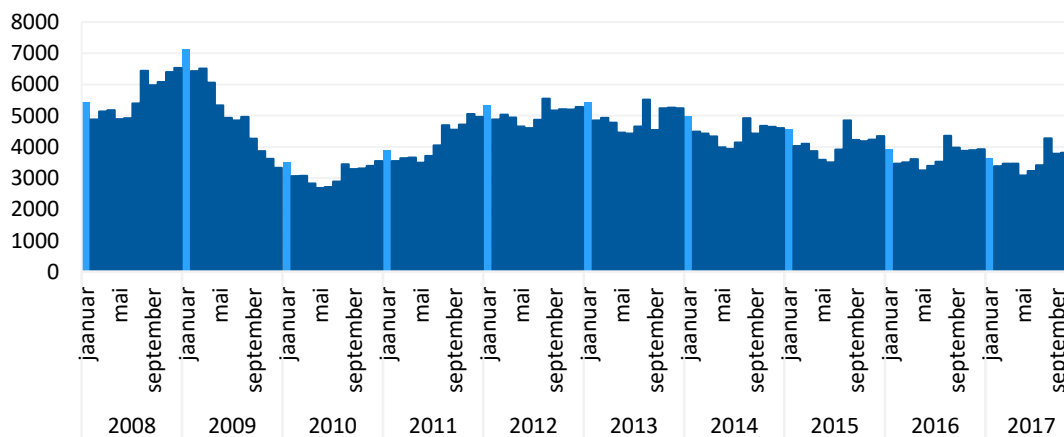
- » Esimese variandi (S1A) korral on täiendavaks tingimuseks, et inimene on kantud töötamise registrisse või FIEna äriregistrisse või maksukohuslaste registrisse;
- » Teise variandi (S1B) korral S1As kirjeldatud tingimust ei rakendu ja õigus ravikindlustusele tekib ka juhul, kui inimene ei ole jooksval kalendrikuul hõivatud.

Kui praegu arvestatakse ravi-  
kindlustuse kehtimiseks isiku eest  
makstud sotsiaalmaksu vaid  
viimasel kalendrikuul, siis poliitika-  
muutuse järgselt pikeneks see 12  
kalendrikuule.

### 3.1.4. Muudatuse oodatavad tulemused

Poliitikamuudatuse rakendumise paraneks variandi S1B korral kuni 4000 inimese ravikindlustus (vt Joonis 5), S1A täpset kvantitatiivset mõju pole võimalik uurimismeeskonna käsutuses olevate andmete baasil öelda, kuna puuduvad andmed töötamise registri kannete kohta.

**Joonis 5. POLIITIKAMUUDATUSEGA RAVIKINDLUSTUSSE LISANDUVATE INIMESTE ARV KUUDE KAUPA (2008–2017) EHK RAVIKINDLUSTUSETA INIMESTE ARV, KELLE EEST EELNEVA 12 KUUL MAKSTUD SOTSIAALMAKSU KOGUSUMMA ÜLETAB SAMADEL KUUDEL KEHTINUD SOTSIAALMAKSU KUUMÄÄRADE SUMMAT (HELEDAMA VÄRVIGA ON ERISTATUD IGA AASTA JAANUAR)**



Allikas: Praxise arvutused



Mõlemad poliitikavariandid lahendavad või leevendavad ravikindlustuse katkendlikkuse probleemi muuhulgas järgmistes gruppides:

- » ainult töövõtu- ja käsunduslepingute alusel töötavad piisavat aastatulu teenivad töötajad (sh nt loomeisikud, puuetega inimeste tugisikud);
- » ebaregulaarse ettevõtlustuluga iseendale tööandjad (sh nn hoojaettevõtete juhid, palgatööst loobunud ettevõtlusega alustavad juhatuse liikmed perioodil, mil ettevõttel ei ole veel tulu).

Nagu eespool öeldud, laieneb variant S1A korral õigus ravikindlustusele inimestel, kes antud hetkel hõives ei osale, sh kes ei ole ametlikult taotlenud töötü või tööotsija staatust.

Poliitikamuudatusest saaksid enim kasu 22–35 aastased mehed. Novembris 2017 oli 1740 sellesse vanusegruppi kuuluvat ravikindlustamata meest, kellest tõenäoliselt oluline osa saaks muudatuse rakendumisel õiguse kindlustusele.

### 3.1.5. Poliitikamuudatusega kaasnev muu mõju

**Kui laiendada õigust ravikindlustusele kõigile üle 4000 ravikindlustamata inimesele, kes vastavad S1B tingimustele, suureneks koormus Haigekassa kuludele 2018. aastal seitsme miljoni euro võrra.** Selline hinnang on saadud kandes üle samas soos ja vanuses ravikindlustatute kulud sihtrühmale. Suurima osa summast moodustavad meeste üldarstiabi kulud, mille prognoositav suurus samal aastal oleks 2,7 miljonit eurot. Samuti on kulude suurenemisel praeguse olukorraga võrreldes selge osa haigus-hüvitistel, mida vaadeldav sihtgrupp oma töövormist tulenevalt praegu ei kasuta. Selle stsenaariumi rakendamisel suureneks aastaks 2028 koormus tervishoiusüsteemile 11,3 miljoni võrra, mis tuleneb nii hinnatõusust kui ka sotsiaalmajanduslikest muutustest.

---

Ravikindlustuse sissemaksete parameetrite muutmisega suureneksid Haigekassa kulud ligikaudu 7 miljonit eurot aastas.

---

Positiivsena võib eeldada, et see **muudatus parandab tööturu paindlikkust — mittetöötavatele inimestele muutub töövõtu- ja käsunduslepingute baasil tulu teenimine senisest soodsamaks**, mistõttu võib rohkem töötajaid olla valmis neid lepinguvorme ka kasutama. Seega võib poliitikamuutus parandada struktuurset tööjõupuudust. Näiteks võib liigesepõletike või vaimse tervise häiretega inimeste tööelu periooditi olla haiguse ägenemise tõttu tugevalt pärsitud ja tööandjal võib tekkida õigus inimese tööleping lõpetada. Paindlikumate töövormide puhul, kus kroonilisest haigusest tingitud töövõimerisk jääb töövõtja kanda, võib töösuhe pikemalt püsiv olla ning töövõtjal on haigusperioodi järel võimalik jätkata senise tööandjaga paindlikemal tingimustel, selmet alustada tööturul nullist.

**Poliitikamuudatusel võib olla positiivne mõju hõivele ka majanduse käekäigu halvenemisel.** Majandussurutise olukorras on töötajatel soodsamad võimalused osaleda tööjõuturul osaliselt hõivatuna. Üksnes viimasel põhjusel on ravikaitse garantii pakkumine paindlikele töötajatele pikas perspektiivis mõistlik.

**Paindlikumad võimalused võivad teisalt soodustada käitumist, mis võib omakorda mõjutada maksulaekumist — mõju võib olla mitmesuunaline.** Ühelt poolt on võimalik, et poliitikamuudatuse jõustumisel paraneb maksulaekumine. Nii võivad ebaregulaarse tulu teenijad olla huvitatud sellest, et nende tulu ületaks kalendriaasta vältel teatud piiri. Samuti vältida ka lühikeste töösuhete puhul ümbrikutasu, seda eriti juhul, kui tasu on täies ulatuses legaalne ning väljamaksmine garanteeriks järgmisel kalendrikuul ravikindlustuse.

**Samuti võib muudatus kahandada nn**

**pseudoettevõtlusega tegelejate hulka** (nt ühe või paari inimesega ettevõtte, kes teevad alltöövõttu peaaesjalikult või ainult ühele ettevõttele). Kuna seni on

käsundus- ja töövõtulepingutega töötamine Eestis olnud sotsiaalsete garantiide mõttes ebasoodne, on töötajal ratsionaalsem luua ettevõtte, mis võimaldab tal enda eest sotsiaalmaksu maksta. Osaühingu vorm annab aga töötajale võimaluse rakendada hulgaliselt teisi optimeerimisvõimalusi sh isiklike kulude

(sõiduauto, sidekulud jne) viimist ettevõtluskulude alla või dividenditulu võtmist palgatulu asemel. Kui ettevõtjaks hakkamise motivatsioon on väiksem, laekub riigile kõikides liikides rohkem ka maksutulule. Praktikas võib eeldada, et mõju maksutulule on siiski marginaalne.

Teisalt loob poliitikamuudatus soodsad võimalused, et **inimesed, kellel on olulised hoovad oma tulu üle otsustamisel (eelkõige juhatuse liikmed), võivad hakata oma ettevõtlusega teenivat palgatulu optimeerima**. Seda näiteks olukorras, kus inimene teenib ühes ettevõttes palgatulu ja töötab teises endale kuuluvas ettevõttes juhatuse liikmena.

Samuti võib suure palgatuluga inimene palgatöölt ettevõtlusesse siirdumisel olla motiveeritud viivitama endale ettevõttest töötasu maksmise alustamisega, kuni ravikindlustus on poliitikamuudatusega tagatud.

**On põhjust oletada, et mõju maksulaekumisele on pigem marginaalne** — need juhatuse liikmed, kes on seni enda tööjõumaksudega maksustatavat tulu optimeerinud, teevad seda ilmselt ka tulevikus, ning need, kes seni ei ole pidanud õigeks optimeerida, ei hakka seda tegema ka poliitikamuudatuse valguses.

**Teisalt on S1B puhul tegemist solidaarsusprintsipi oluliselt lõhkuva sammuga.** Nimelt loob S1B olukorra,

kus kõrgemat tulu teeninud inimese ravikindlustuskaitse kestvus on töötamise järgselt pikem kui madalapalgalisel inimesel. Inimestel, kelle eest on makstud sotsiaalmaksu selle miinimummääras, poliitikamuudatus ravikindlustuskaitset ei mõjuta. Inimesel, kes on teeninud ühel kalendrikuul töötasu, mis on võrdne või ületab 12-kordselt sotsiaalmaksu miinimummäära, on seejärel tagatud ravikindlustus 12 kalendrikuuks.

---

Ühelt poolt on muudatusel positiivne mõju tööturu paindlikkusele ja kahandada nn „OÜ-tajate“ hulka.

Teisalt loob muudatus soodsad tingimused palgatulu optimeerimiseks neile, kes seda teha soovivad.

---

---

Muudatus küll suurendaks ravikindlustusega inimeste arvu, kuid vähendaks Eesti tervisesüsteemi solidaarsust — kõrgemat tulu teenivad inimesed võivad muudatusest rohkem kui madalapalgalised.

---

## KIIIL 1. KATVUSE LAIENDAMINE RAVIKINDLUSTUSSÜSTEEMIDEST

Universaalse süsteemi katvuse poole on liikunud nii osamakseliselt rahastatud tervishoiusüsteemid kui ka riigieelarve üldistest tuludest rahastatud tervishoiusüsteemid. Osamakseliste ravikindlustussüsteemide tüüpnaide on Saksamaa, kus 105 aastat peale süsteemi juurutamist jõuti universaalse katvuseni, laiendades nii hüvesid kui ka isikute ringi, kellele hüved laienevad (Bärnighausen and Sauerborn 2002). Viimase põhjalikuma analüüsi järgi sõltub laiendamise võimekus ja tulemuslikkus riigi elanikkonna sissetuleku tasemest ja jaotusest, majanduse struktuurist, rahvastikustruktuurist ja riigi võimekusest administreerida kindlustussüsteemi (Carrin and James 2005).

Hõive mitmekesisustumine on väljakutseks mitmete riikide sotsiaalkaitse süsteemidele. Eelkõige põhjusel, et valdavalt on riiklikud sotsiaalkindlustusskeemid, sh ravikindlustussüsteemid üles ehitatud eeldusel, et valdavalt on inimeste töösuhted pigem standardsed ehk võimaldavad kehtestada erinevaid miinimumnõudeid tööstaažile, -ajale, -tasule jms. See võib olla põhjus, miks paljudes riikides on mittetavapärasel moel tööga hõivatute seas kindlustuskatvuse näitajad madalamad (ILO 2017; Matsaganis et al. 2016; Spasova et al. 2017).

Euroopa riike omavahel võrreldes nähtub, et mittetavapäraselt hõivatute kindlustuskaitse on korraldatud erinevalt. Leidub riike, kus mittetavapäraselt hõivatutel on samasugune tervishoiuteenuste ja haigushüvitisega ravikindlustuse kaetus. Teisalt on ka riike, kus kehtivad erisused. Näiteks hooajalised ja juhutöötajad ei ole kaetud kohustusliku ravikindlustusega (nt Bulgaaria, Ungari, Leedu, Läti, Makedoonia, Rumeenia ja Serbia) või kindlustuskaitse ei laiene praktiliselt olevatele töötajatele (nt Belgia, Horvaatia, Madalmaad, Poola, Taani, Prantsusmaa, Ungari, Leedu ja Türgi). Iseendale tööandjad on Euroopas enamasti kohustatud ostma omale ise tervisekindlustuse. Samas näiteks Iirimaa, kus on kehtestatud (hõivest sõltumatu) universaalne tervisekaitse, on iseendale tööandjad vaid osaliselt kindlustatud. Kuid viimastel aastatel on ka neile tervishoiuteenuste paketti laiendatud sõltumata hõivemäärast.

Riigid on kasutanud erinevaid võimalusi tervisekindlustuse katvuse laiendamiseks, sealhulgas pakkudes võimalust vabatahtlikult või kohustuslikult kindlustusega liituda ja muutes sissetulekute tegemise reegleid. Eripärane näide on siin kogumiskontode juurutamine, millega püütakse ületada hõive ja sissetulekute muutlikkuse ning mitme sissetulekuallika kombineerimise probleemi. Vaata näiteks: [Dutch Life Course Savings Scheme \(LCSS\)](#), [the Salary Savings Scheme \(SSS\)](#) and [the Vitality Scheme \(VS\)](#); [Individual Activity Accounts in Germany](#); [French Individual Accounts](#).

## 3.2. Poliitikamuudatuse stsenaarium 2. Teadlikkuse tõstmine ja käitumise mõjutamine ravikindluse taotlemise suurendamiseks

### 3.2.1. Probleem

Eestis on automaatselt ravikindlustusega kaetud kuni kolmeaastast last kasvatav vanem, eestkostja või hooldaja, kellega on perekonnas sõlmitud kirjalik hooldamise leping, või isik, kes kasutab vanema asemel lapsehoolduspuhkust ja kasvatab alla 3-aastast last (RaKS, SMS). **Lapse kolmeaastaseks saamisel kindlustuskaitse kaob, kui lapsevanemal ei ole kindlustuskaitset mõnel muul alusel või erijuhu raames<sup>9</sup>.**

Perioodil 2007–2017 oli ligi 20 000 juhtu, kus lapsevanem kaotas lapse 3-aastaseks saamise järel kindlustuskaitse. **Keskmiselt puudus kindlustuskaitse umbes 15 kuud**, 2017. aasta 11 kuu vältel sattus kindlustamatusesse 1391 vanemat, sh 1207 naist ja 184 meest. Nende emade ja isade osakaal, kes lapse kolme aastaseks saades ravikindlustuse kaotasid, on olnud võrdlemisi stabiilne: aastatel 2007 ja 2008 oli kindlustuskatteta vanemate hulgas mehi 2,5–4%, nendest järgnevatel aastatel 10–13%.

---

Igal aastal on ligikaudu 1400 lapsevanemat, kelle ravikindlustus katkeb lapse 3-aastaseks saamisel ja nad ei liigu üle mõnda teise ravikindlustusega kaetud gruppi.

---

Vajadus tervishoiuteenuste järgi on üldjuhul ennustamatu ja nende kõrge hinna tõttu on inimestel mõistlik olla ravikindlustatud. **Lapse kolmas sünnipäev, mil vanema kindlustuskaitse lõppeb, on ette teada sündmus, mistõttu on ravikindlustamatus majanduslikult ebamõistlik ja välditav.**

Kuna väikelaste vanemad moodustavad ravikindlustamatute hulgas märgatava grupi (vt lk 18), võib see viidata nii teadmatusele kui ka keerukamatele probleemidele ravikindlustuse saamisega. Väikelaste vanemad võivad tööelust ja seega ka ravikindlustusest kõrvale jääda mitmete tegurite koosmõjul, mille hulka kuuluvad rajasõltuvus (passiivsus ja pereema roll kui norm), eneseusu kaotamine, objektiivne oskuste vananemine (eriti juhtudel, kui vanem on tööelust eemal mitme lapsega järjest), väikelaste emade diskrimineerimine tööjõuturul (vt ka Baicker, Congdon, and Mullainathan 2012) ja lastehoiukulud. **Seega ei ole mõistlik pikendada kindlustuskaitset lapse 4-, 5- või 6-aastaseks saamiseni, kuna see lükkaks edasi hetke, mil kindlustamatus tekib — vaja on sisulisemat meetet.**

### 3.2.2. Eesmärk ja sihtrühm

Juurutada poliitikameetmestik, mille sisuks on üle kolme aastaste laste vanemate kindlustuskaitse katkemise ennetamine. Kindlustamatus tekib, kui lapse kolmeaastaseks saamisel ei ole vanem valmis või tal ei ole võimalik tööle naasta ning kui ta ei leia muid aluseid, mis lubaksid tema ravikindlustusel jätkuda. Kuigi järgnev meetmestik keskendub väikelaste vanematele, saab seda kohandada ka kõigile Töötukassaga seotud ravikindlustuskaitsetele. Näiteks, töötustaatuse lõppemisel on praegu kindlustamatusesse sattumise juhte rohkem kui

---

<sup>9</sup> Näiteks abielus olev lapsevanem võib Sotsiaalkindlustusameti kaudu taotleda endale kindlustuskaitset, mis kehtib lapse 8-aastaseks saamiseni.

väikelaste vanemate puhul — 2017. aasta 11 kuuga oli 8100 üleminekut kindlustamatusesse. Kõigi töötuse staatustega seonduvaid juhte oli 11 600 (Tabel 2). Samuti võib järgnevalt kirjeldatud meetod sobida neile, kes kellegi hooldamise tõttu ei saa tööturul soovitud määral osaleda.

### 3.2.3. Poliitikamuudatuse sisu

Järgnevad ettepanekud lähtuvad kahest erinevast eeldusest. **Variant A eeldab, et ravikindlustamatus tekib teadmatuses.** Seega suurendaks teadlikkuse tõstmine ka ravikindlustatust (vt Meng et al 2011). **Variant B lähtub eeldusest, et teadlikkuse tõstmisest ainuüksi ei piisa:** tõhusam on toetada väikelastevanemate tööle naasmist käitumuslike sekkumistega (vt Baicker, Congdon, and Mullainathan 2012).

#### Variant A

Haigekassa võtab lapsevanematega, kelle laps on saamas kolmeaastaseks, ühendust e-kirja, SMSi või telefoni teel. Kontaktivõtmisaeg ja -meetod tuleks selgitada olemasoleva kirjanduse ja Eesti oludes tehtavate katsete põhjal, kuid see võiks toimuda umbes aasta enne lapse 3-aastaseks saamist. Vanemat teavitatakse ravikindlustuse lõppemisest ka lapse kolmandal sünnipäeval ja informeeritakse lahendustest, kuidas ravikindlustust jätkata (tööle naasmine või muud alused, mis tagavad ravikindlustuse). Nagu eespool öeldud, töötab see sekkumine juhtudel, kui vanem ei ole teadlik kindlustuskaitse lõppemisest.

---

Poliitikamuudatus tuleks planeerida vastavalt sellele, mis on ravikindlustuse katkemise peamine põhjus — kas teadmatus või mõni süsteemsem barjäär.

---

#### Variant B

Luaa tugisüsteem, kuhu on kaasatud lisaks Haigekassale ka Sotsiaalkindlustusamet ja Töötukassa. Ametite omavahelise koostöö eesmärk on aidata väikelaste vanematel teha teadlikum ja kaalutletum otsus oma ravikindlustuse osas. See tugisüsteem toetaks vanemat vajadusel nii tööle naasmisel kui ka ravikindlustuse muul alusel jätkamisel. Tugisüsteem aktiveerub, kui lapsevanemaga võtab ühendust tugisüsteemi esindaja. Lisaks A-variandis kirjeldatule kaardistatakse vanema tööle siirdumise või naasmise plaane ja võimalusi ning pakutakse vastavalt lapsevanema vajadustele ja eelistustele tööturuteenuseid.

Juhul, kui vanem ei soovi tööle naasta, saab tugisüsteemi esindaja suunata lapsevanema Haigekassasse, et vanem leiaks võimaluse ravikindlustuse jätkamiseks peale lapse 3. eluaasta täitumist. Näiteks ravikindlustuse jätkamine mõne muu erijuhtu raames, mis antud lapsevanema puhul kehtib.

Kui vanem soovib tööle naasta või leida uue töökoha, võib talle tugisüsteemi kaudu pakkuda ühte või mitut järgnevalt kirjeldatud teenustest. Sealjuures tuleks teenuste kujundamisel lähtuda lapsevanemate vajadustest — näiteks uurida, mis takistab vanemaid tööle naasmast. Oluline on, et teenuseid pakutakse nn *one-stop-shop* põhimõttel, kus teenuse vajaja saab vajaliku sekkumise ilma keeruliste ümbersuunamisprotseduurideta. Järgnevalt on toodud mõned ettepanekud, mida võiks teenuste arendamisel kaaluda.

1. Kui lapsevanem soovib tööle naasta:

- a. Pakkuda vahendajarolli tööandjaga läbi rääkimisel. See aitaks luua eeldusi, et lapsevanema töökoht on olemas, võttes arvesse mõlema osapoolle ootusi ja vajadusi. Näiteks võib olla vajalik uuesti läbi rääkida tööülesanded või ka töövorm (paindlik tööaeg, võimalus kaugtööks, osaline koormus). Lisaks aitaks see ennetada olukordi, kus üks või mõlemad osapooled pole valmis koostööks ja lapsevanem peab seetõttu uue töö otsima (sh diskrimineerimisjuhud). Sarnast lähenemist on kasutatud Inglismaal vabatahtlike hooldajate töösuhete säilitamiseks (Wilson et al. 2018).
- b. Aidata vanemal tööle naasmise eel oma oskusi lihvida, et need oleksid ajakohased, vastaksid tööandja vajadustele ja toetaksid vanema enesetõhusust (vt ka Wilson et al. 2018).
- c. Võimaldada osalust tugigrupis, kus sarnases olukorras vanemad saavad oma kogemusi jagada ja teistelt õppida. Tugigrupp aitaks suurendada ka vanema enesekindlust ja -usku, olles seejuures Töötukassale võrdlemisi madala kuluga. Siinjuures võib rakendada tugigruppide organiseerimisse ka lapsevanemaid, kes seeläbi tööturul vajalikke kogemusi saavad. Võib juhtuda, et osale vanematest piisab tugigrupist ja individuaalteenuseid nad ei vaja.

2. Kui lapsevanem soovib uut tööd leida:

- a. Aidata vanemal oma karjääri ja järgmisi samme ette planeerida ning oskusi/kogemusi välja selgitada.
- b. Aidata vanemal töö leidmiseks kvalifikatsiooni lihvida või omandada uusi oskusi (vt 1b).
- c. Võimaldada osalust tugigrupis, kus sarnases olukorras vanemad oma kogemusi jagada ja teistelt õppida saavad (vt 1c).

### 3.2.4. Poliitika elluviimise eeldused

#### Variant A

Mõjuva sõnumi koostamine eeldab uurimistööd, mis annab ülevaate nii informatsioonist, mida lapsevanemad vajavad, ajahetkest, mil sõnumi saamine oleks kõige efektiivsem kui ka sõnumi edastuskanalist (e-kiri, SMS või kõne). SMS-i ja e-kirja puhul võib olla kulutõhusam selle saatmine automatiseerida nii, et see saadetakse teatud tingimuste kokku langemisel. Samuti tuleb treenida Haigekassa klienditeenindusbüroo töötajaid, et nad oskaksid sõnumile vastajaid õigesti nõustada ja vajadusel edasi suunata. Võrreldes B-variandiga kaasneb variandi A puhul tõenäoliselt marginaalne lisakulu, mis eelduslikult võib olla ühekordne.

#### Variant B

Poliitikameetme juurutamiseks on esmalt vaja välja töötada vastav sekkumisprotsess ja tõenäoliselt luua ka meedet toetav struktuur, et tagada erinevate osapoolte (lapsevanem, Haigekassa, Töötukassa, tööandja) koostöö. Samuti on vaja välja selgitada, milline peaks tugistruktuur olema, milliseid teenuseid ja millises hulgas pakkuma. Soovitav oleks ka sekkumist piloteerida, et veenduda komponentide tõhususes, mõjus ja koostoimes.

### 3.2.5. Muudatuse oodatavad tulemused

#### Variant A

Sekkumine aitab väikelaste vanematel teadvustada ravikindlustuse lõpu saabumist, olla teadlik võimalustest, kuidas ravikindlustust jätkata, ja mida teha, et ravikindlustust mitte kaotada. Seega töötab see variant nende vanemate puhul, kelle ravikindlustus katkeb teadmatusel. Kuna vastavad varasemad uuringud puuduvad, ei ole teada, kui suur osa vanemate ravikindlustuskattest sel põhjusel lõppeb. Seega on raske hinnata, kui paljusid lapsevanemaid see meede ravikindlustada aitaks. On mõningaid tõendeid, et inimeste informeerimine võib aidata neil toetusi taotleda: nt Bhargava ja Manoli leidsid, et lihtsasti loetava kirja saatmine koos illustratsiooniga, kui palju raha võib inimene toetusena saada, suurendasid sotsiaaltoetuste taotlemist 22–25% (Bhargava and Manoli 2015).

**Variant A ei lahenda aga tööle mittenaasmisega seonduvaid muid põhjuseid (vt eespool) – variant B pakub siinjuures laiapõhisemat lähenemist, mis toetaks rohkem lapsevanemaid.**

---

Poliitikamuudatuse planeerimisel tuleb otsustada, kas soovitakse tõsta vaid ravikindlustuse katvust või soovitakse aidata kaasa töö- ja pereelu ühitamisele.

---

#### Variant B

Sekkumine aitab väikelaste vanematel lapse kolmeaastaseks saamisele eelneval perioodil planeerida tööle naasmist või uue töö leidmist. See võimaldab vajadusel omandada uusi oskusi ning tõsta ka vanema enesekindlust ja -tõhusust. Käitumiskavatsuste formuleerimisel (ingl *k implementation intention*) on eesmärgi saavutamise tõenäosusele keskmine või suur efekt (metaanalüüs:  $d = 0,65$ ) (Gollwitzer and Sheeran 2006). Seda ideed rakendades suurendati Essexi maakonnas inimeste hulka, kes sealse Töötukassa abil suurema tõenäosusega töö leidsid (Behavioural Insights Team 2015). Seega võib variant B suurendada tõenäosust, et vanem siirdub tagasi tööturule, jätkates soovi korral sarnasel vastutusastmel kui enne karjäärikatkestust, mitte madalamal positsioonil. Samuti annab see tööandjatele võimaluse veenduda, et vanema-puhkuselt tagasi tulija on valmis ja võimeline töösse panustama. Wilson ja kolleegid (2018) leidsid, et hooldajate ja tööandjate läbirääkimiste vahendamine parandas väikeste ja keskmiste organisatsioonide vastuvõtlikkust paindlikuks tööajaks ja muutis nende personalipoliitikat hoolduskoormusega töötajate suhtes arvestavamaks. Sarnased muudatused Eestis võivad vähendada väikelaste vanemate diskrimineerimist ning suurendada naiste ja meeste vahelist võrdsust ühiskonnas.

### 3.2.6. Muudatusega seonduvad riskid

#### Variant A

**Võib juhtuda, et vanemad registreerivad end töötuks vaid selleks, et saada ravikindlustust või kasutavad muid võrdsustusvariante nõ kunstlikult.** See tagab küll ravikindlustuse katvuse, ent võib ka süsteemi ebamõistlikult koormata (näiteks Töötukassa ressursid kulub hetkel suures hulgas sellele, et võimaldada ravikindlustust, sh ka nendele, kes töö leidmisest tegelikult huvitatud ei ole).

### Variant A ja B

**Mõlemad sekkumised tuleb välja töötada tuginedes olemasolevatele uurimistöodele**, kuid arvestades kohalikke eripärasid ja lapsevanemate vajadusi. Viimaste väljaselgitamiseks on vajalik teha täiendavaid uuringuid. Sekkumiste rakendamisel on oluline tagada nende rakendustruudus (ingl k *intervention fidelity*) välja töötatud sekkumise suhtes, st et rakendus oleks võimalikult sarnane sellele, mis uuringute põhjal toimib.



### 3.3. Poliitikamuudatuse stsenaarium 3. Universaalse ravikaitse kehtestamine

#### 3.3.1. Probleem

Eesti ravikindlustussüsteem on üles ehitatud selliselt, et on sätestatud suur hulk tingimusi kindlustuskaitse kehtimiseks, millest ühele või teisele vastates tekib inimesel õigus kindlustuskaitsele. Sellest tulenevalt on ka võrdlemisi lai varieeruvus põhjustes, miks inimestel ravikindlustus puudub või sageli katkeb (vt ptk 2).

Kindlustuskaitse puudumise asjaolude analüüsist joonistub välja suur hulk spetsiifilisi elanikkonnarühmi, kelle kindlustuskaitse parandamiseks tuleks Eestis rakendada hulganisti erinevaid poliitikameetmeid. Arvestades nende alarühmade suurust (ligikaudu 50–100 inimest), ei ole mõistlik välja töötada ja rakendada sedavõrd väikeseid rahvastikurühmi eraldi adresseerivaid poliitikaid.

Peatükkides 3.1 ja 3.2 kirjeldatud poliitikamuutuste stsenaariumid adresseerivad kõige suuremaid kindlustamatute alarühmi ja võimaldavad laiendada Eestis ravikindlustuse katvust potentsiaalselt ligikaudu 5000 inimese võrra ehk alla 1%. Seega nende poliitikamuutustega ei ole võimalik lahendada valdava enamiku kindlustuseta alarühmade probleemi.

---

Tänase süsteemi peenhäälestamine võimaldaks suurendada kindlustatute arvu marginaalselt.

Laiapõhisemaks katvuse suurendamiseks tuleb kaaluda universaalse tervisekaitse kehtestamist.

---

Sellest tulenevalt on kolmanda poliitikamuutuse stsenaariumina käsitlemise alla võetud universaalse ravikaitse kehtestamine. See aitaks leevendada ka praeguse ravikindlustussüsteemi haldamise kulukuse ja keerukuse probleemi, kehtestades ravikaitse saamiseks oluliselt lihtsamad põhimõtted.

#### 3.3.2. Eesmärk ja sihtrühm

Poliitikamuutuse eesmärk on pakkuda kogu elanikkonnale universaalset ravikaitset. Muudatus puudutab otseselt kuni 120 000 praegu ravikindlustamata inimest<sup>10</sup>. Kaudselt on sihtrühm oluliselt laiem — perioodil 2008–2017 on Eestis vähemalt ühel kuul olnud kindlustamata kokku ca 350 000 tööealist inimest.

#### 3.3.3. Poliitikamuudatuse sisu

Tänane Eesti tervisesüsteem on üles ehitatud Bismarcki mudelile ehk töötasust makstavatele kindlustusmaksetele, millega inimene ostab omale riikliku ravikindlustuse. Sellest tingituna kasutatakse Eestis mõistet *ravikindlustuse katvus* ehk kui paljud inimesed on sotsiaalmaksu näol teinud piisavas mahus kindlustusmaksid, et neile kehtiks riiklik ravikindlustus.

---

<sup>10</sup> Arv hõlmab ka võimalikke mitteresidente, vt pt 2

Universaalse *ravikaitse* puhul on tegu põhimõttelise muutusega riiklikkus tervisesüsteemis – riiklikule tervishoiusüsteemile ligipääsuks ei pea inimesed tegema sissemaksid, vaid õigus ligipääsule kehtestatakse mõnel muul alusel, enamasti residentsuse staatusega.

#### Teiseks oluliseks erisuseks on tervishoiu rahastamine.

Kui ravikindlustuse mudelis toimub rahastamine spetsiifilise tervise- või sotsiaalmaksu kogumise abil, siis **ravikaitse mudeli puhul toimub tervishoiu rahastamine otse riigieelarvest** (nt sarnaselt politseile). Sellest tulenevalt ei ole viimase puhul sageli vajadust ka kindlustuskassa järele, kuhu spetsiifiliste maksudega kogutud raha koondub, vaid teenuste rahastamine on mõne muu riikliku tervishoiu korraldamise ülesandega institutsiooni ülesanne.

Mõlemal süsteemil on plüsse ja miinuseid, mis kokkuvõtvalt on esitatud allolevas tabelis (tabel 5) (World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 2017). Mõlemal juhul tuleb kaaluda riske, mis paratamatult universaalse katvusega tervishoiusüsteemi mudelite puhul võivad esile kerkida.

**TABEL 5. UNIVERSAALSE KATVUSE TUGEVUSED JA NÕRKUSED RAVIKINDLUSTUSE JA RAVIKAITSE SÜSTEEMIS**

MUDEL	TUGEVUSED	NÕRKUSED
<b>Universaalse ravikaitse mudel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Jaotab ümber ressursse jõukamate ja vaesemate ning kõrgema ja madalama terviseriskiga elanike rühmade vahel</li> <li>» Katab kogu rahvastiku</li> <li>» Madalamad halduskulud</li> <li>» Võimaldab tõhusamalt hoida ravikulusid kontrolli all</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Rahastamisel võib tervishoid konkureerida kõigi teiste riigieelarvest rahastatavate riiklike teenuste ja kulutustega, mistõttu võib rahastamine olla ebastabiilne ja/või pidevalt muutuv</li> <li>» Võib suurendada süsteemi ebatõhusust, kui puuduvad süsteemi efektiivsemaks tegevad majanduslikud stiimulid</li> </ul>
<b>Universaalse ravikindlustuse mudel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Jaotab ümber ressursse jõukate ja vaesemate ning kõrgema ja madalama terviseriskiga elanikerühmade vahel</li> <li>» Stabiilne rahastamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Madalapalgalised on sagedamini ravikindlustustamata kui jõukamad, ja juhul, kui neile ei laiene mõni kindlustatuga võrdsustatud staatus</li> <li>» Süsteemi haldamine on ressursirikas ja keeruline</li> <li>» Võib viia kulude suurenemisele, kui ei juurutata tõhusaid lepingulisi mehhanisme</li> </ul>

### 3.3.4. Residentsuse mõiste sisustamine

Universaalsete avalike teenuste, sealhulgas ravikaitse pakkumisel lähtutakse sellest, et õigus hüvele tuleb residentsusest (elukoht, kodakondsus) (Hervey and McHale 2015). Tõstatub küsimus, kellel Eesti territooriumil viibivatest inimestest peaks olema õigus universaalsele ravikaitsele, võttes arvesse potentsiaalseid mõjusid migratsioonile. Ühest küljest võib see motiveerida riiki sisenema inimesi, kelle lähteriigis pakutavad avalikud hüved, sh sotsiaal- ja ravikaitse hüved, on vähem helled. Teisest küljest võib see motiveerida riiki sisenema inimesi,

kelle lähteriigis pakutakse universaalset ravikaitset ja kes peab oluliseks, et temal ja temaga seotud isikutel oleks ka Eestis tagatud ravikaitse, sõltumata hõive- ja sissetulekumustrist või muust staatusest (nt kindlustatuga võrdsustatud isik).

**Residentsuse staatusel põhinev õigus sotsiaalkaitsele ei ole Eestis uus. Sarnasel põhimõttel toimub ka töövõimetoetuse ja töövõimetuspensioni maksmine.**

Eesti sotsiaalkaitse süsteemis on kasutusel erinevad residentsusel põhinevad hüved:

- » **Vältimatu abi:** Eesti Vabariigi territooriumil viibivad inimesed (TeKS § 6).
- » **Ravikindlustus:** Eesti alaline elanik, tähtajalise elamisloa või elamisõiguse alusel Eestis elav isik, ajutise viibimisalusega Eestis seaduslikult viibiv isik (RaKS § 5).
- » **Töövõimetoetus:** 1) Eestis elav Eesti kodanik või pikaajalise elaniku elamisloa või alalise elamisõiguse alusel Eestis elav välismaalane; 2) tähtajalise elamisloa või tähtajalise elamisõiguse alusel Eestis elav välismaalane; 3) Eestis viibiv rahvusvahelise kaitse saaja või varjupaigataotleja, kellel on õigus Eestis töötada välismaalasele rahvusvahelise kaitse andmise seaduses sätestatud tingimustel (TVTS § 2)
- » **Riiklik pension, sh töövõimetuspension:** 1) Eesti alaline elanik, 2) tähtajalise elamisloa või elamisõiguse alusel Eestis elav välismaalane.
- » Kuna universaalset ravikaitse süsteemi rahastatakse riigieelarve üldistest tuludest, mis luuakse riigis tegutsevate füüsiliste ja juriidiliste isikute poolt, siis süsteemi jätkusuutlikuks rahastamiseks peaks kaetus kaudselt sõltuma residendi praegusest või tulevase võimalikust panusest majandusse ja ühiskonda. Seega peaks ravikaitse laienema eelkõige **alalistele elanikele – Eestis elavad Eesti kodanikud või Eestis elavad välismaalased ja Euroopa Liidu kodanikud, kellel on pikaajalise elaniku elamisluba või alaline elamisõigus** (VMS § 5; ELKS § 13). Statistikaamet loeb riigis alaliselt elavaks inimese, kes on Eestis elanud vähemalt ühe aasta (12 kuu) jooksul või kes on selles riigis elanud küll vähem aega, kuid kavatsevad vähemalt 12 kuud elada. Seejuures ei ole oluline, kas isik elab riigis seaduslikult või mitte (Tiit, Meres, and Vähi 2012).

### 3.3.5. Poliitikamuudatuse oodatavad tulemused

Poliitikamuudatusega oleks võimalik suurendada ravikatvust tööealise (19–65a) elanikkonna seas tänaselt 86%-lt 100%-ni ehk seadusmuudatuse jõustumise päevast saavad ravikaitse need Eesti alalised elanikud, kel see seni puudus ehk ligikaudu 120 000 inimest.

### 3.3.6. Mõju süsteemi haldus- ja ravikuludele

Poliitika rakendamine toob lisaks ravikaitse laienemisele kaasa mõju halduskuludele, maksulaekumisele ja ravikuludele. Poliitika-muudatusega kaasneb selle jõustumisel **ühekordne halduskulu** (menetlus- ja IT-kulu), mille suurusjärkude hindamiseks puuduvad uurimis-meeskonnal sisendid. Võttes arvesse, et universaalse ravikaitse kehtestamisel seotakse ravisüsteemi rahastamine lahti sotsiaalmaksu laekumisest, siis tähendab see ka uute tervishoiu rahastamispehimõtete väljatöötamist ja kehtestamist ehk ühekordset halduskulu suurenemist.

**Pikemas perspektiivis võib riigi halduskulu oluliselt kahaneda**, kuna kaob vajadus kohandada 58 ravikindlustuse alusega seotud nüansse, samuti kahaneb ilmselt nende asutuste koormus, kelle vahendusel toimub sisenemine ravikindlustuse süsteemi, nt Töötukassa, kohalikud omavalitsused ja Haigekassa.

---

Universaalse ravikaitse kehtestamine suurendaks Haigekassa kulusid esimestel aastatel 6% ja edaspidi 4% aastas.

---

Kui oluliste kindlustuskatkestustega ja kindlustamata elanikud hakkaksid koheselt kasutama tervishoiuteenuseid samaväärselt samas vanus- ja soorühmas püsivalt kindlustatutega, tingib see vajaduse tuua ravikindlustuse eelarvesse tervishoiuteenuste tänases mahus pakkumiseks ning ravimite rahastamiseks lisaraha. **Sellistel eeldustel universaalse kindlustuskaitse pakkumine tähendaks Haigekassale esimestel aastatel maksimaalselt ligikaudu 80 miljoni suurust lisakulu, mis on 5,7% 2019. aasta prognoositavatest kuludest. Kaugemas tulevikus tekiks riigile kindlustamata inimestele ravikindlustuse pakkumisel stabiilselt 4,4% suurune lisakulu. Muudatus tähendaks 0,3% suurust kulude tõusu SKPst.** Selline kulude kasv tuleb katta üldisest riigieelarvest ehk tuleb muuta ravikaitse tulubaasi, mis täna on peamiselt sõltuv sotsiaalmaksu laekumisest.

### 3.3.7. Mõju sotsiaalmaksu laekumisele

Kui osamakseline ravikindlustussüsteem tekitab inimestes stiimuli maksta sotsiaalmaksu, et saada tervishoiuteenuseid, siis **ilma osamakseteta universaalne ravikaitse süsteem võib tekitada väärstiimuli sotsiaalmaksu maksimisest hoidumiseks**. Kuna õigus ravikaitse hüvedele ei sõltu hõivest ja deklareeritud tulust, vaid residentsusest, siis väheneb majanduslik stiimul osaleda formaalmajanduses, olla ametlikult hõivatud ja deklareerida kogu oma töötulu. See omakorda mõjutab ka tervishoiu rahastamist, süsteemi solidaarsust, hüvede pakkumist ja kvaliteeti. Seega mõjutab see selle osa elanikkonna osalemist solidaarses ravikaitstes, kes kaldub rohkem osalema täielikult või osaliselt mitteformaalses majanduses, kuid kuna lõpptulemusena vähenevad tervishoiusüsteemi tulud, siis on mõjutatud kogu elanikkond.

Tõendid näitavad, et Eesti tööjõuturul on arvestatav hulk töötajaid, kes saavad kogu või osa oma töötasust ümbrikupalgana, st ilma et töötasult makstaks tööjõumakse. Konjunktuuriinstituudi uuringu järgi sai 2015. aastal ümbrikupalka iga üheteistkümnnes töötaja, iga kolmas inimene teab kedagi, kes saab ümbrikupalka (Eesti Konjunktuuriinstituut 2016). Samuti on Eestis arvestataval hulgal ettevõtjaid, kes optimeerivad oma tulusid selliselt, et sotsiaalmaksuga maksustata-vaid väljamakseid tehakse minimaalses määras (mis tagaks õiguse ravikindlustusele võimalikult minimaalse rahalise panusega) ja töötasu võetakse välja dividendidena. **Kui ligipääs riiklikele tervishoiuteenustele seotakse lahti sotsiaalmaksu tasumisest, siis võivad senised maksude optimeerijad jätkata optimeerimist ja veelgi vähendada sotsiaalmaksuga maksustatavaid väljamakseid.**

---

Universaalse ravikaitse kehtestamine võib tekitada väärstiimuli sotsiaalmaksu maksimisest hoidumisele.

Millisel määral selline maksukäitumine võib levida, sõltub sellest, millised stiimulid sotsiaalmaksu tasumiseks säilivad või lisanduvad.

---

Samuti võivad nii töövõtjad kui -andjad senisest enam eelistada ümbrikupalgade maksmist, sest ravikindlustuse saamise stiimul kaob. Millisel määral selline optimeeriv maksukäitumine võib

levida, sõltub paljuski sellest, millised muud stiimulid sotsiaalmaksu tasumiseks tööandjal säilivad või lisanduvad.

Võttes aluseks 2017. aasta andmed ja eeldades, et poliitika rakendudes lõpetavad sotsiaalmaksu tasumise kõik seni miinimummäärast (141 eurot) kuni 1,2-kordse sotsiaalmaksu määrani<sup>11</sup> tulu teenijad, siis kahaneks sotsiaalmaksu laekumine ca 135 miljonit eurot, sellest ravikindlustuse osa oleks ca 53 miljonit eurot. See moodustaks 4,8% Haigekassa 2017. aasta tuludest (1114 miljonit). Kui maksmise lõpetaks miinimummäärast +/- ühe euro ulatuses maksjad, väheneks Haigekassa tulude osa 1,2%.

---

Sobivate käitumisstiimulite disainimisega on võimalik riske maksulaekumisele maandada, näiteks luues juurde hüvesid, mis sotsiaalmaksu maksmisega inimestele kaasnevad.

---

**Praktikas ei ole sedavõrd negatiivse maksulaekumise stsenaariumi mõju tõenäoline.** Eelkõige seetõttu, et Eestis peavad kõik töötajad olema registreeritud töötamise registris ja töösuhte täielik varjamine on ka ravikaitse põhimõtete muutuse tingimustes tööandjale riskantne. Lisaks on deklareeritud töötasud ja sellelt makstud sotsiaalmaks aluseks ka teistele sotsiaalkaitse hüvedele – pensioni- ja töötuskindlustus, samuti ajutise töövõimekaotuse hüvitis.

Tervishoiuga on neist kõige otsesemalt seotud ajutise töövõimetuse hüvitis, mille suurus sõltub deklareeritud teisest tulust ja mille maksmise kord sõltub konkreetse isiku hõivevormist. Töötaja haigestumise esimese kolme päeva eest (nn ooteperiood) hüvitist ei maksta ja 4.–8. päeva eest maksab töötajale asendussissetuleku tööandja (tööandja omavastutus) (TTOS § 12). Iseendale tööandjatel aga pikeneb hüvitise ooteperiood kaheksanda päevani, kuna temale tööandja omavastutus ei kehti. Nii tekib olukord, kus tööandja omavastutus ühest küljest motiveerib töökohal tegelema terviseprobleemide ennetamisega, teisalt aga vähendab hüvesid inimestele, kes on iseenda tööandjad ja seeläbi vähendab ka nende motivatsiooni deklareerida oma töised tulud ausalt. Erinevad sotsiaalkaitse analüüsid (ILO 2017; Matsaganis et al. 2016; Spasova et al. 2017) osutavad vajadusele ühtlustada erineva hõivevormiga hõivatute sotsiaalkaitse katvust, kuna tööturu arengud osutavad mittestandardsete hõivevormide võimalikule kasvule järgnevatel kümnenditel ehk tulevikus on aina enam inimesi, kes on iseendale tööandjaks.

**Universaalne ravikaitse võib mõjuda positiivselt ka tööturu paindlikkusele, kuna inimestel kaob stiimul hoiduda lühiajalisest või ebastabiilse sissetulekuga hõivest.** Kui täna kaasneb näiteks iseendale tööandjaks olemisega risk ravikindlustusest ilma jääda (sest sissetulek on ebastabiilsem), siis universaalse ravikaitse puhul võivad tänased palgatöötajad olla edaspidi rohkem motiveeritud ja julgemad iseendale tööandjaks olema, ilma kartuseta seetõttu ravikaitsest ilma jääda.

---

Universaalne ravikaitse aitab parandada ka tööturu paindlikkust, julgustades tänaseid palgatöötajaid endale ise tööandjaks olema.

---

### 3.3.8. Poliitikamuudatusega kaasnevad riskid

Universaalse ravikaitse mudeli kasutusele võtmine **võib tekitada nn tasuta lõunate riski – hõivatutel võib-olla väiksem motivatsioon oma töötamist ja sellelt teenitud tulusid riigile ausalt deklareerida.** Samas on tegu riskiga, mida on võimalik sobivate käitumisstiimulite disainimisega maandada. Eelkõige hõlmaks see stiimulite loomist, millega säilitatakse või luuakse

---

<sup>11</sup> Miinimummäär oli 2017. aastal 141,9 eurot, 1,2-kordne miinimummäär on 170,3 eurot

juurde hüvesid, mis peamiselt suurema sotsiaalmaksu maksmisega inimestele kaasnevad. Stiimulid peaksid motiveerima inimesi selliselt, et nad tunnetavad millestki ilmajäämist, kui nad sotsiaalmaksu piisavas määras ei maksa.

Riigi valik osamakselise ravikindlustuse ja universaalse katvusega ravikaitse süsteemi vahel ei ole maksutulude laekumise osas neutraalne. **Mõlemal juhul on süsteemi toimimiseks oluline tagada riigis selge ja mõistlik töösuhete- ja maksusüsteem, et ennetada deklareerimata tööd ja maksudest hoidumist.** Samas ei saa riiklikku ravikindlustussüsteemi käsitleda kui meedet elanike maksukäitumise mõjutamiseks. Pigem tuleb ravikindlustussüsteemi muutmisega kaasnevaid riske muude meetmetega adekvaatselt juhtida.

---

Riikliku tervishoiu korraldust ei saa käsitleda kui maksukäitumise kujundamise poliitikat.

Tervishoiu korraldamisel tuleb lähtuda eesmärgist tagada võimalikult paljudele inimestele ligipääs kvaliteetsetele tervisteenustele.

---

## KIIL 2. RIIKIDE LIIKUMINE TERVISHOIOUSÜSTEEMI UNIVERSAALSE KATVUSE POOLE

Mõnes riigis on ravikaitse katvust laiendatud, liikudes osamakselisest tervisekindlustusest riigieelarve üldistest tuludest rahastatud (universaalse katvusega) tervishoiusüsteemini. Näiteks Iirimaa asus 2011. aastal muutma oma ravikindlustussüsteemi, seades eesmärgiks universaalse katvusega tervisekaitsesüsteemi. Samas on tõdetud, et tulenevalt alarahastusest on Iirimaa üldistest tuludest rahastatava tervisekaitse süsteemi katvus praegu väiksem kui varasema tervisekindlustus-süsteemi puhul (Burke et al. 2016). Sarnaselt liikus ka Hispaania tervisekindlustussüsteemilt universaalse katvusega tervisekaitsesüsteemi 1978. a põhiseadusega, kuid tegeliku katvuse laiendamine võttis aega ning veel 1993. aastal oli katvus 98,5% (Rodríguez, Gallo de Puellas, and Jovell 1999).

Süsteemi muutuste oluline näide on ka naaberriik Läti, kus 90ndatel juurutati ravikindlustussüsteem ning 2002. aastast hakkas kindlustuskaitset pakkuma üks monopoolne fond, 2005. aastal kaotati osamakseline süsteem ja tervishoidu hakati rahastama keskvalitsuse eelarvetuludest ning 2011. aastal juurutati formaalset rahvastikku universaalselt kattev ravikaitse süsteem (Mitenbergs, Brigis, and Quentin 2014). Läti süsteemi puuduseks on alarahastamine, mille tõttu on ka suur inimeste ja leibkondade omaosalus. Sellest tulenevalt on peale majanduskriisi räägitud naasmisest varasemasse ravikindlustussüsteemi, et parandada rahastamist ja tervishoiuteenuste kättesaadavust, kuid samas peljatakse katvuse vähenemist (Mitenbergs, Brigis, and Quentin 2014).

Riikides, kus tervishoiusüsteemi rahastatakse keskvalitsuse üldistest tuludest, on maksusüsteemid riikide kaupa küllakti erinevad, kombineerides erinevaid tööjõu, kasumi, tarbimise, ressursside ja varamakseid (vt näiteks European Union 2017). Seega on ka Eestis osamakseliselt tervisekindlustussüsteemilt universaalse katvusega ravikaitse süsteemi poole liikudes võimalik juurutada erinevaid maksusüsteeme. Sõltumata ravikindlustuse või ravikaitse süsteemist, suureneb madala või keskmise sisse-tulekuga riikides maksukoormusega ka süsteemi katvus. Samal ajal osundavad regressiivsed maksud nagu tarbimismaksud pigem katvuse vähenemisele (Reeves et al. 2015).

## Uuringu järeldused

### JÄRELDUS 1

Eesti elanikkonna kaetus ravikindlustusega on madal. Vaid ligi 86% tööealisest (19–65 aastased) elanikkonnast on ravikindlustusega kaitstud. Samuti on kindlustatute osakaal väiksem kui OECD ja EL riikides keskmiselt. Valdav osa ravikindlustamata inimestest on katkendliku kindlustuskaitsega.

Enamikus OECD ja EL riikides on ligipääs tervishoiu põhiteenustele tagatud enam kui 99% elanikkonnast. Eesti kuulub 14% kindlustamata tööealise elanikkonnaga EL ja OECD riikide madalaimasse kolmandikku (Joonis 2). See tähendab, et ligi 120 000 inimesel puudub juurdepääs tasuta tervishoiuteenustele (v.a erakorraline arstiabi) ja nende õigeaegne juurdepääs tervisteenustele on piiratud.

### JÄRELDUS 2

Ravikindlustuse puudumine on erinevate elanike rühmade vahel jaotunud ebavõrdselt — alakaetus on kõige suurem meeste, parimas tööeas inimeste, muukeelse rahvastiku ja madalama haridustasemega inimeste seas. Igas vanuserühmas on kindlustamata mehi naistest rohkem. Seejuures tulevad kõige suuremad soolised erinevused esile parimas tööeas, 30-50-aastaste inimeste seas, kus ravikindlustusega meeste osakaal on naistest kuni 15% suurem.

Kui meestel on kindlustuse olemasolu seotud eelkõige tööandjaga, siis naistel on kindlustamatuse põhjuste spekter laiem. Meestest oluliselt sagedamini on naiste ravikindlustuse katkemine seotud vanemlusega — eelkõige juhul, kui ravikindlustus katkeb pärast lapse 3-aastaseks saamist ja vanema liikumine lapsehoolduspuhkusele tagasi tööturule ei ole sujuv.

### JÄRELDUS 3

Ravikindlustus puudub peamiselt kahel põhjusel: 1) ebapiisav hõive ja sissetulek ning 2) sotsiaalkaitse meetmete ebapiisav katvus ja taotlemine. Ligi pooled (st 615 000) Eesti elanikud on ravikindlustusega kaetud, kuna nad on hõivatud ja nende teiselt tulult tasutakse piisavas suuruses sotsiaalmaksu. Ülejäänud kindlustatud kuuluvad rühma, kellele laiendatakse kaitset (nt püsiv töövõimetus, registreeritud töötus, õppuri või alla 3-aastast last kasvatava vanema staatus jms).

Töötamisega seotud kindlustuskaitse puudumist põhjustavad eelkõige vaeghõive (hõive ja tulu ebastabiilsus ja ebapiisavus), petturlikud töövormid (hõive ja töötasu vormistamine viisil, mis ei anna kindlustuskaitset) ja deklareerimata töö (nt ümbrikupalk, iseendale tööandjate töötasu vormistamine ainult ettevõtlustuluna).

Kindlustuskaitse puudumine võib olla seotud ka erinevate taotlemist takistavate teguritega: elanikkonna madal teadlikkus kindlustuskaitse laienemise keerulistest eritingimustest ja soovimatus või motivatsiooni puudus kasutada erinevaid teisi sotsiaalsüsteemi uksi (nt töötustaatus või töövõimetus taotlemine), mis kindlustuseni viiksid. Näiteks ligi 36% uutest töötutest ei kvalifitseeru töötuskindlustushüvitisele ja töötutoetusele, nii ei ole neil motivatsiooni registreerida end pelgalt kindlustuskaitse saamiseks töötuks või tööotsijaks.

#### JÄRELDUS 4

Ravikindlustatuse aluseid on palju, need on kohati ebaselged, neid on riigil keeruline hallata ja elanikel mõista ja teada. Eesti ravikindlustussüsteemis on sätestatud suur hulk tingimusi kindlustuskaitse kehtimiseks, millest ühele või teisele vastates tekib inimesel õigus kindlustuskaitsele. Kindlustatuse kategooriad on killustatud, mistõttu on orienteerumine kindlustuskaitse saamise tingimustes ja võimalustes keeruline nii ametnike kui ka kodanike jaoks (näiteks ei ole kõik ravikindlustuse saamise alused kirjas Ravikindlustuse seaduses). Praeguse süsteemi peenhäälestamine tänasest veelgi spetsiifilisemaks – luues juurde erisusi ühele või teisele rahvastikurühmale – ei aita kaasa süsteemi selgusele ja efektiivsele haldamisele.

#### JÄRELDUS 5

Praeguse ravikindlustuse süsteemi kohendamiseks saab ravikindlustuse anda lisaks kuni 1% elanikkonnast. Katvuse oluliseks suurendamiseks tuleb muuta süsteemi põhimõtteid. Kõikide praegu kindlustuskaitseta spetsiifiliste elanikkonnagruppide kindlustuskaitse parandamiseks tuleks Eestis disainida ja rakendada hulganisti erinevaid poliitikameetmeid. Arvestades nende gruppide väiksust, ei ole mõistlik välja töötada ja rakendada erinevaid rahvastikurühmi eraldi adresseerivaid poliitikaid, vaid kaaluda süsteemset muudatust, mis aitaks lihtsustada süsteemi põhimõtteid ja haldamist.

#### JÄRELDUS 6

Universaalse katvusega ravikaitse süsteemi kehtestamisel ei saa tähelepanuta jätta teisi universaalse tervishoiuteenustega kaetuse komponente. Universaalne tervishoiuteenustega kaetus sõltub ravikindlustuse katvuse kõrval sellest, millised tervishoiuteenused on kaetud ja millises ulatuses on tervishoiuteenuste kulu kaetud. ELi riikide kogemus näitab, et süsteemi universaalse katvuse korral on grupe, kes hindavad oma juurdepääsu tervishoiuteenustele suurema tõenäosusega ebapiisavaks, eriti need, kes on töötud, nooremaelised naised, halvema tervisega ja kel on väiksem sissetulek (Cylus and Papanicolas 2015). Samuti näitavad mitmed hiljutised analüüsid, et ravijärjekordade ja omaosaluse väljakutse on Eestis tõsisem võrreldes paljude EL riikidega (Vörk 2018; Kadarik jt. 2018). Seega tuleb universaalse tervishoiuteenustega kaetuse poole liikumisel ka kahele teisele universaalse kaetuse mõõtmele tähelepanu pöörata.



## Uuringu soovitused

### SOOVITUS 1

**Muuta praeguse süsteemi hõive ja sissemakse parameetreid, nii et ravikindlustus laieneks ebakindlalt hõivatutele ja ebastabiilselt deklareeritud tulu saavatele inimestele.**

Eesti tööturul on tuhandeid inimesi, kelle ravikindlustuskaitse puudub või on katkendlik ebaregulaarse tulu või töövormi eripära (sh töövõtuleping, käsundusleping, FIE) tõttu. Kehtiv poliitika ei ole paindlik erinevate töövormide ja -suhete osas ning eeldab vaikimisi püsivat täisajaga hõivet. Nii loob kehtiv poliitika olukorra, kus inimesi, kelle eest makstakse aasta vältel identses summas sotsiaalmaksu, koheldakse erinevalt ravikindlustuskaitse andmisel, sõltuvalt sellest, millises vormis on ta hõivatud või kui püsivalt saab ta töist tulu. Kui praegu arvestatakse ravikindlustuse kehtimiseks isiku eest makstud sotsiaalmaksu vaid möödunud kalendrikuul, siis poliitikamuutuse järgselt pikeneks see 12 kalendrikuule. Poliitikamuudatuse sihtgrupp on kuni 4000 inimest. Kui laiendada nende õigust ravikindlustusele, suureneksid Haigekassa kulud 2018. aastal 7 miljoni euro ja aastaks 2028 11,3 miljoni euro võrra. Positiivsete mõjudena võib see muudatus suurendada tööturu paindlikkust ja vähendada struktuurset tööjõupuudust.

### SOOVITUS 2

**Luu inimeste teadlikkuse tõstmise ja käitumise mõjutamise abil paremad võimalused ravikindlustuse taotlemiseks.**

Hiljuti 3-aastaseks saanud laste vanemad moodustavad ravikindlustuseta inimeste hulgas märgatava grupi (2007–2017 kokku ligi 20 000 juhtu). Ravikindlustussüsteemist välja kukkumise ennetamiseks on oluline suurendada teadlikkust kindlustuse taotlemisest ja leevendada muid käitumuslikke takistusi ravikindlustuse saamiseks. Seega teeme ettepaneku välja arendada teenused, mis aitaksid vanematel tööle naasta, tööd leida või ravikindlustust taotleda. Näiteks võiks riik olla lapsevanemate teavitamisel kindlustuskaitse katkemisest proaktiivne (teavitus SMS, e-maili teel enne lapse 3-aastaseks saamist, mis tõstaks teadlikkust võimalustest, kuidas ravikindlustust jätkata ning mida teha, et ravikindlustust mitte kaotada). Samuti on oluline disainida teenuseid ja sekkumisi (vt lähemalt pt 3.2), mis aitaksid lastevanematel lapse kolmeaastaseks saamisele eelneval perioodil leevendada barjääre, mis raskendavad tööle naasmist või uue töö leidmist. Kuigi välja pakutud kommunikatsioonilahendused ja teenused keskenduvad lapsevanematele, saab seda kohandada ka neile, kelle ravikindlustuse katkemine on seotud vaegtöö või töötusega.

### SOOVITUS 3

**Asendada praegune süsteem universaalse, kõigile Eesti residentidele kehtiva ravikaitsega.**

Soovitused 1 ja 2 adresseerivad kõige suuremaid kindlustuseta alarühmi ja võimaldavad laiendada Eestis ravikindlustuse katvust potentsiaalselt alla 1%. Seega ei ole nende poliitika-muutustega võimalik lahendada elanikkonna ravikindlustusega katmatuse probleemi kuigi ulatuslikult. Universaalse ravikaitse puhul on tegu põhimõttelise muutusega riiklikkus tervise-süsteemis – riiklikule tervishoiusüsteemile ligipääsuks ei pea inimesed tegema sissemakseid. Õigus ligipääsule tekib muul alusel, näiteks residentsuse staatusega. Muudatus puudutaks otseselt kuni 120 000 praegu kindlustamata inimest. Ravikaitseks oluliselt lihtsamate põhimõtete kehtestamine aitaks leevendada praeguse ravikindlustussüsteemi haldamise kulukuse ja keerukuse probleemi. Kui kindlustuskatkestustega ja kindlustamata elanikud hakkaksid kasutama tervishoiuteenuseid samaväärselt samas vanuse ja soogrupis püsivalt kindlustatutega, tingib see vajaduse tuua

ravikindlustuse eelarvesse tervishoiuteenuste ja ravimite rahastamiseks lisaraha ning lisaks võib see eeldada muudatusi maksusüsteemis, kuna ravikaitse saamine ei sõltuks vaid tööjõu maksukoormusest. Seega toob universaalse kindlustuskaitse pakkumine Haigekassale esimestel aastatel ligi 80 miljoni suurust lisakulu, mis on hetkel 6% asutuse aastakuludest. Kaugemas väljavaates tekiks riigile kindlustamata inimestele ravikindlustuse pakkumisel iga-aastaselt 4,4% suurune lisakulu.

Ravikaitse universaalne rakendamine ja lahti sidumine sotsiaalkindlustusmaksetest toob kaasa ka mitmeid riski- ja kaalutluskohti, mis puudutavad elanike maksukäitumist ning töötamise ja tulude ausat deklareerimist. Selliseid riske on oluline maandada ja juhtida sobivate käitumisstiimulite ja vastavate poliitikate disainimisega.

## Kasutatud kirjandus

- Andersen, Ronald, Björn Smedby, and Denny Vågerö. 2001. "Cost Containment, Solidarity and Cautious Experimentation: Swedish Dilemmas." *Social Science & Medicine, Comparative Studies of Competition Policy*, 52 (8): 1195–1204. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00239-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00239-2).
- Aziz, H., E. Hatah, Bakry Makmor, and F. Islahudin. 2016. "How Payment Scheme Affects Patients' Adherence to Medications? A Systematic Review." *Patient Preference and Adherence* 10: 837–50. <https://doi.org/10.2147/PPA.S103057>.
- Baicker, Katherine, William J. Congdon, and Sendhil Mullainathan. 2012. "Health Insurance Coverage and Take-Up: Lessons from Behavioral Economics." *Milbank Quarterly* 90 (1): 107–34. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00656.x>.
- Bärnighausen, Till, and Rainer Sauerborn. 2002. "One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle- and Low-Income Countries?" *Social Science & Medicine (1982)* 54 (10): 1559–87.
- Behavioral Insights Team. 2015. "The Behavioural Insights Team Update Report 2015-16," 1–58.
- Bhargava, Saurabh, and Dayanand Manoli. 2015. "Psychological Frictions and the Incomplete Take-Up of Social Benefits: Evidence from an IRS Field Experiment." *American Economic Review* 105 (11): 3489–3529. <https://doi.org/10.1257/aer.20121493>.
- Boone, J., and C. Schottmüller. 2017. "Health Insurance Without Single Crossing: Why Healthy People Have High Coverage." *Economic Journal* 127 (599): 84–105. <https://doi.org/10.1111/eoj.12242>.
- Burke, Sara Ann, Charles Normand, Sarah Barry, and Steve Thomas. 2016. "From Universal Health Insurance to Universal Healthcare? The Shifting Health Policy Landscape in Ireland since the Economic Crisis." *Health Policy* 120 (3): 235–40. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.12.001>.
- Carrin, Guy, and Chris James. 2005. "Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage." *International Social Security Review* 58 (1): 45–64. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x>.
- Cozad, M., and B. Wichmann. 2013. "Efficiency of Health Care Delivery Systems: Effects of Health Insurance Coverage." *Applied Economics* 45 (29): 4082–94. <https://doi.org/10.1080/00036846.2012.750420>.
- Cylus, Jonathan, and Irene Papanicolas. 2015. "An Analysis of Perceived Access to Health Care in Europe: How Universal Is Universal Coverage?" *Health Policy* 119 (9): 1133–44. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.07.004>.
- Dalton, Andrew R. H., Eszter P. Vamos, Matthew J. Harris, Gopalakrishnan Netuveli, Robert M. Wachter, Azeem Majeed, and Christopher Millett. 2014. "Impact of Universal Health Insurance Coverage on Hypertension Management: A Cross-National Study in the United States and England." *PLOS ONE* 9 (1): e83705. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083705>.
- Eesti Haigekassa. 2017. "Eesti Haigekassa Majandusaasta Aruanne 2016." Tallinn, Eesti. [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud\\_aruanded/haigekassa\\_aruanne\\_2017\\_web.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/haigekassa_aruanne_2017_web.pdf).
- Eesti Konjunkturiinstituut. 2016. "Ümbrikupalkade Levik Eestis 2015 (Elanike Hinnangute Alusel)." Tallinn. [https://www.mkm.ee/sites/default/files/umbrikupalkade\\_levik\\_eestis\\_2015\\_elanike\\_hinnangute\\_alusel.pdf](https://www.mkm.ee/sites/default/files/umbrikupalkade_levik_eestis_2015_elanike_hinnangute_alusel.pdf).
- Enoff, Louis D., and Roddy McKinnon. 2011. "Social Security Contribution Collection and Compliance: Improving Governance to Extend Social Protection." *International Social Security Review* 64 (4): 99–119. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2011.01413.x>.
- European Union, Publications Office of the European. 2017. "Taxation Trends in the European Union : Data for the EU Member States, Iceland and Norway : 2017 Edition." Website.

- June 22, 2017. <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a780a1da-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF>.
- Gelormino, Elena, Clare Bambra, Teresa Spadea, Silvia Bellini, and Giuseppe Costa. 2011. "The Effects of Health Care Reforms on Health Inequalities: A Review and Analysis of the European Evidence Base." *International Journal of Health Services* 41 (2): 209–30. <https://doi.org/10.2190/HS.41.2.b>.
- Gollwitzer, Peter M., and Paschal Sheeran. 2006. "Implementation Intentions and Goal Achievement: A Meta-analysis of Effects and Processes." *Advances in Experimental Social Psychology* 38 (2006): 69–119. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(06\)38002-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(06)38002-1).
- González Álvarez, M Luz, and Antonio Clavero Barranquero. 2009. "Inequalities in Health Care Utilization in Spain due to Double Insurance Coverage: An Oaxaca-Ransom Decomposition." *Social Science & Medicine* 69 (5): 793–801. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.037>.
- Hervey, Tamara K., and Jean V. McHale. 2015. *European Union Health Law: Themes and Implications*. Cambridge University Press.
- ILO. 2017. "Strengthening Social Protection for the Future of Work." Report.
- Kerr, Scott. 1983. *Making Ends Meet: An Investigation into the Non-Claiming of Supplementary Pensions*. London: Bedford Square Press of the National Council for Voluntary Organisations.
- Matsaganis, Manos, Erhan Özdemir, Terry Ward, and Alkistis Zvakou. 2016. "Non-Standard Employment and Access to Social Security Benefits." Research Note 8/2015. European Commission.
- Meng, Qingyue, Beibei Yuan, Liying Jia, Jian Wang, Baorong Yu, Jun Gao, and Paul Garner. 2011. "Expanding Health Insurance Coverage in Vulnerable Groups: A Systematic Review of Options." *Health Policy and Planning* 26 (2): 93–104. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq038>.
- Mitenbergs, Uldis, Girts Brigis, and Wilm Quentin. 2014. "Healthcare Financing Reform in Latvia: Switching from Social Health Insurance to NHS and Back?" *Health Policy* 118 (2): 147–52. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.013>.
- OECD. 2012. *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- . , ed. 2015. *In It Together: Why Less Inequality Benefits All*. Paris: OECD.
- . 2017. "Health at a Glance 2017. OECD Indicators." Paris: OECD. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).
- Pearson, Mark, Francesca Colombo, and Chris James. 2016. *Universal Health Coverage and Health Outcomes*. Paris, France. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Universal-Health-Coverage-and-Health-Outcomes-OECD-G7-Health-Ministerial-2016.pdf>.
- Reeves, Aaron, Yannis Gourtsoyannis, Sanjay Basu, David McCoy, Martin McKee, and David Stuckler. 2015. "Financing Universal Health Coverage—effects of Alternative Tax Structures on Public Health Systems: Cross-National Modelling in 89 Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet* 386 (9990): 274–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60574-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60574-8).
- Rodríguez, E., P. Gallo de Puelles, and A. J. Jovell. 1999. "The Spanish Health Care System: Lessons for Newly Industrialized Countries." *Health Policy and Planning* 14 (2): 164–73.
- Schokkaert, E., Ourti Van, Graeve De, A. Lecluyse, and De Voorde Van. 2010. "Supplemental Health Insurance and Equality of Access in Belgium." *Health Economics* 19 (4): 377–95. <https://doi.org/10.1002/hec.1478>.
- Spasova, Slavina, Denis Bouget, Dalila Ghailani, and Bart Vanhercke. 2017. "Access to Social Protection for People Working on Non-Standard Contracts and as Self-Employed in Europe : A Study of National Policies 2017." Website. Brussels: European Social Policy Network, European Commission.
- Thomson, Sarah, Thomas Foubister, and Elias Mossialos. 2009. *Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses*.

- Tiit, Ene-Margit, Koit Meres, and Mare Vähi. 2012. "Rahvaloenduse Üldkogumi Hindamine." *Eesti Statistika Kvartalikirj*, 2012.
- Virtanen, Marianna, Mika Kivimäki, Matti Joensuu, Pekka Virtanen, Marko Elovainio, and Jussi Vahtera. 2005. "Temporary Employment and Health: A Review." *International Journal of Epidemiology* 34 (3): 610–22. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi024>.
- WHO, ed. 2013. *Research for Universal Health Coverage*. The World Health Report. Geneva: WHO.
- Wilson, Sally, Rosa Marvell, Annette Cox, and David Teeman. 2018. "Evaluation of the Carers in Employment (CiE) Project. Final Report." Brighton, UK.
- World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 2017. "Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report." Genf, Šveits: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

# Executive Summary

## Findings

### Finding 1

The health insurance coverage of the Estonian population is low: only 86% of working age (19-65) population are covered, which is less than thought so far. The share of those who are insured is also smaller than the average in OECD and EU countries. The majority of uninsured people have gaps insurance coverage. Access to core health services is guaranteed to more than 99% of the population in most OECD and EU states. Thus, Estonia ranks among the lowest third of EU and OECD states with 14% of its population uninsured. This means that up to approximately 120,000 people in total have no access to free medical care (excl. emergency care) and their timely access to health services is limited.

### Finding 2

The lack of health insurance is unequally distributed between different residents — under-coverage is the highest among men, people of ideal working age, the non-Estonian speaking population and people with lower levels of education. There are more uninsured men than women in each age group. The biggest gender differences become evident in the category of ideal working age, among people aged 30 to 50, where the share of uninsured men is 15% higher than that of women. Whilst the existence of insurance in the case of men is primarily related to the employer, the spectrum of the reasons for not being covered with insurance is wider in the case of women. The interruption of health insurance is related to parenthood in the case of women more often than in the case of men — especially when the health insurance ceases after the child turns three years old and the parent's return to the labour market is not without difficulties.

### Finding 3

Health insurance is missing for two main reasons: 1) insufficient employment and income, and 2) insufficient coverage of social protection and its take-up. Almost half of the Estonian population is covered by health insurance because they are employed and enough social tax is paid on their earned income. The rest who are insured belong to the group to whom the cover is expanded (e.g., based on their permanent incapacity for work, registered unemployment, status of a student, being parent raising a child under three years of age, etc.).

The lack of insurance cover related to working is mostly caused by underemployment (instability and inadequacy of employment and income), fraudulent forms of work (employment and wages are formalised in a manner that does not provide insurance cover) and undeclared work (e.g., envelope wages, formalisation of one's wages as business income).

The absence of insurance cover may also be related to the various factors that obstruct applying for it: the population's low awareness of the preconditions of expansion of insurance cover and the lack of desire or motivation to use the other doors of the social system which would provide insurance (e.g., registering as unemployed or applying for an incapacity for work). For example, approximately 36% of new unemployed persons do not qualify for unemployment insurance and

unemployment benefits, and therefore they may have no motivation to register as an unemployed or a job-seeker just to get insurance cover.

#### Finding 4

There are many grounds based on which one could receive health insurance cover, some of them are ambiguous, it is difficult for the state to manage them and for the people to understand and be aware of them. There are many terms and conditions for the insurance cover in the Estonian health insurance system to be valid. The categories of the insurance are fragmented, which is why navigating the terms and conditions for qualifying for insurance is complicated for civil servants and citizens alike (e.g., not all of the grounds for getting health insurance are indicated in the Health Insurance Act). Fine-tuning the current system to make it even more specific than it is currently — for example, by creating more distinctions for different population groups — would not contribute to the clarity and to the efficient administration of the system.

#### Finding 5

Health insurance could be given to a further up to 1% of the population by adjusting the present system. Increasing the coverage considerably requires making fundamental changes to the system. A number of different policy measures would have to be designed and implemented in Estonia in order to improve the insurance cover of the specific population groups currently not covered by insurance. Considering the small size of these sub-groups, developing and implementing policies that separately address different population groups would not be reasonable. Instead, a systematic change should be considered, as it would simplify the principles and administration of the system.

#### Finding 6

The other components of universal health service coverage cannot be left aside when establishing a health protection system of universal coverage. In addition to the health insurance coverage, universal health service coverage depends on which services are covered and the extent to which the cost of the services is covered. The experience in the EU states suggests that in countries with universal coverage of healthcare, certain groups of people find their access to health services insufficient: particularly people who are unemployed, young and female, in poorer health and/or have a lower income (Cylus and Papanicolas 2015). Several recent analyses argue that barriers created by waiting lists and cost-sharing in Estonia are more challenging than in many other EU states (Vörk 2018; Kadarik et al. 2018). Thus, attention must also be paid to the other two dimensions of universal coverage when moving towards universal health service coverage.

## Recommendations

### RECOMMENDATION 1

**Change the employment and contribution parameters in the present system so that the health insurance would expand to people whose employment and earned income is unstable.**

There are thousands of people on the Estonian labour market who have no health insurance cover or whose cover is non-continuous due to irregular income or their work format (incl. work

done based on contract for services, authorisation agreement, or self-employment). The current policy is not flexible enough to consider the various forms employment assuming a permanent full-time position. Thus, the current policy creates a situation where people for whom an identical sum of social tax has been paid, are not equally entitled to health insurance coverage – the latter is instead based on the format of their employment or the continuity of their earned income. At present, only social tax paid for a person in the previous calendar month is considered when providing health insurance cover. With the policy change, the time period to take into account would be extended to 12 calendar months. The target group for the policy change is up to 4,000 people. If their right to health insurance were expanded, the expenses of the Health Insurance Fund would increase by 7 million euros in 2018 and by 11.3 million euros by 2028. The change could have a positive impact on the labour market by increasing its flexibility and reducing the structural shortage of labour.

## RECOMMENDATION 2

### **Improve the take-up of health insurance by raising people's awareness and influencing their behaviour.**

Parents whose children have recently turned three years old comprise a significant group among those not covered by health insurance (about 20,000 cases from 2007 to 2017). In order to prevent them from dropping out of the health insurance system, it is necessary improve people's awareness about their need to apply for insurance and to reduce other behavioural obstacles to getting health insurance. To that end, we are proposing a series of services that could help parents return to work, find work or take-up health insurance. For example, the state could be proactive in informing parents about their insurance cover ending (notification by text message or e-mail before the child turns three years old, which would raise awareness of the options of continuing one's health insurance and of the necessary actions to preserve their health insurance). It is also important to design services and interventions (see more in Chapter 3.2) to help parents of small children to reduce barriers to returning to work or finding a new job before the child turns three years old. Although the suggested interventions focus on parents, these can also be adjusted for people whose health insurance has been discontinued due to underemployment or unemployment.

## RECOMMENDATION 3

### **Replace the present system with a universal health cover that applies to all residents of Estonia.**

Recommendations 1 and 2 address the biggest groups of uninsured people and allow to expand health insurance coverage in Estonia by up to less than 1%. Thus, the problem of some of the population not being covered by health insurance cannot be extensively solved with these policy changes. Universal health coverage would be a fundamental change to the national health system – people would not have to make contributions to access the national health system. Instead, the right to access is based on something else, often on the status of residency. The change would directly concern up to 120,000 people who are uninsured at present. Establishing considerably simpler principles for the entitlement to health care would help mitigate current problems of the health insurance system which is expensive and complicated. If those who are currently uninsured and those who at the moment have significant gaps in their insurance, would immediately start using healthcare services equally to their insured peers, additional funds will be needed to offer the necessary services and medicine. Thus, providing an universal insurance cover would lead the Health Insurance to incur an additional expense of approximately 80 million



euros in the first years, 6% of its current annual expenses. In the longer term, providing health care insurance to all uninsured people in Estonia, would cost the state an additional 4.4%.

Introducing universal health care and detaching the entitlement to it from the contributions to the social tax will introduce several risks and aspects for consideration, such as the concern that the change alters tax behaviour and the honesty in declaring income and work. It is important to manage such risks with suitable behavioural incentives and by designing relevant policies.

## Lisa. Uuringu meetodika

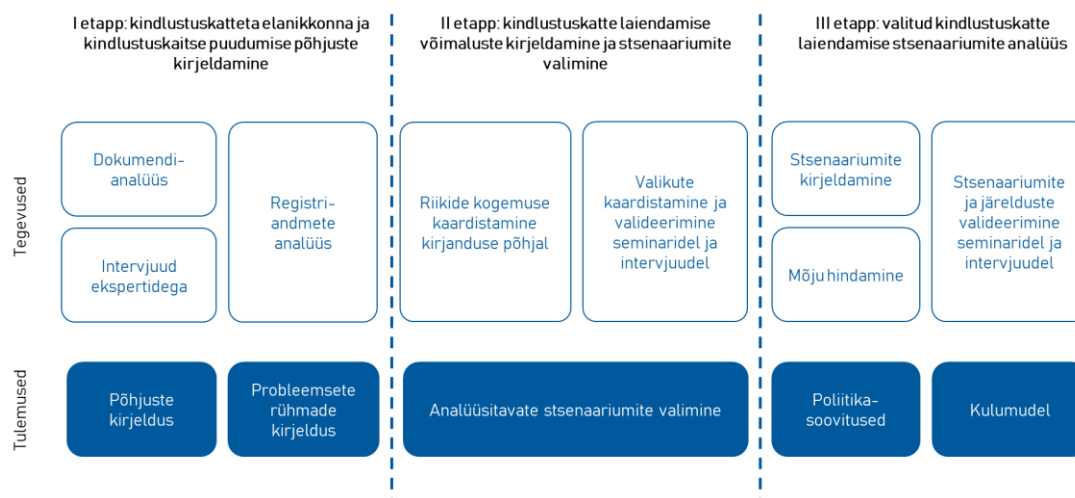
### A. Poliitikaanalüüsi meetodika

Analüüsi eesmärgiks on kirjeldada, kes on ravikindlustuseta inimesed Eestis, mis on ravikindlustuskaitse puudumise põhjused ning anda poliitikasoovitusi, kuidas tagada ravikindlustuskaitse kindlustamata ja ebaregulaaselt kindlustusega kaetud inimestele. Poliitikasoovituste koostamisel lähtuti stsenaariumianalüüsi meetodikast. Analüüsi käigus kavandatud ja välja töötatud stsenaariumid rühmitati järgmiselt:

- » **Parameetrilised stsenaariumid** on muudatused, mille sisuks on tagasihoidlik, selgelt piiritletud õiguslik muudatus, mis puudutab suhteliselt piiratud sihtgruppi. Tüüpiliselt kaasneb muudatusega vaid üksiku(te) seadus(t)e sät(e)te sisuline muutmine.
- » **Süsteemsed stsenaariumid** on muudatused, millega kaasneb põhimõtteline muutus ravikindlustuse pakkumise alustes eesmärgiga saavutada elanikkonna täielik või peaaegu täielik kaetus ravikindlustusega. Süsteemsed stsenaariumid varieeruvad omavahel eesmärgi saavutamise viiside ja täiendavate eesmärkide lõikes. Süsteemne stsenaarium võib olla ka mitme parameetrilise stsenaariumi samaaegne juurutamine.
- » **Rakenduslikud stsenaariumid** on muudatused, millega kaasneb küll tagasihoidlik õiguslik muudatus (nt rakendusakti tasandil), kuid mille põhisisuks on kehtiva õiguse raames inimeste või tööandjate käitumise muutmine selliselt, et paraneks elanike kaetus ravikindlustusega.

Analüüsi käigus kavandati ja töötati analüüsitavad stsenaariumid välja samm-sammult, analüüsides ravikindlustatud ja -kindlustamata inimesi administratiivandmetel, analüüsides teaduskirjanduse ja poliitikadokumentide põhjal teiste riikide kogemusi ravikindlustuse laiendamisel ning korraldades aruteluseminare ja fookusgruppiintervjuusid poliitikakujundajatega.

**JOONIS 6. STSENAARIUMITE KOOSTAMISE ETAPID JA TEGEVUSED**



Analüüsi all on üks parameetiline, üks rakenduslik ja üks süsteemne stsenaarium. Lisaks analüüsitakse soovimatute mõjude maandamiseks suunatud vastumeetmeid.

## B. Administratiivandmete analüüs

Käesolevas uuringus esitatud ravikindlustuse katvuse hinnangute, sealhulgas ravikindlustamata inimeste arvu hinnangud põhinevad administratiivandmetel. Analüüsi tegemisel kasutati kuue registri isikuandmed (Tabel 6) terve rahvastiku kohta, jättes välja vaid aastal 2000 või hiljem sündinud inimesed. Elanikkonna kindlustusdünaamika kajastamiseks on registriandmeid vaadeldud perioodil 2007–2017, seejuures on detailne teave andmete kohta enamasti kuine. Aastase täpsusega andmed on erinevate raviteenuste kulude, FIE tulude ja EHISe haridustasemete kohta.

Analüüsi aluseks on 2017. aastal kehtinud 58 kindlustusliiki, kus mõne olemasolu korral loeti inimene sellel kuul ravikindlustatute sekka. Kui isikul oli märke mõnest teisest registrist, aga tal puudus Haigekassa andmetel kindlustus, loeti ta kindlustamata inimeste hulka tingimustel:

- » rahvastikuregistri järgne elukoht sellel kuul on Eestis;
- » ei ole varasemat märget surma kohta;
- » inimene ei kuulu nende hulka, kellel on ravikindlustus seadusest tulenevalt tagatud vanuse tõttu.

**TABEL 6 ANALÜÜSI KASUTATUD ANDMEKOGUD JA TUNNUSED.**

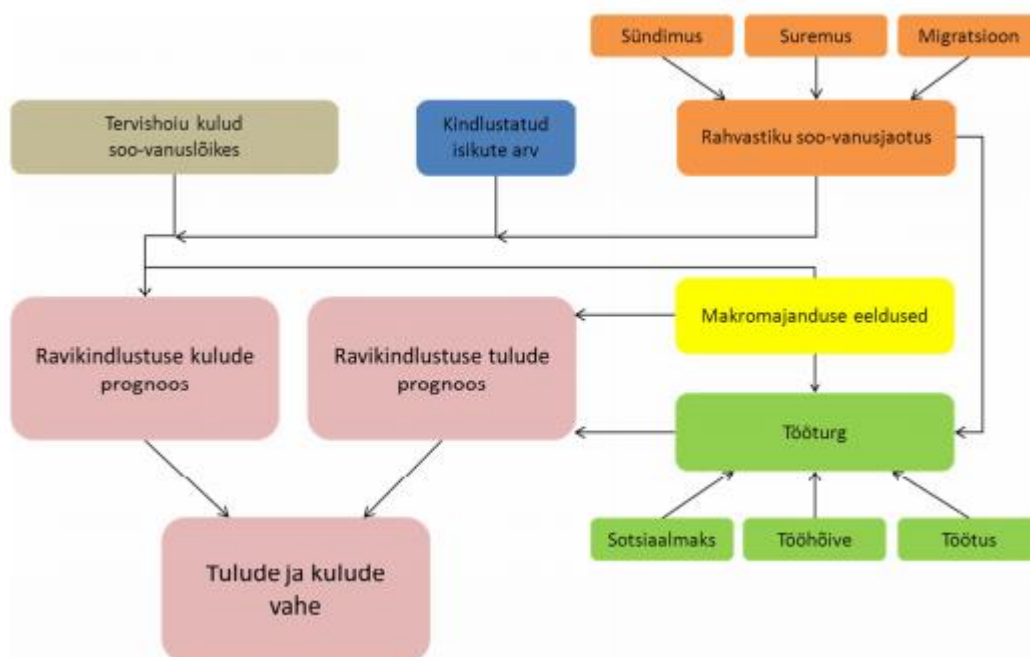
ANDMEALLIKAS	TEAVE
EESTI HAIGEKASSA	Ravikindlustuse staatus Raviteenuste kulud
RAHVASTIKUREGISTER	Sünniaasta Sugu Rahvus Elukoht (maakonna tasemel, eristatakse Tallinn ja Tartu).
MAKSU- JA TOLLIAMET	Isiku sissetulek Sissetuleku liik Tõendi A1 (E101) info
SOTSIAALKINDLUSTUSAMET	Puude raskusaste Püsiv töövõimetus
EESTI TÖÖTUKASSA	Töötuks registreerimise teave
EESTI HARIDUSE INFOSÜSTEEM	Haridustaseme andmed Katkestuste info
MUUD ANDMEALLIKAD	Residentsuse indeksi elumärkide kaalud — Statistikaamet

Ülevaatlikkuse huvides ja katkendliku kindlustuskaitsega elanike täpsemaks kirjeldamiseks on rahvastik jaotatud kuude rühma, tuginedes inimeste kindlustusstaatusle iga kalendrikuu lõpus perioodil jaanuar 2007 kuni november 2017.

## C. Tervishoiukulude hindamine

Kindlustuskaitse laiendamise võimaluste rahalise mõju hindamisel tugines Praxise ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoosimudelile, kuhu ehitati täiendavalt üles praeguse töö stsenaariumid 1 ja 3. Samuti täiendati mudelit Haigekassa 2017. aasta kuluandmete ja uuemate makroprognoosidega.

Joonis 7. RAVIKINDLUSTUSE TULUDE JA KULUDE PROGNOOSIMISE LOOGIKA



Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoosimetoodika koostamisel kasutati rahvusvahelise tööorganisatsiooni (ILO) sotsiaaleelarvemudeli (SEM) loogikat. Tegemist on ülalt-alla meetodil põhineva raammudeliga, mis kasutab makromajanduse, tööturu ja demograafilisi projektsioone. Koos eeldustega tervise- ja sotsiaalvaldkonna tulude ja kulude sõltuvuse kohta majandus-, tööturu- ja demograafilistest näitajatest simuleeriti pikaajalised ravikindlustuse tulude ja kulude arengud. Kokkuvõttes oleneb tervishoiukulude prognoos kohordi ja teenuse liigi lõikes:

- » rahvastikuprognosisist;
- » mineviku ravijuhtude arvust kindlustatud inimese kohta soo ja vanuse lõikes;
- » kindlustatute osakaalust ehk potentsiaalsest kasutajatest;
- » hinnaprognosisist, mis on seotud palga ja tarbijahinnaindeksiga (THI);
- » *ad hoc* kohandustest.

Raviteenuste hinda prognoositakse, korrutades eelneva aasta raviteenuse hind ühe inimese kohta soo, vanuse ja ravikulu kaupa läbi hindade kasvuga:  $\text{Hindade kasv} = a \cdot \text{Palgakasv} + (1-a) \cdot \text{THI} + \text{ad hoc}_{\text{lisa}}$ . Ka ravijuhte prognoositakse mineviku andmetel soo, vanuse ja ravikulu kaupa.

Ravikindlustuskaitset kindlustamata elanikele laiendades, asendatakse nende kulud soo, vanuse ja tervishoiuteenuse liigi lõikes ravikindlustatud inimese keskmiste kuludega samades lõigetes. Mudeliga on võimalik teha sensitiivsusanalüüse, kus muudetakse komponentide osakaale või väärtusi. Näiteks saab eeldada muudatuse käigus ravikindlustuse saanud inimeste suuremat tervishoiuteenuste kasutamist esimestel aastatel. Samuti võib muuta ka mitmete hindade ja palkade kasvu või teenuste nõudlust.

## D. Ekspertide tagasiside

30. mail 2018 toimus fookusrühma intervjuu tervishoiu, sotsiaal- ja töövaldkonna ekspertide ning teenuseosutajate ja huvirühmade esindajate hulgas, eesmärgiga koguda infot ja saada tagasisidet esmastele ettepanekutele ja soovitudele ning valmisolekule ravikindlustussüsteemis muudatuste sisseviimiseks. Fookusrühma intervjuu panustas järgmistele hanke dokumentides püstitatud uurimisküsimustele vastamisele:

- » Tuginedes uuringu ülesannetele 2.2.1, 2.2.2 ja 2.2.3 kirjeldada ja anda poliitikasoovitusi, kuidas tagada ravikindlustuskaitse kindlustamata ja ebaregulaarselt ravikindlustusega kaetud isikutele; eri huvirühmade (nt loovisikute) kindlustuskaitse laiendamiseks; kindlustuskaitse laiendamiseks kogu elanikkonnale ja selle püsivuse tagamiseks Eestis.
- » Hinnata kõigi kindlustuskaitse laiendamise võimaluste teostatavust ning rahalisi mõjusid ravikindlustuse eelarvele ja maksulaekumisele, lisaks luues selleks korduvkasutatav mudel.

Fookusrühmas osalesid: Andres Piirsalu (Eesti kindlustusseltside liit), Eleri Lapp (Sotsiaalministeerium), Janek Saluse (Tartu Ülikool), Kaija Kasekamp (Sotsiaalministeerium), Kaja Toomsalu (Ametiühingute keskliit), Kaupo Koppel (Praxis), Le Vallikivi (Perearstide Selts), Maris Jesse (Sotsiaalministeerium), Pille Liimal (Töötukassa), Rain Laane (Haigekassa), Raul-Allan Kiivet (Tartu Ülikool), Riina Sikkut (Sotsiaalministeerium), Rivo Reitmann (Maksu- ja tolliamet), Sven Kirsipuu (Rahandusministeerium), Tarmo Jüristo (Praxis), Toomas Tamsar (Tööandjate Keskliit), Urmas Sule (Eesti Haiglate Liit) ja Veiko Tali (Rahandusministeerium).

Fookusrühmas toimunud arutelu tulemusena tõstatasid mitmed olulised teemad. Alljärgnev tabel (tabel 7) kirjeldab nii saadud tagasisidet kui ka uurimisrühma vastuseid.

**TABEL 7. FOOKUSGRUPIS TÕSTATUNUD TEEMAD JA UURIMISGRUPI VASTUSED**

TÕSTATATUD TEEMA	VASTUS
Metoodika ebaselgus – esile kerkis kaks probleemi. Sooviti täpsustust, kuidas on analüüsi käigus jõutud selleni, et ravikindlustamata inimeste arv on 120 000. Samuti paluti lähemalt seletada, kuidas toimub stsenaariumi 1 puhul tasutud sotsiaalmaksu 12 kuu arvestus.	Aruande täiendamisel on mõlemale metoodika-ga seotud märkusele pööratud tähelepanu ja parandatud sõnastust, et see oleks selgem ning tekitaks võimalikult vähe küsimusi ja arusaamatusi.
Ravikindlustatutele suunatud teenuste diferentseerimine – sooviti, et uuring annaks vastuse, kas ja kuidas oleks võimalik ravikindlustamata inimeste arvu vähendada selle kaudu, et erinevatele inimestele on suunatud erinevad teenused.	Uurimisgrupp pidas pärast fookusrühma intervjuud sel teemal aru Sotsiaalministeeriumi poolsete esindajatega ning jõuti järeldusele, et see võib olla üks võimalik viis vähendamaks ravikindlustuseta inimeste arvu, kuid praeguse uuringu raames ei ole võimalik sellele tõendus-põhiseid vastuseid anda ja seetõttu selles aruandes sel teemal pikemalt ei peatuta. Teema käsitlemiseks oleks vaja jätkuanalüüse.
Maksumoraal – tõsise probleemina toodi välja, et nn skeemitajate suur hulk, kes kasutavad petturlikke töövorme või teevad deklareerimata tööd ja ei maksa seetõttu makse, et neile	Tegemist on vaieldamatult suure probleemiga, kuid praeguse aruande fookust arvestades ei ole võimalik selle töö raames probleemi lõplikult lahendada. Küll võib eeldada, et ravikind-

oleks tagatud ravikindlustus. Viidati võimalikule õiglustunde riivele, kui näiteks univertsaalne ravikindlustuse korral tagataks sellistele inimestele tulevikus ravikindlustus.	lustusega kaetud inimeste arvu suurendamine loob eelduse, et selliste inimeste arv võiks väheneda, kel on huvi optimeerida. Võimalikku õiglustunde riive leevendamiseks oleks aga vaja ümber vaadata töösuhete- ja maksusüsteem, mis peaks olema jätkuanalüüsi fookuses.
--	--

Töötukassa roll – selgus, et hetkel on Töötukassal ebaproportsionaalselt suur töökoormus seoses inimestele ravikindlustuse tagamisega, mis aga ei peaks olema Töötukassa peamine ülesanne. Töötukassa esindaja arvas, et pakutud lahendused võivad seda veelgi suurendada.	Pakutud stsenaariumid peaks vastupidiselt leevendama seda probleemi ehk tänasest märksa rohkem inimesi oleks kaetud ravikindlustusega ja nad ei peaks ravikindlustuse saamiseks pöörduma töötuna arvele võtmiseks Töötukassa poole.
--	---

Fookusrühma intervjuule eelnes kaks suuremat kohtumist ekspertidega:

- » **6. märts 2018:** Praxise analüütikud tutvustasid sotsiaalministeeriumi, rahandusministeeriumi ja Haigekassa esindajatele andmeanalüüsi ja riikide võrdluse esialgseid tulemusi. Lepiti kokku järgmise kuu tegevused.
- » **9. aprill 2018:** Praxise analüütikud tutvustasid sotsiaalministeeriumi, rahandusministeeriumi ja Haigekassa esindajatele stsenaariumanalüüsi metoodikat ja võimalikke stsenaariume ning leppisime kokku, milliste stsenaariumite puhul jätkame analüüsi ja millised jäävad selle analüüsi raames kõrvale. See oli ka peamine sisend fookusrühma intervjuule, kus lisaks stsenaariumitele arutati ka fookusrühma võimalike osalejate üle.