

# Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs

## Sisukord

Sissejuhatus .....	2
Taust .....	3
1. Tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkus .....	4
2. Ravikindlustuse tulubaasi laiendamine .....	14
3. Kindlustuskaitse ulatus ja omaosalus .....	19
4. Tervisesüsteemi toimivus ja efektiivsus .....	28

## Sissejuhatus

Eesti Reformierakonna, Sotsiaaldemokraatliku Erakonna ning Erakonna Isamaa ja Res Publica Liit vahel 08.04.2015 sõlmitud valitsuse moodustamise ja valitsusliidu tegevusprogrammi põhialuste kokkuleppes<sup>1</sup> lepiti kokku Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm aastateks 2015–2019, mille punkti 10.46 kohaselt on võetud ülesandeks analüüsida tervishoiu lisarahastamise võimalusi ja teha ettepanekud jätkusuutlikkuse tagamiseks. Tegevuse eesmärk on Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamine. Tegevusprogrammis on märgitud mõlema tegevuse elluviimise eest vastutajaks tervise- ja tööminister ning kaasvastutajaks rahandusminister. Tegevuse eesmärk oli analüüsida erinevaid lahendusi ja anda Vabariigi Valitsusele sellekohaseid soovitusi edasiste tegevuste kohta. Lisaks kirjeldatakse dokumendis ülevahtlikult teemavaldkonnaga seotud probleeme ning tehakse ettepanekud, millised teemavaldkonnad vajavad põhjalikumat analüüsi.

Ettepanekute väljatöötamiseks moodustati 2015. aasta oktoobris Sotsiaalministeeriumi (SoM) eestvedamisel tööühm, kus osalevad ka Rahandusministeerium (RaM), Eesti Haigekassa (EHK), Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) ja Eesti Haiglate Liit. Tööühm võttis eesmärgiks koostada Vabariigi Valitsusele ettepanekud järgmiste teemavaldkondade kohta:

- 1) tervisesüsteemi rahastamise allikad ja rahastamise jätkusuutlikkuse prognoos;
- 2) ravikindlustuse tulubaasi laiendamine;
- 3) kindlustuskaitse ulatus ja isikute omaosalus;
- 4) tervisesüsteemi toimivuse parandamine ja efektiivsuse suurendamine.

Tööühm valis välja sellised teemavaldkonnad, kuna kõigil neil on tihe seos tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkusega. Esmalt võeti eesmärgiks kirjeldada rahastamise hetkeolukorda Eestis ning võrrelda seda rahvusvahelises kontekstis analoogsete riikidega. Vabariigi Valitsuse antud ülesande täitmiseks koostati ravikindlustuse pikaajaline prognoos aastani 2060. Prognoos aitab ilmestada demograafiliste muutuste ja poliitiliste otsuste mõju ravikindlustuse jätkusuutlikkusele ning see võimaldab välja pakkuda võimalusi ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks. Memorandumis on peetud oluliseks kajastada ka kindlustuskaitse ulatuse ja omaosaluskoormuse küsimust, kuna tervishoiu korralduse seisukohast on mõlemal oluline mõju tervishoiusüsteemi kui terviku jätkusuutlikkusele. Viimase, kuid mitte vähem olulise teemavaldkonnana on memorandumis kajastatud ka tervisesüsteemi toimivuse parandamist ja efektiivsuse suurendamist.

---

<sup>1</sup> Eesti Reformierakonna, Sotsiaaldemokraatliku Erakonna ning Erakonna Isamaa ja Res Publica Liit kokkulepe valitsuse moodustamise ja valitsusliidu tegevusprogrammi põhialuste kohta. Internetist leitav aadressil: <https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/failid/re-sde-irl-valitsusliidu-lepe-2015.pdf>.

## Taust

WHO Euroopa regiooni riikide poolt 2008. aastal vastu võetud Tallinna harta „Tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks“ kohaselt peab tervishoiu rahastamise süsteemi puhul juhinduma järgmistest põhimõtetest:

- tervishoiu rahastamiseks pole ühtainsat parimat moodust; erinevused rahastamismudelite vahel on hägustumas, kuna riigid arendavad välja uusi tulude kogumise viise ja teenuste ostmise skeeme vastavalt oma vajadustele, ajaloolisele, fiskaalsele ja demograafilisele olukorrale, sotsiaalpoliitika prioriteetidele ja eelistustele;
- rahastamisskeemid peaksid toetama vahendite ümberjaotamist nii, et oleks võimalik reageerida tervisevajadustele, vähendada rahalisi takistusi vajatavate teenuste kasutamisel ja kaitsta abivajajaid finantsriskide eest, ning tegema seda fiskaalselt vastutustundlikul viisil;
- rahastamisskeemid peaksid looma stiimuleid tervise-teenuste tõhusaks korraldamiseks ja pakkumiseks, siduma ressursside eraldamise teenuseosutajatele nende tegevuse tulemuslikkuse ja elanikkonna vajadustega ning edendama aruandekohustust ja läbipaistvust rahaliste vahendite kasutamisel;
- ressursside jaotamisel tuleb leida õige tasakaal tervishoiu, haiguste ennetamise ja tervise edendamise vahel, et oleks võimalik tegelda praeguste ja tulevaste vajadustega tervisevaldkonnas.<sup>2</sup>

Tervisevaldkonnas on ülemaailmne prioriteet tagada, et üksikisikud ja perekonnad saaksid oma vajadustele vastavaid tervishoiuteenuseid ning ei langeks seejuures nende teenuste eest makstes vaesusesse (*Universal Health Coverage* ehk UHC; eesmärgid kinnitatud 2012. aastal ÜRO resolutsiooniga<sup>3</sup>).

Säästva arengu eesmärgid ja tegevuskava aastani 2030 (vastu võetud ÜRO 25.09.2015 tippkohtumisel) sisaldab 17 ülemaailmset säästva arengu eesmärki, millest kolmas eesmärk on tagada kõikidele vanuserühmadele hea tervis ja heaolu ning selle kaheksas alameesmärk on tagada kõikidele inimestele üldine tervishoiuteenustega kaetus, sealhulgas kaitse finantsriskide eest, juurdepääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele ning ohututele, tõhusatele, kvaliteetsetele ja taskukohastele ravimitele ja vaktsiinidele.

Eelnevalt nimetatud põhimõtteid arvesse võttes on käesolevas dokumendis kirjeldatud võimalikke ettepanekuid Eesti tervisesüsteemi toimivuse ja rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Dokument on jaotatud nelja peatükki: 1) tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkus, 2) ravikindlustuse tulubaasi laiendamine, 3) kindlustuskaitse ulatus ja omaosalus, 4) tervisesüsteemi toimivus ja efektiivsus. Esimeses peatükis on esmalt selgitatud Eesti tervisesüsteemi rahastamise põhimõtteid ja pandud see rahvusvahelisse võrdlusesse sarnase arengutasemega riikidega. Esimese peatüki teises osas kirjeldatakse ravikindlustuse eelarve pikaajalist prognoosi aastaks 2060, et ilmestada demograafiliste muutuste ja poliitiliste otsuste mõju ravikindlustuse jätkusuutlikkusele. Teises peatükis on välja pakutud võimalused avaliku tulubaasi laiendamiseks, et tagada ravikindlustussüsteemi jätkusuutlikkus. Kolmandas peatükis on kajastatud kindlustuskaitse ulatuse ja omaosaluskoormusega seonduvaid tervishoiukorralduslikke põhimõtteid ning neljandas peatükis on analüüsitud võimalusi tervisesüsteemi toimivuse parandamiseks ja efektiivsuse suurendamiseks.

---

<sup>2</sup> WHO Tallinn Charter [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf); eesti keeles <http://ee.euro.who.int/Tallinna%20harta%202008.pdf>

<sup>3</sup> [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/un\\_resolution/en/](http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/en/). Mõistele *universal health coverage* otsene eestikeelne vaste puudub ja käesolevas dokumendis kasutatakse terminit „üldine tervishoiuteenustega kaetus“.

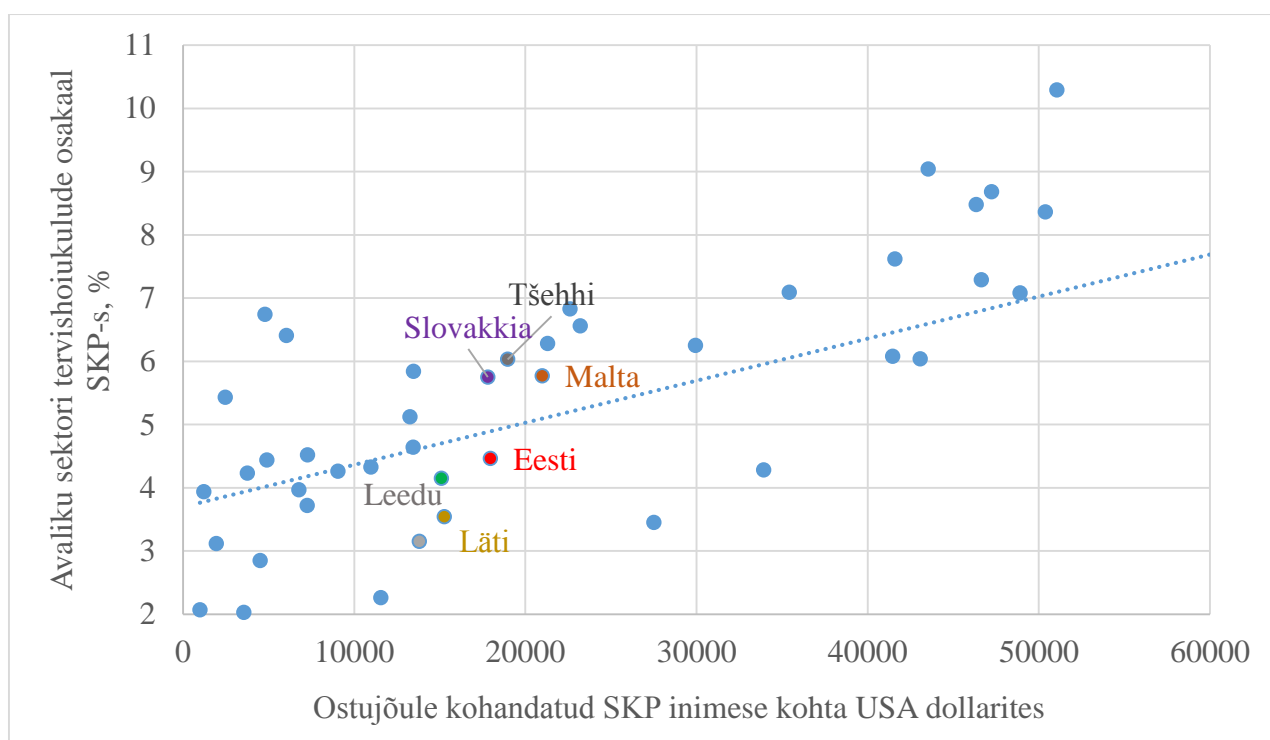
## 1. Tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkus

Esimeses peatükis kirjeldatakse lühidalt Eesti tervisesüsteemi rahastamise põhimõtteid, selgitatakse rahastamise jätkusuutlikkuse analüüsi vajadust ning tutvustatakse ravikindlustuse tulude ja kulude pikaajalist arenguprognosi.

### *Tervisesüsteemi rahastamise allikad*

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori poolt solidaarsuse põhimõttest lähtuva kohustusliku sotsiaalmaksu kaudu, mis laekub sihtotstarbelise ravikindlustusmaksuna ja moodustab peaaegu kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest. Ligi kümnendik vahenditest tuleb mujalt riigieelarvest ja pisut alla veerandi patsientide omaosalusena.

Rahvusvahelise võrdluse tulemusel võib väita, et Eestis on avaliku sektori kulud tervishoiule suhtena sisemajanduse koguprodukti (SKP) võrreldes teiste Euroopa regiooni riikidega<sup>4</sup> võrdlemisi väikesed (vt joonis 1). Eestis oli aastal 2013 avaliku sektori tervishoiukulude osakaal SKP-s 4,5%, seejuures oli OECD keskmine 6,5%<sup>5</sup>, Euroopa regiooni keskmine 5,7% ja ELi keskmine 7,3%<sup>6</sup>. Kui võrrelda avaliku sektori kulutusi tervishoiule osakaaluna SKP-s ja majanduse üldist taset ostujõule kohandatud SKP-na isiku kohta, jääb Eesti avaliku sektori kulutuste osakaal alla trendijoont ehk Eestis kulutab avalik sektor tervishoiule osakaaluna SKP-s suhteliselt vähem kui sama arengutasemega riigid keskmiselt.



Joonis 1. Avaliku sektori tervishoiukulude osakaal SKP-s võrreldes ostujõule kohandatud SKP-ga inimese kohta USA dollarites 2013. aastal

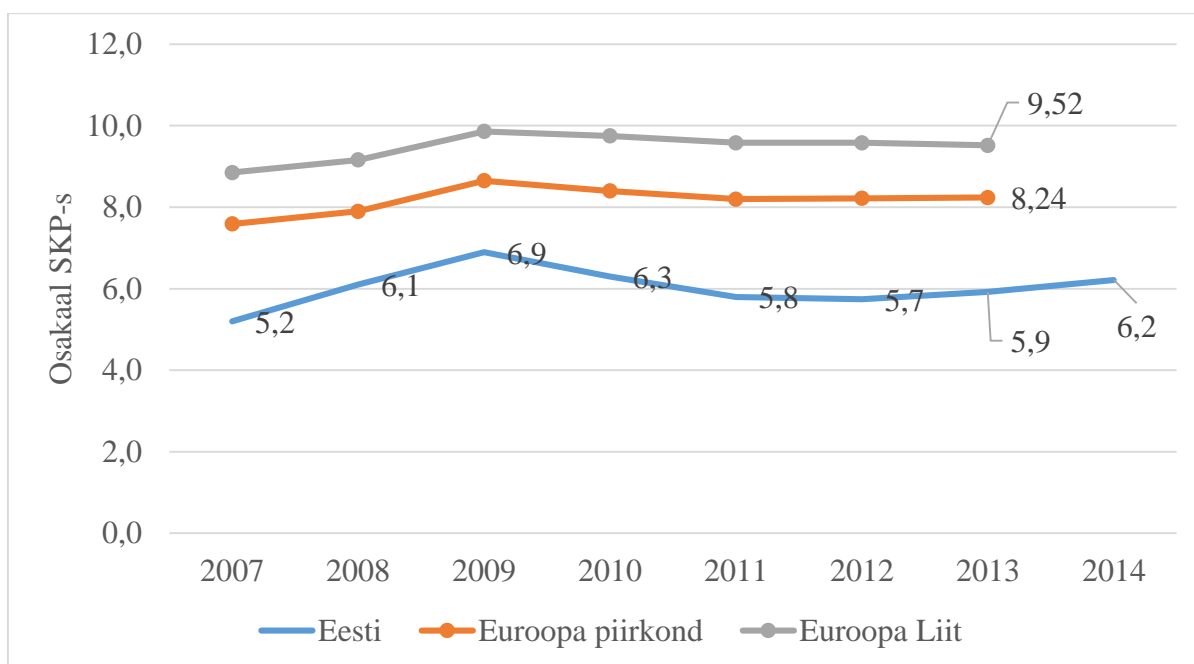
Allikas: WHO andmebaas <http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>4</sup> WHO Euroopa regiooni riigid: <http://www.euro.who.int/en/countries>

<sup>5</sup> OECD andmebaas: <http://stats.oecd.org/>

<sup>6</sup> WHO andmebaas: <http://data.euro.who.int/hfad/>

Joonisel 2 on täiendavalt välja toodud tervishoiu kogukulude osakaal SKP-s Eestis võrreldes ELi ja OECD keskmisega. Enne majanduskriisi (2007) oli Eesti tervishoiukulude osakaal 5,2%. Kriisi ajal (2009) tõusis tervishoiukulude tase 6,9%-ni ning on seejärel mõnevõrra langenud, olles 6,2% aastal 2014. Eesti tervishoiusüsteem on olnud suunatud heade tervisetulemuste saavutamisele väikeste kuludega. Erinevalt paljudest teistest Ida-Euroopa riikidest on oodatav eluiga Eestis püsivalt kasvanud ELi 15 riigi keskmise suunas, sellal kui laste (alla 5-aastased) suremus on ELi 15 keskmisest väiksem. Seda kõike tingimuste juures, kus tervishoiu kogukulude osakaal SKP-s on oluliselt väiksem kui teistes Euroopa või ELi riikides keskmiselt (vt joonis 2; Euroopa regiooni keskmine 8,24%; ELi keskmine 9,52%<sup>7</sup>).

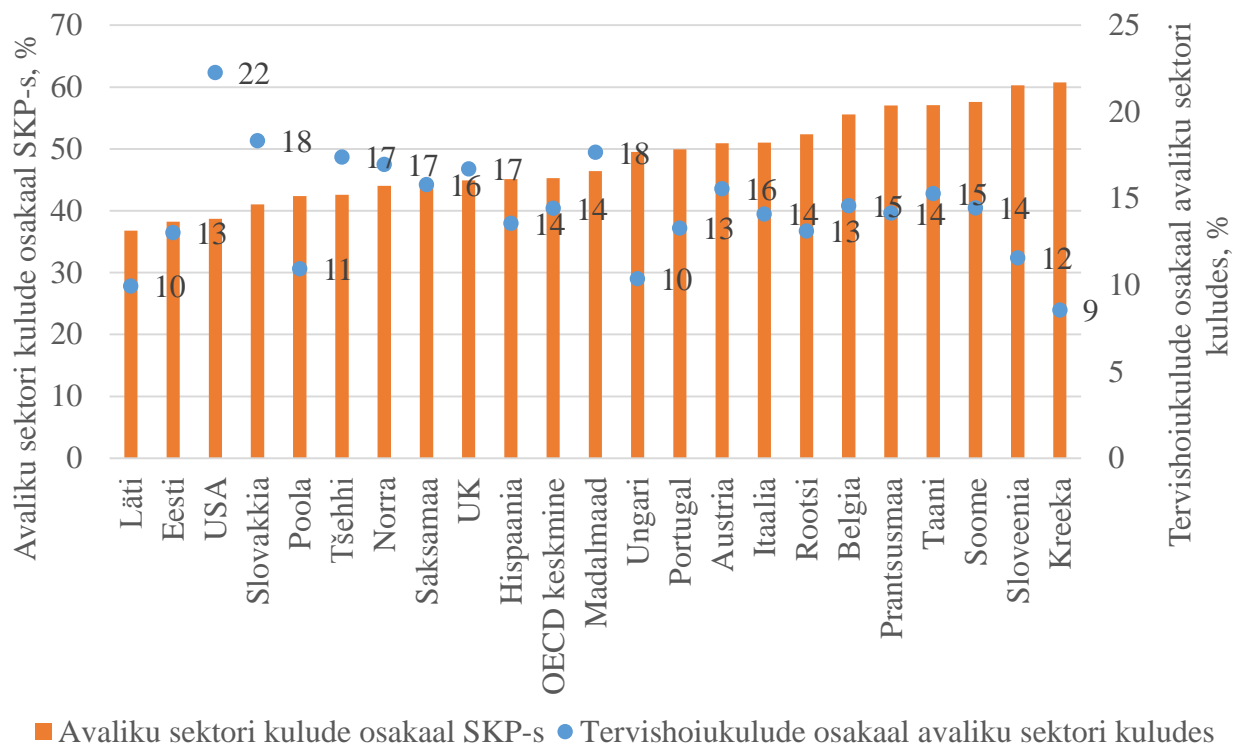


Joonis 2. Tervishoiukulude osakaal SKP-s aastatel 2007–2014

Allikas: TAI, WHO andmebaas <http://data.euro.who.int/hfad/>

Joonisel 3 on välja toodud avaliku sektori kulude osakaal SKP-s ja tervishoiukulude osakaal avaliku sektori kuludes riikide kaupa. Eesti avaliku sektori kulude osakaal SKP-s on võrreldes teiste riikidega väiksem, näidates, et avaliku sektori osakaal kogu majanduses on väike. Tervisevaldkonna prioriteetsust valitsussektoris näitab tervishoiule tehtavate kulude osakaal valitsussektori kogukuludes, mis Eestis (13%) jääb oluliselt alla ELi keskmise (15%) ja OECD keskmise (14%). Kokkuvõttes saab väita, et Eestis on kulutused tervishoiule keskmisest väiksemad ja prioriteetsus kogu valitsussektori kuludes on võrreldes Euroopa Liidu keskmisega samuti väiksem.

<sup>7</sup> Maailmapank (2015). Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Internetist leitav aadressil: [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb\\_est\\_summary\\_report\\_hk\\_2015\\_mai.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015_mai.pdf)



Joonis 3. Avaliku sektori kulude osakaal SKP-s ja tervishoiukulude osakaal avaliku sektori kuludes aastal 2013

Allikas: OECD andmebaas <http://stats.oecd.org/> ja WHO andmebaas <http://data.euro.who.int/hfad>

Varasemates analüüsid<sup>8</sup> on rõhutatud, et Eesti tervishoiu rahastamise süsteem on tervikuna hästi toimiv ning seetõttu ei tohiks muuta praeguse süsteemi põhielemente: sihtotstarbeline ravikindlustusmaks, ravikindlustusvahendite keskne juhtimine ja ühe haigekassa süsteem. Samas näitavad mitmed varasemad analüüsid<sup>9</sup>, et ravikindlustuse sõltumine täielikult sotsiaalmaksust ei ole jätkusuutlik, arvestades vananevat elanikkonda ja tööjõumaksude laekumise tundlikkust majanduskeskkonna muutuste suhtes. Samuti ei ole pikemas vaates kestlik süsteem, kus osa elanikkonnast ei ole ravikindlustusega kaetud. Ravikindlustussüsteem sõltub sotsiaalmaksu laekumisest, mida omakorda mõjutavad hõive ja palkade tase. Hõive taseme langemine vähendab ravikindlustuse tulusid, kulude poolt mõjutavad juba mainitud rahvastiku vananemine ning nõudluse ja teenuste hindade muutus.

Probleemi ilmestas hästi majanduskriis, kui oli tarvis teha olulisi kärpeid ravikindlustuse eelarve tasakaalu säilitamiseks. Ülemaailmne majanduskriis koos riigieelarve range tasakaalupoliitikaga tõi kaasa 2009. aastal majanduslanguse 14% võrra. Majanduskriisi ajal kasvas töötuse tase kiiresti, jõudes 2010. aastal 16,9%-ni (ELi keskmine 9,7%).<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil:

[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne\\_EST\\_2010color.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf)

<sup>9</sup> Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused (2011). Poliitikauuringute keskus Praxis Internetist leitav aadressil:

[http://praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti\\_tervishoiu\\_rahastamise\\_jatkusuutlikkus/Eesti\\_sotsiaalkindlustussüsteemi\\_jaetkusuutliku\\_rahastamise\\_voimalused\\_taisversioon.pdf](http://praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussüsteemi_jaetkusuutliku_rahastamise_voimalused_taisversioon.pdf)

<sup>10</sup> Euroopa Komisjon (2013). Eurostat statistical database. Brussels, Statistical Office of the European Communities Internetist leitav aadressil: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Tabelis 1 on välja toodud ravikindluse kulud perioodil 2007–2016. Tabelist on näha, et majanduskriis mõjutas oluliselt ravikindlustuse eelarvet, kuid kriisi ajal suudeti siiski võtta kasutusele meetmeid, mis ei vähendanud oluliselt eelneva aasta jaotamata tulemit. Samas on alates 2013. aastast ravikindlustuse eelarve jooksva aasta positsioon püsivalt negatiivne, mis on märk sellest, et juba lühiajaliselt on ravikindlustussüsteemil jätkusuutlikkuse probleem vaatamata sellele, et praegu suudetakse tekkivat miinust katta jaotamata tulemi kasutuselevõttuga.

**Tabel 1.** Ravikindlustuse kulud aastatel 2007–2015 ja 2016. aasta eelarve

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 eelarve
Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa	703 055	799 047	718 003	685 882	725 580	776 919	829 699	893 759	958 599	997 177
<b>EELARVE TULUD KOKKU</b>	<b>713 434</b>	<b>824 452</b>	<b>730 501</b>	<b>694 438</b>	<b>735 112</b>	<b>783 131</b>	<b>836 892</b>	<b>900 209</b>	<b>964 353</b>	<b>1 004 400</b>
Tervishoiuteenuste kulud	435 414	523 498	514 456	500 952	522 525	563 944	605 257	664 070	712 692	740 977
Tervise edendamise kulud	811	893	840	786	806	814	706	857	1 088	1 249
Kindlustatutele kompenseeritavate ravimite kulud	71 617	81 902	88 411	90 737	91 465	98 967	103 391	109 753	112 801	114 450
Ajutise töövõimetus hüvitiste kulud	123 148	152 586	140 868	81 436	80 770	84 265	94 101	103 902	116 977	118 270
Muud kulud, sh meditsiiniseadmete hüvitamine, kindlustatute ravi välisriigis, hambaravi ja proteesihüvitise kulud	17 634	22 310	19 761	19 466	22 852	25 585	26 964	29 630	28 832	29 501
Ravikindlustuse kulud kokku	648 625	781 189	764 336	693 377	718 418	773 575	830 419	908 212	972 390	1004447
<b>Haigekassa tegevuskulud kokku</b>	<b>6 080</b>	<b>7 435</b>	<b>6 842</b>	<b>6 888</b>	<b>7 080</b>	<b>7 331</b>	<b>7 937</b>	<b>8 502</b>	<b>9 284</b>	<b>9 070</b>
<b>EELARVE KULUD KOKKU</b>	<b>646 922</b>	<b>788 624</b>	<b>771 178</b>	<b>700 265</b>	<b>725 498</b>	<b>780 906</b>	<b>838 356</b>	<b>916 714</b>	<b>981 674</b>	<b>1013517</b>
Eelarveaasta tulem	49 591	35 827	-40 676	-5 827	9 614	2 225	-1 464	-16 505	-17 321	-9 117
Reservkapital (6%)	38 562	51 147	51 147	51 147	51 147	51 147	51 147	54 386	57 160	60 811
Riskireserv (2%)	12 856	17 051	13 294	14 726	14 726	15 583	16 662	17 951	18 872	20 270
Jaotamata tulem	178 922	197 970	161 051	153 791	163 405	164 773	162 231	141 196	120 214	106 047
<b>Reservid kokku</b>	<b>230 340</b>	<b>266 168</b>	<b>225 492</b>	<b>219 664</b>	<b>229 278</b>	<b>231 503</b>	<b>230 040</b>	<b>213 533</b>	<b>196 246</b>	<b>187 128</b>
Eraldis reservkapitali	7 797	12 585	0	0	0	0	0	3 239	2 774	3 651
Eraldis riskireservi	2 621	4 195	-3 757	1 432	0	857	1 079	1 289	921	1 398

Allikas: EHK

Majanduskriisi eelne ja järgne aeg tekitas tervishoiu kogukulude osakaalus SKP-s suuremat varieeruvust aastatel 2007–2010 (vt joonis 2). Kriisi ajal kasvas osakaal peaaegu 7 protsendini, mille põhjuseks oli võrreldes muude sektoritega oluliselt väiksem kulutuste kärpimine ja töövõimetus hüvitiste (edaspidi TVH)<sup>11</sup> oluline vähendamine ravikindlustuse eelarves. See muudatus võimaldas vähem vähendada kulusid tervishoiuteenuste ostmisele, sh üld- ja eriarstiabile. Ravikindlustuse kulude (sh TVH) vähendamine oli majanduskriisi ajal avaliku sektori kulude kokkuhoiu oluline osa ning selle käigus vähendati EHK kohustusi ajutise töövõimetus hüvitise maksmisel, suurendades omakorda patsientide ja tööandjate vastutust. Tabelis 2 on välja toodud ravikindlustuse kulud ja kulude kasv aastatel 2007–2014.

<sup>11</sup> Ei kajastu OECD metoodika kohaselt arvatavate tervishoiukulude all

**Tabel 2.** Ravikindlustuse kulude muutused aastatel 2007–2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ravikindlustuse kulude kasv võrreldes eelneva aastaga, %	28%	20%	-2%	-9%	4%	8%	7%	9%
Ravimikulude kasv võrreldes eelneva aastaga, %	16%	14%	8%	3%	1%	8%	4%	6%
TVH kulude kasv võrreldes eelneva aastaga, %	28%	24%	-8%	-42%	-1%	4%	12%	10%
Ravimikulude kasv, mln eurot	10	10	7	2	1	8	4	6
TVH kulude kasv, mln eurot	27	29	-12	-59	-1	3	10	10
Ravikindlustuskulude kasv, mln eurot	141	133	-17	-71	25	55	57	77

Allikas: EHK majandusaasta aruanded

TVH kohustuse üleviimine patsiendile ja tööandjale oli peamine muudatus, mis aitas katta ravikindlustuse eelarve puudujäägi 2010. aastal.

OECD on hinnanud, et vaatamata tervishoiukulude kasvu aeglustumisele peale majanduskriisi on oodata, et järgneva 20 aasta jooksul kasvavad avaliku sektori tervisekulud osakaaluna SKP-st keskmiselt 2% võrra võrreldes praeguste keskmiste kulutustega SKP-st. Euroopa Komisjon leidis, et 13 ELi riigil (sh Soome, Madalmaad, Saksamaa jt) on rahastamise jätkusuutlikkuse risk tulenevalt vananeva elanikkonna tõttu tehtavate tervishoiukulude kasvust. Kui kulude kasvu suudetakse ohjata, prognoosib OECD avaliku sektori tervishoiukulude kasvu 3,5% võrra aastaks 2060, aga kui kuludid kontrollida ei suudeta, prognoosib OECD, et need võivad kasvada osakaaluna SKP-s isegi enam kui 8% aastaks 2060.<sup>12</sup> Seega võib väita, et paljud riigid seisavad juba praegu silmitsi küsimusega – kuidas katta kasvavaid kulusid tervishoiule. Rahvusvaheline praktika näitab, et osakaaluna kogu avaliku sektori kuludest on tervishoiu kulud koos sotsiaalkuludega kasvanud võrreldes teiste sektoritega, mille osakaal langenud.

Juba 2005. aastal WHO tehtud Eesti tervishoiu rahastamise süsteemi hinnangus<sup>13</sup> juhiti tähelepanu, et Eesti ravikindlustus on erandlik, tuginedes peamiselt tööjõumaksudele. Ka paljud teised ELi riigid (näiteks Prantsusmaa, Ungari, Tšehhi, Leedu jt), kelle tervishoiu rahastamine on samuti põhinenud peamiselt tööjõumaksudel, on võtnud eesmärgiks süsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks vähendada tööjõumaksude osatähtsust tervishoiu rahastamises. Näitena võib tuua Leedu, kus on rakendunud süsteem, milles panustatakse riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse kindla grupi riigi poolt kindlustatud isikute (lapsed, üliõpilased, töötud jms) eest (vt peatükk 2).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et võrreldes ELi ja OECD riikidega on Eesti tervishoiukulude tase madal. Samuti on Eestile iseloomulik väike valitsussektori osakaal riigi kogumajanduses, millest omakorda panustatakse tervishoiule teiste riikidega võrreldes suhteliselt vähe. Praegune Eesti tervishoiu rahastus sõltub peamiselt tööhõivel põhinevast rahastamisest, mis toob kaasa raskusi piisava tulubaasi tagamisel tulevikus. Tulubaasi mõjutavad nii majanduse tsüklilisus tööhõive kaudu kui ka demograafilised tegurid, sest väheneb töötavate inimeste arv. Seega on pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamisel äärmiselt oluline vähendada tervishoiu rahastamise süsteemi tulubaasi sõltumist vaid tööhõivel põhinevate maksude laekumisest.

<sup>12</sup> OECD (2015). Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>

<sup>13</sup> Couffinhal A., Habicht, T. (2005) Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil: <http://ee.euro.who.int/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf>



## ***Ravikindlustuse tulude ja kulude prognoos aastani 2060***

Järgnevalt on kirjeldatud ravikindlustuse eelarve pikaajalist prognoosi tulenevalt demograafilistest näitajatest ja poliitikamuudatuste mõjust. See annab ülevaate prognoositavatest tulude ja kulude muutustest ravikindlustuse eelarves aastani 2060. Eraldi aruandena on koostatud detailsem prognoos, mis tugineb Poliitikauuringute Keskuse Praxis 2014. aastal koostatud prognoosimudelile<sup>14</sup>, mille eesmärk on võimaldada analüüsida erinevate tegurite (demograafia, töäjõud, hinnad, teenuste pakkumise struktuur, välisriskid, maksud) mõju tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkusele.

Selleks, et analüüsida Vabariigi Valitsuse tööplaani punkti 10.46 raames ravikindlustuse jätkusuutlikkust, uuendati mudelit vastavalt töörühmas kokkulepitud põhimõtetele ja poliitikamuudatustele, mille kohta koostati vastavad poliitikastsenaariumid.

Töörühmas lepiti kokku, et mudeli kõige tõenäolisem stsenaarium on demograafiastsenaarium, st stsenaarium, mille kohaselt ei rakendu olulisi poliitikamuudatusi. Stsenaariumi peamine eesmärk on hinnata demograafiliste muutuste mõju ravikindlustuse jätkusuutlikkusele. Peale demograafiliste muutuste mõjutavad tervishoiukulusid kõige rohkem tervishoiusektori hinnataseme muutused. Demograafiastsenaariumi puhul on hinnataseme kasvu prognoosi aluseks kasutatud samu eelduseid, mis Praxis 2011. aasta<sup>15</sup> ja 2014. aasta<sup>16</sup> analüüsis. Tervishoiuteenuste hindade kasvu mõju erinevate stsenaariumite korral analüüsitakse eraldi poliitikastsenaariumite peatükis.

Mudelisse on lisatud järgmised andmed kokkulepitud demograafiastsenaariumi koostamiseks:

- 1) uus rahvastikuprognoos. Töörühmas lepiti kokku, et tuginetakse Euroopa Komisjoni rahvastiku vananemise mõjude töörühma ehk AWG (*Ageing Working Group*) 2013. aasta rahvastikuprognoosile<sup>17</sup>;
- 2) RaMi avaldatud tööturu- ja makromajandusnäitajate prognoos<sup>18</sup>;
- 3) RaMi sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa prognoos, kuhu arvestatakse juurde sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langetamise kompensatsioon aastast 2017 kuni aastani 2060;
- 4) EHK eelarveprognoos, mille aluseks on ravikindlustuse 2014. aasta tegelikud ravijuhupõhised andmed, 2015. aasta tegelikud kulud ning EHK nõukogu poolt kinnitatud 2016. aasta eelarve<sup>19</sup>.

Olulisemate poliitikamuudatuste (töövõimereform ja täiskasvanute hambaravi programm) kohta on koostatud eraldi poliitikastsenaariumid. Töörühmas lepiti kokku, et analüüsitakse järgmisi võimalikke poliitikastsenaariumeid<sup>20</sup> ja nende mõju ravikindlustuse jätkusuutlikkusele:

- 1) isikute omaosaluskoormuse vähendamine;

<sup>14</sup> [http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/02/Ravikindlustuse-jatkusuutlikkuse-prognoos\\_luhiversioon-08.04.pdf](http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/02/Ravikindlustuse-jatkusuutlikkuse-prognoos_luhiversioon-08.04.pdf). Uuringu tellis Riigikantselei koostöös RaMi, SoMi ja EHKga. Uuringut rahastati Riigikantselei Tarkade Otsuste Fondi ja Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest.

<sup>15</sup> [http://praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti\\_tervishoiu\\_rahastamise\\_jatkusuutlikkus/Eesti\\_sotsiaalkindlustussüsteemi\\_jaetkusuutliku\\_rahastamise\\_voimalused\\_taeisversioon.pdf](http://praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussüsteemi_jaetkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf)

<sup>16</sup> [http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/02/Ravikindlustuse-jatkusuutlikkuse-prognoos\\_luhiversioon-08.04.pdf](http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/02/Ravikindlustuse-jatkusuutlikkuse-prognoos_luhiversioon-08.04.pdf) Uuringu tellis Riigikantselei koostöös RaMi, SoMi ja EHKga. Uuringut rahastati Riigikantselei Tarkade Otsuste Fondi ja Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest.

<sup>17</sup> Andmed edastas töörühmale RaM.

<sup>18</sup> RaM <http://www.fin.ee/majandusprognoosid>

<sup>19</sup> Kuna mudelisse on sisestatud 2014. aasta tegelikud ravijuhupõhised andmed, siis üleminek EHK ja Vabariigi Valitsuse poolt kinnitatud prognoosidelt toimub põhimõttel, et prognoositakse ravijuhu kulu suurenemist või vähenemist vastavalt prognoosile ja edaspidi ravijuhu kulu ühiku hind suureneb vastavalt keskmise palga kasvule.

<sup>20</sup> Teiste päevakorras olevate teemavaldkondade (pagulased, noorsõjaväelaste kindlustus, haiglate võrgustamine ja esmasasandi tervisekeskused) mõju ei avalda tänase teadmise põhjal otsest olulist mõju ravikindlustuse jätkusuutlikkusele ning neid käesolev analüüs ei käsitle.

- 2) hambaravihüvitise rakendamine täiskasvanutele;
- 3) ajutise töövõimetuse hüvitiste (*edaspidi TVH*) väljaviimine ravikindlustuse eelarvest;
- 4) kindlustuskaitse laiendamine kogu elanikkonnale;
- 5) EHK poolt hinnatud ravinõudluse kasvu stsenaarium;
- 6) tervishoiuteenuste hindasid mõjutavad stsenaariumid, sh tervishoiutöötajate palgakokkuleppe stsenaarium ja tervishoiuteenuste hindade ennakkasvu stsenaarium.

Alljärgnevalt on esitatud kokkuvõtte poliitikastsenaariumite sensitiivsusanalüüsi tulemustest (vt tabelid 3 ja 4). Sensitiivsusanalüüsides on positiivseima mõjuga eelarve tasakaalule TVH-de ravikindlustuse eelarvest väljaviimise stsenaarium. Ülejäänud tegurite võimalikud muutused suurendavad pikas perspektiivis EHK eelarve puudujääki ning tekitavad vajaduse lisarahastuseks. Seejuures on lühemas perspektiivis kõigi poliitikastsenaariumite mõju (v.a TVH stsenaarium) EHK eelarvele üsna sarnane, muutes EHK reservid negatiivseks järgneva kümne aasta perspektiivis. EHK poolt hinnatud ravinõudluse kasvu stsenaarium ja kindlustuskaitse laiendamise stsenaarium muudavad reservid negatiivseks juba lähiaastatel.

**Tabel 3.** Ravikindlustuse tulude ja kulude ning ravikindlustuse reservide prognoos

Stsenaarium		Eeldused	Ravikindlustuse reservid muutuvad negatiivseks	Ei suudeta tagada seaduses ette nähtud tingimusi kulude katmiseks
Demograafiastsenaarium		Ravikindlustuse 2015. aasta tegelikud kulud (esialgne hinnang) ning EHK nõukogu poolt kinnitatud 2016. aasta eelarve	2026	2023
Poliitika	Omaosaluskoormuse vähendamine	Alates 2017. aastast hakkab omaosaluskoormus vähenema 1% aastas ja jõuab 2026. aastaks 15% tasemele	2022	2020
	Hambaravi	Hambaravistsenaariumi aluseks on EHK ettepanek hambaravihüvitise rakendamiseks	2022	2020
	TVH stsenaarium	TVH kulud EHK eelarvest välja	2045	2043
	Kindlustuskaitse laiendamine	Kõik isikud on kindlustatud ja kasutavad tervishoiuteenuseid analoogselt seni kindlustatutele. EHK kulud kindlustamata isikutele arvatakse välja ja tulud vastavalt ei muutu	2019	2017
	Ravinõudluse kasvu stsenaarium	EHK hinnatud nõudlus	2017	2017
	Tervishoiuteenuste hindade kasvu stsenaariumid	1. Tervishoiu kogukulud kasvavad nominaalpalga kasvu tempos, mitte-palgakulud teenuste hindades kasvavad tempos THI + 1% ning ülejäänud kulud on kantud palgakuludeks 2. Keskmine tervishoiutöötajate palga kasv 10% aastani 2031, muus osas kasvavad tervishoiu kogukulud vastavalt THI kasvule. Kulude osakaal on arvestatud vastavalt hindade kasvu 1. stsenaariumile 3. Mitte-palgakulud kasvavad ennaktempos ehk THI + 2% ja palgakulud kasvavad vastavalt hindade kasvu 1. stsenaariumile	2026 2022 2021	2023 2020 2019

Allikas: Autorite arvutused

Kui vaadata ravikindlustuse eelarveaasta tulemit, on näha, et ravikindlustuse rahastamine ei ole juba praegu jätkusuutlik, sest tulemit on negatiivne, st jätkusuutlikkuse tagamiseks kasutatakse reserve (vt tabel 1). Tabelis 4 on välja toodud erinevate stsenaariumite mõju lähima nelja aasta perspektiivis,

mis ilmestab, et olenemata poliitikastseenaariumi valikust (v.a TVH stsenaarium) ületavad ravikindlustuse kulud tulusid.

**Tabel 4.** Ravikindlustuse jaotamata tulem aastatel 2016–2019

Stsenaarium		Eeldused	2016	2017	2018	2019
Demograafiastsenaarium		Ravikindlustuse 2015. aasta tegelikud kulud (esialgne hinnang) ning EHK nõukogu poolt kinnitatud 2016. aasta eelarve	-10	-9	-1	4
Poliitika	Omaosaluskoormuse vähendamine	Alates 2017. aastast hakkab omaosaluskoormus vähenema 1% aastas ja jõuab 2026. aastaks 15% tasemele	-10	-9	-16	-28
	Hambaravi	Hambaravistsenaariumi aluseks on EHK ettepanek hambaravihüvitise rakendamiseks	-10	-24	-19	-14
	TVH stsenaarium	TVH kulud EHK eelarvest välja	110	113	128	138
	Kindlustuskaitse laiendamine	Kõik isikud on kindlustatud ja kasutavad tervishoiuteenuseid analoogselt seni kindlustatutele. EHK kulud kindlustamata isikutele arvatakse välja ja tulud vastavalt ei muutu	-10	-68	-62	-59
	Ravinõudluse kasvu stsenaarium	EHK hinnatud nõudlus	-129	-134	-132	-134
	Tervishoiuteenuste hindade kasvu stsenaariumid	1. Tervishoiu kogukulud kasvavad nominaalpalga kasvu tempos, mitte-palgakulud teenuste hindades kasvavad tempos THI + 1% ning ülejäänud kulud on kantud palgakuludeks 2. Keskmine tervishoiutöötajate palga kasv 10% aastani 2031, muus osas kasvavad tervishoiu kogukulud vastavalt THI kasvule. Kulude osakaal on arvestatud vastavalt hindade kasvu 1. stsenaariumile 3. Mitte-palgakulud kasvavad ennaktempos ehk THI + 2% ja palgakulud kasvavad vastavalt hindade kasvu 1. stsenaariumile	-10	-9	-1	4
		-10	-19	-16	-19	
		-10	-19	-22	-30	

Allikas: Autorite arvutused

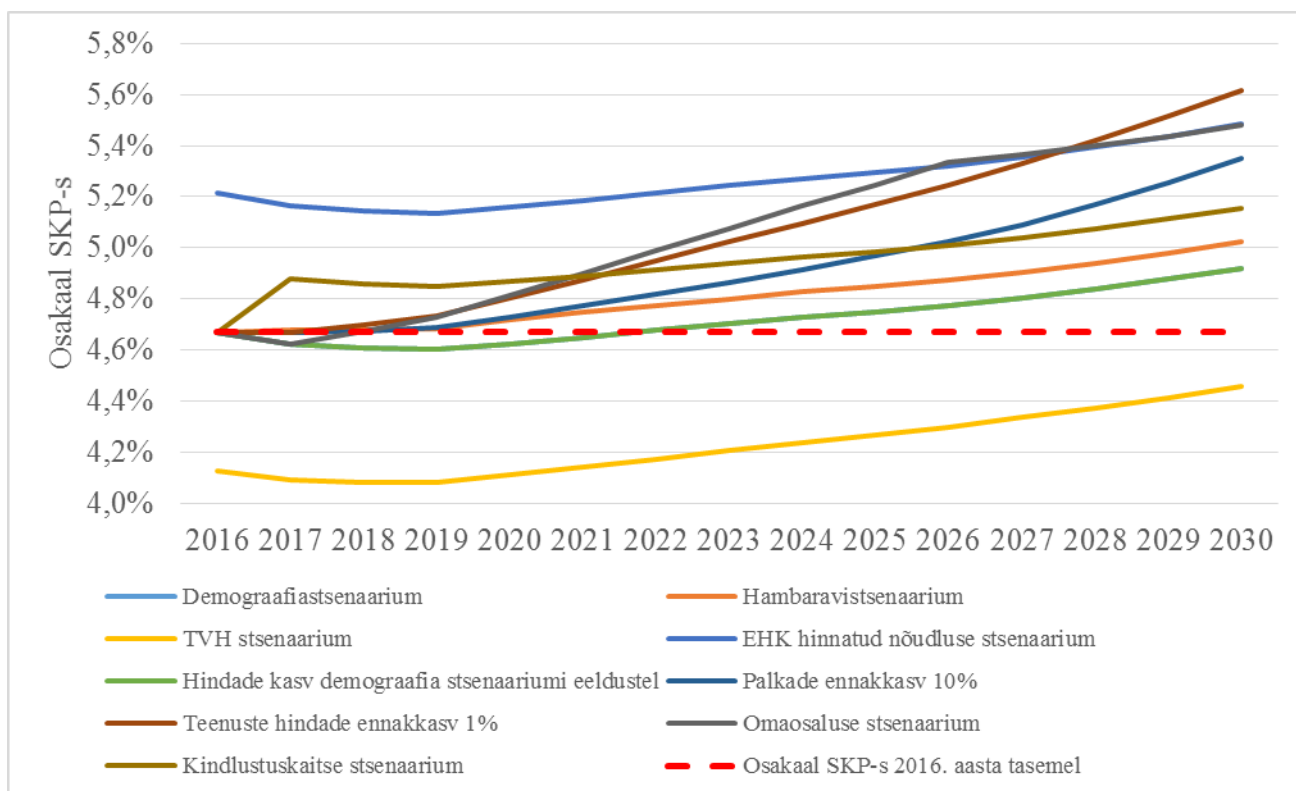
Tabelist 4 on näha, et järgneva paari aasta perspektiivis ravikindlustuse tulude ja kulude vahe väheneb, kuid hakkab seejärel taas suurenema. Selle põhjuseks on mudeli eeldused, mille kohaselt ravikindlustuse tulud kasvavad SKP-ga samas tempos, kuid kulud kasvavad nominaalpalga kasvuga samas tempos. Prognoosi kohaselt on tulude kasv aastani 2019 kiirem kui kulude kasv (vt tabel 5) ja sellest tulenevalt väheneb ka puudujääk.

**Tabel 5.** Ravikindlustuse tulude ja kulude kasv aastatel 2017–2021

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Ravikindlustuse tulude kasv</b>	5,60%	6,88%	6,21%	5,44%	5,24%
<b>Nominaalpalga kasv</b>	5,40%	6,04%	5,90%	6,16%	6,04%

Allikas: Rahandusministeeriumi prognoos

Joonisel 5 on välja toodud erinevate stsenaariumite mõju ravikindlustuse kulude osakaalule SKP-s. Jooniselt on näha, et kõigi stsenaariumite puhul kulud osakaaluna SKP-s kasvavad. Välja on toodud ka kulude osakaal SKP-s vastavalt 2016. aasta prognoositavale tasemele. Poliitikastseenaariumitest avaldab kõige suuremat pikaajalist mõju teenuste hindade ennakkasvu stsenaarium.



Joonis 4. Ravikindlustuse kulude osakaal SKP-s erinevate stsenaariumite puhul aastani 2030  
Allikas: Autorite arvutused

Olenemata poliitikastsenaariumi valikust on näha, et ravikindlustuse tulud ei suuda katta kasvavaid kulusid, kui tervishoidu rahastada SKP kasvust kiiremas tempos.

### Analüüsi tulemuste kokkuvõte

1. **Demograafiastsenaarium** kinnitab, et rahvastiku vananemine ja ravikindlustuse sissetuleku sõltumine täielikul määral töötava elanikkonna panusest ei ole jätkusuutlik. Nelja lähiaasta perspektiivis ei suuda ravikindlustuse tulud katta kasvavaid kulusid, sest jooksvalt tuleb puudujäägi katmiseks kasutada jaotamata tulemit. Demograafiastsenaariumi ehk kõige tõenäolisema stsenaariumi puhul ei suudetaks alates 2023. aastast tagada seaduses ette nähtud tingimust, et kulude katmiseks võib maksimaalselt kasutusele võtta 30% eelmise aasta jaotamata tulemist.
2. **Omaosaluskoormuse vähendamise stsenaariumi** puhul, kui eeldada, et alates 2017. aastast hakkab omaosaluskoormus vähenema 1% aastas ja jõuab 2026. aastaks 15% tasemele, siis muutuvad EHK reservid negatiivseks alates aastast 2022 ja aastal 2020 ei suudetaks täita ravikindlustuse seaduse kohaselt ette nähtud kohustuslikku reservi. Ravikindlustuse kulud SKP-s kasvaks 2060. aastaks 6,5%-ni. Omaosalust käsitletakse detailsemalt kolmandas peatükis.
3. **Hambaravistsenaarium** ei mõjuta olulisel määral ravikindlustuse pikaajalist jätkusuutlikkust, kuna ravikindlustuse eelarve mõistes on tegemist võrdlemisi väikese lisanduva kuluga. Samas omab hambaravihüvitise rakendamine lähiaastatel ilma ravikindlustuse vahenditele täiendavate tulude lisandumiseta mõju EHK eelarve jaotamata tulemile. Stsenaariumi puhul muutuvad EHK reservid negatiivseks demograafiastsenaariumiga võrreldes neli aastat varem.
4. **TVH stsenaariumi** puhul muutuksid EHK reservid negatiivseks aastast 2045. Siiski tuleb rõhutada, et vaatamata TVH kulude väljaviimisele ravikindlustuse eelarvest lükkab see jätkusuutlikkuse küsimuse vaid edasi, sest demograafilistest muudatustest tulenevalt on pikas perspektiivis näha siiski selliste kulude kasvu suurenemist, mida prognoositavad tulud ei suuda

katta. Seega ei ole TVH kulude väljaviimine ravikindlustuse eelarvest ravikindlustuse pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamiseks optimaalne meede, sest see ei muuda demograafiliste muudatuste mõju ravikindlustuse jätkusuutlikkusele, vaid oleks pigem „tulekahju kustutamine“. TVH stsenaarium on sisult üks ravikindlustuse tulubaasi laiendamise võimalusi. TVH kulude väljaviimist ravikindlustuse eelarvest käsitletakse detailsemalt teises peatükis.

5. **Kindlustuskaitse laiendamise stsenaariumi** eelduseks on see, et kõik Eestis elavad inimesed on kaetud ravikindlustusega ning EHK ei pea mittekindlustatutele eraldi kulutusi tegema. Samuti eeldatakse, et ravikindlustusega inimeste tervises seisund on sama, mis ravikindlustusega inimestel ja et tulud vastavalt ei muutu. Kui selline muudatus leiaks aset 2017. aastal, oleks rahaline lisakulu EHK eelarvele ca 59 mln eurot aastas ehk ca 5% EHK kogukuludest (1,06 mld). Kindlustuskaitse laiendamise võimalusi käsitletakse detailsemalt kolmandas peatükis.
6. **EHK on hinnanud katmata ravinõudlust**, mille aluseks on vastavalt EHK lepingu täitmisele ja tervishoiuteenuste tegelikule kasutusele prognoositud ravimahud erialade ja ravitüüpide (s.o ambulatoorne, päevaravi ja statsionaarne ravi) kaupa. Prognoosile tuginedes võib väita, et praegu ei ole tervishoiuteenuste nõudlus kaetud. EHK hinnatud ravinõudluse kasvu stsenaariumi puhul muutuvad EHK reservid negatiivseks aastast 2017 ja samal aastal ei suudetaks täita ravikindlustuse seaduse kohaselt ettenähtud kohustuslikku reservi. Ravinõudluse kasvu stsenaariumil on kõige suurem mõju ravikindlustuse jätkusuutlikkusele lühiajaliselt. Soovides katta hinnatud nõudlust, oleks üheks võimaluseks liikuda viie aasta perspektiivis hinnatud nõudluse katmiseni. EHK hinnatud ravinõudluse kasvu stsenaariumi puhul tekib eelarveaasta negatiivne tulem -129 mln eurot.
7. Ravikindlustuse puhul mõjutab tulude ja kulude tasakaalu oluliselt **tervishoiuteenuste hindade** areng. Demograafiastsenaariumis eeldati, et hinnad muutuvad pikas perspektiivis samas tempos keskmise palga kasvuga. Tegelikult on võimalik nii hindade kiirem kui ka aeglasem kasv. Sellest tulenevalt on hindade mõju puhul võetud eesmärgiks kirjelda kolme tervishoiuteenuste hindade kasvu stsenaariumi: 1) Esimese hinnastsenaariumi eelduseks on see, et hinnad kasvavad nominaalpalga kasvuga samas tempos ja vastavalt kujuneb teenuste hindades palga ja muude kulude osakaal. Eelduseks on, et mitte-palgakulud kasvavad tempos THI + 1% ning ülejäänud kulud moodustavad palgakulu; 2) Teine hinnastsenaarium on tervishoiutöötajate palgakasvu ennaktempo stsenaarium, mis kasutab esimese hinnastsenaariumi osakaalu palga- ja muudele kuludele; 3) Kolmas hinnastsenaariumis tervishoiuteenuste hinnad kasvavad ennaktempo võrreldes demograafiastsenaariumi eeldustega ehk mitte-palgakulud kasvavad ennaktempo ehk THI + 2% ja palgakulud kasvavad vastavat hindade kasvu 1. stsenaariumile.
  1. stsenaariumi tulemused ühtivad demograafiastsenaariumi tulemustega.
  2. stsenaariumi puhul muutuvad EHK reservid negatiivseks aastast 2022 ja aastal 2020 ei suudetaks täita ravikindlustuse seaduse kohaselt ette nähtud kohustuslikku reservi. Võrreldes demograafiastsenaariumiga muutuvad ravikindlustuse reservid negatiivseks neli aastat varem.
  3. stsenaariumi kohaselt muutuvad EHK reservid negatiivseks 2021. Võrreldes demograafiastsenaariumiga muutuvad reservid negatiivseks viis aastat varem. Sellel stsenaariumil on pikaajaliselt kõige suurem mõju ravikindlustuse kulude kasvule, mis kinnitab ka varasemate analüüside tulemusi<sup>21</sup>, et tervishoiuteenuste hindade kasv mõjutab jätkusuutlikkust kõige enam.

---

<sup>21</sup>[http://praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti\\_tervishoiu\\_rahastamise\\_jatkusuutlikkus/Eesti\\_sotsiaalkindlustussüsteemi\\_jatkusuutliku\\_rahastamise\\_voimalused\\_taeisversioon.pdf](http://praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussüsteemi_jatkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf)  
[http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/02/Ravikindlustuse-jatkusuutlikkuse-prognoos\\_luhiversioon-08.04.pdf](http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/02/Ravikindlustuse-jatkusuutlikkuse-prognoos_luhiversioon-08.04.pdf)

## 2. Ravikindlustuse tulubaasi laiendamine

Esimeses peatükis kirjeldati vajadust leida võimalused ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks. EHK tulude ja kulude vahel tekib süvenev puudujääk, mille põhjused on järgmised:

- rahvastiku (tööelise elanikkonna) vähenemine (tulude vähenemine);
- rahvastiku vananemine (kulude suurenemine);
- sissetulekute kasv (suurendab nõudlust raviteenuste järele);
- tervishoiuteenuste üldisest kiirem hinnatõus (tehnoloogiline progress ja kiirendatud palgakasv).

Demograafilistest muudatustest tulenev puudujääk tekib ilma poliitikamuudatusteta, praeguse rahastamise ja kulustruktuuri tingimustes. Tervishoiuteenuste valiku laiendamine ja kiirem hinnatõus (nii palkade kui ka muude kulude osas) eeldavad poliitilisi otsuseid ning neist tõenäolisemaid kirjeldati eelnevalt poliitikastsenaariumite raames.

Alljärgnevalt kirjeldatakse esiteks, millised on võimalikud mehhanismid ravikindlustusse lisavahendite eraldamiseks, ning teiseks, mis oleksid lisarahastuse võimalikud katteallikad.

### *Reeglipõhine demograafiast tuleneva puudujäägi kompenseerimine*

Eelmises peatükis kirjeldati, et paljud riigid on teinud muudatusi selleks, et vähendada tervishoiu rahastamise sõltuvust tööelise elanikkonna maksukoormusest, kuna demograafiliste muudatuste mõjul ei ole selline rahastamine jätkusuutlik. Demograafiast tuleneva puudujäägi saab jagada kaheks. Esiteks väheneb tööelise elanikkonna vähenemise tõttu tulubaas ning teiseks muutub rahvastiku struktuur, mis suurendab ravikindlustuse kulusid. Tulude kompensatsiooni mehhanism peab arvestama mõlemat. Kindlat maksutulu, mis oleks majandustsükliülevalt stabiilne ning järgiks täpselt vastavat demograafiaarengut, ei ole. Seega on kõige õigem kompenseerida EHK-le rahvastiku muudatusest tulenev objektiivne puudujääk, leppides reeglipäraselt kokku riigieelarvest ravikindlustuse tulubaasi laiendamise konkreetne valem.

Demograafiast tuleneva puudujäägi katmiseks tulude poolel on võimalik kompenseerida sotsiaalmaksulaekumise puudujääki, mis tuleneb tööelise elanikkonna vähenemisest. Kui kompensatsioonivalem ei ole seotud hõivega, tagab see ka majandustsükliülese stabiilse rahastuse. Selline kompensatsioonivalem võtab aluseks „kompensatsiooniaasta“ sotsiaalmaksu ravikindlustuste laekumise prognoosi vastavas vanusevahemikus (20 kuni pensioniiga) elaniku kohta. See *per capita* laekumine korrutatakse läbi vastavas vanusevahemikus olevate elanike arvuga baasaastal, millest lahutatakse osakaaluna kogu rahvastiku vähenemine „kompensatsiooniaastal“.

Demograafiast tuleneva ravikindlustussüsteemi kulude kasvu põhjuseks on see, et rahvastiku vanusestruktuur muutub selliseks, et neid elanikke, kes kasutavad rohkem raviteenuseid, mis on ka keskmisest kallimad, on suhteliselt rohkem. Analoogselt tulude kompensatsiooniga saab kasutada valemit, mis arvestab rahvastiku struktuuri muutust. Näiteks saab võtta aluseks ravikindlustuse prognoosimudeli baasstsenaariumi kulude osa ilma inflatsioonita ning fikseeritud teenuste struktuuriga, mis võimaldab teoreetiliselt hinnata teenusekasutajate vanusestruktuuri muutusest tulenevat kulude muutust. Kompenseeritava summa arvutamisel võetakse aluseks baasaasta ravijuhtude hüvitamise vanusestruktuur, mis sisaldab iga vanusevahemiku (üks aasta) teenuste kasutamise keskmist sagedust ja keskmist ravijuhtu ühikuhinda. Korrutades keskmised kasutamissagedused ja hinnad läbi muutunud vanusestruktuuriga „kompensatsiooniaastal“, saadakse vanusestruktuuri muutusest tulenev ravikulude maht. Võrreldes seda kulude mahtu baasaastaga saab suhtelise suuruse, mida peaks „kompensatsiooniaastal“ kompenseerima.

Alljärgnevas tabelis on toodud näidisarvutus ühe kululiigi (ambulatoorne eriarstiabi) kompenseerimiseks.

**Tabel 6.** Näitlik arvutus demograafiast tuleneva puudujäägi katmiseks

1. Elanike arv aastal 2014	1 315 819
2. Ambulatoorse eriarstiabi keskmine kulu juhtumi kohta aastal 2014 (EUR)	66,89
3. Keskmine juhtumite arv aastal 2014	2,001
4. Kulud aastal 2014 (EUR) ( $= 1_i * 2_i * 3_i$ )	171 092 352
5. Elanike arv aastal 2030	1 265 688
6. Elanike arvu vähenemine ( $= 5 - 1$ )	-50 131
7. Kulud aastal 2030, arvestades 2014. aasta juhtumikulu ja vanusestruktuuri (EUR), 2014. aasta hindades ( $= 5_i * 2_i * 3_i$ )	172 496 294
<b>Kompensatsioon aastal 2030, et säiliks 2014. aasta teenuste maht (EUR) (<math>= 7 - 4</math>)</b>	<b>1 403 943</b>

Märkus: indeks  $i$  tähistab seda, et arvutus on tehtud iga vanuserühma kohta eraldi. Tabelis on summeeritud tulemus.

Allikas: Rahandusministeeriumi arvutused

Eespool kirjeldatud valemid võimaldavad mõista üldiseid kompenseerimise võimalusi. Rakendatava ettepaneku tegemine eeldab, et lepitakse kokku kompensatsiooniperiood (st kui pikaks ajaks fikseeritakse baasaasta eeldused), arvutusmetoodika sobivus erinevate kululiikide puhul, vanuseline ja sooline struktuur ning see, kuidas selliste eelduste kohaldamisel käsitleda kulude vähenemist.

### ***Alternatiivid reeglipõhisele demograafiast tuleneva puudujäägi kompenseerimisele***

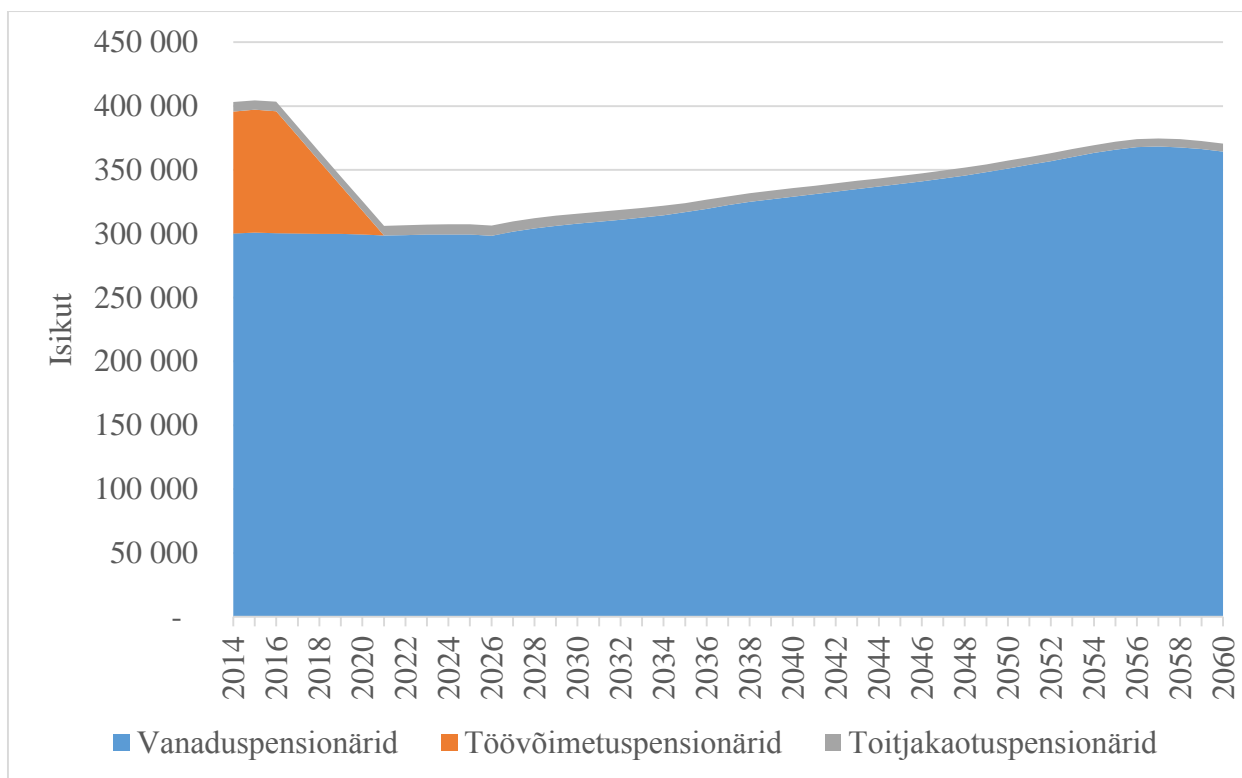
Eespool kirjeldatud täpse demograafilise „vahe“ kompenseerimise mehhanismi alternatiiv EHK tulubaasi laiendamiseks oleks riigieelarveline eraldi võrdsustatud isikute eest, näiteks panustamine pensionäride eest ravikindlustuse eelarvesse keskmise pensioni ulatuses. Erinevalt keskmisest palgast ei ole pensionid otseselt seotud majanduse tsüklilisusega, mis tagab suurema stabiilsuse. Sarnane süsteem on kasutusel ka Leedus, kus riik kindlustab sarnaselt Eestiga üle poole elanikkonnast (Eesti mõistes võrdustatud isikud). Leedu alustas 2006. aastal iga võrdustatud isiku eest panustamist 26% ulatuses keskmisest palgast. Sellest ajast saati on osakaal aastaks 2014 tõusnud 37% juurde.<sup>22</sup> Pensionäride eest panustamist on Eestile korduvalt soovitanud WHO alates 2005. aastast<sup>23</sup>, rõhutades laiema tulubaasi olulisust nii rahalise jätkusuutlikkuse kui ka poliitilise jätkusuutlikkuse tagamisel. Aastal 2010 tehtud põhjalikus uuringus küsitleti peamisi huvirühmi ning valdavalt leiti, et pensionäride eest ravikindlustussüsteemi täiendav panustamine on vajalik.<sup>24</sup>

Pensionäride eest panustamise puhul on vajalikud objektiivsed parameetrid, mis tagavad adekvaatse lisarahastuse mahu, mis on kooskõlas demograafilise trendi ning muude lisarahastuse eesmärkidega. Antud juhul pensionäride eest panustamine arvestaks demograafiliste muudatuste mõju, sest pensionäride arvu suurenedes suureneks ka ravikindlustuse eelarve. Joonisel 6 on välja toodud pensionäride arvu prognoos aastaks 2060.

<sup>22</sup> Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(2): 1–150

<sup>23</sup> <http://ee.euro.who.int/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf>

<sup>24</sup> [http://ee.euro.who.int/Voimalused\\_Eesti\\_tervisesusteemi\\_rahalise\\_jatkusuutlikkuse\\_tagamiseks.pdf](http://ee.euro.who.int/Voimalused_Eesti_tervisesusteemi_rahalise_jatkusuutlikkuse_tagamiseks.pdf)



Joonis 5. Pensionäride arvu prognoos aastaks 2060

Allikas: Rahandusministeerium

Prognoositakse nii pensionäride arvu kui ka sellega seotult pensionikindlustuse kulude suurenemist. Selleks, et anda konkreetset valemite ravikindlustuse eelarve puudujäägi katmiseks pensionäride eest panustada, on vajalik teha täiendavaid analüüse. Olenevalt poliitikastenaariumite realiseerimisest näiteks omaosaluskoormuse vähendamiseks ja hambaravihüvitise rakendamiseks ning seni kokku lepitud sotsiaalmaksu 1% kompenseerimiseks on üks ettepanek maksta riigieelarvest 12% igalt vanaduspensionärit ravikindlustuse eelarvesse, kui vanaduspensionär ei maksa sotsiaalmaksu töötades (vt tabel 7).

Tabel 7. Pensionäride eest panustamise prognoos aastateks 2018–2030

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Tulu EHK-le vanaduspensionäridelt</b>													
Keskmine prognoositav pension kuus	432	458	486	515	546	578	612	648	685	724	764	805	848
Kõigi vanaduspensionäride arv	299974	299745	299426	298707	298966	299254	299434	299397	298463	301540	304125	306107	307801
Osakaal vanaduspensionärides, kes ei maksa sotsiaalmaksu	209982	209822	209599	209095	209276	209478	209604	209578	208924	211078	212887	214275	215461
<b>Ravikindlustuse lisatulud 12% vanaduspensionäridelt</b>	<b>187</b>	<b>197</b>	<b>209</b>	<b>222</b>	<b>235</b>	<b>249</b>	<b>264</b>	<b>279</b>	<b>294</b>	<b>314</b>	<b>334</b>	<b>355</b>	<b>376</b>
<b>Ravikindlustuse lisatulud 12% vanaduspensionäridelt (v.a SM maksjad)</b>	<b>131</b>	<b>138</b>	<b>147</b>	<b>155</b>	<b>165</b>	<b>174</b>	<b>185</b>	<b>196</b>	<b>206</b>	<b>220</b>	<b>234</b>	<b>248</b>	<b>263</b>
Riigieelarvest eraldised EHK-le (mln EUR)													



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Sotsiaalmaksu kompensatsioon	87	92	97	102	107	113	118	124	130	136	142	149	155
Hambaravi kulu <sup>25</sup>	21	22	23	24	25	27	29	30	32	34	36	38	40
<b>Kokku lepitud otsuste riigieelarve siirete summa kokku</b>	<b>108</b>	<b>114</b>	<b>120</b>	<b>126</b>	<b>132</b>	<b>140</b>	<b>147</b>	<b>154</b>	<b>162</b>	<b>170</b>	<b>178</b>	<b>187</b>	<b>195</b>

Allikas: Sotsiaalministeeriumi arvutused

Prognoosi aluseks on võetud keskmine vanaduspension, mis kasvab vastavalt keskmisele palgale ja hindadele. Vanaduspensionäride arvu aluseks on RaMi pensionäride arvu prognoos. Eeldatud on, et ligikaudu 30% pensionäridest maksavad ise sotsiaalmaksu. Seetõttu on prognoos koostatud kahel eeldusel: 1) arvesse lähevad kõik vanaduspensionärid; 2) arvesse lähevad vanaduspensionärid, kes ise sotsiaalmaksu ei maksa. Kui tasuda 12% nende vanaduspensionäride eest, kes ravikindlustuse eelarvesse sotsiaalmaksu ei maksa, katab see kokkulepitud otsesed riigieelarve siirded (sotsiaalmaksu kompensatsioon ja hambaravihüvitis) ravikindlustuse eelarvesse. Seega ei oleks pikemas perspektiivis täiendavaid kulutusi riigieelarvest vajalik teha, kuid ravikindlustuse tulubaasi tekkimise alused arvestaksid enam vananeva rahvastikuga.

### *Tulubaasi laiendamise katteallikad*

Ravikindlustuse eelarvesse riigieelarvest lisavahendite suunamine halvendab valitsussektori eelarvepositsiooni ja riigieelarve baasitud sisalduvate eelarvereeglite täitmiseks on vajalik rakendada täiendavaid tulu- või kulupoliitilisi meetmeid, et eelarvepositsiooni tasakaalustada.

Tulude suurendamiseks on järgmised võimalused:

- tervisekäitumisega seotud maksude tõus või uute kehtestamine;
- muude olemasolevate maksude tõus või uute kehtestamine.

Maksude sihtmärgistamisel (ehk täiendava sihtotstarbelise tulu tekitamine ravikindlustussüsteemile) ei ole valemiga võrreldes eeliseid ning see vähendab riigieelarve paindlikkust olukorras, kus seaduses fikseeritud kulude osakaal riigieelarves on niigi suur ja jätkab suurenemist. Samuti, nagu eespool mainitud, ei ole võimalik kehtestada maksu, mis pikka aega täpselt järgiks demograafilisi trende. Pikka aega võib tarbimismaksude kasutamine olla tervishoiu rahastamisel stabiilsem juhul, kui maksubaas on rahvastiku vananemisele vähem tundlik kui tööjõumaksude puhul. Samas, lühiajalises perspektiivis vähendab see aga majanduslikku stabiilsust, sest maksubaas on volatiilsem. Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langetamine ja tarbimismaksude suurem kasutamine tervishoiu rahastamisel toob kaasa täiendavalt küsimuse – kas seeläbi muutub ka inimeste õigus ravikindlustusele ja hüvitistele.

Kui otsustada suunata ravikindlustusse täiendavaid vahendeid, on poliitökonomiliselt mõneti põhjendatud tervisekäitumist mõjutavate maksude tõus. Võimalikud on ka maksusoodustused teatud käitumise või tarbimise soodustamiseks, mis aga ei too lisatulu. Lisaaspekt täiendavate maksude kehtestamisel, näiteks maiustustele või karastusjookidele, on puhtalt administratiivne mõttekus kehtestada makse väga väikese maksubaasi korral.<sup>26</sup>

Tervise eesmärkidel maksustamises on levinud aktsiisi või käibemaksu moodi maksud:

<sup>25</sup> Hambaravi stsenaariumi puhul on arvestuse aluseks Eesti Haigekassa poolt välja töötatud võimalik hüvitise pakett.

<sup>26</sup> Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused (2011). Poliitikauuringute keskus Praxis Internetist leitav aadressil: [http://praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti\\_tervishoiu\\_rahastamise\\_jatkusuutlikkus/Eesti\\_sotsiaalkindlustussüsteemi\\_jaetkusuutliku\\_rahastamise\\_voimalused\\_taeisversioon.pdf](http://praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussüsteemi_jaetkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf)

- tubakatoodetele;
- alkoholile;
- toidu- ja joogitoodetele või -tootegruppidele, mida peetakse liigselt tarvitamisel tervisele kahjulikuks;
- toidu koostisainetele (suhkur, sool, transrasv), mida sisaldavate toidu- ja joogitoodete liigne tarvitamine mõjub tervisele kahjulikult

Tuginedes OECD eelanalüüsile võib väita, et rahvusvaheliselt on teised riigid pigem maksustanud toodet, mitte ainet, mis on halduslikult lihtsam, kuna keeruline on õigete maksualuste kaubagruppide nomenklatuuri koostamine selliselt, et säiliks maksu õige sihitatus ja efektiivsus (sel põhjusel on levinud jookide maksustamine). Kuigi enamikus riikides on maksu eesmärk fiskaalne, jääb maksutulu enamasti tagasihoidlikuks. Rahvusvaheline praktika näitab ka, et enamasti on maksukoormus jaotunud õiglaselt (Ungari, Mehhiko) ja huvirühmadest on vastuseis toiduainetööstuse poolt, kuid avalikkus üldiselt toetab.<sup>27</sup>

### ***Töövõimetushüvitiste väljaviimine ravikindlustuse eelarvest***

Ajutise töövõimetuse hüvitist makstakse töövõimetuslehe alusel töötavale kindlustatud isikule, kellel jääb ajutise töövabastuse tõttu saamata sotsiaalmaksuga maksustatud tulu. Ajutise töövõimetuse hüvitise alaliigid on järgmised:

- Haigushüvitis on hüvitis, mida makstakse töövõimetuslehe alusel ravikindlustatule, kellel on töölt ajutine töövabastus. Haigushüvitist saab taotleda näiteks haigestumise, tööõnnetuse, liiklus- või olmevigastuse korral.
- Hooldushüvitis on hüvitis, mida makstakse ravikindlustatud isikutele, kes põetavad haiget last või perekonnaliiget.
- Sünnitushüvitis on hüvitis, mida makstakse ravikindlustatud naisele rasedus- ja sünnituspuhkuse korral.

Tabelis 8 on välja toodud töövõimetushüvitiste kulud ravikindlustuse eelarves aastatel 2007–2015. Esimeses peatükis kirjeldati, et majanduskriisi ajal oli oluline meede vähendada EHK kohustusi ajutise töövõimetuse hüvitise maksmisel, suurendades omakorda patsientide ja tööandjate vastutust. Tabelist 8 on näha, et kulud vähenesid haigushüvitise puhul poole võrra, võrreldes 2009. ja 2010. aastat.

**Tabel 8.** Töövõimetushüvitiste kulud ravikindlustuse eelarves aastatel 2007–2015

Töövõimetushüvitiste kulud (tuh eurot)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Haigushüvitis	80 214	96 727	78 255	35 068	38 004	39 883	45 173	49 378	56 346
Hooldushüvitis	29 368	37 466	42 260	36 118	11 626	12 214	15 192	16 487	18 367
Sünnitushüvitis	13 567	18 393	20 352	10 250	31 140	32 168	33 736	38 093	42 264

Allikas: Eesti Haigekassa

Esimeses peatükis kirjeldati ühe poliitikastsenaariumina mõju ravikindlustuse eelarvele, kui töövõimetushüvitiste kulud eelarvest välja viia ning jätta tulubaas samaks. Poliitikastsenaariumi koostamisel lähtuti töövõimereformi ühest esialgsest ettepanekust viia osa töövõimetushüvitiste kulusid ravikindlustuse eelarvest välja. Stsenaariumis on alates 2016. aastast kustutatud kõigi nelja töövõimetushüvitise komponendi kulud, kuid tulud on jäetud muutmata. Selline muudatus

<sup>27</sup> Using price policies to promote healthier diets (2015), WHO

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/273662/Using-price-policies-to-promote-healthier-diets.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/273662/Using-price-policies-to-promote-healthier-diets.pdf)

parandaks EHK eelarvepositsiooni ja kui seda rakendada aastast 2016, tähendaks see aastas EHK 118 mln euro suurust säästu (15% kogu kuludest). Töövõimetushüvitiste kulude väljaviimine ravikindlustuse eelarvest tekitaks ravikindlustuse eelarvele puhvri, mis kataks demograafiamuudatuste mõju järgnevat 20 aastaks. Samas tuleb arvestada, et töövõimetushüvitiste kulude väljaviimine ravikindlustuse eelarvest lükkab jätkusuutlikkuse küsimuse vaid edasi. Seega, pikas perspektiivis ei ole töövõimetushüvitiste kulude ravikindlustuse eelarvest väljaviimine ravikindlustuse pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamiseks optimaalne meede, sest see ei muuda ravikindlustuse tulubaasi, mis jääb endiselt sõltuma tööealisest elanikkonnast. Samas parandaks see lühiajalises vaates ravikindlustuse eelarve positsiooni, mis juba praegu sunnib jätkusuutlikkuse tagamiseks kasutama reserve.

Sotsiaalkomisjon on teinud SoMile ettepaneku analüüsida Eesti Ametiühingute Keskliidu pöördumises tehtud haiguspäevade hüvitamise ettepanekuid, milles soovitakse esimeste haiguspäevade hüvitamise taastamist. Eesti Ametiühingute Keskliidu pöördumises tehtud ettepanekutega seoses on kavas esitada tagasiside sotsiaalkomisjonile hiljemalt 2016. aasta 1. septembriks. SoMil käsitleb seda teemavaldkonda laiemalt, mis ei puuduta vaid ajutise töövõimetuse hüvitise määramist, vaid kavas on analüüsida ka tööga seotud tervisekahjustuste ennetamist, töövõimetuse hüvitamist ja töötaja töö hoidmise toetamise võimalikke meetmeid. Koostamisel on töötaja töövõime jätkusuutlikkuse toetamise analüüs, mis hõlmab kehtiva õiguse probleemkohtade kirjeldust ja ettepanekuid.

Kuna ravikindlustuse vahenditest kaetakse ka hooldushüvitisi, sünnitushüvitisi ja lapsendamishüvitisi, tuleb detailsemalt analüüsida ka nende hüvitiste üleviimist Sotsiaalkindlustusametisse. Peretoetuste ja teenuste rohelises raamatus on neid võimalusi kaalutud. Samas tuleb arvestada, et kuna vanemahüvitisel on palju lisaboonuseid, mis sünnitushüvitisega ei kaasne, võib sünnitushüvitiste üleviimine Sotsiaalkindlustusametisse olenevalt muudatusest kaasa tuua täiendavaid kulutusi. Seega tuleks esmalt analüüsida võimalusi hooldus- ja sünnitushüvitiste väljaviimiseks ravikindlustuse eelarvest.

### **3. Kindlustuskaitse ulatus ja omaosalus**

#### ***Kindlustuskaitse ulatus***

Ravikindlustussüsteem põhineb solidaarsusel ja piiratud omaosalusel ning ravikindlustushüvitiste võrdse kättesaadavuse põhimõttel. Kindlustuskaitse ulatus ja tervishoiuteenuste võrdne kättesaadavus on üks olulisi tervishoiusüsteemi toimivuse näitajatest. Enamikus ELi liikmesriikides on kindlustuskaitse seotud elukoha või kodakondsusega ja on seega üldjuhul universaalne, st kõik elanikud on kaetud. Euroopa Liidu enamikus liikmesriikides on isiku residentsuse põhjal keskmine ravikindlustuskaitse ulatus elanikkonnas 98–99%.<sup>28</sup>

WHO 2010. aastal koostatud aruande<sup>29</sup> raames küsiti intervjuueeritavatel huvirühmadelt arvamust selle kohta, et 5%-le elanikkonnast ei ole tagatud EHK ravikindlustuskaitse, vaid ainult avaliku

---

<sup>28</sup> Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009). Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Internetist leitav aadressil:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98307/E92469.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf)

<sup>29</sup> Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil:

[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne\\_EST\\_2010color.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf)

sektori rahastatav vältimatu abi. Paljud huvirühmad väljendasid muret pikaajaliste registreeritud töötute EHK kindlustuskaitseta jätmise pärast ja leidsid, et universaalse kindlustuskaitse puudumine on eriti majanduslangust arvestades probleem, mis võib suurendada töötust. Kaks kolmandikku arvasid, et universaalse kindlustuskaitse puudumine on probleem ja et ravikindlustuse vahenditest pakutavad teenused peaksid olema vähemalt teatud ulatuses kättesaadavad kõigile. Mõned leidsid, et kindlustuskaitse peaks olema universaalne, ja töid esile, et on ebaefektiivne pakkuda inimestele kallist vältimatut abi, kui juurdepääsu võimaldamine muule ennetavale abile oleks olnud odavam.

Kohustusliku ravikindlustuskaitse saamise õiguse aluseks on elukoht Eestis ja kuulumine seaduses määratletud konkreetsetesse kindlustatute rühma. Kohustusliku ravikindlustuskaitsega hõlmatud jagunevad viide põhikategooriasse<sup>30</sup>:

- 1) töötavad kindlustatud – tööandja poolt kindlustatud isikud, füüsilisest isikust ettevõtjad (sh nende tegevuses osalevad abikaasad), juhtimisorgani liikmed, võlaõigusliku lepingu sõlminud isikud;
- 2) kindlustatutega võrdsustatud – pensionärid, lapsed, õpilased, rasedad, ülalpeetavad abikaasad;
- 3) riigi kindlustatud – töötud, lapsehoolduspuhkusel olijad, puudega isiku hooldajad, ajateenijad;
- 4) välislepingu alusel kindlustatud – teisest ELi liikmesriigist Eestisse elama asuvad pensionärid, teisest ELi liikmesriigist Eestisse lähetatud töötajad, teise ELi liikmesriiki lahkuvad Eesti pensionärid, Vene Föderatsiooni sõjaväepensionärid;
- 5) vabatahtliku lepingu alusel kindlustatutega võrdsustatud – ravikindlustuse seadusest tulenevalt kindlustatud isikuga võrdsustamise lepingu alusel kindlustatud isikud.

Tabelis 9 on toodud kindlustatute jaotus erinevate kindlustuskategooriate vahel perioodil 2007–2015. Kindlustatute koguarv on aastate jooksul vähenenud ligi 50 tuhande isiku võrra. Töötavate kindlustatute osakaal moodustab ligi poole, kuid selgelt joonistub välja majanduskriisi perioodil töötavate kindlustatute osakaalu vähenemine ning samaaegne muude kindlustatute osatähtsuse suurenemine. Seejuures tuleb silmas pidada, et riigi poolt kindlustatute eest ravikindlustuse eelarvesse makstav sotsiaalmaksu osa on töötava elaniku keskmise panusega võrreldes märkimisväärselt väiksem.

**Tabel 9.** Kindlustatud isikute jaotus 2007–2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Töötavad kindlustatud isikud	52%	51%	46%	49%	49%	47%	47%	49%	50%
Kindlustatutega võrdsustatud isikud	45%	45%	47%	45%	46%	49%	48%	47%	47%
Muud kindlustatud isikud	3%	3%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%
Riigi kindlustatud isikud	2%	3%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%
Välislepingu alusel kindlustatud isikud	0,27%	0,27%	0,28%	0,29%	0,21%	0,13%	0,15%	0,16%	0,17%

<sup>30</sup> Ravikindlustuse seadus. Internetist leitav aadressil: <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015059?leiaKehtiv>

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Vabatahtliku lepingu alusel kindlustatud isikud</i>				0,02%	0,02%	0,03%	0,03%	0,04%	0,04%
Kokku kindlustatud isikud	1 287 765	1 281 718	1 276 366	1 256 240	1 245 469	1 237 104	1 231 203	1 232 819	1 237 336

Allikas: EHK, 31.12 seisuga

Praegu on eelnimetatud viide kindlustuskaitse kategooriasse liigitunud 57 ravikindlustuse seaduse kohaselt tekkivat kindlustuskaitse alust. Nendest 11 kindlustuskaitse aluse puhul on kindlustuskaitse saajate arv 2015. aasta alguse seisuga olnud alla 100 isiku. Päästeteenistuse toetuse saamise alusel on näiteks viimasel viiel aastal kindlustatud maksimaalselt 26 isikut. Alates 2012. aastast laiendati kindlustuskaitset FIE ettevõtte tegevuses osalevatele abikaasadele<sup>31</sup> (2015. aastal 75 isikut EHK andmetel) ja tööharrjutuses osalevatele isikutele<sup>32</sup> (2015. aastal 53 isikut EHK andmetel). Alates 2014. aastast laiendati kindlustuskaitset loometoetust saavatele isikutele<sup>33</sup> (2015. aastal 37 isikut EHK andmetel) ja 2015. aastal doktorantidele<sup>34</sup> (2015. aastal 1186 isikut EHK andmetel).

Viimastel aastatel on Eestis juhitud tähelepanu probleemidele sotsiaalmaksu ja sellega seotud sotsiaalsete garantiide paindlikkuses osalise tööajaga töötamise korral ning ebaregulaarse sissetulekuga töötamise korral. Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis aastateks 2015–2019 (punkt 3.2) võeti ülesandeks analüüsida sotsiaalmaksu ja sellega seotud sotsiaalsete garantiide paindlikkust ning võimalike poliitikamuudatuste sotsiaalseid mõjusid. Analüüsist selgus, et ebaregulaarset sissetulekut teenivate isikute puhul, kellel on aasta jooksul piisavalt sissetulekuid, millelt makstakse ka aasta peale kokku minimaalselt nõutavad maksud, on saadav ravikindlustus katkendlik ega tekita kindlustunnet. Lisaks selgus, et ebaregulaarne ravikindlustus puudutab märkimisväärset osa Eesti tööealisest elanikkonnast. 20–64-aastaseid inimesi, kes olid ravikindlustusega kaetud aasta jooksul 11 kuud või vähem, oli 2013. aastal 112 500, 2014. aastal 115 700 ja 2015. aastal 91 500. Arvestades, et 2015. aasta alguse seisuga oli 20–64-aastaste arv Eestis kokku 797 500, moodustasid ebaregulaarselt ravikindlustusega kaetud neist tervelt üle 11%. See tingib muu hulgas juhtumeid, kus ravikindlustuse saamiseks võetakse end töötukassas töötuna arvele vaid põhjusega saada omale ravikindlustus.

Ravikindlustuseta isikute arv ning vanuseline ja sooline koosseis ei ole isiku täpsusega teada, sest puudub usaldusväärne andmeallikas. Erinevatele andmekogudele tuginedes saab anda kindlustuskaitseta isikute arvule ja nende sotsiaalmajanduslikule taustale ligikaudse hinnangu. Peamiselt kasutatakse kindlustatud isikute osakaalu hindamiseks statistikaameti (SA) rahvastiku statistikat ja EHK kindlustatud isikute registri andmeid. SA andmetele tuginedes oli 01.01.2016 seisuga ravikindlustusega hõlmamata isikute osakaal elanikkonnas 5,7% (vt tabel 10). Tabelist on näha ka, et alates majanduskriisist kuni 2014. aastani mittekindlustatute osakaal kogu rahvastikus pigem kasvas.

<sup>31</sup> Ravikindlustuse seadus § 10<sup>1</sup>

<sup>32</sup> Vastavalt tööturuteenuste ja -toetuste seaduse §-s 17 sätestatule

<sup>33</sup> Loovisikud, kelle eest loomeliit maksab loometoetust loovisikute ja loomeliitude seaduse §-de 18 ja 19 alusel

<sup>34</sup> Isik, kes saab doktoranditoetust õppetoetuste ja õppelaenu seaduse § 5 lõikes 3 ja § 41 lõikes 1 sätestatud tingimustel

**Tabel 10.** Rahvastik ja kindlustatud isikute arv 2008–2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rahvastik 1. jaanuar	1 342 409	1 338 440	1 335 740	1 333 290	1 329 660	1 325 217	1 320 174	1 315 819	1 313 271	1 311 759
Kindlustatute arv 1. jaanuar	1 278 016	1 287 765	1 281 718	1 276 366	1 256 240	1 245 469	1 237 104	1 231 203	1 232 819	1 237 336
Kindlustamata isikute osakaal	4,8%	3,8%	4,0%	4,3%	5,5%	6,0%	6,3%	6,4%	6,1%	5,7%

Allikas: SA ja EHK

SA andmed tuginevad 2011. aasta rahvaloendusele ja seetõttu võib seda pidada olemasolevatest andmeallikatest kõige usaldusväärsemaks. Võrdluseks võib tuua, et Terviseameti perearsti nimistutes oli 2016. aasta alguse seisuga 110 574 (8%) kindlustamata isikut. Oluline erinevus isikute arvus tuleneb peamiselt sellest, et rahvastikuregistris kajastuvad ka need isikud, kes on asunud elama välismaale ning ei ole oma lahkumist registreerinud. Kindlustamata isikutest 69% on mehed ja 31% naised.<sup>35</sup> Suurima osakaalu mittekindlustatutest (30%) moodustavad mehed vanuses 20–34 eluaastat. Naistest on kindlustamata isikute osakaal suurim 25–29-aastaste hulgas, moodustades 4%.

Põhjalikum analüüs tehti EHK ravikindlustuse andmekogu (2014) ja SA rahvaloenduse (2011) andmete sidumisel. Analüüsist selgus, kindlustamata isikutest 45% elavad Harju, 11% Ida-Viru ja 11% Tartu maakonnas. Teise riigi, milleks ligi pooltel juhtudel on Soome, on märkinud elukohaks 19%. Maakonniti suuri erinevusi kindlustamata isikute osakaalus ei ole, osakaal jääb vahemikku 4–6%. Mittekindlustatute elatusallikad jagunevad järgmiselt: palk (31%); leibkonnaliikmete või teiste isikute ülalpidamisel olek (31%); muu elatusallikas (18%); tulu ettevõtlusest/talupidamisest/äritegevusest (5%); toetus, stipendium, hüvitis (5%); asutuse ülalpidamisel (3%); töövõimetuspension või muu pension (1%). Elatusallikas oli teadmata või keelduti vastamisest 7% juhtudest. Seega, ravikindlustust mitteomavatest isikutest ligi kolmandik on ülalpidamisel ja enamikul on mingis ulatuses sissetulek. Märkimisväärne osa (vähemalt viiendik) kindlustamata isikutest viibib kas püsivalt või osaliselt välismaal. Lähiaastatel on kavas välja arendada Eesti-Soome registriandmete kontroll, mis võimaldab tuvastada isikud, kes omavad topelt kindlustust või on Eestis kindlustamata ja omavad kindlustust Soomes. Selleks otstarbeks on kaalumisel rahvusvaheline X-tee arendus koostöös Soomega.

Mittekindlustatutele on tagatud vältimatu abi, mida rahastatakse riigieelarvest. Kindlustatud isikuga võrdsustamise lepingu alusel laekuvad tulud moodustavad ravikindlustuse eelarve tuludest kokku ligikaudu 1%. EHK tasus 2014. aastal 18 266 kindlustamata isiku vältimatu tervishoiuteenuse eest, mille kogumaksumus oli 7 104 611 eurot. Perearstiabi kasutas 1583 isikut (965 meest ja 617 naist) 50 130 euro eest, seega keskmiselt 31 eurot teenust kasutanud isiku kohta. Perearstiabi kasutanud mittekindlustatud isikud moodustavad 9% kogu vältimatut arstiabi kasutanud kindlustamata isikutest. Lisaks on mittekindlustatutele kättesaadav kiirabi ning riigieelarvest rahastatavad HIV, tuberkuloosi ja võõrutusravi teenused. SoMi valitsemisalas kulus uute nakkusjuhtude ennetamiseks ja püsiva langustendentsi saavutamiseks HIV/AIDSi levikus 2014. aastal 15,8 miljonit eurot ja elanikkonna kaitsmiseks tuberkuloosi nakkuse eest kulus 2014. aastal 473 tuhat eurot. Samuti on kindlustuskaitseta isikutele kättesaadav kiirabiteenus (2015. aasta eelarve kogumaht 35 miljonit eurot). Need teenused on kättesaadavad ravikindlustamata isikutele, kuid kuna kõik andmed ei ole isikustatud ega seotud ravikindlustuse andmebaasiga, siis ei ole võimalik anda hinnangut, kui paljud teenuseid kasutanud isikutest on kindlustamata. Kindlustamata isikutele ei hüvitata soodusravimeid, õendusabi ega seda eriarstiabi ja üldarstiabi, mis ei kuulu vältimatu abi alla.

<sup>35</sup> EHK andmed seisuga 31.12.2014, SA andmed seisuga 01.01.2015

Esimeses peatükis analüüsiti ühe poliitikastsenaariumina ka kindlustuskaitse laiendamist. Kuigi arvutus näitab vaid finantskulu ning selle poliitikastsenaariumi tehniline lahendamine sõltub paljudest muudest aspektidest, hinnati analüüsi tulemustel, et kui selline muudatus leiaks aset 2017. aastal, oleks rahaline kulu EHK eelarvele ca 59 mln eurot aastas ehk ca 5% EHK kuludest. Arvestades riigieelarvest tagatud muid kulutusi ravikindlustamata isikutele, siis kindlustuskaitse laiendamine lõpptulemusena suures ulatuses täiendavaid kulusid kaasa ei tooks, sest paraneb võimalus pakkuda kindlustamata isikutele ennetavaid tervishoiuteenuseid, üldarstiabi ja soodusravimeid selle asemel, et rahastada vältimatu abi osutamist erakorralise meditsiini osakondades, kuna see on tervishoiusüsteemile reeglina kõige kallim teenus.

Alates 2015. aastast laiendati kindlustuskaitset viisa alusel Eestis töötavatele isikutele<sup>36</sup> ja laiendati kindlustuskaitse tekkimise võimalusi doktorantidele<sup>37</sup>. Vabariigi Valitsuse tööplaanis on käesoleval ajal ettepanekud kindlustuskaitse laiendamiseks ajateenijatele ja üliõpilastele.<sup>38</sup> Kaitseministeeriumi tagasiside kohaselt analüüsiti vajadust laiendada ajateenijate kindlustuskaitset kolme kuu jooksul peale ajateenistuse lõpetamist. Selle käigus jõuti järeldusele, et olemasoleva regulatsiooni parem rakendamine või olemasolevate meetmete laialdasem rakendamine koos suunatud teavitusega võimaldavad juba praegu soovitud eesmärgi saavutada (nt töötuna registreerimine). Ka konkurentsitasu saajate puhul on tulnud kaaluda võimalusi neile ravikindlustuskaitse tagamiseks. Kultuuriministeerium on teinud ettepaneku Riigikantseleile analüüsida loovisikutele ravikindlustuse laiendamise võimalusi. Soov on teada saada, kuidas loovisikud (kelle sissetulek on väga ebastabiilne ja pärineb eri allikatest või sageli ka puudub) on kaetud ravikindlustuse jm sotsiaalsete garantiidega ning millised on võimalused (sh lähtuvalt teiste riikide kogemusest) lahendusteks. Analoogete ettepanekuid kindlustuskaitse laiendamiseks on viimastel aastatel SoMile pidevalt tehtud. Üldjuhul puudutavad need ettepanekud väikest sihtrühma ja/või lühikest kindlustuskaitse perioodi. Enamasti leitakse võimalus sihtrühma kindlustuskaitse laiendamiseks, kuid sihtrühma väiksuse tõttu on muudatuste mõju hinnatud marginaalseks ja täiendavaid vahendeid selleks ravikindlustuse eelarvesse suunatud ei ole. Selliste väikeste muudatuste tegemine võib samas tähendada märkimisväärset administratiivset koormust (sh eelnõu menetlemine, mõjuanalüüsid, infotehnoloogilised arendused). SoMi hinnangul ei ole jätkusuutlik leida pidevalt lahendusi väikestele sihtrühmadele üldise poliitika sees, sest see muudab kindlustuskaitse saamise alused elanikkonnale raskesti mõistetavaks. Pigem tuleks luua universaalne lahendus, mis võimaldab kõigil isikutel kindlustuskaitse saada.

Lähtudes eeldusest, et ravikindlustus on kohustuslik kindlustus, on oluline, et EHK tegeleks aktiivselt kindlustuskaitse puudumise põhjuste väljaselgitamisega ja kindlustuskaitse laiendamisega. Kõigi isikute puhul, kes satuvad tervishoiusüsteemi ja kellel ei ole ravikindlustust, tuleks isikupõhiselt välja selgitada, mis põhjusel kindlustuskaitse puudub, ning koostöös Maksu- ja Tolliametiga välja selgitada isiku maksevõime. Samal ajal tuleks kaaluda vabatahtliku kindlustuse (mis on praegu kättesaadav piiratud ringile suhteliselt kõrge osamaksega) põhimõtete lihtsustamist, et laiendada võimalusi kindlustuskaitse saamiseks.

Kokkuvõtteks võib öelda, et Eesti riik tagab kõigile isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse vähemalt vältimatu abi mõistes. Oluline on aga tagada kõigile ühetaoline tervishoiuteenuste

---

<sup>36</sup> Ravikindlustuse seadus § 5

<sup>37</sup> Isik, kes saab doktoranditoetust õppetoetuste ja õppelaenu seaduse § 5 lõikes 3 ja § 41 lõikes 1 sätestatud tingimustel

<sup>38</sup> „6.18. Kaasajastame kaitseväeteenistuse korraldust, ajateenistuse atraktiivsuse suurendamiseks tagame äsja ajateenistuse lõpetanutele esimese kolme kuu jooksul riigipoolse tervisekindlustuse“ ja „6.19. Lahendame üliõpilasele ravikindlustuse tagamise kitsaskohad, sh immatrikuleeritud ajateenijad, kes peale ajateenistuse lõppu, aga enne ülikooliaasta algust ei oma ravikindlustust.“

kättesaadavus, sest vältimatut abi osutada on süsteemile kui tervikule kallim kui pakkuda terviklikku tervishoiuteenuste valikut. Varasemad uuringud on välja toonud, et kindlustuskaitse laiendamine on mõistlik, kuna enamasti tegeletakse tervishoiusüsteemis selliste isikutega siis, kui nende ravi on juba väga kulukas. Eestis on ravikindlustuskaitseta peamiselt noored tööealised isikud, kellest suurema osa moodustavad mehed. Enamik neist isikutest omab mingil kujul sissetulekut või on ülalpeetav, kuid olemasolevatele andmetele tuginedes ei ole võimalik anda usaldusväärset hinnangut, milline osa neist on tegelikud abivajajad ning kas neil oleks võimalik kehtiva regulatsiooni kohaselt kindlustuskaitset saada. Selle probleemi kõrvalt tegeleb SoM eri huvirühmade (nt noorsõjaväelased ja loomeinimesed) puhul üldise poliitika sees võimaluste otsimisega eesmärgiga neile kindlustuskaitse tagada. Kindlustuskaitse üldine laiendamine aitaks süsteemi lihtsustada ja arusaadavaks suurendada arusaadavust ning pikemas vaates oleks ka ühiskonnale tervikuna säästvam.

### *Inimeste omaosalus*

Inimeste omaosalus tervishoiuteenuste eest tasumisel moodustas 2014. aastal 23,8%<sup>39</sup> tervishoiu kogukuludest. Võrreldes varasemaga on see mõnevõrra suurenenud ning on jõudmas rahvastiku tervise arengukavas eesmärgina seatud maksimumpiirile 25% (ELi keskmine 16%<sup>40</sup>). WHO hinnangul tuleb hinnata omaosaluspoliitika toimivust, kui see moodustab enam kui 15% tervishoiu kogukuludest, et vältida olukord, kus see põhjustab inimestele suurt rahalist koormust või osutub piiranguks, et inimene ei saa rahalistel põhjustel vajaminevat abi.<sup>41</sup> See omakorda võib tuua kaasa vajaduse suuremateks kulutusteks tulevikus nii ravikindlustusele kui ka ühiskonnale laiemalt. Sellest tulenevalt analüüsiti esimeses peatükis ühe poliitikastenaariumina omaosaluskoormuse vähendamise mõju ravikindlustuse pikaajalisele jätkusuutlikkusele. Eeldades, et alates 2017. aastast hakkab omaosaluskoormus vähenema 1pp aastas ja jõuab 2026. aastaks 15% tasemele, siis kasvavad ravikindlustuse kulud SKP-s 2060. aastaks 2% võrra.

Joonisel 6 on näha, et kõige suurema osa omaosalusest moodustavad kulutused ravimitele (TAI andmetel kokku 37%, 16% käsimüügi- ja 21% retseptiravimid). Teiseks suuremaks omaosaluse põhjuseks on hambaravi, mida käesoleval ajal ravikindlustus tööealisele elanikkonnale ei hüvita.

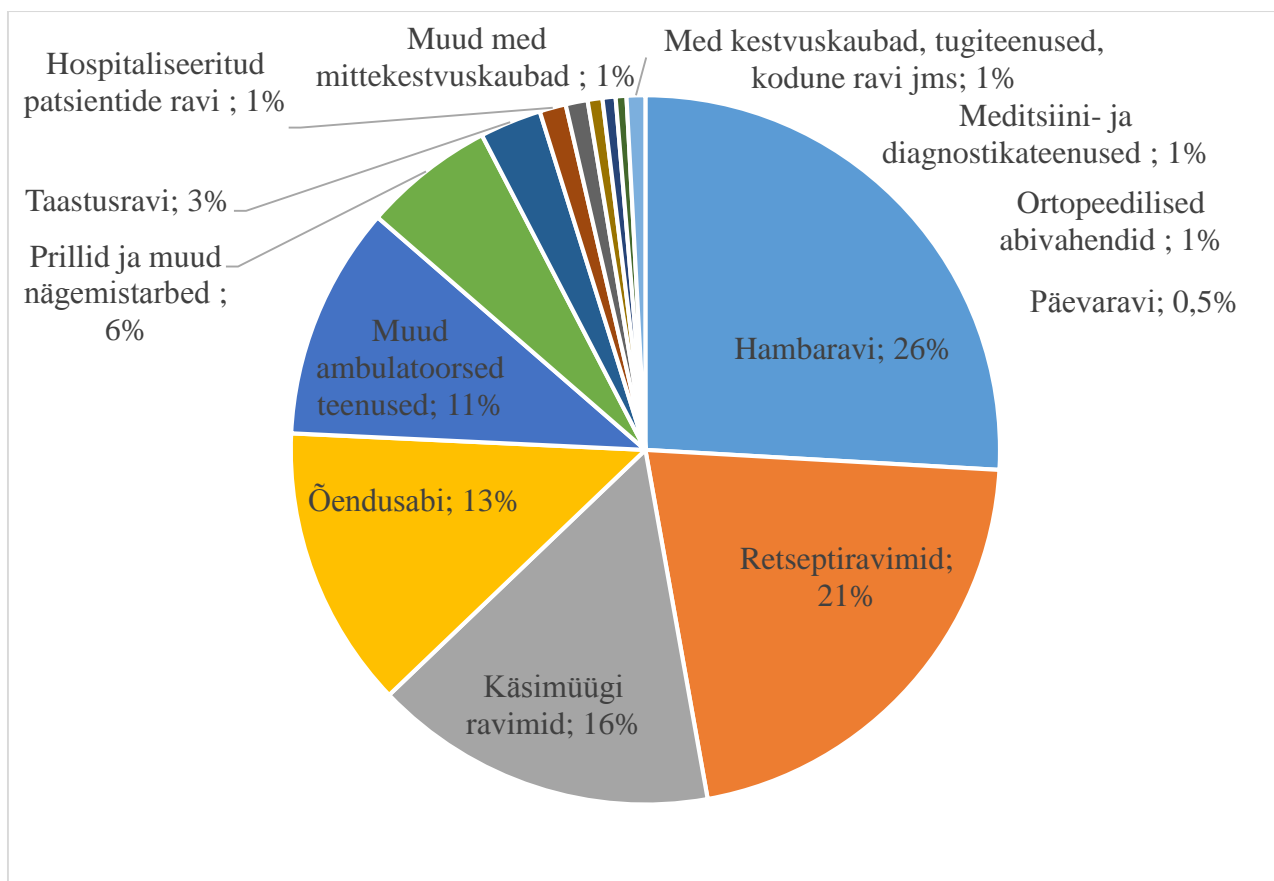
---

<sup>39</sup> Tervishoiu kogukulud 2014, Tervise Arengu Instituut

<sup>40</sup> WHO andmebaas <http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>41</sup> Tamás Evetovits & Sarah Thomson (2015). Monitoring financial protection. WHO, OECD meeting of the Joint Network on Fiscal Sustainability of Health Systems 4–5 February 2016





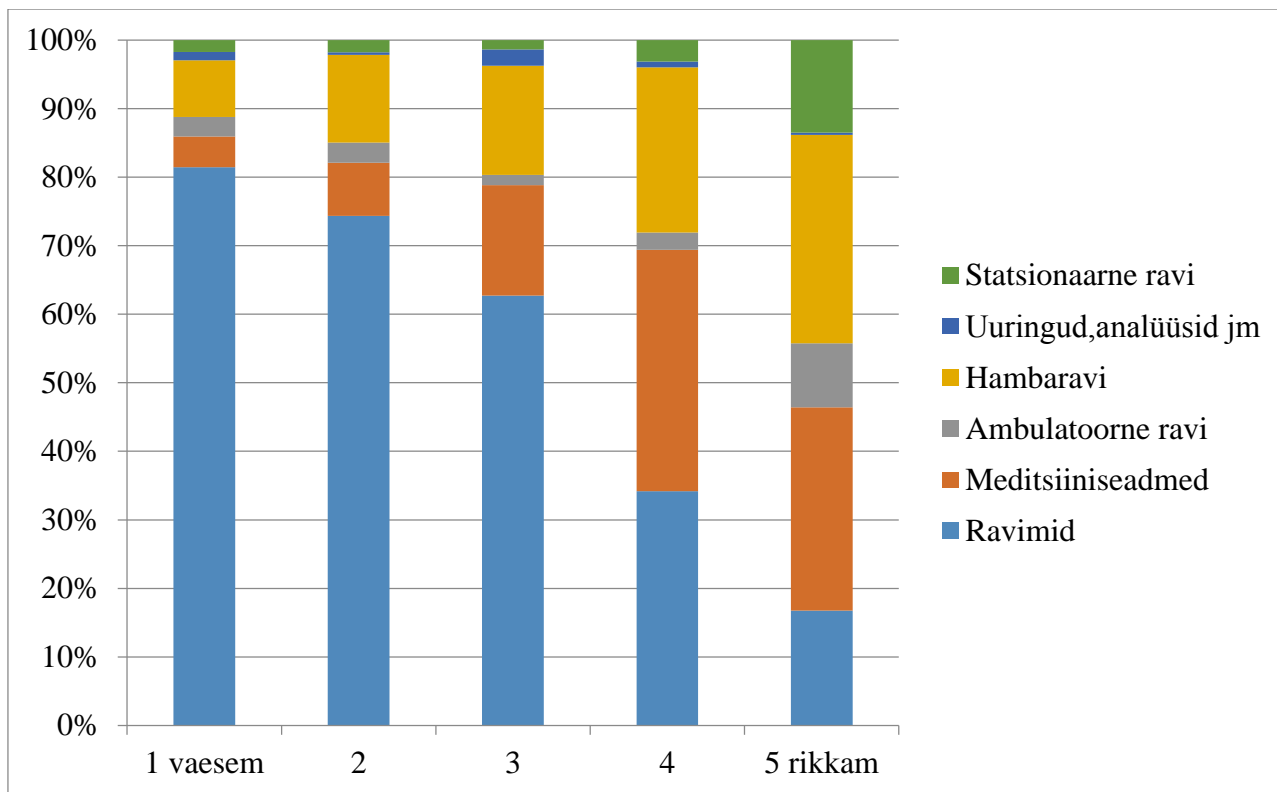
Joonis 6. Omaosaluse jagunemine aastal 2014

Allikas: TAI andmebaas

Oluline on silmas pidada, et omaosaluse osaks ei loeta kaudseid kulusid, nt transpordile tehtud kulutused. WHO poolt 2014. aastal tehtud põhjalik omaosaluse analüüs<sup>42</sup> tõi järeldustena välja, et madalama sissetulekuga leibkonnad kulutavad suhteliselt rohkem ravimitele kui jõukamad leibkonnad, kes omakorda kulutavad enam hambaravile. Mida jõukam on leibkond, seda enam kulutatakse ambulatoorsele eriarstiabile ja meditsiinitarvikutele ning vähem ravimitele. Võib eeldada, et madalama sissetulekuga isikute puhul on hambaraviteenuste puhul katmata nõudlus. Esimeses peatükis kirjeldatud hambaravihüvitise rakendamine võib aga suurendada omaosaluskoormust, kuna hüvitise puhul on täiendavalt vajalik omaosalus. Samas võivad hüvitise tekkides hakata teenust tarbima isikud, kellele enne hüvitise rakendamist ei olnud teenus taskukohane või ei peetud hambaravile kulutamist piisavalt oluliseks. Joonisel 7 on näha, et kõige rohkem mõjutavad madalama sissetulekuga isikute omaosaluskoormust muudatused ravimihüvitistes.

<sup>42</sup> Võrk, A., Saluse, J., Reinap, M., Habicht, T. (2014). Out-of-pocket payments and health care utilization in Estonia, 2000–2012. WHO Regional Office for Europe. Internetist leitav aadressil:

<http://ee.euro.who.int/Out-of-pocket-payments-and-health-care-utilization-in-Estonia,2000-2012-Eng.pdf>



Joonis 7. Inimeste omaosaluse struktuur väljaminekukvintiiilide lõikes nende leibkondade seas, kelle tervishoiukulud olid katastroofilised. Aastate 2000–2007 ja 2010–2012 keskmine

Allikas: Andres Võrgu arvutused Statistikaameti leibkonna eelarve uuringu põhjal, kasutades WHO Euroopa kontori uuendatud meetodikat omaosaluse mõju leidmiseks. Publitseerimata tulemused

WHO meetodika kohaselt on leibkonnale kulud katastroofilised, kui kulud tervishoiule ületavad 40% nende kogu võimakusest tasuta teenuste eest. Jooniselt 7 on näha, et vaesem kvintiili puhul moodustavad enamuse omaosaluse koormusest ravimid. Rikkama kvintiili puhul on ravimikulude osakaal väiksem ning enam kulutustest on hambaravile ning meditsiiniseadmetel. Joonise 7 kohaselt võib väita, et omaosaluse koormuse langetamine sihitult vaesemale elanikkonnale on üks võimalus kuidas suurendada leibkondade kaitset katastroofiliste tervishoiukulutuste eest. Samas, vaesemate leibkondade puhul vähesed kulutused hambaravile võib viidata hoopis katmata nõudlusele ja et pigem ei tarbita teenust kõrge omaosaluse määrast tingituna.

Ravimite eest täielik või osaline tasumine EHK poolt on üks vahend inimestele taskukohaste ravimite kättesaadavuse tagamiseks ning aitab vältida olukorda, kus patsient ei alusta vajalikku ravi ravimi liiga kõrge hinna tõttu. EHK tasub teatud ulatuses nende ravimite eest, mille väärtust on eelnevalt põhjalikult hinnatud ning mis sellest tulenevalt on otsustatud kanda soodusravimite nimekirja. Nendele ravimitele kehtib 50, 75, 90 või 100% soodusmäär. Kõrgem määr on raskete ja krooniliste haiguste raviks vajalikel peamistel ravimitel ning suuremad soodustused kehtivad ka teatud elanikkonnagruppidele (vanadus- ja töövõimetuspensionärid). Iga retsepti eest tuleb ravimi ostjal tasuda omaosaluse alusmäär, mis olenevalt retsepti soodustuse protsendist on orienteeruvalt 1–3 eurot. Ülejäänud osale ravimi hinnast rakendub EHK soodustus vastavalt määratud protsendile ja patsient tasub kohustusliku omaosalusena soodustusest üle jääva osa. Kui ravimile on kehtestatud piirhind ja ostetava ravimi hind ületab piirhinda, tuleb lisaks alusmäärale ja kohustuslikule omaosalusele tasuda apteegis ka piirhinda ületav osa.

Viimastel aastatel on tehtud mitmeid muudatusi, mille eesmärk on olnud suurendada patsiendi võimalusi valida endale soodsaim ravim. Olulisimaks võib pidada 2010. aastal apteekidele pandud

kohustust pakkuda toimeainepõhise retsepti korral patsiendile soodsaimat ravimit. Võrreldes 2010. aastaga oli aastaks 2015 patsiendi keskmine omaosalus retsepti kohta vähenenud 15%.<sup>43</sup>

Lisaks retseptiravimite kompenseerimisele on ravimite puhul veel täiendav ravimihüvitis, et katta osaliselt inimese aasta jooksul tehtud kulutusi soodusravimitele, kui need ületavad summaarselt teatud piiri. Samas jäävad inimese omavastutuse määrad selle süsteemi puhul võrdlemisi suureks (näiteks ravimikulude puhul, mis ületavad 500 eurot, hüvitatakse ületavast osast 90%; üle 300-euroste kulude puhul hüvitatakse 50% ning arvesse ei võeta kohustuslikku omaosalust retsepti kohta ega piirhinda ületavat osa) ning puuduvad analüüsid selle kohta, kui eesmärgipärane see hüvitis on ja kas see kaitseb isikuid katastroofiliste<sup>44</sup> kulude eest. Täiendav takistus on ka see, et ravimihüvitis on küll automaatne, aga hüvitise esmaseks saamiseks peab patsient tegema EHKle taotluse, sest muidu ei tea EHK, millisele kontole hüvitis üle kanda. Kuna teadlikkus hüvitise võimalikkusest on võrdlemisi vähe levinud, on ka hüvitise kasutajaid vähe. 2015. aastal soovis täiendavat ravimihüvitist vaid 0,25% soodusravimeid ostnud patsientidest.

WHO soovitus on analüüsida suurte ravimikasutajate poolt tarbitavate ravimite hüvitamise skeeme, et leida täiendav võimalus mõjutada omaosaluskoormust soodusravimite loetelu kaudu. Sisuliselt tähendab see näiteks krooniliste haigete poolt kasutatavate ravimite hüvitisemäärade ülevaatamist, et vähendada kindlate krooniliste ravimite puhul omaosaluse määra. Lisaks võiks WHO soovitusel kaaluda võimalusi suurendada vaestele suunatud hüvitisi, sh suurendada kaitset katastroofiliste kulude eest ravimite tarbimisel, sest nende kulutuste mõju madalama sissetulekuga leibkondadele on kõige suurem. Samas tekib vaestele suunatud lisahüvitistega täiendavalt probleem lisahüvitise vajaduse tuvastamisel. Lisahüvitise rakendamine tekitab riski, et vajaduse tuvastamine esiteks siiski ei võimalda jõuda kõigi vajajateni ning teiseks, et sihtrühma satuvad ka isikud, kellel sisulist vajadust täiendavat hüvitist saada ei ole.

Kokkuvõtvalt võib väita, et Eestis on leibkondade omaosaluskoormus võrreldes teiste ELi riikidega pigem suurem. Seega tuleks kaaluda võimalusi omaosaluskoormuse vähendamiseks ja seda eelkõige madalama sissetulekuga leibkondadele. Täiendavalt tuleks kaaluda omaosaluskoormuse ümberjaotamist, et vajalikud teenused ja ravimid oleksid kõigile isikutele kättesaadavad.

### ***Ravikontod***

Ravikonto on n-ö kogumiskonto, kuhu isik saab koguda raha ning tulevikus seda raha kasutada sihtotstarbeliselt raviteenuste eest tasumiseks. Tegu ei ole kindlustusega, kuna riskide hajutamist ei toimu. Enamasti on ravikontode rakendamisel ootus, et see suurendab isiku enda vastutust oma tervisekäitumise eest ning ühtlasi aitab toime tulla demograafiast tingitud kulude kasvu survega. Kogumiskontode individuaalsel vastutusel põhinemine ja seetõttu individuaalsest riskist sõltuv panustamine vähendab süsteemi solidaarsust ja muudab tervishoiu rahastamise regressiivsemaks. Praxisest poolt 2011. aastal koostatud analüüsis jõuti järeldusele, et kontodele kogutud raha kasutamine erinevate riskide korral pigem võimendab ebavõrdsust, sest erinevate riskide esinemise tõenäosuse vahel on samasuunaline seos. Samuti on oluliseks eeltingimuseks riigi demograafia sobilik struktuur ehk suur noorte/töötavate inimeste osakaal rahvastikus.

---

<sup>43</sup> Eesti Haigekassa andmetel

<sup>44</sup> WHO metoodika kohaselt on kulud leibkonnale katastroofilised, kui kulud tervishoiule ületavad 40% nende kogu võimakusest tasuda.

2016. aasta veebruaris avaldatud artikli<sup>45</sup> raames analüüsiti kogumiskontode efektiivsust ja konto poolt pakutavat finantsilist kaitset. Uuringu raames kasutati nende riikide andmeid, kus kogumiskontodel on oluline roll tervishoiu rahastamises, nagu Hiina, Singapur, Lõuna-Aafrika ja Ameerika Ühendriigid. Uuringu tulemused näitasid, et kogumiskontode skeemid on olnud üldjuhul ebaefektiivsed ja ei suuda tagada piisavat rahalist kaitset katastroofiliste kulude eest. Kogumiskontode mõju kogu tervishoiu rahastamisele on ebaselge. Võttes arvesse rahvusvahelist kogemust kogumiskonto süsteemi rakendamise tulemustest, võib järeldada, et tegemist ei ole Eesti tervishoiu rahastamise toimivust ja jätkusuutlikkust parandava meetmega.

## 4. Tervisesüsteemi toimivus ja efektiivsus

### *Tervisesüsteemi arengusuunad ja väljakutsed*

Eesti on viimase paarikümne aastaga üles ehitanud tugeva tervisesüsteemi institutsionaalse raamistiku, mille osadeks on toimiv esmatasand, tugev haiglavõrk, kompetentsed tervishoiutöötajad ja stabiilne rahastusmudel.

Suurimaks probleemiks tervishoiusüsteemidele lähitulevikus on vananev rahvastik ja sellest tulenevalt ka krooniliste haigustega inimeste suurenev hulk. Keskmise oodatav eluiga kasvab ja tänapäeva teadus on võimeline pakkuma uusi ja tõhusaid ravimeetodeid. See omakorda loob eeldused, et ühe või mitme kroonilise haigusega inimesel on oluliselt suurem tõenäosus elada kvaliteetset ja pikemat elu kui aastakümnete eest. Seda muidugi eeldusel, et tervisesüsteem on suuteline kiiresti kohanema muutuvate vajadustega: kasvav õendusabi ja taastusravi vajadus; multiprobleemsed patsiendid, kes vajavad erinevaid erialaspetsialiste koondavate meeskondade põhist käsitlust ja suurenev vajadus lihtsalt ligipääsetavate teenuste järele.

Selleks, et saada hinnang Eesti tervisesüsteemile ja vastata küsimusele, kas Eesti tervishoiukorraldus ja strateegilise ostmise mudel arvestab muutunud vajadustega või on tarvilikud uuendused, tellis Eesti Haigekassa Maailmapangalt uuringu<sup>46</sup>. Uuringu üks peamisi järeldusi oli, et Eesti tervishoid on endiselt haiglaravikeskne. Analüüsis hinnati välditavaid hospitaliseerimisi (OECD protokollil alusel peetakse välditavaks hospitaliseerimiseks seda, mida oleks saanud piisava ambulatoorse raviga ennetada) astma, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse, suhkurtõve, südamepuudulikkuse ja kõrgvererõhutõve korral. Kõigi nende haigusseisundite puhul oli 2013. aastal hospitaliseerimisi kokku ca 72 tuhat korda, millest ligi 18% (s.o 13 tuhat) oleks olnud tõhusama ambulatoorse raviga ennetatavad.

Teiseks järelduseks oli, et patsiendikäsitlus on liiga eriarstikeskne. Uuringus hinnati näiteks välditavate eriarstivisiitide osakaalu kõrgvererõhutõve ja suhkurtõvega (diabeediga) seotud diagnooside puhul. Kaasatud eksperdid jagasid nimetatud haigusrühma diagnoosid tuisistunuteks ja mittetuisistunuteks (viimasel juhul peaks patsient olema perearsti jälgimisel) ning tehti analüüs, milles vaadeldi olemasolevat praktikat võrdluses Eesti ravijuhendite soovitustega. Aastal 2013 osutus kõrgvererõhutõve puhul 68% ja suhkurtõve puhul 20% eriarstivisiitidest välditavaks.

---

<sup>45</sup> Olivier J. Wouters, Jonathan Cylus, Wei Yang, Sarah Thomson and Martin McKee. Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. Health Economics, Policy and Law

<sup>46</sup> Maailmapank (2015). Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Internetist leitav aadressil: [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb\\_est\\_summary\\_report\\_hk\\_2015\\_mai.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015_mai.pdf)

Numbritesse panduna külastas 64 tuhat patsienti kõrgvererõhutõve tõttu aasta jooksul eriarsti ja 43 tuhat neist visiitidest olid välditavad. Kõrgvererõhutõve puhul tehti üle 80% välditavatest visiitidest kardioloogi ning suhkurtõve puhul üle 90% endokrinoloogi juurde.

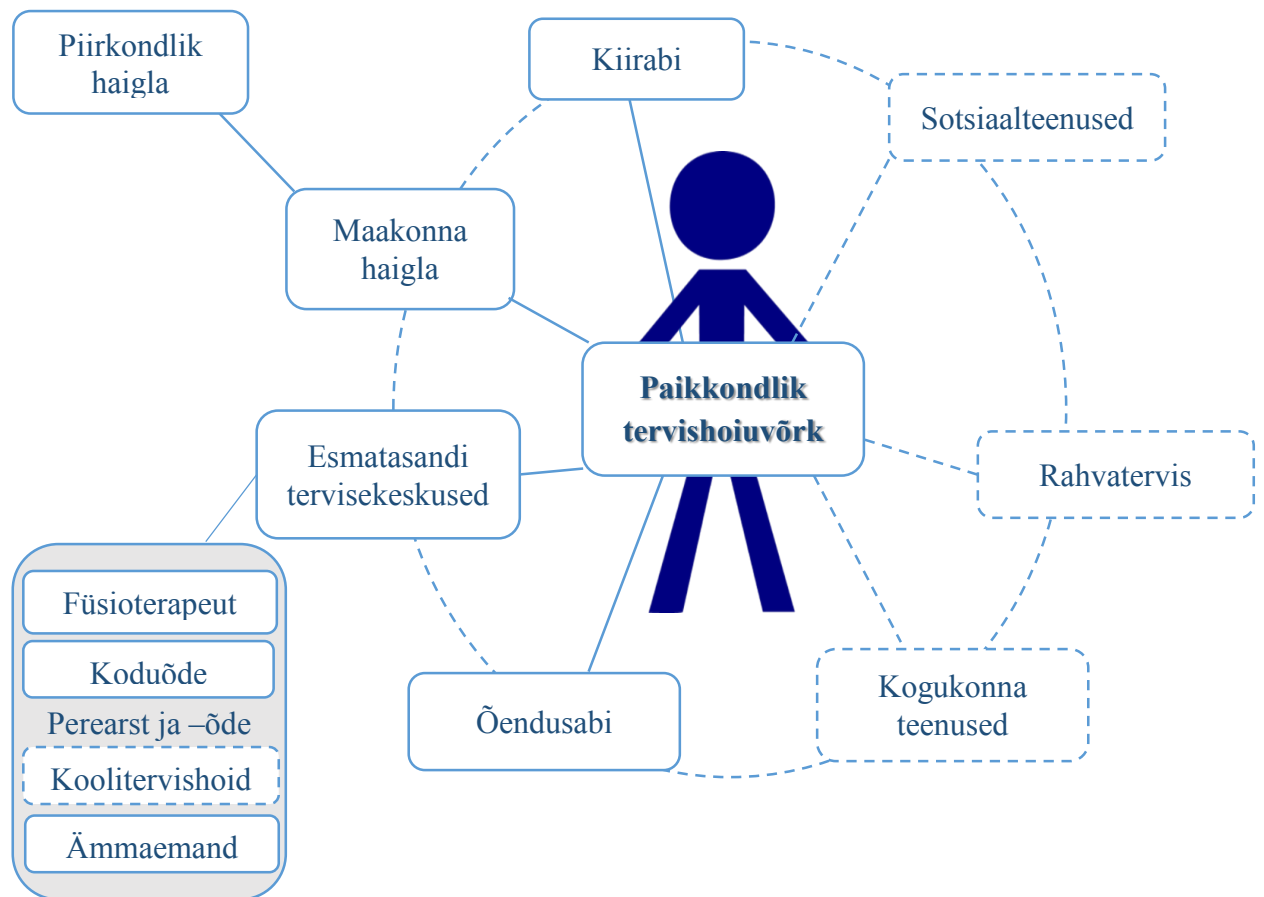
Kolmandaks tõi uuring välja, et ravi koordineerimine enne ja pärast haiglaravi on nõrk. Vähem kui 36% uuritud haigusseisunditega (äge südamelihase infarkt, insult, südamepuudulikkus, puusamurd, kolestsüstektomia) patsientidest käis järelvisiidil perearsti juures 30 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Kui lisada ka eriarstivisiidid, paranes näitaja ainult 5%. Pikendades ajaperioodi 90 päevani, paranes näitaja vaid 50%-le.

Maailmapanga uuringu järeldused olid, et ülevaatamist vajab praegune rahastusmudel, mis ei anna piisavalt tuge integreeritud patsiendikäsitluseks. Samuti on senisest enam vaja pöörata tähelepanu patsiendikäsitluse (sh ravijuhendite ja patsiendikäsitluse juhendid) standardite väljatöötamisele, nende järgimise toetamisele ja tulemuste hindamisele. Esmatasandi tervishoiu tervikuna vajavad süsteemset tugevdamist taristu, multiprofessionaalsete meeskondade loomine, grupipraksistesse koondumise soodustamine, teenusevaliku laiendamine, rahastusmudeli muutmine paindlikumaks ja täiendõppe kvaliteedi parandamine. Perearstide rolli laiendamine kogukonna tervisealgatustesse ja sotsiaalteenuste korraldusse võib parandada ennetavate teenuste ja patsiendikäsitluste üldist kvaliteeti. Kokkuvõttes peaks kõigi osapoolte jõupingutused suuresti keskenduma esmatasandi suutlikkuse tugevdamisele tervishoiusüsteemis.

Dokumendis „Eesti tervishoiu arengusuunad 2020“ on välja toodud peamised eesmärgid, mis rõhutavad esmatasandi tervishoiu tugevdamise vajalikkust, toetades perearstide koondumist suurematesse meeskondadesse ning laiendades esmatasandil pakutavate teenuste valikut. Samuti on eesmärgiks kõrgtehnoloogilise eriarstiabi koondumine pädevuskeskustesse ning haiglate omavahelise koostöö soodustamine eesmärgiga tagada kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavus üle Eesti.

Tervisevaldkonna lähiaastate prioriteediks on tugevdada esmatasandi tervishoidu, mida toetavad Euroopa Liidu Regionaalarengu Fondist tehtavad investeeringud esmatasandi tervisekeskustesse. Esmatasandi investeeringutega koos laiendatakse esmatasandi põhiteenuste valikut, mille tulemusena perearsti ja -õe teenustele lisanduvad ämmaemanda, koduõe ja füsioterapeudi osutatavad teenused, ning motiveeritakse perearste koonduma suurematesse meeskondadesse. Samal ajal investeeringutega töötatakse välja esmatasandi tervisekeskuste rahastamise mudel, mis omakorda soodustab esmatasandi rolli suurenemist ja tugeva esmatasandi organisatsiooni arengut. See on vajalik, et esmatasand saaks võtta suurema rolli ennetavate tervishoiuteenuste osutamisel, mis on süsteemile kui tervikule odavam võrreldes näiteks statsionaarse raviga, mis tegeleb eelkõige tagajärgedega.

Samal ajal esmatasandi tugevdamisega on 2016. aastal toimumas haiglavõrgu arengukava uuendamine, mille käigus hinnatakse maakondade kaupa teenusevajaduse muutust aastani 2030, sõnastatakse igale haiglavõrgu arengukava haiglale riigipoolsed ootused ja koostatakse rakenduskava, mis toetab kokkulepitavate muudatuste elluviimist. Ühelt poolt on oluline haiglate omavahelise koostöö soodustamine (sh võrgustumine) ja teisalt maakondliku tervishoiukorralduse ümberkorraldamine. Seda tuleb teha viisil, mis tagab maakonna elanike vajadustest ja paikkonna eripäradest tuleneva parima kombinatsiooni paikkondlikest tervishoiuteenustest, integreerides esmajärjekorras perearstiabi, eriarstiabi ja koduõendusteenused, kiirabi ja sotsiaalteenused ning ka muud otseselt seotud teenused (vt joonis 8).

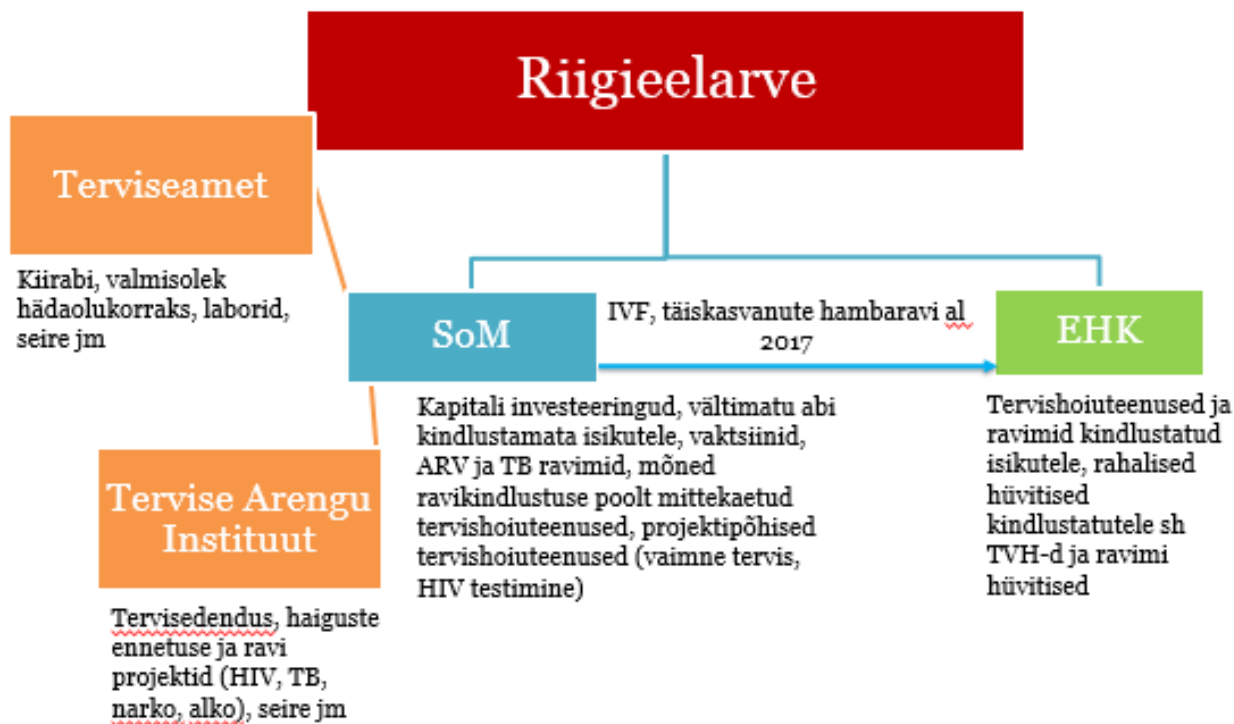


Joonis 8. Maakondlik tervishoiuvõrk

Teenuste integreerimine aitab kaasa sellele, et tervishoiuteenuseid osutatakse õiges kohas ehk seal, kus on teatud teenust kõige optimaalsem osutada. Kui praegune süsteem on pigem haiglaravi ja eriarstiabi keskne, siis paremini integreeritud tervishoiuteenused koos motiveeriva rahastusmudeli ja kvaliteedikontrolliga tagavad selle, et patsient on käsitletud parimal võimalikul viisil.

#### ***Avaliku sektori kaudu tervishoiu rahastamise korraldus***

Esimeses peatükis kirjeldati tervishoiu rahastamise allikaid. Valdav osa (87%) tervishoiu avaliku sektori kuludest rahastatakse EHK kaudu, kuid täiendavalt rahastatakse riigieelarvest SoMi haldusala kaudu olulise tähtsusega teenuseid (vt joonis 9).



Joonis 9. Tervishoiu rahastamine Eestis  
Allikas: Autorite koostatud

Kui ravikindlustuse tulubaasi kujunemise põhimõtted on selged ja prognoositavad, siis SoMi eelarvest rahastatavate tervishoiuteenuste eelarve kujuneb riigieelarve läbirääkimiste protsessis. SoMi haldusalas olevad tervisedenduse ja haiguste ennetuse projektid, kiirabi, hädaolukorraks valmisoleku jt kulud peavad konkureerima nii ministeeriumi kui ka kogu riigieelarve tasandil.

Oluline roll tervishoiuteenuse osutajate infrastruktuuri investeeringutes on Euroopa Liidu struktuurifondi vahenditel. Haiglavõrgu jätkusuutlikkuse tagamisel on oluline lisakulu ravikindlustuse eelarve väliselt haiglate võrgustumise toetamine, sh Põlva ja Järvamaa haigla võrgustamiseks SA-ga Tartu Ülikooli Kliinikum, SA Kuressaare Haigla võrgustamiseks SA-ga Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja SA Narva Haigla võrgustamiseks SA-ga Ida-Viru Keskhaigla (2017. aastal planeeritud 4 mln eurot). Investeeringud haiglavõrku süsteemselt tuleks planeerida ca 5 mln aastas (praegustes hindades). Samuti investeeritakse lähiaastatel 85,2 miljonit eurot Euroopa Liidu Regionaalarengu Fondist esmatasandi tervisekeskuste ehitamiseks ja renoveerimiseks.

Tulenevalt tervisesüsteemi rahastamise eri allikatest võib tekkida ebaefektiivsus ja kannatada patsientide optimaalne käsitus. Eri osapooled keskenduvad ennekõike enda poolt korraldatavatele ja rahastatavatele teenustele, pöörates seejuures vähem tähelepanu patsiendi ja ka tervisesüsteemi tervikvaatele. Näiteks TAI poolt juhitud programmide (sh HIV, narkootikum, tuberkuloos ja alkohol) rahastamine eraldiseisvalt projektipõhiselt soodustab paralleelse rahastamiskeemi tekkimist (teenused, lepingud) EHK kõrvale, mis omakorda tervishoiukorralduslikult tekitab mitu erinevat rahastatavate teenuste süsteemi. Patsiendi vaates moodustab see kõik samas ühtse terviku. Lisaks tekitab projektipõhine rahastamine tervishoiuteenuse osutajale arusaama, et tegu on millegi lisanduvaga ning see ei kuulu igapäevaste tavakohustuste hulka (nt HIV testimine, alkoholsõltuvuse ennetus ja võõrutusravi). Keeruline on rahastaja vaates ka lepinguid juhtida ja vähenevad ressursside riskasutuse võimalused. TAI on kaardistanud riigieelarvest rahastatavad teenused, mis potentsiaalselt võiksid liikuda koos tulubaasiga ravikindlustuse eelarvesse, kuna on sisuliselt

tervishoiuteenused. Selliste teenuste maht 2016. aasta riigieelarves oli ligikaudu 3 miljonit eurot (vt tabel 11).

**Tabel 11.** Tuberkuloosi, HIV ja narkootikumide võõrutusravi teenused kindlustatud ja kindlustamata isikutele rahastamisallikate kaupa

	Kindlustuskaitse	EHK	Riigieelarve	TAI	TAI kulud 2017 <sup>47</sup>
Tuberkuloos	Valdavas osas kõik kindlustatud isikud, kuna neile määratakse töövõimetus	Diagnostika, ambulatoorne ja statsionaarne ravi		Otsekorraldatav ravi (tervishoiutöötaja, sotsiaaltöötaja vm jälgib patsienti, kes on kodusel ravil)	223 000
HIV	Kindlustatud isikud	Vajalikud raviteenused, sh veenivere testid		Vabatahtlik ja anonüümne HIV testimine, juhtumikorraldus HIV-positiivsetele isikutele, seksuaalsel teel levivate infektsioonide ja HIV-nakkuse diagnoostika, ravi ja nõustamise teenus riskirühmadele	530 000
	Kindlustamata isikud		Vältimatu abi raames vajalikud raviteenused, sh al 2016 veenivere testid		
Narkootikumide võõrutusravi	Kindlustatud isikud	Psühhiaatriateenused		Naloksooni kasutamine narkootikumide üledoosidest tingitud surmade ennetuseks; ambulatoorne opioidsõltuvuse asendusravi, statsionaarne lühiajaline võõrutusravi, statsionaarne pikaajaline ravi	1 909 500
	Kindlustamata isikud		Vältimatu abi		

Allikas: Autorite koostatud

Tabelist on näha, et erinevate teenuste saamisel tekib erinevus ka ravikindlustust omavate ja mitteomavate isikute vahel. Juba 2011. aasta WHO aruannetes<sup>48</sup> rõhutati, et vajalik on minna rahvaterviseprogrammide vertikaalselt rahastamissüsteemilt üle kliendile suunatud lähenemisviisile, mis keskendub koordineeritud sekkumistele, ja sellest tulenevalt tuleks vältida tervisesüsteemi rahastamise edasist killustumist, mis tekitab ebaefektiivsust ja loob vastuolulisi stiimuleid.

Nagu eelnevalt kirjeldatud, on tervishoiu rahastamise peamine kitsaskoht see, et olemasolev esmatasandi pearahapõhine rahastusmudel ja ravijuhupõhine rahastamine eriarstiabis ei loo piisavalt

<sup>47</sup> Arvutused seisuga 8.04.2016

<sup>48</sup> Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil:

[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne\\_EST\\_2010color.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf)

Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2011). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks: üks aasta hiljem. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil:

[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/WHO\\_analuus\\_EST.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/WHO_analuus_EST.pdf)



motivatsiooni integreeritud teenuse osutamiseks ja pigem on motiveeritud teenuste osutamine eriarstiabis või haiglaravil. Seega on rahastusmudelite edasiarendamise puhul oluline, et need looks motivatsiooni osutada õigeid tervishoiuteenuseid õigel tasandil ning soodustaks tervishoiuteenuse osutajate koostööd ühise eesmärgi nimel.

Integreeritud paikkondliku tervishoiuteenuste osutamise mudeli piloteerimiseks on SoM koostöös Viljandi Haigla SA-ga väljatöötamas Viljandi maakonna näitel integreeritud paikkondliku tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise mudeli rakendamise projekti eelanalüüsi. Paikkondliku tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise protsessi ümberkorraldamise eesmärkideks on tagada paikkonna elanike vajadustest ja paikkonna eripäradest tulenev parim kombinatsioon paikkondlikest tervishoiuteenustest, integreerides esmajärjekorras perearstiabi, eriarstiabi ja koduõendusteenused, kiirabi ja sotsiaalteenused ning ka muud otseselt seotud teenused.

### ***Tervise- ja sotsiaalsüsteemi integreeritus***

Peale tervisesüsteemi sisemise killustatuse on oluliseks ebaefektiivsuse allikaks ka tervise- ja sotsiaalsüsteemi erinev korraldus ja rahastamine. Nii Maailmapanga 2015. aasta uuring<sup>49</sup> kui ka hiljutine Riigikontrolli audit „Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel“<sup>50</sup> viitavad sellele, et kahe süsteemi parem integreeritus aitaks rahalisi vahendeid optimaalsemalt kasutada. Maailmapanga uuringu tulemustest selgus, et tervishoiusüsteem ei korva sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust teenuste kättesaadavuses, mida näitab välditavate hospitaliseerimiste suurem arv madalama sissetulekuga inimeste seas. Välditavaid hospitaliseerimisi ja pikaleveninud haiglaravi võivad soosida õendusabi ja taastusravi ning sotsiaalteenuste ebapiisav võimekus, mis omakorda takistab teenuste võimalikku väljaviimist oluliselt kulukamast aktiivravist. Samale järeldusele jõudis ka Riigikontrolli audit, mis näitas, et tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vähene integreeritus paneb suurema koormuse tervishoiusüsteemile.

SoM on koostöös EHK ja Sotsiaalkindlustusametiga koostamas analüüsi (tähtaeg juuli 2016) rehabilitatsiooni- ja tervishoiuteenuste korraldusest, et sellele tuginedes teha ettepanek rehabilitatsiooniteenuste paremaks valdkondadeüleseks integreerimiseks. Lisaks on Riigikantselei kokku kutsunud hoolduskoormuse rakkerühma, mille ülesanne on töötada välja inimeste vajadustest lähtuvad lahendused sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vaates. Rakkerühma loomine on ette nähtud valitsuse tegevusprogrammis aastateks 2015–2019 ning rakkerühma ülesannete täitmise tähtaeg on 2017. aasta november.

Riigikontrolli auditi üks peamine soovitus oli võtta kasutusele inimeste teenusevajaduse hindamise instrument, mis oleks kasutatav valdkondadeülesest ning võimaldaks nii tervishoiusüsteemi sees kui ka koostöös sotsiaalsüsteemiga pakkuda inimesele tema vajadustele vastavaid teenuseid. Õigeaegne ja vajadustele vastav tervishoiu- ja sotsiaalteenus võimaldab ennetada raskemaid tüsistusi ning seeläbi olla nii inimesele tervist säästvam kui ka pikaajalises vaates ühiskonnale tervikuna optimaalsem. Eesti Perearstide Selts on Tartu piirkonna pilootprojekti positiivsetele tulemustele tuginedes esitanud vastavasisulise hindamisteenuse lisamiseks EHK poolt rahastatavate teenuse hulka eesmärgiga rakendada seda esmatasandil alates 2017. aastast.

---

<sup>49</sup> Maailmapank (2015). Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Internetist leitav aadressil: [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb\\_est\\_summary\\_report\\_hk\\_2015\\_mai.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015_mai.pdf)

<sup>50</sup> Riigikontroll (2015). Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel. Internetist leitav aadressil: <http://www.riigikontroll.ee/tabid/168/amid/557/ItemId/789/language/et-EE/Default.aspx>

Kokkuvõttes, tulevikku vaatavalt on tervisesüsteemi jätkusuutlikkus tugevas sõltuvuses tervishoiu korraldusest tervikuna. Oluline on säilitada süsteemi efektiivsus ja tulemuslikkus optimaalse tervishoiuteenuse osutamise korralduse ja seda toetava rahastusmudeli abil. Integreeritus nii tervisesüsteemi sees kui ka sotsiaalsüsteemiga on oluline, et tulla paremini toime vananeva elanikkonna vajadustega ning optimaalse tervise- ja sotsiaalsüsteemi korralduse kaudu ohjata mõlema sektori kulude kasvu.