

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Rahanduse ja majandusteooria

Majandusteooria

Pavel Ivanov

TERVISHOIU FINANTSEERIMISE MUDELID NING

TERVISHOIU RAHASTAMINE EESTIS

Bakalaureusetöö

Juhendaja: lektor Jelena Matina

Tallinn 2014

SISUKORD

| | |
|--|----|
| ABSTRAKT | 4 |
| SISSEJUHATUS | 6 |
| 1. TERVISHOIU FINANSEERIMISE SÜSTEEMID | 8 |
| 1.1 Üldised maksutulud (taxation, beverigde-type system)..... | 10 |
| 1.1.1 Suurbritannia ja Põhja-Iiri Ühendkuningriik | 11 |
| 1.2 Eratervisekindlustus (<i>private insurance premiums</i>)..... | 12 |
| 1.3 Ameerika Ühendriigid | 14 |
| 1.4 Kasutajate otsesed maksed (<i>out-of-pocket payments</i>)..... | 15 |
| 1.4.1 Belgia..... | 15 |
| 2. TERVISHOIU FINANTSEERIMINE EESTIS | 19 |
| 2.1 Eesti tervishoiusüsteemi ajalugu | 19 |
| 2.2 Eesti tervisesüsteemi rahastamine ja selle allikad aastatel 2002-2008..... | 22 |
| 2.3 Haigekassa kulud ja nende jaotamine aastatel 2003-2013..... | 26 |
| 3. EESTI TERVISHOIU SÜSTEEMI RISKID JA PROBLEEMID..... | 28 |
| 3.1 Esitatud tervishoiusüsteemide võrdlemine | 28 |
| 3.2 Eesti tervishoiu süsteemi riskid ja probleemid..... | 29 |
| 3.3 Tulude ja kulude kontroll | 31 |
| 3.4 Maksude tõstmine..... | 32 |
| 3.5 Finantseerimine üldmaksudest riigi poolt..... | 33 |
| KOKKUVÕTE..... | 35 |
| RÉSUMÉ | 37 |
| VIIDATUD ALLIKAD..... | 39 |
| LISAD | 42 |
| Lisa 1. | 42 |
| Lisa 2. | 43 |
| Lisa 3. | 44 |
| Lisa 4. | 45 |

| | |
|--------------|----|
| Lisa 5. | 46 |
| Lisa 6. | 47 |
| Lisa 7. | 48 |
| Lisa 8. | 49 |

ABSTRAKT

Töö pealkiri on: Tervishoiu finantseerimise mudelid ning tervishoiu rahastamine Eestis.

Tervishoiusüsteemis seisavad enamus maailma riike silmitsi keeruliste ülesannetega ja vajadusega leida rahastust süsteemide edasiarendamiseks. Ühiskonna nõuded ja vajadused kasvavad iga päevaselt koos uute ravimite avastamise ja tehnoloogiate arendamisega. Rahvaarvu suurenemine ja demograafiline vananemine nõuavad isenesest rohkem tervishoiu kulusid.

Töö eesmärk on käsitleda Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise süsteemi, ning kontrollida hüpoteesi: kuna Eesti elanikkond vananeb ja väheneb, siis olemasolev tervishoiurahastamise süsteem ei ole jätkusuutlik.

Käesoleva töö raames antakse lühiülevaade tervishoiusüsteemide rahastamismudelitest ning leitakse vastused küsimustele:

- Missuguseid tervisehoiumudeleid kasutatakse Ameerika Ühendriikides ja Euroopas?
- Missugused on nende eelised ja puudused?
- Missuguste riikide elanike rahulolu tervishoiu teenustega on kõrgel tasandil?
- Mis on Eesti tervisehoiu finantseerimismudeli puudused ja eelised. Kui suur on inimeste rahulolu praeguse tervishoiusüsteemiga ning mida võib muuta või areneda, tõsta rahastamise jätkusuutlikust?

Töös on läbi vaadatud Inglismaa, Saksamaa, USA, Belgia ja Eesti tervishoiu finantseerimissüsteemid, nende tugevad ja nõrgad küljed.

Eesti tervishoiu finantseerimise mudel põhineb sotsiaalmaksu alusel. Töötavad inimesed, pensionärid ja lapsed saavad tervishoiu täispaketti teenused täismahus, töötu inimesed ainult baasteenused. Tänapäeval sotsiaalmaksu laekumine eelarvesse suureneb ning vastavalt Rahandusministeeriumi prognoosile järgmised neli aastat antud summa kasvab edasi.

Hüpotees on osaliselt kinnitatud: lähitulevikus Eesti tervishoiu finantseerimismudel on jätkusuutlik kuid kaugtulevikus võib nõuda reforme.

Võtmesõnad: tervishoiu finantseerimismudelid, sotsiaalmaks, haigekassa tulud, maksude tõstmine, Eesti tervishoiu süsteemi riskid, eratervisehoid.

SISSEJUHATUS

Tervishoiusüsteemis seisavad enamus maailma riike silmitsi keeruliste ülesannetega ja vajadusega leida rahastust süsteemide edasiarendamiseks. Ühiskonna nõuded ja vajadused kasvavad igapäevaselt koos uute ravimite avastamise ja tehnoloogiate arendamisega. Rahvaarvu suurenemine ja demograafiline vananemine nõuavad iseenesest rohkem tervishoiu kulusid. Demograafiliste ja rahaliste ressursside piiratus ei võimalda aga paraku suurendada riiklike vahendite kasutamist tervishoiu sektoris. Tänapäevani kehtivad rahastamissüsteemid on saanud kohati takistuseks tervishoiusüsteemide arengule ja vajavad reformeerimist.

Ühest vastust küsimusele, kuidas rahastada efektiivselt ja ühiskonna kõikidele liikmete ootustele vastavalt tervishoiusüsteemi ei ole. Riigid seisavad siinkohal silmitsi erinevate probleemidega. Riigiti on olemas erinevaid tervishoiu finantseerimismudeleid, mis on arendatud välja pikema aja ja kogemuste pinnalt. Paljudes Euroopa riikides on riiklikud tervishoiu rahastamise süsteemid olemas juba aastakümneid (mõnedel juhtudel isegi rohkem kui viiskümmend või sada aastat). Selline süsteem on muutunud osaks rahvuskultuurist, tavast ja igapäevaelust. Sellistes riikides tähendab rahastamise süsteemide reformide tegemine pigem ainult väikeste muudatuste tegemist, mitte suurte ja põhjalike reformide teostamist. Enamus Ida-Euroopa riikides saab tervishoiu rahastamise süsteemi jälgida väga üksikasjalikult ja spetsiifiliselt, sest neid saab vaadelda ilma kultuurilise või ajaloolise faktoriteta. Paljudes riikides on tervishoiu süsteeme juba reformitud või kavatsetakse seda teha lähiajal.

Antud teema on aktuaalne ka Eesti jaoks. Alates iseseisvuse taastamisest on möödunud 23 aastat, ning tervishoiu süsteem on väga noor võrreldes nn vana Euroopa riikidega. Samal ajal on esile kerkinud ka meie jaoks probleemid. Kuna Eesti rahvastik vananeb, ning maksumaksjate arv väheneb võib tekkida vajadus muuta või täiendada olemasolevat tervishoiu finantseerimist.

Töö eesmärgiks on käsitleda Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise süsteemi, ning kontrollida hüpoteesi: kuna Eesti elanikkond vananeb ja väheneb, siis olemasolev tervishoiurahastamise süsteem ei ole jätkusuutlik.

Käesoleva töö raames antakse lühiülevaade tervishoiusüsteemide rahastamismudelitest ning leitakse vastused küsimustele:

- Missuguseid tervisehoiumudeleid kasutatakse Ameerika Ühendriikides ja Euroopas?
- Missugused on nende eelised ja puudused?
- Missuguste riikide elanike rahulolu tervishoiu teenustega on kõrgel tasandil?
- Mis on Eesti tervishoiu finantseerimismudeli puudused ja eelised. Kui suur on inimeste rahulolu praeguse tervishoiusüsteemiga ning mida võib muuta või areneda, tõsta rahastamise jätkusuutlikust?

Töö koosneb kolmest osast: esimene osa koosneb tüüpiliste tervishoiu süsteemide kirjeldusest, teine osa kirjeldab Eesti tervishoiu süsteemi ning selle rahastamist, kolmas osa on pühendatud süsteemi probleemidele ning nende võimalike lahendustele.

Vaadates kõiki neid süsteeme saab vastata ka küsimusele: missugune nendest süsteemidest võiks sobida Eestile, mis võiks olla selle eeliseks või puuduseks.

Bakalaureuse töö peamised allikad on Statistikaameti andmeid, Maailma tervishoiuorganisatsiooni (*World Health Organization* edaspidi *WHO*), Eesti Haigekassa ja Rahandusministeeriumi dokumendid ning muud teaduslikud materjalid.

1. TERVISHOIU FINANSEERIMISE SÜSTEEMID

Tervishoiu finantseerimise viis on elanikkonna tervises ja heaolus määrav. See kehtib eriti kõige vaesemates riikides, kus kulutuste tase on endiselt ebapiisav, et tagada õiglase juurdepääs vajalikele tervishoiuteenustele ja sekkumisele. Paljudes riikides panevad tervishoiuteenuste hinnad inimesi sellele palju raha kuluma. Samuti peavad rikkamate riikide valitsused pidevalt võitlema küsimustega, kuidas leida piisavalt vahendeid, et tagada nende elanikkonnas üha kasvavale nõudlusele kvaliteetsed tervishoiuteenused.

Kõik riigid peavad tegema otsuseid, kuidas kõige paremini suurendada tervishoiule antavaid rahalisi vahendeid, kuidas neid ühendada neid, et leeveneda rahalisi riske tervisehädadel, ja kuidas tagada, et neid vahendeid kasutatakse tõhusalt ja õiglaselt. Riigid teevad kõigis neis valdkondades erinevaid otsuseid, nii et finantssüsteemi tulemused erinevad selliste valdkondade vahel nagu maksude kombinatsioon ja kindlustuskulutused, ning avaliku ja erasektori rahastamine ja sätted.

Tervishoiu moodustavad ühiskonnas tervise edendamisele, säilitamisele ja taastamisele suunatud projektid ning programmid ehk tegevused. Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon (*Organisation for Economic Cooperation and Development* (edaspidi *OECD*)) on sõnastanud tervishoiu kontseptsiooni järgmiselt: „tervishoid on asutuste või isikute poolt osutatud tegevuste summa, mille osutamiseks kasutatakse meditsiinilisi, parameditsiinilisi või õenduslaseid teadmisi ja tehnoloogiaid ning mille eesmärk on:

- tervise edendamine ja haiguste preventatsioon;
- haiguste ravimine ja enneaegse surma vähendamine;
- õendusabi vajavate kroonilist haigust põdevate inimeste põetamine;
- õendusabi vajavate vigastusega ja puuetega inimeste põetamine;
- patsiendile väärrika surma võimaldamine;
- rahvatervise programmide korraldamine;
- tervishoiu programmide, tervisekindlustuse ja teiste programmide korraldamine ja administreerimine. (OECD Science, Technology and Industry Outlook, 2010).

Sarnaselt on tervishoiu mõiste defineeritud ka Eesti Rahvatervise arengukavas. Nagu eelnevalt mainitud, võib tervishoid koosneda erinevatest programmidest ja projektidest ehk skeemidest. Niisuguste riigi poolt osutatud tervishoiuskeemide kogum moodustab tervishoiusüsteemi, mis on igas konkreetses riigis ainulaadne. Tervishoiusüsteem korraldab tervishoiuteenuste osutamist ja rahastamist etteantud inimeste grupi jaoks (maksjad ja nende ülalpeetavad). Finantsreeglid määravad, kes peab maksma teenuse kasutamise eest (maksma maksu, maksma erakindlustuse preemiaid) ja kes on kaetud skeemiga. Finantsreeglid määravad ka ressursside mahu ja struktuuri, mida vahetatakse tervishoiuteenuste osutajatega nende teenuste vastu.

Lääneriikides on levinud kaks tervishoiu süsteemi. Esimene oli rajatud haigeks jäänute teenuste eest maksmisel, ja Lääne-Euroopa süsteem, mis oli rajatud kõigepealt ühiskonnafondidele. Seda süsteemi saab veel omakorda jagada kaheks osaks. Esimeses grupis on riigid, kus fondide põhi finantseerimine on moodustatud riigi poolt (50-90%). Iirimaal, Suurbritannias, Taanis tegutsevad riigi tervishoiusüsteemid kuhu raha laekub eeldatavasti eelarve tuludest. Itaalias, Šveitsis, Islandil, Soomes on tervishoiuteenused on rajatud vastavalt sotsiaalkindlustussüsteemi printsiipidele. Selline rahastamine koosneb kolmest erinevast allikast, kuid põhi allikaks on ikkagi riigi eelarve laekumised. Teises grupis on Saksamaa, Prantsusmaa, Holland, Belgia ja teised riigid, kus tervishoiufondid on vormistatud kõigepealt töötajate maksude laekumisest ja tööandjatel, ning riigi osavõtt on minimaalne. Eraldi tuleb läbi vaadata Ameerika Ühendriikide tervishoiu süsteem. Samas on kõikides nendes riikides need fondid riigi kontrolli all ning finantseeritavad riigi poolt. Lääne arenenud riikides kulub tervishoiu süsteemi 90% kuni 99% rahvast. Tervishoiu süsteemiga kindlustamise leviku protsent näitab palju rahvast ning kindlustusvõimaluste taseme kohta selles riigis.

Süsteemi valik on mõjutatud riigi võimalustest finants-, ajaloo-, kultuuritingimustest, demograafia ja sotsiaalnäitajatest, tervise-, ja haiguste tasemest, ning töötingimuste ja meditsiinikvaliteedist.

1.1 Üldised maksutulud (taxation, Beveridge-type system)

Beveridge model oli loodud Williami Beveridge poolt 1942. aastal. See tagab tasuta tervishoiu, mis on laiendatud kõikidele ja garanteerib ravi haigeks jäämise korral. See on riiklik tervishoiu süsteem, kus ravimisasutused on riigi omandis ja haiglate töötajad on palgatöötajad. Süsteem baseerub maksude tuleval finantseerimisel. Sellist tervishoiu finantseerimise mudelit kasutatakse Suurbritannias, Hispaanias ja enamikus Skandinaavia riikides. Kulud tervishoiule jagatakse samamoodi nagu teistele sfääridele. Seega on kulud ühe inimese kohta üsna madalal tasemel. Sellise süsteemiga on seotud suured riskid, mida saab näha Inglismaa "*National Health Service*" (edaspidi NHS) süsteemi näitel:

- Selle mudeli suurim miinuseks on suured järjekorrad mille nimekirjad on koostatud vastavalt finantseerimisele, milleks kogu aeg ei ole piisavalt raha.
- Tervishoiuteenuste nõrk kvaliteet.
- Arstide ja raviasutuste personali madalad palgad.
- Eraravikindlustuse areng. Paljud inimesed ei ole rahul riigi tervishoiu kindlustusega ning valivad eraravi, mis on kindlam ning kiirem.
- Pikad järjekorrad. Spetsialistide arv on piiratud, mistõttu teenuste täitmise ooteaeg võtab kuni aasta aega.
- Süsteemi jäikus, sest struktuur on avalik. Viimaste aastate restruktureerimine, nende hulgas konkurentsi laienemine ja erasektori kiire areng, näitavad, et tervishoiusüsteem läheb taas liberaalseks. Tulemuseks valib süsteem patsiente, kes on "ravimise väärt", kasulikud, kuna toovad raha süsteemi.

("БИ-би-си /Ваше мнение / 60 лет NHS: глазами очевидцев"
["http://news.bbc.co.uk/1/hi/russian/talking_point/newsid_7486000/7486911.stm"](http://news.bbc.co.uk/1/hi/russian/talking_point/newsid_7486000/7486911.stm))

Samas Skandinaavia riikides need miinused aastatega reformitud ning tänapäeval on Põhja-Euroopa riikides on ühed maailma parimatest tervishoiusüsteemidest:

- Garanteeritakse kiire teenuste kättesaamine ning kiirabi tulek piiratud ajavahemikus.
- Teenuste kõrge kvaliteet lapse sünnil ning absoluutselt tasuta teenused kuni 20 aastasele.
- Riiklike ja erasektori haiglate koostöö.

("Здравоохранение: Равный доступ — залог здоровья шведов"
["http://www.sweden.se/ru/Start/Work-live/Facts/Health-care/"](http://www.sweden.se/ru/Start/Work-live/Facts/Health-care/))

Beveridge mudeli plussideks saab mainida:

- Tasuta tervisekindlustus sünnist surmani kõigile.
- Teenuste saamine põhineb inimese kliinilistel vajadustel mitte maksevõimel.
- Kuna tervishoid on kontrollitud riigi poolt, on kõik teenused ja nende kvaliteet samal tasemel sõltumata asukohast.

1.1.1 Suurbritannia ja Põhja-Iiri Ühendkuningriik

Suurbritanniat peetakse maksudel põhineva süsteemi eeskujuks. Terapeutid on palgatöötajad, nendel on kas leping Suurbritannia riigiasutusega või omavad nad otsesest lepingut tervishoiu asutusega.

“*National Health Service*” (edaspidi NHS) oli loodud 5.juulil 1948.a., kui tervishoiuministri ametikohal oli *Aneurin Bevan*. Ta avas *Park Hospital Manchesteris*, mis oli tohutult ambitsioonikas plaan pakkuda häid tervishoiuteenuseid kõigile. Esimest korda olid haiglad, arstid, õed, proviisorid, optikud ja hambaarstid ühe katuse all, selleks, et osutada tasuta teenuseid kõikidele alates sünnitust. Tsentraliseeritud põhimõtted olid selged: tervishoiuteenus on kättesaadav kõikidele ja seda rahastatakse täielikult maksudest. See tähendab, et inimesed maksavad vastavalt oma võimalustele. Suurbritannia tervishoiusüsteem baseerub kolmel põhimõtetel:

- rahulda igaühe vajadusi;
- tasuta alates sünnitust;
- põhineb kliinilistel vajadustel mitte maksevõimel.

Need kolm printsiipi on suunatud NHS arengule rohkem kui 60 aastat ning jäävad sellele põhjaks. (Mironov, Taranov, Tshaida, 1994, 43)

Märtsis 2011 avaldas Inglismaa Tervishoiuamet NHS Konstitutsiooni. Selles sätestatakse NHS peapõhimõtteid ja patsiendi õigused. Need õigused hõlmavad juhendit kuidas pääseda tervishoiuteenustele ligi, pakutud teenuste kvaliteedi, informatsiooni ja ravi. Samuti hõlmavad juhendid programme, mida patsientidele pakutakse, konfidentsiaalsuse põhimõtte ja patsiendi õigused kaebuse esitamiseks. Konstitutsiooni uuendatakse iga 10 aasta tagant, kaasates avalikkust, patsiendid ja personali. (NHS core principles <http://www.nhs.uk/nhsengland/thenhs/about/pages/nhscoreprinciples.aspx> 18.05.2014)

NHS on suurim ja vanim tervishoiusüsteem maailmas. See on võimeline toimima, sest ei ole rahastatud patsientide maksudest, vaid läbi üldse maksusüsteemi, mis on sarnane päästeameti, politsei ja koolide rahastamisega.

Kuna iga NHS ühik peab majandusaasta lõpus olema kahjumita, ei pea teenuse defitsiiti teoreetiliselt kunagi eksisteerima. Kuid viimastel aastatel tekib ülekulu ja need tingimused on üha rohkem rikutud. Endine tervise riigisekretär Patricia Hewitt kinnitas, et 2007-2008 majandusaasta lõpus NHS on tasakaalus. Samas ennustab Nick Bosanquet uurimus suurt ja tundlikku puudu jääki- ligi seitse miljardit naela aastal 2010.

1.2 Eratervisekindlustus (*private insurance premiums*)

Seoses sellega, et mõned ühiskonna kihid on võimelised valima tervisekindlustuse vaid erasektori tasemel, on olemas erinevad piirangud, mis on suunatud tagamaks maksimaalselt kindlustatavate õigused. Riigi kontrolliaparatuur reguleerib tervishoiu üld- ja finantssüsteemi, ning jälgib, et kõik kindlustuslepingu tingimused oleksid teostatud. Erapoliisi tingimused peavad olema esmakordsel esitamisel olema kinnitatud ministeeriumi poolt, ning samuti iga järgnevalt tehtud muudatuse korral.

Saksamaal eraettevõtted 1986. aastal arendasid spetsiaalselt peredele, kus on olemas liige, kellel on vaja pikkajalist abi, eratervishoiu programmi. Selleks kasutati „fikseeritud põhiosaga“ maksismeetodit mis sõltub maksmiseaja algusest. Selle pikkajalise ravimi maksumus on määratud arsti poolt juba kui lepingu sõlmimisel. Teenuste maht määratakse vastavalt makstud summale. Teised pereliikmed ka saavad maksta makse haige pereliige eest.

Aastaks 1989 tagas umbes 5,8 miljonit inimest enda meditsiinkindlustust tänu erasektorile. Saksamaa tervishoiu süsteem näitab, et Eratervisekindlustus mängib selles riigis päris suurt rolli. 44 ettevõtet on „Eratervisekindlustus ühingu liikmed“, mis katab rohkem kui 99% tervishoiu turust. Eratervisekindlustusi sektor moodustab 12,9% SKP-st ja on neljandal kohal tegevusalade seas. (Mironov jt. Медицинское страхование 1994)

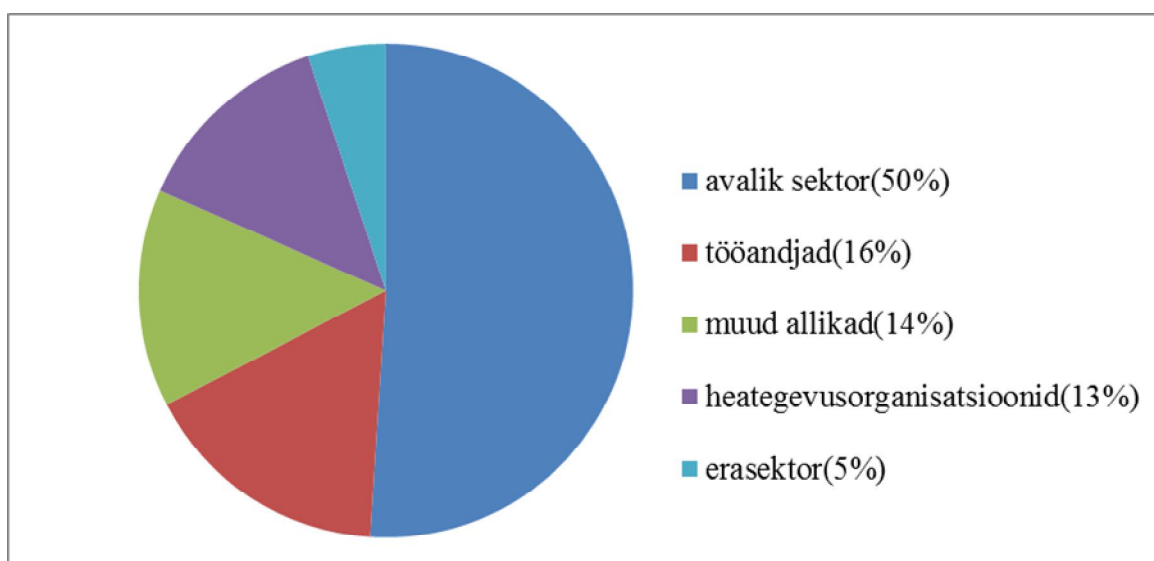
Eratervishoiu ettevõtted moodustavad konkurentsi ägenemise vältimiseks komiteesid, et töötada välja ühiskindlustuspoliitikat.

Ettevõtted, mis tegelevad tervisekindlusega moodustavad Eratervisekindlustus ühingu liigi, millest osavõtmine on vabatahtlik ning mis on seotud sellega, et kaitsta ning esindada

oma liikmete huviseid ja võtta osa Ühendatud Saksamaa kindlustusettevõtete liidust, mis asub Bonnis.

Sellel liidul on päris palju kohustusi – statistiliste andmete, mis on seotud nende liikmetega kogumine ja läbitöötamine, ettevõtete finantseerimispoliitika arvestamine, meditsiin- ja hambaraviteenuste analüüs, tervisekindlustuse kahjumianalüüs, avalikud suhted, reklaam ja informatiivne selgitamistöö inimestele seoses tervishoiu rahastamisega.

Selle liidu üks tähtsamatest tegevusaladest on ühese kindlustamispoliitika moodustamine ja ellu viimine. Liidu põhitegevusalaks on erafirmade stabiilne arendamine Saksamaa tervishoiusüsteemis, operatsioonide tehnoloogia ja teadustaseme tõstmine, konkurentsi arendamine, teeninduskvaliteedi tõusmine ning samal ajal tervishoiu kindlustusmaksete alandamine. Lisaks on tähtis ka see, et tütarettevõtted aitavad üksteist, väljastavad subsiidiumeid ja annavad laenusid.



Joonis 1. Saksamaa tervishoiu finantseerimise

Allikas: Lisa 1.

Tervishoiuteenuste pakkumise defitsiit on viimasel ajal saanud põhiliseks reformide objektiks. Üks viimastest tuntud seadustest, mis on seotud tervishoiuga tugevdab konkurentsi terves riigis. Selle põhieesmärk seisneb selles, et ei ole võimalik omada ühes regioonis kõike, sest selles regioonis tekib vastasel juhul monopol, mis hakkab hinda tõstma. Regioonide vahel

tuleb vastavalt uuele seadusele luua konkurents, mis tõstab teeninduse kvaliteeti, parandab ravimisvõimalusi ja korrigeerib hinda.

Haiglaravi eest maksavad kindlustusettevõtted, kuid hüvitiste kindlustatule tulevad ikkagi riigi poolt (vt. joonis 1). Väga tihti väljastatakse subsiidiumid pensioni fondide kaudu. Erinevad sissemaksed ja teised maksud edastatakse fondidesse (nt. pensioni- ja meditsiinfondid), millesse laekuvad ka maa- ja teised maksud.

Antud süsteemiga inimesed on rahul. Vajalikud teenused teostatakse õigel ajal. Inimesed, kes aasta jooksul pole kasutanud arstide teenuseid saavad auhindasid oma kindlustus organisatsioonist. Samal ajal, patsiendi käitumine on rangelt reglementeeritud: on vaja iga aasta teha õigel ajal tervise kontrolli ning klient peab külastama ainult neid arste keda kinnitab tema kindlustusfond.

1.3 Ameerika Ühendriigid

Ameerika Ühendriigid (edaspidi USA) omavad kõige kallimat tervishoiusüsteemi maailmas. USA kulutab tervishoiusüsteemile rohkem kui ükski teine riik seda nii absoluutarvudes kui ka suhtena ühe elaniku kohta. Alles 2007. aastal kulutati USA-s tervishoiule 2,26 triljoni dollarit, mis moodustab 7 439 dollarit inimese kohta. Vastavalt viimastele hinnangutele kulutatakse USA-s tervishoiu süsteemi finantseerimiseks 16% SKP-st. Oodatakse, et tervishoiu süsteemi kulud kasvavad ja ulatuvad aastaks 2017 19,5%-ni. Viimase 30 aasta jooksul on kulude suurendamine toimunud valitsuse programmide abil, mis võib tõsiselt kahjustada riigi finantsstabiilsust.

USA-s omab umbes 84% kodanikest tervisekindlustust, 64% nendest on tööandja poolt kindlustatud, 9% - on ostnud seda ise, 27% kodanikest said kindlustuse riiklike programmide raames. Teatud riiklikud programmid lubavad saada meditsiinilist abi puuetega inimestele, vanuritele, lastele, veteranidele ja madala sissetulekuga inimestele. Samuti kindlustavad need programmid esmaabi saamise kõigile elanikele, sõltumata nende maksevõimest. Üle 45% riigi kuludest läheb selliste programmide finantseerimisele. USA valitsus on suurim rahva kindlustaja.

USA tervishoiusüsteem on esindatud sõltumatu teenuste osutajatena kolmel peamistel tasanditel – peremeditsiin, haiglaravi ja rahva tervis. Meditsiiniteenused osutavad USA-s era- ja juriidilised isikud. Erinevad äri-, heategevuslikud ja riiklikud organisatsioonid pakuvad patsientidele nii ambulatoorseid kui ka statsionaarseid teenuseid. (Tatarenko O. <http://health-ua.com/articles/2775.html> 15.05.2014)

Paljud ameeriklased, kellel puudub erakindlustus, on hõlmatud riiklike programmidega nagu *Medicare* ja *Medicaid*, samuti vaestele mõeldud teised kohalikud programmid.

Seoses sellega, et USA on föderatiivne riik, on igal ühendriigil oma programmi kava ja seda juhtiv organ. See teeb mõlemate programmide (*Medicaid* ja *Medicare*) juhtimise keeruliseks ning samal ajal üks teisest sõltumatuks.

Valitsus katab tervishoiu kulutused peamiselt kahe programmi (*Medicaid* ja *Medicare*) kaudu, mis võimaldavad riigi vaestel ja puudustkannatavatel elanikel saada tasuta või soodsa hinnaga arstiabi.

Aastal 2006 tagas Medicaid programm meditsiiniabi 38,3 mln madala sissetulekuga ameeriklasele, *Medicare* – 40,3 mln eakatele patsiendile ja puuetega inimestele. Antud programmid on piiratud tervishoiu teenustega, teenuste nimekiri on minimaalne. Täiskindlustust on võimelised endale saada vaid rikkad inimesed. Viimastel aastal räägitakse antud süsteemi reformidest, et vältida tänaseid probleeme.

1.4 Kasutajate otsesed maksed (*out-of-pocket payments*)

Otseste maksete süsteem tähendab seda, et patsient või tema perekond maksavad otseselt teenuste eest tervishoiuteenuste osutajale. See tähendab tavaliselt, et perekond on kohustatud kandma kõik kulud, ilma riskide jagamise või solidaarsuse mehhanismideta, ning ilma maksmisaja pikendamiseta.

1.4.1 Belgia

Kulud tervishoiule on kasvanud pidevalt alates 1990datest aastatest, kuid Belgia kulud olid alla OECD keskmise. See pani valitsust suurendama riiklike kulutus muutumatutes hindades 4,5% võrra igal aastal. 2007 aastal oli 75% tervishoiukuludest rahastatud avaliku

sektori poolt. Belgia tervishoiusüsteemi rahastamine toimub kohustusliku sotsiaalkindlustussüsteemi, maksude ja kasutaja otseste maksete kaudu.

Belgia on aastal 2009 kulutanud 11% SKP-st avaliku ja erasektori tervishoiule. Tervishoiu finantseerimine toimib osaliselt ka otseste maksete kaudu. Tarbija maksab teenuste eest vastavalt hinnakirjale. Igal aastal vaadatakse üle hinnad ööbimise eest ühispalatites. Kulud kattetakse patsientide poolt sisse tulnud maksete eest. Ööbimine erapalatis hinnatakse nagu era patsiendi nõue ning selle eest tuleb eraldi juurde tasuda (summa määratakse igas haiglas eraldi). Ravimite kulude hüvitamisel kasutatakse piiratud nimekirja. Juhul kui ravimid on antud nimekirja sisse kantud, siis need peale kulutatud raha tagastatakse peaaegu täies mahus. Arstide jaoks on fikseeritud maksimaalsed tasude limiidid.

Iga aasta toimuvad läbirääkimised ja kokkulepped tervishoiu asutuste tariifidele ja tingimustele. Läbirääkimistes osalevad kindlustusettevõtted ja meditsiin struktuuride esindajad (haiglad, arstid, farmatseudid, leibkonna esindajad. jne.). Läbirääkimised viib läbi riigi poolt juhtiv organ.

Tabel 1. Tervishoiu finantseerimisallikad Belgias protsentide võrdluses

| Finantseerimise allikad | 1987aasta | 1994aasta |
|---------------------------|-----------|-----------|
| Avalik sektor | | |
| Maksud | 39% | 38% |
| Sotsiaalkindlustus | 36% | 36% |
| Erasektor | | |
| Kasutajate otsesed maksed | 12% | 17% |
| Välisressursid | 13% | 9% |

Allikas: Belgia Sotsiaal- ja terviseministeerium, 2011a.

Ravikindlustus süsteem on rahastatud mitmete kanalite kaudu, mis hõlmab sotsiaalkindlustusmaksed või töötasu makseid (57%), üldiseid otsemakseid (37%) ja kasutaja otsest maksed kaaskindlustuste või kaasmaksmiste teenustasude kaudu. Föderaaltoetusi eakatele ja suunatud sotsiaalhoolekande toetusi rahastatakse läbi otseste maksusüsteemi. Flaami hoolduskindlustust rahastatakse kohustuslike iga-aastase toetuste läbi, mis moodustavad 40 eurot iga üle 25-aastase Flandria elaniku kohta. Koduabi rahastatakse üldjuhul üldmaksudest ja kasutajate otsestest maksetest.

Belgias patsiendid osalevad tervishoiusüsteemi rahastamises kaasmaksete (kui patsient maksab kindlaksmääratud summa teenuste eest, tasakaalus koos kolmanda osapoolega) ja kaaskindlustuse (kui patsient maksab fikseeritud summa fikseeritud osa teenuste summast ning kolmas osapool maksab ülejäänud summa) kaudu. 1994.aastal rahastasid patsiendid 17% tervishoiu kogukuludest.

Belgia riigi ravikindlustuse süsteem (*INAMI/RIZIV*) näeb ette põhjaliku universaalset kulude katmist, mis on seotud igapäevase teenustega (riietumine, söömine, pesemine jne). See kohaldatakse abile, mida osutatakse nii kodus kui ka asutuses vastavalt patsiendi isiklikule panusele. Belgias on kasutusel erinevad meetmed, mis on suunatud kasutaja otseste maksete minimeerimisele. Üks peamistest meetmetest on MAF (*maximum à facturer/Maximumfactuur*), mis näeb ette madala sissetulekuga või kõrge kroonilise hoolduse vajava kasutaja otseste maksete ülempiiri meditsiini- ja õiendusabi eest.

Tervishoiu süsteemid baseeruvad erinevatele printsiipidele ning igal süsteemil on oma erilised plussid ja miinused, mis piiravad nende kasutamise laienemist teistes riikides.

Suurbritannia ja Iirimaa tervishoiusüsteem on sõltumatu inimese maksevõimest ning pakub oma teenuseid vastavalt igäihe vajadusele. Teenused on tasuta alates sünnist. Antud printsiip tekitab oma poolt pikad järjekorrad, teenuste kehva kvaliteeti ning eratervishoiu teenuste arenemist.

Saksamaal on eraterviskindlustus, inimesed valivad endale vastavalt vajadusele terviskindlustuse. Ühendatud Saksamaa kindlustusettevõtete liidust reguleerib nende tööd ning kontrollib konkurentsi ettevõtete vahel. Samal ajal kasutajate käitumine on rangelt reglementeeritud ning lepingute reeglite rikkumine toob kaasa probleeme.

USA-s on kasutusel kõige kallim tervishoiusüsteem maailmas. Vastavalt viimastele hinnangutele kulutatakse USA-s tervishoiu süsteemi finantseerimiseks 16% SKP-st ning lähitulevikus see arv vastavalt prognoosidele kasvab. Kahjuks teenuste kvaliteet ei tõuse vastavalt kulutatud summadele. Lisaks süsteemi suur bürokraatia ja kõrged hinnad ei võimalda täismahus vaestele inimeste teenuseid kasutada.

Belgias tervishoiu finantseerimine toimib osaliselt ka otseste maksete kaudu. Iga inimene kontrollib oma kulud enda tervishoiule ning maksab vastavalt kinnitatud teenuste hinnakirjale, riik pakub minimaalsed teenused tervishoiule. Iga aasta antud hinnakirja teenuste maksumus kasvab, ning riigi reageerimine muudatustele sunnib eratervishoiu arenemist.

Belgia ja Saksamaa tervishoiu süsteemid on kõrgel tasemel. Antud süsteemid on suunatud kõige kaitsmata olukorras olevate elanikkonna kihtidele. Need inimesed kasutavad tervishoiu teenused rohkem kui teised ning samal ajal ei ole nad võimelised maksma selle eest täis mahus. Mõlematel süsteemidel on omad puudused, mis ei võimalda nimetada neid universaalmudeliteks

2. TERVISHOIU FINANTSEERIMINE EESTIS

2.1 Eesti tervishoiusüsteemi ajalugu

Eesti Vabariigi iseseisvuse taastamisel avastati mitu tervishoiu süsteemi probleeme:

- Liiga palju infrastruktuuri ja samal ajal kitsalt spetsialiseerunud spetsialistid.
- Vähe arenenud esmatasandi tervishoid ning rahvatervis
- Teenused olid tasuta kõigile, puudus igasugune arusaam tegelikest hindadest ja kuludest.

Oli planeeritud süsteemi detsentraliseerida, korrastada haiglavõrku ning tagada kõikidele tasuta esmaabi. Samaaegselt on üha enam tähelepanu saanud üldarstiabi ja rahvatervis.

Tervishoiusüsteemi ümberkorraldamine on toimunud mitmes etapis. 1990. aastate alguses rakendus ravikindlustussüsteem, mis toimis keskhaigekassa ja 22 piirkondliku haigekassa kaudu. 1994. aastal detsentraliseeriti tervishoiuteenuste planeerimise kohustus 15 maavanema ja maakonnaarstide kaudu maakonna tasandile. Praegu kehtivad organisatsioonilised ja juhtimispõhimõtted määrati kindlaks 1999. ja 2002. aastal Riigikogu vastuvõetud seadustega, mille eesmärk oli diversifitseerida mõned tervishoiusüsteemi funktsioonid.

Esimene reformide laine tõi kaasa järsud muudatused 1990ndate aastate alguses, teine laine 1990ndate aastate lõpus oli oma iseloomult enam olemasoleva süsteemi järkjärguline edasiarendus.

- Reformide I laine (1989 – 1995).

Esimese laine reformid keskendusid tervishoiusüsteemi rahastamise parandamisele ja patsiendikeskuse süsteemi suurendamisele. Valitsus kehtestas tervishoiu rahastamise süsteemi kindlaksmääratud osamaksete kaudu tervisekindlustusse, mida kogusid haigekassad. Teenuse ostja ja osutaja rollid lahutati ning seati sisse haigekassade ja teenuseosutajate vaheliste lepingute süsteem, mis tugines teenusepõhisele hüvitamisele. Tervishoiuasutused said

suurema autonoomia juhtimisotsuste, sealhulgas palgatasemete ja investeeringutega seotud otsuste tegemisel. Tegelikult korraldati nende reformide tulemusena täielikult ümber nõukogude ajal kehtinud Semaško tervishoiusüsteem.

Ravikindlustus, detsentraliseerimine:

- solidaarne ravikindlustus ja haigekassad
 - o makstakse vastavalt võimalusele ja tarbitakse vastavalt vajadusele
 - o töötajad tasuvad 100% ja tarbivad $\frac{1}{4}$, pensioniealised kasutavad $\frac{1}{2} - \frac{2}{3}$
 - o võrdne kättesaadavus ja kasutamine.
- rahaline stabiilsus tervishoius
- maksja ja teenuse osutaja eristamine
- tervishoiu planeerimise detsentraliseerimine
- ravimituru reguleerimine.

Tervishoiusüsteemi reguleerivat õigusaktid:

- Ravikindlustuse seadus

Selle seadusega asendati nõukogude tervishoiusüsteem kohustusliku üldise ravikindlustuse süsteemiga, mida haldasid piirkondlikud mittekonkureerivad haigekassad. Selle seaduse esimene eelnõu koostati 1989. aastal ja kiideti Riigikogus heaks enne poliitilise iseseisvuse saavutamist Eestis. 1994. aastal seadust muudeti, kuid 1991. aastal sätestatud põhimõtted on säilinud, nagu on alles ka esialgne osamaksu suurus 13% palgast või sissetulekutest. Seaduses 1994. aasta kevadel tehtud peamised muudatused hõlmasid järgmist: asutati keskhaigekassa kui ravikindlustuse süsteemi keskne planeerimisasutus ning piirkondlike haigekassade tegevuse kooskõlastaja ja kontrollija; võeti kasutusele rahaliste vahendite piirkondade vaheline pearahapõhine ümberjaotussüsteem, mis võimaldas ravikindlustussüsteemil toimida õiglasemalt kogu riigi territooriumil. 1998. aasta muudatustega pandi sotsiaalmaksu kogumise kohustus maksuametile; kohustus jõustus alates 1999. aastast. (Aaviksoo, Habicht, Irs Jesse, Thomson, 32. 2005a. <http://ee.euro.who.int/EstoniainEstonian2005.pdf>)

- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 1994.

Selle seadusega reguleeriti eri haldustasandite kohustusi, mistõttu detsentraliseeriti esmatasandi ja teise etapi eriarstiabi planeerimine ja korraldus omavalitsustasandile ning algatati tervishoiuasutuste riigiomandist munitsipaalomandisse üleviimise protsess. Seadusega sätestati riigi ja omavalitsuste tervishoiuasutuste ülalpidamiskulude ja investeeringute

rahastamisega seotud vastutus. Maakondades loodi maakonnaarsti ametikoht järelevalve teostamiseks teenuseosutajate üle. Kuid seadus jäi pealiskaudseks, selle alusel sätestatud planeerimissüsteem oli liiga hajus ning reguleerimis- ja litsentseerimissüsteemi täpsus jättis soovida.

- Rahvatervise seadus 1995aasta
- Ravimiseadus 1996 aasta.

(J.Habicht, T.Habicht, Kahur, Koppel, Saar, Van Ginneken, 2008, 147. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/641/4/Koppel2008.pdf>)

- Reformide II laine (1996 – 2004).

Teise laine reformid olid peamiselt suunatud efektiivsuse suurendamisele ning avaliku huvi kaitsmisele tervishoiuteenuste osutajate (edaspidi TTO) ja ravikindlustussüsteemi täpsema ja läbipaistvama reguleerimise teel. Üldarstiabi- ja haiglareformide eesmärk oli suurendada efektiivsust ja aruandekohustust teenuste osutamisel, kehtestati TTO selge õiguslik seisund, mis sundis TTO jagama teatavat finantsriski ja tagama ravikvaliteeti. Samal ajal üritas valitsus tugevdada oma planeerimis- ja reguleerimissuutlikkust ning tugevdada Eesti Haigekassa ostujõudu. Teine laine tõi kaasa ka ümberkujundused ravimite hüvitamise süsteemis, eesmärgiga võtta kasutusele piirhindade süsteem ja suurendada selle abil ravimikulutuste efektiivsust.

Teise reformi laine jooksul toimus eri sektorite reguleerimine, planeerimise detsentraliseerimine, finantskohustuste määratlemine, TTO autonoomia:

- juhtimise ja rahastamise arendamine, finantskohustuste määratlemine;
- esmatasandi arstiabi ümberkorraldamine, jaoskondadelt perearsti nimistutele;
- rahvatervise kaasaegsete põhimõtete juurutamine- haiguste ennetamine ja tervise edendamine täiendamas ravimeditiini;
- teenuse osutajate õiguslik seisund;
- eriarst töötab haiglas ja polikliinikus.
- (J.Habicht, T.Habicht, Kahur, Koppel, Saar, Van Ginneken, 2008, 256. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/641/4/Koppel2008.pdf>)

2.2 Eesti tervisesüsteemi rahastamine ja selle allikad aastatel 2002-2008.

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt palgalt makstava sihtotstarbelise sotsiaalmaksu kaudu. Umbes kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest kaetakse sotsiaalmaksust, ligi kümnendik mujalt riigieelarvest ja pisut alla veerandi patsientide omaosalusena. Ravikindlustuse vahendite eesmärgipärase kasutamise ja tervishoiuteenuste ostmise eest raviasutustelt vastutab avalik-õiguslik haigekassa. Õigus ravikindlustushüvitistele on enamikul elanikkonnast (umbes 95%).

Ravikindlustussüsteem põhineb solidaarsusel, piiratud omaosalusel ning ravikindlustushüvitiste võrdse kättesaadavuse põhimõttel. Hiljuti laiendati kindlustuskaitset ka pikaajalistele registreeritud töötutele, mis on hea näide sellest, kuidas on võimalik makromajanduslikele muutustele tõhusalt reageerida. Riigieelarve muudest tuludest rahastatakse teenuseid, mis on kättesaadavad kogu elanikkonnale, nagu näiteks kiirabi, kindlustamata isikute vältimatu abi ning rahvatervise- ja immuniseerimisprogrammid. 1990. aastate alguses loodud ühe rahastaja (haigekassa) süsteem on hästi toiminud. Keskne tulude kogumine ja hinnakujundus tõhustavad ravikindlustusvahendite kasutust, samas kui kindlustuskaitse ulatus (kindlustusega hõlmatud, huvitatavate teenuste valik ja omaosaluse rakendamise põhimõtted) loob eeldused üldarstiabi ja eriarstiabi on tunnustatud haigekassa pingutusi tervishoiuteenuste strateegilise ostmise arendamisel, tema tegevuse läbipaistvust ning madalaid tegevuskulusid.

Eeliseks on ka ravikindlustuse eraldatus muust sotsiaalkindlustusest (pensionid ja töötuskindlustus). Seda põhimõtet tuleks hoida, et tagada sotsiaalsektori läbipaistvus ja selge vastutusalade jaotus. Tugevuste kõrval toob tulevad esile ka probleemseid valdkondi. Tervishoiukulude osatähtsus Eesti sisemajanduse koguproduktist on madal ja selle peamine põhjus on vähene avaliku sektori poolne rahastamine. Ka tervishoiukulude osa avaliku sektori kogukuludest võrreldes Euroopa Liidu keskmisega oli madalam ning aastatel 2000–2007 on veel see langenud. See tähendab, et tervisesektori kulusid ei ole avaliku sektori kogukulude hulgas piisavalt tähtsustatud. On teada, et peamiselt sotsiaalmaksust sõltumine võib tulevikus tekitada probleeme ja et riigipoolne rahastamine peaks olema suurem. Samal ajal väljendatakse muret, et tervishoiu täiendav rahastamine riigieelarvest võib osutuda ebastabiilseks.

(Habicht.

Riigikogu

Toimetised,

<http://www.riigikogu.ee/rito/index.php?id=14169&op=archive2> 27.05.2014)

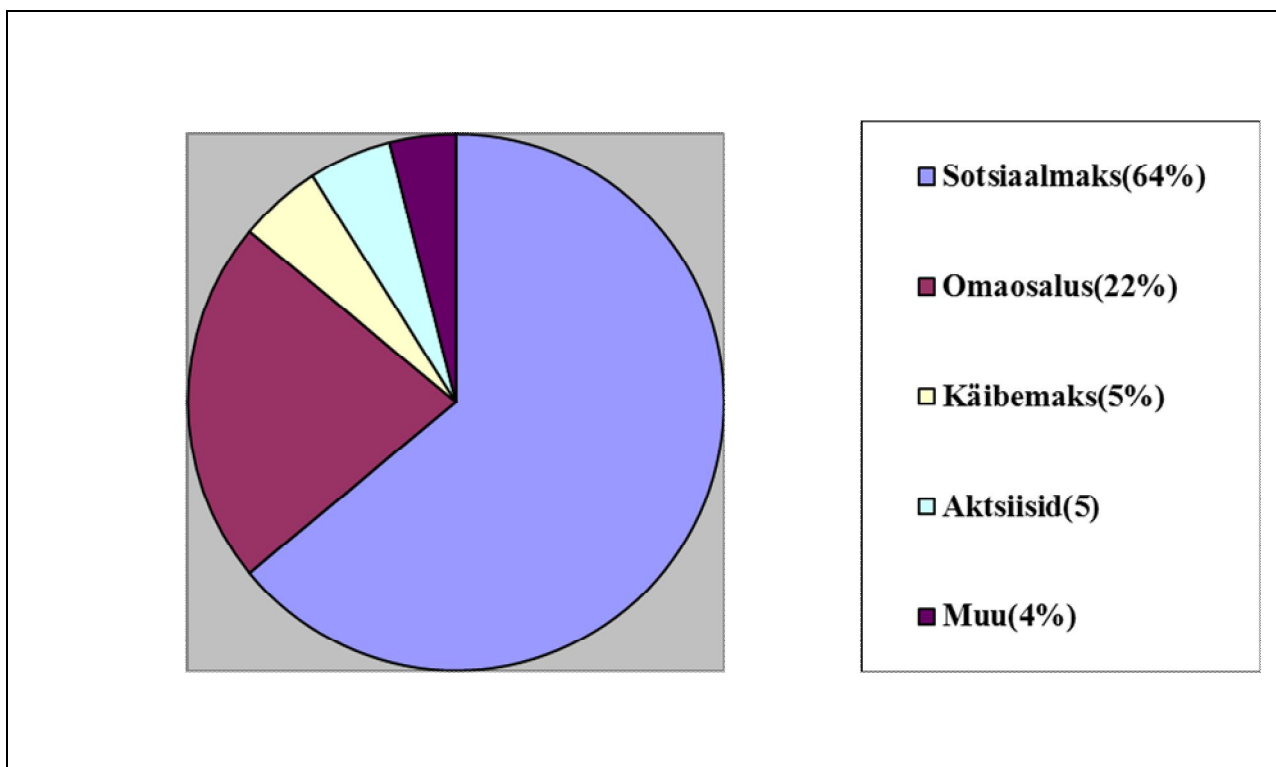
Sotsiaalministeerium vastutab kindlustamata inimeste vältimatu abi rahastamise eest, kuid ka kiirabiteenuste ja rahvaterviseprogrammide eest. Kohalikel omavalitsustel ei ole kindlaksmääratud selget vastutust tervishoiukulude katmisel, mistõttu erineb rahastamine omavalitsustes suuresti. Erasektori kulutused moodustavad ligikaudu veerandi kõikidest tervishoiukuludest, seda peamiselt omaosalusena ravimite ja hambaraviteenuste ostmisel. Omaosaluse suurenemine võib takistada tervishoiuteenuste kättesaadavust madala sissetulekuga elanikkonnarühmadel. Omaosaluse kasvamise tõttu viimastel aastatel on tervishoiuteenuste rahastamine muutunud regressiivsemaks. (J.Habicht, T.Habicht, Kahur, Koppel, Saar, Van Ginneken, 2008, 25. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/641/4/Koppel2008.pdf>)

Rahastamisallikad :

1. riigieelarvest:
 - kiirabi osutamist,
 - tervishoiukorralduse toimimiseks vajaliku riigi tegevusvaru moodustamist, hoidmist ja uuendamist,
 - tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevust,
 - riiklikke tervishoiuprogramme,
 - tervishoiualast teadus- ja arendustegevust,
 - riiklikke investeeringuid Vabariigi Valitsuse kinnitatud haiglavõrgu arengukava alusel,
 - valmisolekut tervishoiuteenuste osutamiseks hädaolukorras,
 - ravikindlustusega hõlmamata isikutele vältimatu abi osutamist,
 - tervishoiuteenuse osutajate ehitiste kulumit, (alates 2008)
2. Justiitsministeeriumi kaudu:
 - kinnipeetavatele tervishoiuteenuste osutamist,
 - kohtuotsuse alusel määratud meditsiiniliste mõjutusvahendite kohaldamist ja kohtupsühhiaatriaekspertiisi,
 - kohtuarstlikku ekspertiisi,
3. valla- ja linnaeelarvest,
4. patsiendi poolt,

5. muudest allikatest. (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus – Riigi Teataja <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122013055>.)

2007. aastal on rahastamisallikate protsentuaalne osalus veidi muutunud (vt. joonis 2.). Inimeste omaosalus on preparaatide ja teenuste maksmine mis ei ole kaetud Haigekassa poolt. Käibemaks ja aktsiis moodustavad tarbimismaksud ning kapitalimaksud koosnevad maa- ja dividendide tulumaksudest.



Joonis 2. Tervishoiu rahastamise struktuur 2007 aastal

Allikas: Lisa 2

Töötajad ja füüsilisest isikust ettevõtjad teevad osamaksed Eesti Haigekassasse töötasudelt makstava sihtotstarbelise maksuna, mida kogub maksuamet. Tegelikult teevad töötajate eest osamaksed tööandjad, seega ei maksa töövõtjad tervisekindlustuse eest otseselt. Valitsuse esialgse kava kohaselt oleks tervisekindlustusmaksed tulnud jagada töövõtjate ja töötajate vahel vahekorras 10% ja 3%, kuid seda kava ei ole ellu viidud. Valitsus on määranud töötajate ja füüsilisest isikust ettevõtjate sotsiaalmaksu alammäära riigi poolt kindlustatud isikute osamaksemaara põhjal. Varem kehtis füüsilisest isikust ettevõtjate puhul sotsiaalmaksu osamakse ülemmäär, kuid see on kaotatud. Maksu ja Tolliamet kannab sotsiaalmaksu

tervisekindlustusele ettenähtud osa üle Eesti Haigekassale. (J.Habicht, T.Habicht, Kahur, Koppel, Saar, Van Ginneken, 2008, 104. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/641/4/Koppel2008.pdf>)

Suurem osa riigituludest saadakse tööealiselt elanikkonnalt ja tööandjalt, nende töötasudelt makstavate sihtotstarbeliste maksude kaudu, mis moodustavad 13% palgast ja mille arvele langeb kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest. Vanemal põlvkonnal on samuti oma osa riiklikes kulutustes käibemaksu ja maamaksu kaudu. Kuigi uuringuid eesmärgiga hinnata tervishoiusüsteemi kulude üldist jaotumist elanikkonna rühmade vahel ei ole tehtud, võib tervishoiusüsteemi proportsionaalse palgamaksu abil rahastamise põhjal arvata, et jaotumine vastab horisontaalse ja vertikaalse õigluse põhimõttele.

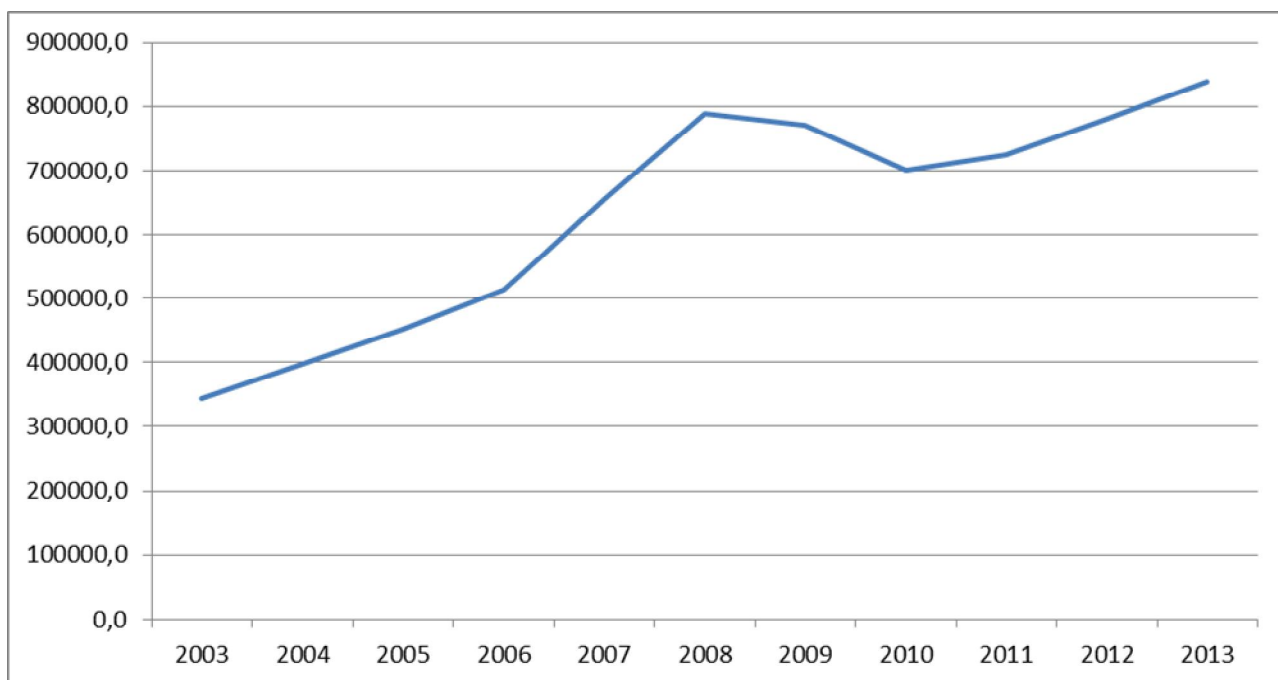
Proportsionaalne töötasult makstav sihtotstarbeline maks tagab tervishoiuvahendite ümberjaotamise suurema sissetulekuga rühmadelt madalama sissetulekuga rühmadele ning hea tervisega isikutelt nõrga tervisega isikutele. Märkimisväärne vahendite ümberjaotamine toimus ka ravikindlustussüsteemis. 2002. aastal kulutati 51% Eesti Haigekassa kogutulust laste, pensionäride ja muude kindlustatutega võrdsustatud rühmade arstiabile. Tervishoiusüsteem ei kindlusta siiski samal tasemel juurdepääsu kogu elanikkonnale. Kindlustatute ja kindlustamata isikute õigused on erinevad. Kindlustatud isikutel on õigus saada ühesuguseid tervishoiuteenuseid vaid väheste erinevustega, mis tulenevad elueast ja efektiivsuskriteeriumidest, näiteks on täisealiste ja laste hambaravi hüvitamise määrad erinevad ning *in vitro* viljastamise suhtes kohaldatakse vanusepiiranguid. Kindlustamata isikutele tagatakse tasuta juurdepääs ainult riigi poolt rahastatavale vältimatule arstiabile. Muude tervishoiuteenuste eest peavad nad tasuma omavahenditest, kuigi mõned omavalitsused rahastavad tervishoiuteenuseid piiratud ulatuses. (Aaviksoo, Habicht, Irs Jesse, Thomson 2005a. 159. <http://ee.euro.who.int/EstoniainEstonian2005.pdf>)

2.3 Haigekassa kulud ja nende jaotamine aastatel 2003-2013

Tervishoiu kogukulud võtavad kokku kõik kulud tervishoiuteenustele, ravimitele ja muudele tervishoiukaupadele ning investeeringud tervishoidu, mida tasuvad haigekassa, riik, kohalikud omavalitsused, tööandjad ja inimesed ise. Kogukulude hulka arvestatakse ka ressursse, mis tulevad riigi tervishoidu välismaalt. Tervishoiu kogukuludesse ei arvestata ravikindlustuse eelarvest tasutavaid haigus-, hooldus- ja sünnitushüvitisi ega riigi tervishoiutöötajate koolitustellimuse kulusid.

Aastatega on Haigekassa kulud suurenenud. Igas valdkonnas olid investeeringud, ning põhimõtteliselt oli see kasv iga aasta positiivne (vt. joonis 3), kümme aastaga suurenes see rohkem kui kaks korda. Selle hulgas on haiguste ennetus, mille kulud kasvasid 15 korda, raviteenused kasvasid viis korda (vt. lisa 4).

Joonis 3. Kohustusliku ravikindlustuse kulud Eurodes kokku.



Allikas: Lisa 3

Samal ajal ei ole kulud tervishoiusüsteemile stabiilsed. Sama tsükliga nagu majandusel kasvavad või langevad ravikindlustuse kulud. Aastal 2009 oli tervishoiu kogukulude osakaal SKP-st 6,72%, aastal 2010 oli see 6,3%. Osakaalu langus oli põhjustatud SKP suuremast

kasvutempost võrreldes tervishoiukulude kasvutempoga. See tähendab, et Eesti kasvanud jõukust kasutati 2011. aastal enam muudes sektorites kui tervishoius.

Tervishoiu kogukulude osakaal SKP-s oli aastal 2012 5,9%. Absoluutsummas kasvasid kulutused 80,6 miljonit eurot, olles kokku 1,03 miljardit eurot.

2013. aastal uuendas Statistikaamet SKP näitajat, mis varasemalt oli 15,95 miljardit ja peale uuendust 16,22 miljardit. Võttes arvesse uuendatud SKP näitajat, oli SKP aastane kasv 7,4%. Tervishoiu kogukulud kasvasid samal ajal 8,5%. Reaalhindades kasvasid tervishoiu kulutused 4,3%, seejuures oli tegemist esmakordse tõusuga peale 2009. aastat.

Eesti tervishoiu kogukulude mahust enamiku moodustavad Eesti Haigekassa, leibkondade ja keskvalitsuse kulud. Haigekassa kulutuste osakaal sellest oli 68,1%, leibkondadel oli vastav näitaja 18,2% ning keskvalitsusel 9,2%.

Suurimate tervishoiu rahastamisallikate lõikes kasvasid enim leibkondade kulutused, seda 12,2%. Leibkonnad kulutasid tavapäraselt enim käsimüügi- kui ka retseptiravimitele. Haigekassa kulutused kasvasid aastaga 7,9% ning keskvalitsuse kulutused 6,5%. (Tervishoiu kogukulud 2012 <http://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/3395-tervishoiu-kogukulud-2012>)

3. EESTI TERVISHOIU SÜSTEEMI RISKID JA PROBLEEMID

3.1 Esitatud tervishoiusüsteemide võrdlemine

Oma töös käsitles autor mitu tervishoiu finantseerimise mudeli, millel on oma tugevad küljed, mida saaks rakendada Eestis, kuid samal ajal on neil ka negatiivsed omadused, mis takistavad nende kasutamist.

Beveridge model ehk tervishoiu finantseerimine riigi poolt garanteerib ravi kõikidele, kes jäävad haigeks. Loomulikult oleks see Eesti Vabariigi jaoks ideaalne variant: riik kontrollib kõik ravimisasutusi. Süsteem baseerub maksudest võetud finantseerimisel. Samas on teenuste kvaliteet niivõrd nõrgal tasemel, ja eriarstide järjekorrad nii pikad, mis sunnib inimesi kasutama tasulisi erakliinikuid, kus saab kiiresti ja mugavalt. Selle kehva kvaliteedi teenuste tõttu ei ole võimalik kasutada süsteemi Eestis. Tähtsamaks aspektiks tuleb märkida veel seda, et Eestis ei ole juriidilist baasi selle süsteemi sünniks.

Saksamaal kus elab rohkem kui kaheksakümmend miljonit inimest, ehk kordades rohkem kui Eestis on kasutatud eratervishoiu programm. Kümned era ettevõtted pakuvad oma teenused tervishoiu poliisi omanikkudele. Riigi kontrolliapparaat reguleerib tervishoiu üld- ja finantssüsteemi, jälgib, et kõik kindlustuslepingu tingimused oleksid teostatud. See suurendab konkurentsi, mis sunnib inimestele pakkuda odavamad ja kõrgema kvaliteediga teenuseid inimestele. Kahjuks pole oma mastaabi tõttu seda süsteemi võimalik Eestis kasutada, sest sellise rahvaarvuga ei ole tingimusi teenuste täieliku konkurentsi tekkeks.

USA tervishoiu süsteem ei sobi Eesti jaoks üldse. Riik kulutab tervishoiu rahastamisele rohkem kui 16% oma SKP-st, samas teenustega rahulolu ei ole samal tasemel nagu kulude protsent. Tervishoid on tagatud peamiselt era raviasutuste poolt. Selle süsteemi põhieesmärk on era tervishoiuse asutustel tulud mitte tarbijate tervise parandamine, Kuna USA on föderatiivne riik, on igal osariigil oma kontrolliapparaat, mis teeb süsteemi kontrolli riigi poolt keerulisemaks. Kuna Eesti on vabariik, on selle keerulisemaks süsteemi rakendamine nii väikses riigis on mõttetu.

Kasutajate otsesed maksud, mis on võetud kasutusele Belgias sisaldavad mugavaid tingimusi selle süsteemi kasutajatele: riik kulub üle 11% SKP-st tervishoiule, tervishoiu tulude kasv on proportsionaalne riigi eelarve kasvule, patsientide omaosalus on piiratud seadusega vastavalt nende sissetulekule. Kahjuks on selle süsteemi kasutamine Eestis liiga keeruline riigi põhiseadusliku korra ja poliitilise olukorra tõttu.

Antud süsteemid on üsna erinevad, neid on raske omavahel võrrelda, ühel poolel on tervishoid mis on finantseeritud riigi poolt, teisel poolel aga erasektor, mis on finantseeritud patsientide poolt. Ei saa eitada, et igal süsteemil on oma plussid, kuid erinevate põhjuste tõttu nende hulgas ka oma mastaabi tõttu ei saa neid rakendada Eestis. Selle pärast on Eestis on kasutusel oma tervishoiu finantseerimismudel, millel on oma nõrgad ja tugevad küljed, mida saaks muuta või jätta.

3.2 Eesti tervishoiu süsteemi riskid ja probleemid

Aastal 2012 on läbi viidud küsitlus, millest võttis osa 1501 inimest, kus küsiti, mis häirib inimesi kõige rohkem ravimisteenuste osutamisel: kõige rohkem häiris inimesi pikk ooteaeg - 45%, ning kallis arstiabi/ visiiditasu/ hambaravi -11%

Tavakasutajate jaoks ongi need kõige suuremad probleemid, millega oleks mõistlik tänapäeval tegeleda. Samal ajal eksisteerivad ka sügavamad probleemid, mis ei kajastu tarbijate elus, kuid nende lahendus vajab ikkagi kiiret reageerimist riigi tasemel.

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

- ravikindlustusvahendite ühtse juhtimise vähenemine suurendab ebaefektiivsust;
- omaosaluse suurenemine raskendab eakamate ja vaesemate inimeste toimetulekut;
- kindlustuskaitse puudumine ja omaosaluse suurenemine ohustavad põhimõtet, mille kohaselt peab tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltuma vajadusest, mitte maksevõimest. (GfK Custom Research Baltic, 2013)

Samuti puudub praegu keskne juhtimine, mis tagaks kapitaliinvesteeringute vastavuse pikaajalistele eesmärkidele, nagu pensioni III. samm. See omakorda kajastub nõrgas kontrollis infrastruktuuri ja kallite meditsiiniseadmete investeeringute üle.

Nõrkusteks on, et raviasutused ei ole piisavalt motiveeritud ambulatoorse ravi osatähtsuse tõstmiseks ning puuduvad nii laiaulatuslik hooldusravi strateegia kui ka stiimulid ravi koordineerimiseks teenuse osutajate vahel ning ratsionaalseks ravimikasutuseks.

Tervishoiu rahastamissüsteem on jätkusuutlik, kui ühiskond on nõus eksisteeritava süsteemiga, ning on tulevikus võimeline majanduslikult ja sotsiaalselt katma tulevikus kulud, mis on vajalikud ühiskonna vajadusi rahuldava tervishoiuteenuste taseme saavutamiseks. Jätkusuutlikkuse arenguks on vaja nii majanduslikku jätkusuutlikkust (majanduse võime piisavaid ressursse luua) kui ka sotsiaalset jätkusuutlikkust (ühiskonna rahulolu tervishoiu rahastamise jaotuse, viiside ja tasemega). Tänapäevaks annab see süsteem juba esimesed tõrkeid (tasude kallinemine, pikad järjekorrad), tulevikus tekivad kindlasti uued probleemid, nii süsteemi töötajate poolt kui ka patsientidelt. Kulude piiramine on kasulik ainult lähitulevikus, ning see ei ole vastus püstitatud küsimustele. Tänapäevane olukord näitab, et süsteem ei ole elujõuline, ning hüpotees on ümber lükatud.

Tervisehoiuse süsteemi probleemid ei ole seotud mingite ajutiste ega majandusliku faktoritega. Probleem seisneb selles, et süsteemi oleks vaja ikkagi põhjalikult muuta. Tänapäevased parendamise viisid koosnevad põhimõtteliselt finantskaitse tugevdamisest.

Tänapäevaks on Sotsiaalministeerium teinud juba mitmeid samme kulude vähendamiseks, näiteks:

- Ravimite käibemaksu tõus 5%-lt 9%-le 2009. aastal nii haigekassa kui ka patsientide jaoks.
- 2009. aasta juulis vähendas haigekassa ajutise töövõimetuse korral saadavat haigushüvitist 80%-lt 70%-ni palgast.
- 2009. aastal vähendas haigekassa täiskasvanute hambaravi iga-aastase rahalise hüvitise pensionäridele, rasedatele, üheaastaste lastega naistele.
- 2010. aasta kehtestati hooldusravile 15% omaosalus.
- Iga aasta lühendatakse ravimite nimekirja millele kehtivad soodustused või ravimite soodustus väheneb ning ostjate omaosalus suureneb.

(Evetovits, J.Habicht, T.Habicht, Rooväli, Thomson, Võrk, 2010, 9. <http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/E93445%20in%20Estonian.pdf>)

Kõik need fiskaal meetodid on ikkagi ajutised, ning tulevikus toob see rohkem kahju kui kasu, eakamad ja vaesed patsiendid ei ole tulevikus võimelised niivõrd palju oma tervise eest maksma. Samal ajal ei ole tänu uutele seadustele haiguslehel olemine tulus, sest umbes pool palka läheb põhimõtteliselt maha. Haiged inimesed käivad tööl sest nende tulu ei ole riigi poolt kaitstud.

Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse mõjutamise vahendid on seega mitmetasandilised: tervishoiusüsteemi efektiivsuse suurendamine, kulude optimeerimine, finantseerimise suurendamine läbi maksubaasi mitmekesistamise, tööhõive suurendamine, riigieelarve ja kohalike omavalitsuste panuse suurendamine või omaosaluse muutmine.

Järgmistes alapeatükkides on ette näidatud mõned ettepanekud, kuidas saaks probleemi lahendada.

3.3 Tulude ja kulude kontroll

Kõige loogilisem tänaseks oleks vaadata üle tervishoiu kulude süsteemi, optimeerida mõned sfäärid, et tõsta nende kasumit, rakendada uued seaduslikud regulaatorid, et minimeerida tegevusega kaasnevad kulused.

Ravikindlustuse tulude suurendamiseks riigieelarvest võib pakkuda järgmisi võimalusi:

- kanda riigieelarvest Haigekassase vahendeid summas, mis katavad elanikkonna vananemisest tingitud ravikulutuste kasvu,
- katta riigieelarvest raviasutuste hoonete ja rajatiste kulum. Seaduslik võimalus raviasutuste ehitiste ja rajatiste kulumi katmiseks riigieelarvest on küll loodud, kuid kulused kaeti ainult 2008 aastal.

Kulude kontrollimiseks süsteemi sees võib pakkuda:

- tugevdada perearsti rolli, kes juhib patsiendi raviprotsessi ning suunab ta eesmärgistatult ja vajadusepõhiselt konsultatsioonile teiste eriarstide juurde;
- viia lõpule haiglavõrgu korrastamine;
- pöörata rohkem tähelepanu ravijuhiste ja raviprotsessi tulemuslikkuse hindamise juurutamisele, et parandada süsteemi toimivust optimaalsema ressursikasutuse kaudu;

- suurendada ambulatoorsete teenuste kättesaadavust hooldusravis.

Selleks, et tervishoiu rahastamine saaks olla majanduslikult jätkusuutlik, peaks süsteem kohanema üldmajanduslike probleemidega, üks nendest on töötuse määr, mille dünaamika ei ole Eestis võrreldes teiste Euroopa riikidega eriti positiivne (vt lisa 5) ning demograafilised protsessid (nt. negatiivne loomulik iive (vt lisa 6)). Noored töövõimelised inimesed migreerivad parima elu otsides, ning kasvab eakate inimeste osakaal. Töötajate arv rahvastikust väheneb, ning nende sotsiaalmaksu laekumised vähenevad. Lähitulevikus seda ei ole näha, aga on tunda juba kümne aasta pärast.

3.4 Maksude tõstmine

Maksude tõstmine on üks kiiretest majanduslikest probleemilahendusest (vt. tabel 3). Tabelis on ettepanekud mitme meetodiga, kust on võimalik saada puuduv summa. Tõstetud maksud vähendavad eelarve puudujääki ning suurenevad tervisekulutused eelarves (vt. lisa 7). Tulevikus on võimalik maksukoormuse baasi laiendada, mis peab tooma kaasa sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa tasumist pensionäride eest. See suurendab solidaarsust tervishoiu rahastamisel.

Tabel 3. Võimalik maksude tõstmine, et katta puuduv summa SKP-st

| Maks | Maksutõus | Maksuobjekt | Tulu stabiilsus |
|----------------------------|-----------|------------------------------------|-----------------|
| Sotsiaalmaks dividendidele | 0%→13% | Kapital | Volatiilne |
| Käibemaksutõus | 20→21% | Tarbimine | Stabiilne |
| Alkoholiaktsiis | +30% | Tarbimine | Volatiilne |
| Tubakaaktsiis | →50% | Tarbimine | Volatiilne |
| Sotsiaalmaks | 13%→14% | Tööjõud | Stabiilne |
| Tulumaks | 21%→22% | Tööjõud, kapital, Sotsiaaltoetused | Stabiilne |

Allikas: Tervishoiu rahastamine majanduskontekstis. Võrk, 2010aasta, 6.

Maksude tõstmisega kaasnevad ka erinevad ohud. Valitsus peab olema väga tähelepanelik, sest sellest, milliseid makse otsustatakse tõsta finantseerimisel, sõltub mõju

majandusele. Iga maksu muutus toob kaasa pöördumatud tagajärjed igas eluvaldkonnas, kõik otsused peavad olema tasakaalustatud. Ei tohi tugevalt piirata tarbimist, see toob kaasa tarbimise vähenemise nii Eesti elanike kui ka välismaalaste poolt. Tubaka- ja alkoholiaktsiisi tõstmine paneb kasvama nende toodete illegaalse impordi arenemist.

Teisest vaatenurgast, maksude tõstmine oleks heaks tulude allikaks, ning oleks üks sammudest tervisekahjulike toodete piiramiseks, aktsiiside tõstmine on hädavajalik, muidu on Eesti Euroopas üks liidritest alkoholi tarbimises.

Maksusüsteemi muutmine progressiivsemaks oleks kasulik keskmise sissetulekuga inimestele, ning käibemaksu tõstmine ei oleks nii tundlik, maksukoormuse muutus 1-2% võrra ei ole nii suur erinevus. Teisest küljest oleks see koondpakkumine maksude tõstmiseks suuremate tuludega inimestele väga tundlik, nemad on kindlasti selle vastu. Dividendide maksustamine on hea lahendus, sest Eestis suured ettevõtted saavad aastast aastasse häid tuludividende, millest riik võiks saada oma kasumi ning suunata need summad sotsiaal sfääri.

3.5 Finantseerimine üldmaksudest riigi poolt

Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa moodustab üle 99% haigekassa tuludest. Antud tulud sõltuvad otseselt töötavate inimeste hulgast. Demograafiline olukord Eestis näitab, et rahvastik vananeb: pensionisaajate arv kasvab: 2013. aasta 1. jaanuari seisuga oli pensionäre 31,8% kogu rahvastikust – võrreldes aasta varasemaga 1,2% rohkem. Viimase viie aasta (2009–2013) jooksul on pensionisaajate hulk suurenenud 8%. Töötavate inimeste arv väheneb ning pensionäride ehk põhitöötajate kogus suureneb (Riigi eelarvestrateegia 2015-2018 <http://www.fin.ee/riigi-eelarvestrateegia>). Teiseks suureks probleemiks tuleb arvestada majanduse tsüklitust, millest sõltub maksude laekumine eelarvesse. Majanduskasvuga kasvab Haigekassa eelarve, kriisi ajal aga langeb. Sellise olukorra vältimiseks on olemas reservkapital, mis moodustab 6% ning riskireserv mis moodustab 2% eelarve mahust. Aastatel 2005-2009 moodustati igal aastal vähemalt kaks lisaeelarvet. Kauges tulevikus võib tekkida rahapuudus, kui antud reservi summa ei suuda katta sotsiaalkindlustuse kulusid. Selle probleemi lahendamiseks oleks vaja üle vaadata muud finantseerimisallikad, mis kattaksid tervishoiu kulutusi.

Riigi põhituludeks on laekunud maksud. Finantsministeeriumi prognooside alusel aastatel 2015–2018 kasvavad riigi tulud iga-aastaselt. Võrreldes 2014. aastaga kasvavad tulud 2018. aastaks ca 1,9 miljardi euro võrra ehk 24,5%. Maksutulude osakaal kogutuludes suureneb tulenevalt paranevast majanduskeskkonnast. Maksutulude suurima osa moodustavad sotsiaalmaksu, tulumaksu, käibemaksu ning aktsiiside laekumised (vt lisa 8).

Aastatel 2015–2018 kasvab sotsiaalmaksu laekumine aastas keskmiselt 7,1% ja 2018. aastal prognoositakse laekumiseks ca 2 920 mln eurot. Laekumist mõjutab eelkõige keskmise palga kasv, kuna hõive hakkab prognoosi kohaselt kahanema.

Vaatamata sellele võib tulevikus tekkida vajadus tervishoiu finantseerimiseks üldmaksudest. Kasutades tabelit nr. 3 võib väita, et üheks võimalikuks lahenduseks on käibemaksu tõstmine. Põhjuseks on käibemaksu stabiilne laekumine ning see, et käibemaks on üheks suuremaks eelarvetulu allikaks.

Samuti võib tervishoiu teenuseid osaliselt finantseerida tulumaksu tõstmise arvelt. Aga praegu võib antud võimalus võib pidada vähetõenäoliseks, kuna järgmiseks aastaks on planeeritud hoopiski tulumaksu langus.

Käibemaksu laekumine kasvab vaadeldaval perioodil keskmiselt 7,7% aastas ja 2018. aastal prognoositakse laekumiseks ca 2 250 mln eurot. Käibemaksu laekumist suurendavad eelarvestrateegia perioodil ettevõtete sõiduautode käibemaksustamise muudatused ja käibemaksudeklaratsiooni elektroonilise lisa esitamise kohustus ettevõtetel, kellel on ühes kuus tehinguid ühe partneritega üle 1 000€, samuti aktsiisitõusud.

Käibemaksu ja Tulumaksu kasv toob kaasa piisavalt laekumist eelarvesse, mis võimaldab selle osa kasutamist ka muudes sfäärides, nende hulgas sotsiaalkindlustuses, et suurenda haigekassa reserv- ja riskikapitali. Maksude kasutamisel ei too see kaasa suurt kahjumit majandusele õigete õigusreformide abil. Haigekassa eelarve tuleb restruktureerida, et saada võimalust suurendada reservkapitali sõltumata sotsiaalmaksu laekumisest. See lahendus võimaldab vältida laekumise puudust ning kapitali vähendamist.

Vastavalt ülalöeldud andmetele võib väita, et olemasolev tervishoiu finantseerimise süsteem on keskpikal perioodil jätkusuutlik. Pikemal perspektiivil võib aga tekkida reformide vajadust, kuna sotsiaalmaksu laekumine võib langeda demograafilise protsesside tõttu.

KOKKUVÕTE

Eelnevates peatükkides autor käsitles tervishoiussüsteemi finantseerimismudelid. Mõnede süsteemide jätkusuutlikkus on pikem ning inimeste rahulolu on suurem, kus on riigi osalus kõrgem ning elanikkond on noor ja töövõimeline. Mõned süsteemid on liiga karmid ning tervishoiuteenused muutuvad luksuslikuks teenuseks, kus ainult töötavad ja hea sissetulekuga inimesed saavad endale lubada kvaliteetset arstiabi.

Inglismaal ja Iirimaal tervishoiu finantseerimine riigi poolt garanteerib ravi kõikidele. Süsteemi finantseerimine baseerub maksudest tulevatele tuludele. Kuid teenuste kvaliteet on väga nõrgal tasemel ja eriarstide järjekorrad on liiga pikad seetõttu inimesed peavad tihti kasutama tasulisi erakliinikuid.

Saksamaal eraettevõtted pakuvad oma teenused tervishoiu poliisi omanikkudele. Riigi kontrolliaparatuur reguleerib tervishoiu üld- ja finantssüsteemi. Tänu sellele üle 99% elanikutele on tervishoiu poliisid olemas.

USA-s tervishoid on tagatud peamiselt eraraviasutuste poolt. Kuid riik kulutab tervishoiu rahastamisele rohkem kui 16% oma SKP-st. Selle süsteemi põhieesmärk on era tervishoiuse asutustel tulud, mitte tarbijate tervise parandamine. Lähitulevikus süsteemi ootavad reformid, et lahendada antud probleem.

Belgias kehtivad kasutajate otsesed maksud, need sisaldavad mugavaid tingimusi selle süsteemi kasutajatele: riigil kulub üle 11% SKP-st tervishoiule, tervishoiu tulude kasv on proportsionaalne riigi eelarve kasvule ning patsientide omaosalus on piiratud seadusega vastavalt nende sissetulekule.

Belgia ja Saksamaa tervishoiu süsteemid on kõrgel tasemel. Antud süsteemid on suunatud kõige kaitsmata olukorras olevate elanikkonna kihtidele. Need inimesed kasutavad tervishoiu teenused rohkem kui teised ning samal ajal ei ole nad võimelised maksma selle eest täis mahus. Mõlematel süsteemidel on omad puudused, mis ei võimalda nimetada neid universaalmodeliteks.

Kahjuks ükski kirjeldatud süsteemidest ei sobi Eesti tervishoiu mudeliks, sest igal riigil on oma eripärad mis ei ole meie omaga sarnased.

Käsitledes Eesti tervishoiusüsteemi finantseerimise mudelit tuli käesoleva töö autor järeldusele, et inimeste rahulolu praeguse tervishoiuteenustega ei ole tipp tasemel. Seoses järjekordade pikendamise ja tervisehoiu omaosaluse suurendamisega on võimalik, et rahulolu halveneb.

Bakalaureustöö autor on pakkunud kolm võimalust rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse tõstmiseks, kuid universaal lahendust, mis oleks 100% kasulik nii lähi- kui ka kaugtulevikus ei ole. Esimeseks lahenduseks optimeerida mõned tervishoiu sfäärid ning tugevdada kulude kontrolli, teine lahendus on tõsta üldmaksud, mis vähendavad eelarve puudujääki, kolmas lahendus on rakendada käibemaksu ja tulumaksu kasvu, et kasutada sellest osa ka muudes sfäärides, nende hulgas ka tervishoius. Riigi võim peab tegema otsuseid, mis muutuksid poliitilist ja majandusliku olukorda terviklikuna ning teha Eesti atraktiivsemaks riigiks noortele inimestele (sh. arstidele ja teistele tervishoiuteenuste osutavate spetsialistidele).

Vastavalt prognoosidele hüpoteesi on võimalik osaliselt kinnitada lähitulevikus, kaugtulevikus hüpotees on aga tagasilükatud ning see ei ole jätkusuutlik tervisehoiu finantseerimismudelile.

Töö eesmärk on saavutatud, Eesti tervishoiu süsteem on läbi vaadatud, ning on leitud selle tugevad ja nõrgad küljed.

Võttes arvesse, et viimastel aastatel kulud tervishoiule on kasvanud, võib loota, et lähiajal osutavate teenuste kvaliteet kasvab ning inimeste rahulolu tõuseb. Finantseerimissüsteemi muutmiseks jätkusuutlikumaks peab tegema kaalutletud otsuseid. Antud probleem koosneb mitte ainult maksude tõstmisest vaid ka demograafilisest poliitikast. Maksukoormuse tõstmine on väga tundlik ning võib kaasa tuua inimeste riigivõimu rahulolematuse. Ainult fiskaal meetmega ei saa leida ideaalset lahendust.

RÉSUMÉ

Models of health care financing and health system financing in Estonia

Pavel Ivanov

Our health is one those things what is impossible to buy, but we have to take care of it any ways and government has to do it also.

According to so many countries in the world there are so many different system of financing healthcare. All they have their own options but there 4 main streams of such financial systems which are used in different forms of:

- Beveridge model
- private insurance premiums
- out-of-pocket payments
- social insurance

In first part of this work all these forms are described with examples of countries, where these systems are used to understand these systems better.

In second part of this work is description of Estonian system of healthcare, it's history and ways of financing.

Third part consists of analyzing Estonia healthcare finance problems and ways of solutions.

There are some straight forms and also mixes of health financial programs. The second type of them is used in Estonia, but according to social and economical positions Estonian government has to renew this system, otherwise there will be collapse in healthcare system and the future of Estonia.

There are some possible decisions from author to make this system work and develop better. Unfortunately there is no panacea for the problem, all decisions have to be calculated and been used according to real situation in Estonia and the whole world.

VIIDATUD ALLIKAD

Belgium / Country Data & Profiles / Health of Nations [WWW]

<http://www.healthofnations.com/countries/profile/belgium> (15.05.2014)

Belgium. Long-term care [WWW]

<http://www.oecd.org/dataoecd/60/55/47877421.pdf> (15.05.2014)

Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs, A. Võrk, M. Jesse, I. Roostalu, T. Jüristo. Tallinn 2005 (tekstis märgitud kui „PRAXIS“)

European observatory on Health Care Systems [WWW]

<http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/2-927/h/belgium.pdf> (15.05.2014)

Eurostat - Tables, Graphs and Maps Interface [WWW]

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsiem010> (15.05.2014)

File:Healthcare expenditure by financing agent, 2008 (% of current health expenditure).png - Statistics explained [WWW]

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File%3AHealthcare_expenditure_by_financing_agent%2C_2008_%28%25_of_current_health_expenditure%29.png&filetimestamp=20101213180111 (15.05.2014)

Guinness Book of Knowledge .(1997). Guinness Publishing LTD

Health_uus.innd – EstonianEstonian2005.pdf [WWW]

<http://ee.euro.who.int/EstonianEstonian2005.pdf> (15.05.2014)

NHS Choices - Your health, your choices [WWW]

<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx> (15.05.2014)

Organisation for Economic Co-operation and Development [WWW]

http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1.00.html (15.05.2014)

Out-of-pocket expenses - Wikipedia, the free encyclopedia [WWW]

http://en.wikipedia.org/wiki/Out-of-pocket_expenses (15.05.2014)

Public Health Europe - European Commission – EU [WWW]

http://ec.europa.eu/health/index_en.htm (15.05.2014)

Raamat.pmd - Koppel2008.pdf [WWW]
<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/641/4/Koppel2008.pdf> (27.05.2014)

Riigikogu Toimetised [WWW]
<http://www.riigikogu.ee/rito/index.php?id=14169&op=archive2> (27.05.2014)

Riigiportaal : Kutsehaigus ja tööõnnetus [WWW]
http://www.eesti.ee/est/teemad/tervisekaitse/tervishoid/tootervishoid_ja_toohutus/kutsehaigus_ja_toonnetus/ (15.05.2014)

Sotsiaalministeerium: Sotsiaalhoolekanne [WWW]
<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne.html> (14.04.2014)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus – Riigi Teataja [WWW]
<https://www.riigiteataja.ee/akt/122122013055>

Tervishoiu kogukulud 2012 [WWW]
<http://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/3395-tervishoiu-kogukulud-2012>

Tervisesüsteemid muutustes [WWW]
<http://ee.euro.who.int/EstoniaInEstonian2005.pdf> (15.05.2014)

Tervisesüsteemid muutustes, 10. köide nr 1 2008, A. Koppel, K. Kahur, T. Habicht, P. Saar, J. Habicht, E. van Ginneken [WWW] http://ee.euro.who.int/HIT_raamat_2008.pdf
(15.05.2014)

Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusutlikkuse tagamiseks, S. Thomson, A. Võrk, T. Habicht, L. Rooväli, T. Evetovits, J. Habicht [WWW]
<http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/E93445%20in%20Estonian.pdf>
(15.05.2014)

WHO | Countries [WWW]
<http://www.who.int/countries/en/> (15.05.2014)

Õigusaktid:: Terviseamet [WWW]
<http://www.terviseamet.ee/info/kasulikku/oigusaktid.html> (15.05.2014)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98837/DENsum2002r.pdf

A. С. Булатов, 2006. Страны и регионы мира: экономико-политический справочник
МГИМО МИД РФ / М.: Изд-во Проспект.

Правительственная поддержка медицинского страхования. (Глава III.
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ) [WWW]
<http://www.znay.ru/guide/medins/03-03.shtml> (15.05.2014)

Система здравоохранения в Соединенных Штатах Америки: страхование нации |
Медицинская газета;Здоровье Украины;, Медицинское издание, медицинские
издательства в Украине [WWW]
<http://health-ua.com/articles/2775.html> (15.05.2014)

LISAD

Lisa 1.

Tabel 4. Saksamaa tervisehoiufinanseerimisallikad

| Allikad: | finanseerimisallikad |
|----------------------------|----------------------|
| avalik sektor | 50% |
| tööandjad | 16% |
| muud allikad | 14% |
| heategevusorganisatsioonid | 13% |
| erasektor | 5% |

Allikas: Финансирование здравоохранения. Глава XIV. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ГЕРМАНИИ. Медицинское страхование. Миронов А.А., Таранов А.М., Чейда А.А. - Знай страхование! | 4. Финансирование здравоохранения | Учебник по медицинскому страхованию скачать бесплатно полный текст - ДМС (добровольное медицинское страхование), ОМС (обязательное медицинское страхование), медицинское страхование за рубежом,страхование,страховка,страховая компания,страховых компаний,страховщик,4. Финансирование здравоохранения. Глава XIV. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ГЕРМАНИИ. Медицинское страхование. Миронов А.А., Таранов А.М., Чейда А.А.,Знай страхование!,Знай страхование!
<http://www.znay.ru/guide/medins/14-04.shtml> (15.05.2014)

Lisa 2.

Tabel 5. Tervishoiu rahastamisstruktuur 2007 aastal.

| allikad | Mõõtühik (%) |
|--------------|--------------|
| Sotsiaalmaks | 64 |
| Omaosalus | 22 |
| Käibemaks | 5 |
| Aktsiisid | 5 |
| muu | 4 |

Allikas: J. Habicht, T. Habicht, Tomson, Võrk, Rooväli, Evetovits. 2010.

Lisa 3.

Tabel 6. Kohustusliku ravikindlustuse kulud ja ravikindlustatud.

| Aasta | Summa(tuhat Euro) |
|-------|--------------------|
| 1995 | 135415 |
| 1996 | 180781,3 |
| 1997 | 216882,6 |
| 1998 | 231229,1 |
| 1999 | 250477 |
| 2000 | 268860,6 |
| 2001 | 276803,7 |
| 2002 | 302359,2 |
| 2003 | 343789,9 |
| 2004 | 397345,2 |
| 2005 | 452055,8 |
| 2006 | 513408,2 |
| 2007 | 654704,6 |
| 2008 | 788624 |
| 2009 | 771177,8 |
| 2010 | 700265,2 |
| 2011 | 725497,6 |
| 2012 | 780 905.9 |
| 2013 | 838 356,2 |

Allikas: Statistikaamet: KOHUSTUSLIKU RAVIKINDLUSUSE KULUD

Lisa 4.

Tabel 7. Ravikindlustuse kulud vastavalt igale sfäärile

| | 1995aasta(tuhat Euro) | 1999aasta(tuhat Euro) | 2003aasta(tuhat Euro) | 2007aasta(tuhat Euro) | 2011aasta(tuhat Euro) | 2013aasta(tuhat Euro) |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Haiguste ennetus | 399,96 | 3432,57 | 2910,98 | 5761,51 | 6528,40 | 7064 |
| Raviteenused | 91606,74 | 173678,12 | 223199,86 | 421328,53 | 506536,50 | 586639 |
| Hambaravi | .. | 15631,00 | 10724,76 | 15338,28 | 18056,10 | 19771 |
| Ravimid | 7060,19 | 26345,08 | 43647,63 | 71616,77 | 91465,10 | 1033914 |
| Töötasu | .. | 1278,49 | 2105,25 | 2878,45 | 3262,20 | 3695 |

Allikas: Statistikaamet: RAVIKINDLUSTESE KULUD.

Lisa 5.

Tabel 8. Töötuse määr protsentides Euroopa riikides.

| Riik\Aasta | 2009 aasta | 2010 aasta | 2011 aasta | 2012 aasta | 2013 aasta |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Austria | 4,3 | 4,3 | 4,4 | 4,3 | 4,5 |
| Belgia | 7,5 | 7,7 | 7,8 | 7,7 | 7,7 |
| Bulgaria | 6,5 | 7,5 | 9,4 | 11,3 | 12,2 |
| Hispaania | 12,6 | 16,5 | 19,9 | 22,3 | 24,3 |
| Eesti | 7,9 | 11,9 | 14,2 | 13 | 10,3 |
| Holland | 3,5 | 3,8 | 4,2 | 4,7 | 5,5 |
| Horvaatia | 9 | 9,8 | 11,5 | 13,8 | 15,6 |
| Iirimaa | 7,7 | 10,7 | 13,5 | 14,4 | 14,2 |
| Inglismaa | 6,2 | 7 | 7,8 | 7,9 | 7,8 |
| Itaalia | 6,9 | 7,6 | 8,2 | 9,2 | 10,4 |
| Kreeka | 8,5 | 9,9 | 13,2 | 18,2 | 23,1 |
| Küprus | 4,3 | 5,1 | 6,6 | 8,7 | 11,9 |
| Läti | 10,4 | 14,8 | 17,7 | 16,9 | 14,4 |
| Leedu | 8 | 12,5 | 15,7 | 15,6 | 13,5 |
| Luksemburg | 4,7 | 4,9 | 4,8 | 4,8 | 5,3 |
| Malta | 6,5 | 6,6 | 6,8 | 6,6 | 6,5 |
| Poland | 8,3 | 8,3 | 9,2 | 9,8 | 10 |
| Portugal | 9,3 | 10,4 | 11,9 | 13,6 | 15,1 |
| Prantsusmaa | 8,2 | 8,6 | 9,2 | 9,4 | 9,8 |
| Rootsi | 6,9 | 7,7 | 8,2 | 8,1 | 7,9 |
| Rumeenia | 6,4 | 6,6 | 7,2 | 7,2 | 7,2 |
| Saksamaa | 8 | 7,5 | 6,9 | 6,2 | 5,6 |
| Slovenia | 5 | 5,9 | 7,1 | 8,1 | 9,1 |
| Slovakia | 11 | 12,1 | 13,4 | 14 | 14 |
| Soome | 7,2 | 7,7 | 8,1 | 8 | 7,9 |
| Tshehhi | 5,5 | 6,1 | 6,9 | 7 | 6,9 |
| Taani | 4,4 | 5,6 | 7 | 7,5 | 7,4 |
| Ungari | 8,4 | 9,7 | 10,7 | 11 | 10,7 |

Allikas: EUROSTAT: Unemployment rate 2014a.

Lisa 6.

Tabel 9. Elu jätkusuutlikkus Eestis.

| | Elusünnid | Surmad | Loomulik iive |
|--------|-----------|--------|---------------|
| 2007a. | 15775 | 17409 | -1634 |
| 2008a. | 16028 | 16675 | -647 |
| 2009a. | 15763 | 16081 | -318 |
| 2010a. | 15825 | 15790 | 35 |
| 2011a. | 14679 | 15244 | -565 |
| 2012a. | 14056 | 15450 | -1394 |

Allikas: Statistikaamet: SÜNNID, SURMAD JA LOOMULIK IIVE

Lisa 7.

Tabel 10. Riigi tulud ja kulud selle hulgas ka tervishoiule.

| Aasta eelarve | | liik | Kasvavalt kokku |
|---------------|----------------------------|----------------------|-----------------|
| 2014aasta | Aasta eelarve, tuhat eurot | Maksud | 5 467 409,6 |
| | | Tulud kokku | 6 860 451,3 |
| | | Kulud tervishoiule` | - |
| | | Kulud kokku | 7 238 140,5 |
| | | Kulud tervishoiule % | - |
| 2013aasta | Aasta eelarve, tuhat eurot | Maksud | 5 025 240,0 |
| | | Tulud kokku | 6 454 013,4 |
| | | Kulud tervishoiule | 838 356,2 |
| | | Kulud kokku | 6 978 602,5 |
| | | Kulud tervishoiule % | 12,01% |
| 2012aasta | Aasta eelarve, tuhat eurot | Maksud | 4 668 531,6 |
| | | Tulud kokku | 6 218 662,2 |
| | | Kulud tervishoiule | 780 905,9 |
| | | Kulud kokku | 6 977 616,0 |
| | | Kulud tervishoiule % | 11,91% |

Allikas: Statistikaameti andmed: RIIGIEELARVE TULUD JA KULUD

Lisa 8.

Tabel 11. Riigieelarvesse laekunud maksud 2013aastal.

| Maksetüüp | Summa Eurodes |
|---------------------------------------|---------------|
| Tulumaks | 1357167,9 |
| füüsilise isiku tulumaks | 1030567,7 |
| juriidilise isiku tulumaks | 326600,2 |
| Sotsiaalkindlustusmaksed | 2328262,3 |
| sotsiaalmaks | 2071246,4 |
| sotsiaalmaks pensionikindlustuseks | 1245232,8 |
| sotsiaalmaks ravikindlustuseks | 826013,6 |
| Omandimaksud | 61239,1 |
| maamaks | 57220,6 |
| Käibemaks | 1550643,0 |
| Aktsiisimaks | 792765,4 |
| Hasartmängumaks | 21597,0 |
| Tollimaks | 28745,5 |

Allikas: Statistikaameti andmed: RIIGIEELARVESSE LAEKUNUD MAKSUD