

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Ärikorralduse instituut

Kristin Valdmets

**HAIGUSHÜVITISTE REFORMI MÕJUST NING TÖÖTAJATE
TERVISEGA SEOTUD KULUDE KATMISEST JA
MAKSUSTAMISEST METAPRINT AS NÄITEL**

Magistritöö

Õppekava TARM02/18, peeriala audiitortegevus

Juhendaja: Kaidi Kallaste, PhD

Tallinn 2020

Deklareerin, et olen koostanud lõputöö iseseisvalt ja olen viidanud kõikidele töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele, ning ei ole esitanud sama tööd varasemalt ainepunktide saamiseks. Töö pikkuseks on 12 136 sõna sissejuhatusest kuni kokkuvõtte lõpuni.

Kristin Valdmets, 11.05.2020

(allkiri, kuupäev)

Üliõpilase kood: 183348TARM

Üliõpilase e-posti aadress: kristin.valdmets@gmail.com

Juhendaja: Kaidi Kallaste, PhD:

Töö vastab kehtivatele nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....

(nimi, allkiri, kuupäev)

SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE.....	3
SISSEJUHATUS	4
1. ÜLEVAADE TERVISHOIUSÜSTEEMIST EESTIS JA MUJAL MAAILMAS.....	7
1.1. Tervishoiusüsteemid maailmas	7
1.2. Tervishoiusüsteem ja selle muutused Eestis	11
1.2.1. Olulised tervishoiusüsteemi reformid aastatel 1991–2019.....	12
2. TÖÖANDJA KULUD SEOSSES TÖÖTAJATE TERVISEGA	15
2.1. Haigushüvitised.....	15
2.1.1. Ülevaade haigushüvitiste korda reguleerivatest seadustest	15
2.1.2. Haiguslehel olemisega seotud kulud	17
2.2. Töötervishoiu ja terviseedenduse kulud.....	21
2.2.1. Töötervishoiukulud.....	21
2.2.2. Tervise- ja spordikulud.....	22
3. HAIGUSHÜVITISTE REFORMI JA MAKSUSTAMISE MÕJU TÖÖTAJATE TERVISEGA SEOTUD KULUDELE.....	25
3.1. Ettevõtte tutvustus.....	25
3.2. Uuringu meetodika	27
3.3. Tulemuste analüüs ja järeldused	28
3.3.1. Haiguslehtede ja -hüvitiste analüüs ning mõju ettevõttele	28
3.3.2. Töötervishoiu ja terviseedendusega seotud kulude analüüs ja mõju ettevõttele ..	37
KOKKUVÕTE	45
SUMMARY.....	48
KASUTATUD ALLIKAD	52
LISAD	57
Lisa 1. Väljastatud haiguslehtede ja -päevade arv aastatel 2006–2019.....	57
Lisa 2. INF 14 ja TSD lisa 4 deklareeritud tervise edendamise seotud kulud.....	58
Lisa 3. Töötajate erinevused haiguslehtede võtmisel	59
Lisa 4. Haigushüvitiste teguranalüüsi algandmed	61
Lisa 5. Töötervishoiukulude teguranalüüsi algandmed.....	62
Lisa 6. Lihtlitsents	63

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolev magistritöö „Haigushüvitiste reformi mõjust ning töötajate tervisega seotud kulude katmisest ja maksustamisest Metaprint AS näitel” annab ülevaate ühe ettevõtte kuludest ja nende muutustest 11 aasta vältel, mis on tehtud seoses haigushüvitiste ja töötajate tervisega.

Peamine põhjus antud teema valikul on üha suurem tähelepanu inimeste tervisele ja heaolule. Tänapäeval ei iseloomusta head tööandjat üksnes hea palk, vaid inimeste jaoks on saanud oluliseks ka muud pakutavad hüved selle kõrval. Kuna senised uuringud on keskendunud selles valdkonnas rohkem töötajate uurimisele, siis selle töö eesmärk on analüüsida, millised on reformijärgsed mõjud ettevõttele Metaprint AS ja selle töötajatele ning kui suuri kulusid tegelikkuses kannab tööandja seoses töötajate tervisega ning milline on olnud maksustamise mõju hüvede pakkumisele. Eesmärgi saavutamiseks kasutatakse dokumentide vaatlemisel põhinevat andmete kogumise meetodit ja korrelatsioon- ja teguranalüüsi.

Tulemustest selgub, et inimeste tervisele tehtavad kulutused on ettevõttes aastatel 2009–2019 järjest suurenenud. Haigushüvitiste reformi tõttu on ettevõtte pidanud hüvitama 11 aasta jooksul oma töötajatele haigusrahasid kokku 116 tuhande euro ulatuses ning kui 2010. aastal oli haigushüvitiste kulu 4,5 tuhat eurot, siis 2019. aastal juba 16 tuhat eurot. Enim on haigushüvitiste kulu mõjutanud haiguslehtede arv, kus on nendel aastatel toimunud juurdekasv 133,9%. Uuringust selgus, et enim võtavad haiguslehti tootmisega seotud osakondades töötavad inimesed. Lisaks teeb Metaprint oma töötajate tervise huvides ka töötervishoiukulusid, mis tootmisettevõttele omaselt moodustavad suure osa kogu tervisele tehtavatest kuludest. Kokku on neid 11 aastaga tehtud 439 tuhat eurot. Ettevõtte pöörab tähelepanu oma töötajate tervislikule eluviisile ka väljapool tööaega, hüvitades juba 2013. aasta lõpust neile tervise- ja spordikulud. Alates 2018. aastast hüvitatakse neid aga tänu maksuvabastusele maksuvaba piirmäära ulatuses, 100 eurot kvartalis, ning 2019. aastal tehti ühe töötaja kohta selliseid kulutusi keskmiselt 186,16 eurot.

Võtmesõnad: haiguspäevad, haigushüvitised, töötervishoid, tervise- ja spordikulud,

SISSEJUHATUS

Haigestumine ja haigushüvitised on üks paljudest faktoritest, mis mõjutavad riigi majandust. Kaotatud tööpäevade arv, haiguspäevade hüvitamise hind ja tööjõu produktiivsus on lahutamatu osa meie majandusest, millele tuleb tähelepanu pöörata. Samuti on tänapäeval tervislik eluviis ja ka inimese tervis üleüldiselt väga oluline ja aktuaalne teema. Tervislikku eluviisi – toitumist ja trenni tegemist propageeritakse juba varakult koolis, sotsiaalmeedias ja üha enam ka erinevate ettevõtete poolt ning tehnoloogia ja meditsiini areng soodustavad organismi tervena hoidmist.

Tervise kõrval on inimeste elus aga tähtsal kohal ka töö ja karjääriredelil tõusmine, mis võimaldaks neile parima võimaliku sissetuleku, et hästi ära elada. Sellest tulenev suur pinge ja stress ning paljude eri inimestega avatud kontorites töötamine viib tihti selleni, et inimesed haigestuvad. Haiguslehe võtmine ja hea teenistus ei käi aga kokku. See seostub suurele osale inimestele palga kaotusega ning seetõttu loobutakse tihti haiguslehe võtmisest – töö käiakse haigena või ei ravita ennast enne tööle naasmist täielikult terveks, millest võivad hiljem tekkida erinevad tüsistused. Selline arvamus ja võimalik, et ka põhjendatud arvamus on tingitud 2009. aasta 1. juulil muutunud haigushüvitiste väljamaksmise korrast ehk nõ haigushüvitiste reformist. Olukord muutus selliselt, et esimesed kolm päeva on tänasel päeval täielikult hüvitamata ja neljandast kuni kaheksanda päevani maksab haigusrahasid 70% töötaja viimase kuue kuu keskmisest töötasust tööandja. Alles alates üheksandast päevast hakkab haigushüvitist maksma haigekassa. Antud olukord on muutunud probleemseks inimestele, kes sissetuleku olulise kaotuse kartuses loobuvad haiguslehe võtmisest. 2017. aastal tehti lisaks veel muutus sotsiaalmaksuvaba piirmäära osas. Sellest tulenevalt on tööandjatel tänasel päeval võimalus soovi korral maksta töötajatele haigushüvitist ka juba teisest haiguspäevast ja kuni 100% töötaja keskmisest töötasust. Võrreldes kogu süsteemi muutust enne 2009. aastat on see aga pannud rahaliselt suurema koorma ettevõtetele, mis viib selleni, et pigem soosib tööandja töötaja haigestumisel tema kodus töötamist, mitte haiguslehe võtmist.

Kui haigushüvitiste reform pigem suurendas ettevõtete kulusid, siis 2018. aastast kehtima hakanud maksumuudatus vabastas ettevõtteid teatud tervise edendamiseks tehtavate kulude

maksustamisest. Nimelt ei maksustata erisoodustusena neid kulutusi 100 euro ulatuses töötaja kohta kvartalis, kui neid võimaldatakse kõikidele töötajatele. See annab ettevõtetele võimaluse panustada oma töötajate tervise parendamisesse ja tänu sellele hoida kaudselt ära ka inimeste haigestumine.

Kõigest eelnevast tulenevalt osutus magistritöö teema valituks. Varasemate uuringute käigus on uuritud haigushüvitiste reformi mõju inimestele ja nende haiguskäitumisele ning tihti ka seda, kuidas antud muudatusega nii töötajad kui ka tööandjad rahul on. Vähem on pööratud tähelepanu aga sellele, kuidas on reform nende aastatega mõjutanud ettevõtete kulusid ning milliseid kulutusi ettevõtted tänasel päeval töötajate tervisega seondult teevad. Seetõttu leiab autor, et teemale peaks rohkem keskenduma ja ka reformi mõju ettevõtetele uurima.

Magistritöö eesmärk on selgitada välja, millised on olnud 2009. aasta haigushüvitiste reformijärgsed mõjud ettevõttele Metaprint AS ja selle töötajatele ning kui suuri kulusid tegelikkuses kannab tööandja seoses töötajate tervisega ja milline on olnud maksustamise mõju hüvede pakkumisele. Eesmärgi saavutamiseks on autor püstitanud järgnevad ülesanded:

- selgitada mitmendast päevast ja mis ulatuses ettevõtte haigushüvitist maksab;
- leida, kui palju on aastatega ettevõtte kulud haigushüvitistele muutunud;
- uurida, kui palju on haigusjuhtude arv ettevõttes muutunud;
- analüüsida kulutusi ja nende muutusi, mida on ettevõtte seoses töötajate tervisega läbi aastate teinud;
- uurida, kas ja milliseid tervise edendamise seotud võimalusi 2018. aastast pakkuma hakati.

Teoreetilises osas kasutatakse dokumentide vaatlemisel põhinevat andmete kogumise meetodit. Vajaliku info saamiseks kasutatakse erinevate kirjandusallikatena raamatuid, teaduslikke ajakirju ja artikleid. Samuti toetatakse nii põhiseadusele kui ka ravikindlustus- ja sotsiaalmaksuseadusele. Peale andmete kogumist tehakse nende põhjal kokkuvõtte ja järeldused. Empiirilises osas kasutatakse kvantitatiivse uuringu meetodina andmestiku analüüsi. Selle jaoks on analüüsitava ettevõtte poolt autorile kättesaadavaks tehtud töötajate haiguslehtedega ja tervisekuludega seotud andmed. Andmed töödeldakse, analüüsitakse ning esitatakse leitud tulemused. Analüüsimeetoditena kasutatakse nii aritmeetiliste keskmiste leidmist kui ka sageduste ja suhteliste sageduste leidmist. Samuti ka tegur- ja korrelatsioonanalüüsi. Antud töös kasutatakse sõna *kulu* ja *kulutus* sünonüümina.

Töö koosneb kolmest suuremast peatükist, mis omakorda jagunevad veel alapeatükkideks. Esimene peatükk uurib erinevaid tervishoiusüsteeme nii mujal maailmas kui ka Eestis. Esimene alapeatükk keskendubki just teistes riikides sisse seatud tervishoiusüsteemidele. Teine alapeatükk aga Eesti tervishoiusüsteemile ja selle muutustele läbi aegade.

Teine peatükk analüüsib tööandja kulusid seoses töötajate tervisega konkreetselt andes ülevaate haigushüvitistest ja nende korraldust reguleerivatest seadustest. Samuti tuuakse välja haiguslehel olemisega seotud kulud nii töötajale, tööandjale kui ka riigile. Teine peatükk annab ülevaate ka töötervishoiu kuludest ning nii erisoodustusega maksustatavatest kuludest kui ka 2018. aastast maksusoodustuse saanud tervise- ja spordikuludest.

Kolmas peatükk annab ülevaate haigushüvitiste reformi ja töötajate tervisega seotud kulude mõjust ettevõttele ja töötajate haiguskäitumise muutustest. Peatükk jaguneb omakorda alapeatükkideks, milles selgitatakse uuringu metoodikat ja tuuakse välja tulemused ja järeldused, mille alusel tehakse ettepanekuid ka tulevasteks uurimusteks.

Autori eesmärk on lõputööga jõuda järeldusteni, kas 2009. aastal sisse viidud muudatus haigushüvitiste maksmise korras oli vajalik ning milliseid positiivseid või negatiivseid tagajärgi see nii ettevõtjatele kui ka töötajatele on toonud. Samuti pakub autorile huvi, kui palju ettevõtte oma töötajate tervisesse panustab ning kuidas on läbi aastate tervise edendamisesse suunatud kulud muutunud ja ettevõttele maksuma läinud.

1. ÜLEVAADE TERVISHOIUSÜSTEEMIST EESTIS JA MUJAL MAAILMAS

1.1. Tervishoiusüsteemid maailmas

Tervishoiusüsteemidel on Euroopa Liidu liikmesriikides oluline roll ja seda just sotsiaalkaitse tagamisel. Kuigi need on liikmesriikides erinevad, nii nende korraldus, kättesaadavus kui ka rahastamine, ja need peegeldavad erinevaid ühiskondlikke otsuseid, põhinevad need kõik tervishoiuministrite nõukogus 2006. aastal tunnustatud ühistel väärtustel. Antud väärtusteks on universaalsus ehk kedagi ei jäeta ravist ilma, kvaliteetse ravi kättesaadavus, võrdsus, mis tähendab, et kõigil olenemata vanusest, soost või muudest sotsiodemograafilistest näitajatest on võrdne juurdepääs ravile vastavalt vajadusele ning solidaarsus. Viimane on seotud tervishoiusüsteemi rahastamise korruga ning vajadusega, et kõigile oleks ravi kättesaadavus tagatud. Et väärtuseid ka tulevikus järgida oleks võimalik, peab tervishoiusüsteemide rahastamine olema jätkusuutlik. (ELT C 146 E 2006) Viimase kümne aastaga on see aga muutunud üha problemaatilisemaks, sest Euroopa elanikkond vananeb ja suureneb haigestumine kroonilistesse haigustesse ning samuti on uued ravimid ja tehnoloogiad kulukad, mis kõik põhjustavad suuremat maksukoormust tervishoiu sektorile. Lisaks ohustab see tänasel päeval juba ka riigi rahanduse püsima jäämist, sest avalik sektor katab kõigist tervishoiukuludest üle 70% ja see on nende jaoks üks peamine ja üha kiiremini kasvav kuluartikkel. (European Commission ... 2017)

Üle maailma erinevates riikides on kasutusel erinevad tervishoiusüsteemi mudelid, mis kõik võivad erineda nii selle mudeli struktuuri, kättesaadavuse tagamise kui ka rahastamise osas. Nende ülesehitus on kohandatud ja kombineeritud vastavalt iga riigi ühiskondlikest ootustes, kommetest, kultuurist kui ka ajaloost ja erinevatest vajadustest. Kõik need süsteemid põhinevad aga neljal tervishoiuteenuse osutamise ja kindlustuse peamisel baasmudelil – Bismarck'i mudel, Beveridge'i mudel, riiklik tervisekindlustuse mudel ja „*out-of-pocket*“ mudel. (Pharmaceutical Press 2011)

Bismarcki mudel – Saksamaa

Bismarcki tervishoiumudel on oma nime saanud Saksamaa ühendanud Preisimaa liidukantsleri Otto von Bismarcki auks ning on neljast tervishoiuteenuse baasmudelitest vanim. Kogu Saksamaa tervishoiusüsteem sai alguse 19. sajandi alguses, kui loodi vastastikuse abi ühingud ning oldi veendunud, et valitsusel on oma kodanike ees kohustus pakkuda erinevaid sotsiaaltoetuseid, sealhulgas ka arstiabi, töötuskindlustust, invaliidsushüvitisi, sünnitoetusi ja vanaduspensionit. Kuigi riigis tegutsesid juba sajad ravikindlustusfondid, pidas Bismarck oluliseks toetada nende laiendamist just madala palgaga töötajatele. 1883. aastal võeti vastu ravikindlustuse seadus, millest sai esimene riiklikul tasandil korraldatud sotsiaalkindlustuse programm. (Ridic *et al.* 2012) Selle rahastamine nähti ette nii töandjate kui ka palgatöötajate kaudu – 1/3 tasumise kohustus pandi töandjale ning 2/3 tuli kohustuslikest sissetulekust töötajate palga alusel. (Marrée, Groenewegen 1997) Esmalt nägi süsteem ette, et tervisekindlustus peab olema kohustuslik kõigile inimestele, kelle sissetulek on alla kindla künnise. Aastaks 1990 jõudis Saksamaa tervishoiusüsteem aga punkti, kus kogu elanikkonnal oli võimalus arstiabile – seadus nägi ette, et kõigil inimestel peab olema tervisekindlustus. (Ridic *et al.* 2012)

Sotsiaalkindlustusel põhinevat tervishoiusüsteemi nagu Bismarcki mudel iseloomustab rahastamine sotsiaalkindlustusest, mis on kõigile kohustuslik palgafondi kaudu. Süsteemi korraldus on vabam ning vähem mõjutatud riigi ja valitsuse poolt, kuid tugev mõju on sellele mudelile tervishoiuteenuste osutajatel. (Busoi 2010) Tervishoiuteenuseid pakuvad nii era- kui ka avalikud pakkujad, mis võimaldab teenustele kulutamisel olla paindlikum. Süsteemi oluliseks nõrkuseks on aga peetud konkreetse võimu keskme puudumist, mille tõttu on kulude kontroll keeruline. (Van der Zee, Kroneman 2007)

Beveridge'i mudel – Suurbritannia

Beveridge'i mudel sai oma nime Suurbritannia majandusteadlase ja liberaalide juhi William Beveridge'i järgi, kelle töö ja väljapakutud mudelil see põhineb ning mis kirjeldab Briti riiklikku tervishoiuteenust (*British National Health Service* ehk *British NHS*). See sai alguse Suurbritannia valitsuse poolt tellitud aruandest, mis pidi põhjalikult kirjeldama riigi ülesehitamist peale II maailmasõda. 1942. aastal välja antud aruanne tõi täpsemalt esile viis põhilist probleemi – vaesus, tõved, teadmatus, viletsus ja jõudeelu. Need vajasisid peale sõda erilist tähelepanu ning välja antud raportist sai alus kogu Ühendkuningriigi tervishoiu, selle

teenuste osutamise ja rahastamise käsitlusele. Selle alusel loodi aastal 1948 riiklik tervishoiuteenus. Briti riiklikust tervishoiuteenusest sai esimene taoline süsteem lääne ühiskonnas, mis pakkus tasuta riiklikku arstiabi kogu elanikkonnale sünnist surmani ning mille olulisteks juhtpõhimõteteks olid kvaliteet ja võrdsus. (Pharmaceutical Press 2011)

Beveridge'i mudelit iseloomustab tsentraalsus ja väga tugev riigi mõju ning selle rahastamine toimub üldise maksustamise kaudu. Teenusepakujateks selle mudeli puhul on peamiselt riigi omandis olevad haiglad ja riigitöötajatest arstid ning üksikutel eraarstidel on sõlmitud riigiga lepingud. Mudelit iseloomustab ka bürokraatia, kus juurdepääs eriarstiabile nõuab esmast läbivaatust ja saatekirja ning kus hierarhiliselt liikudes on esimesel tasandil põhiarstiabi ning kõrgeimal tasemel kõrgtehnoloogiaga haiglad. Beveridge'i mudeli üheks ohuks on peetud tervishoiusektori alarahastust. Kuna tegemist on riikliku teenusega, siis tuleb sellel konkureerida rahastuse saamiseks teiste valdkondadega nagu näiteks haridus, mis võib viia tervishoiusektoris rahanappuseni. (Van der Zee, Kroneman 2007)

Tänapäeval ei vasta üheski Euroopa riigis kasutusel olev tervishoiusüsteem täpselt ei Bismarcki ega Beveridge'i mudelile, vaid kasutusel on nende kombinatsioonid. Küll on aga alles aluspõhimõtted ehk tervishoiusüsteemi põhinemine kas sotsiaalkindlustusel või maksudel. Seega võib välja tuua, et Bismarcki mudeli on lisaks Saksamaale kasutusele võtnud ning vajadustele vastavalt kohandanud Austria, Belgia, Prantsusmaa, Iisrael, Holland ja Šveits ning ka Eesti tervishoiusüsteem põhineb Bismarcki mudelil. Beveridge'i mudel selle variatsioonidega on lisaks Suurbritanniale kasutusel veel ka Itaalias, Hispaanias, Norras, Taanis, Soomes, Rootsis kui ka Kreekas. (Saltman *et al.* 2004)

Riiklik tervisekindlustuse mudel - Kanada

Riiklik tervisekindlustuse mudel on alguse saanud Kanadast 1940-ndate lõpus, mida võib pidada sealse tänapäevase tervishoiusüsteemi algusajaks. Nii nagu Beveridge'i mudeli puhul, tehti ka Kanadas esimesed sammud tervisehoiusteemias peale teist maailmasõda, kui sealsetes provintsidest oli puudus nii haiglavoodite kui ka arstide järgi. Plaaniti luua regionaalne haiglate süsteem, kus esmast arstiabi saaks kohalikes haiglates, raskemate juhtude korral annaks abi piirkondlikud haiglad ning kõige keerukamate ja tõsisemate juhtumite jaoks oleksid baashaiglad. 1958. aastal võeti vastu haiglateenuste seadus, millest sai alguse üleriigiline tervisekindlustuse süsteem ning 1971. aastaks kaeti riiklikult kõigile inimestele nii nende haiglaravi kui ka arstiabi

teenused. (Martin *et al.* 2018) Mudeli kohaselt vastutab ravikulude ja nende katmise eest tervishoiuministeerium ning kulude hüvitamine toimub vaid valitsuse ja teenuse osutaja vahel – patsiendid selles protsessis ei osale. (Ridic *et al.* 2012)

Riikliku tervishoiukindlustuse mudelit iseloomustavad nii Bismarcki kui ka Beveridge'i mudeli tunnused, sest tervishoiusektorit rahastatakse maksustamisest saadud tuluga nagu näiteks üksikisiku või ettevõtete maksud, müügitulud, palgafondimaksud jms, kuid provintsidel on õigus nõuda elanikelt ka tervishoiutasu, et aidata teenuste eest tasumist. Lisamärkusena on välja toodud, et tervishoiutasu maksmata jätmine ei tohi piirata vajalikele meditsiiniteenustele ligipääsu. (Government of Canada ... 2020) Kõik vajalikud teenused on kättesaadavad kogu riigis kõigile elanikele ning eraravikindlustuse pakkumine nendele teenustele, mis on juba riiklikult hüvitatud on ebaseaduslik. Hüvitamata teenustena võib välja tuua näiteks retseptiravimid ja hambaraviteenus, mille jaoks on Kanada elanikel täiendav eraravikindlustus. (Ridic *et al.* 2012)

Kuigi kanadalased ise toetavad süsteemi ning see töötab suhteliselt hästi on sellel siiski ka negatiivseid aspekte. Näiteks on ravi keskmine ooteaeg 13,3 nädalat ning 80%-l protseduuridest on see arstide sõnul kolmandiku võrra pikem, kui oleks kliiniliselt mõistlik. Ravi hilinemine võib aga põhjustada probleeme just eriti eakatel inimestel, kes ei saa nõutavale arstiabile piisavalt kiiresti ligipääsu. Samuti kehtib reegel, et kui midagi pakutakse „tasuta“, siis suureneb selle nõudlus ning meditsiiniliste teenuste puhul ka kulutused. Seetõttu on hakatud lühendama hüvitatavate teenuste nimekirja, et kulusid vähendada. (Ridic *et al.* 2012)

Mudel on lisaks Kandaale tänapäeval kasutuses veel ka Taiwanis ja Lõuna-Koreas. (Pharmaceutical Press 2011)

„Out-of-pocket“ ehk patsientide kinni makstav mudel – kolmanda maailma riigid

„Out-of-pocket“ mudeli teket ei saa seostada ühegi konkreetse riigiga nagu eelneva kolme väljatoodud mudeli puhul. See on tekkinud vaestes ja korrastamata nõ kolmanda maailma riikides ehk arengumaades, mis moodustavad suure osa meie maailmast ning kus puuduvad riiklikud tervishoiusüsteemid. Selle mudeli puhul ei ole igale kodanikule riiklikult tagatud juurdepääsu tervishoiuteenustele vaid teenused on kõigile tasulised. Enamasti on rikkamad inimesed need, kes saavad endale tervishoiuteenuseid lubada. Vaesemad peavad toetuma kas

kohalikele isehakanud teenusepakkujatele või jäävad üldse arstiabita ja peavad hakkama saama koduste ravimitega. Maailma Terviseorganisatsiooni andmete põhjal on riigid, kus inimesed teevad arstiabi saamiseks kõige rohkem oma rahast kulutusi Nigeeria, Vietnam, Kambodža, India ja Sudaan. (Nguyen 2016)

Kui üldiste tunnuste järgi saab kõiki riike liigitada välja toodud nelja mudeli järgi, siis tegelikkuses paljud riigid kombineerivad oma tervishoiusüsteemi. Seega on paljudel riikidel omadusi nii Brismarcki, Beveridge'i, riikliku tervisekindlustuse või „*out-of-pocket*“ mudelist. Näiteks lisaks kolmanda maailma riikidele teevad oma rahakotist kulutusi veel ka Hollandi, Kuuba, Prantsusmaa, Uus-Meremaa kui ka Suurbritannia kodanikud (Nguyen 2016). Kuigi seal on nende kulutuste osakaal kõige madalam, need siiski eksisteerivad ning järelkult on nende riikide tervishoiusüsteem mitme mudeli kombinatsioon. Ükski tervishoiu mudel ei ole täiuslik ning seetõttu on oluline, et riigid jätkuvalt püüaksid parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust ning selle kvaliteeti kõigile oma kodanikele.

1.2. Tervishoiusüsteem ja selle muutused Eestis

Eesti tervishoiusüsteem põhineb kohustuslikul ja solidaarsel kindlustusel ning on läbi aastate suunatud sellele, et madalate kuludega saavutada võimalikult head tervisetulemused. Kõigil Eesti ravikindlustatud isikutel on universaalne ligipääs tervishoiuteenustele, mida osutavad eraõiguse alusel tegutsevad üksused. Tervishoiusüsteemi korraldus, järelvalve ja ka tervisepoliitika väljatöötamine on Sotsiaalministeeriumi ja selle allasutuste ülesandeks. Rahastamine toimub aga Eesti Haigekassa kaudu. Seega on tagatud osapoolte lahusus. Eesti tervishoiusüsteem on arenenud koos professionaalsete erialaorganisatsioonidega ning saanud palju rahvusvahelist tunnustust. Lisaks on toimunud süsteemis mitmeid olulisi muudatusi süsteemi parendamiseks. (Habicht *et al.* 2018)

Eesti, olles 13. sajandist kuni 1918. aastani ning 1940. aastast edasi mitmekümneid aastaid võõrvõimu all, on saanud poliitilisi kui ka kultuurilisi mõjutusi nii taanlastelt, rootslastelt, sakslastelt kui ka venelastelt. Ka Eesti tervishoiusüsteemi on see palju kujundanud. Enne 1940. aastat sai selle korraldust võrrelda teiste Lääne-Euroopa riikidega ja kuigi sotsiaalkindlustussüsteem puudus, siis paigas oli põhiline tervishoiusüsteem. Statsionaarset ravi osutasid nii erahaiglad, munitsipaalhaiglad vaesematele ja üksikud riigile kuuluvad haiglad.

Esimesest iseseisvusest kuni 1940. aastani korraldati tervisekindlustust piirkondlikult, mis hõlmas enamasti töötajaid ja nende pereliikmeid. Tervisekindlustusega oli aga kaetud vaid 18% elanikkonnast, millega Eesti oli katvuselt üks madalamatest teiste Euroopa riikide seas. Nõukogude Liidu okupatsioon 1940. aastal katkestas Eesti senised arengud tervishoiusüsteemis, juurutati Semashko süsteem, kus tervishoidu finantseeriti riigieelarvest ja seda haldas 100%-liselt valitsus ning mille tõttu suur hulk tervishoiutöötajaid riigist lahkus. Kuigi meditsiinitöötajate tase ning teenuste kvaliteet ja kättesaadavus olid heal tasemel, siis uuematele ravimitele ja moodsale tehnoloogiale juurdepääs oli piiratud, mis jättis Eesti ülejäänud Lääne-Euroopast maha. 1980. aastate lõpus Moskva kontroll vähenes ning Eestil oli võimalus alustada ettevalmistusi tervishoiusüsteemi reformimiseks. (Suchecka 2014)

1.2.1. Olulised tervishoiusüsteemi reformid aastatel 1991–2019

Nõukogude Liidu lagunemine ja iseseisvuse taastamine viis Eestis mitmete radikaalsete reformideni. 1991. aastal hakati üles ehitama demokraatlikku ühiskonda, mindi üle turumajandusele ning esimese suure reformi eesmärk oli kehtestada sotsiaalne ravikindlustuse mudel, mille puhul saab paralleelse tõmmata Bismarcki mudeliga. Selle kehtestamisega hakkas rahaliste vahendite kogumine toimuma riigieelarvest rahastamise asemel palgapõhiste maksetega. Muudatuse eesmärk oli liikuda riigi kontrolli all olevalt süsteemilt üle detsentraliseeritud süsteemile, seda moderniseerides ja tervishoiukulude struktuuri läbipaistvamaks muutes. (Pölluste 2007) Lisaks tekkis vajadus ühendada ravikindlustus ja tööturg, et inimesed töötaksid ametlikult ning maksaksid makse. Tervisekindlustus muutus kohustuslikuks ning maksumääraks sai 13% töötaja sissetulekust, mille tasus tööandja. (Nei 2017) Kuni 1998. aastani koguti seda maksu iseseisvalt, kuid tänasel päeval on see osa 33%-lisest sotsiaalmaksust, kus 13% moodustab ravikindlustus ning 20% pensionikindlustus. Peale ravikindlustussüsteemi loomist on Eestis kindlustatud inimeste osatähtsus olnud püsivalt umbes 94%. Need, kellele tervisekindlustust ei laiene peavad aga vajaminevate tervishoiuteenuste eest ise tasuma ning kui veel kuni 2002. aastani olid kohalikud omavalitsused kohustatud tasuma oma kindlustamata elanike tervishoiuteenuste eest, siis aastast 2002 on seadusega ette nähtud, et kindlustamata isikute eest tasutakse riigieelarvest ainult vältimatu abiga seotud kulud. (Pölluste 2007)

1990. aastatel alguses algas ka perearstisüsteemi ümberkorraldamine. Läbiviidud rahvastiku uuringust selgus, et süsteem vajaks täiustamist. Rahulolematuse peamised põhjused olid pikad

ooteajad, vastuvõtusüsteemi puudumine, polikliinikute halvad tingimused ja asukohad, piisavate teadmistega meditsiinitöötajate puudumine ning olemasolevate mitterahuldav suhtumine patsientidesse. Reformiga alustati 1998. aastal, kui see oli saanud heakskiidu ning peamiseks muutuseks elanikkonna jaoks oli tänapäevases mõistes perearsti teke ja patsientide nimekirja süsteem. Iga elanik sai hakata end registreerima konkreetse arsti nimistusse, kes vastutab tema uuringute ja ravi eest. Samuti sai perearstist see, kelle hoiul on kogu inimese meditsiiniline ajalugu sünnist surmani ning kelle poole tuleb esmalt pöörduda, et saada suunamist eriarsti vastuvõtule. Isikud, kes ennast perearsti nimistusse ei registreerunud said arsti automaatselt vastavalt elukohale või sellele, kelle nimistus oli vähem patsiente. Reformiga muutus arstide töö põhjalikumaks ning samuti suurenes ka töökoormus. 1991. aastast kuni 2004. aastani õppis perearstideks ümber 979 arsti. Tänapäevaks on patsientide nimekirjad suuresti stabiliseerunud, olles ühe arsti kohta 1600 ± 400 patsienti, kuid erineva rahvastikutiheduse tõttu esineb siiski erinevusi maa- ja linnapiirkondade vahel. (Põlluste 2007)

Peale 2000. aastat hakati üha enam tähelepanu pöörama infotehnoloogia arengule ning seda ka tervishoiusektoris. Esimeseks kõige suuremaks uuenduseks selles vallas oli digitaalsete ravikaartide süsteemi käivitamine 2008. aasta detsembris, mis täna on tuntud nimega digilugu. See tõi kaasa muutuse, kus kõik tervishoiuteenuste osutajad pidid hakkama saatma süsteemi meditsiinilisi dokumente ja teatigi. Patsientide tuvastamine süsteemis hakkas toimuma ID-kaardi alusel ning samuti toimus ID-kaardiga ka vajaminevate dokumentide digitaalne allkirjastamine. Süsteemile seati kindlad ligipääsupiirangud. Ravikaartide süsteem annab võimaluse uurida patsientide ravialajalugu, diagnoose ja visiite kui ka tutvuda patsiendi terviseparameetritega. Lisaks on süsteemil veel erinevaid kasutusvõimalusi ja teenuseid. Tänu sellele võeti see hästi vastu ning selle edukus oli nähtav juba esimese kasutusel oleva aastaga. 2009. aasta jooksul sisestasid 90% Eesti tervishoiu institutsioonidest süsteemi 350 tuhat meditsiinilist dokumenti kokku 144 tuhande kodaniku kohta. Digitaalsete ravikaartide süsteemile järgnes 2010. aastal uue lahendusena digiretseptide teenus. Sellest sai lüli arstide ning apteegi infosüsteemi vahel, mis aitab jälgida ning juhtida retseptide väljaandmist. Isik, kes oma retseptiravimitele apteeki järgi läheb tuvastatakse apteekri poolt ID-kaardiga ning apteeker näeb talle väljakirjutatud ravimeid. Uuendus aitab kokku hoida nii arstide kui ka apteekrite aega, mis varem kulus paberretseptide täitmisele ning lisaks saab süsteemi abil infot, kas patsient ravimi ka reaalselt välja ostis. Samuti ei pea patsiendid muretsema enam paberretsepti kaasas kandmise pärast. (Doupi *et al.* 2010)

Viimane suurem reform toimus Eestis alles hiljuti – aastal 2017. Tervisekindlustuse rahalise jätkusuutlikkuse üle käis pikk diskussioon juba mitmeid aastaid ning suurimaks mureks peeti süsteemi finantseerimist vaid palgapõhiste maksetega. See tähendas, et pea pooled Eesti elanikud, nii lapsed, pensionärid kui ka töötud, olid ravikindlustatud ilma, et nad oleksid ise süsteemi makseid teinud. Arvestades aga madalat iivet ja elanikkonna vananemist tekkis põhjendatud kahtlus, et süsteemi rahaline jätkusuutlikkus võib sellest kahjustuda, mis viis 2015. aastal aruteluni, kuidas ravikindlustuse tulubaasi laiendada. Aruteluga jõuti 2017. aastaks nii kaugele, et detsembris otsustati ellu viia reform ehk võtta vastu seadusemuudatus, millega valitsus eraldab eelarvest täiendava lisaraha haigekassale mittetöötavate pensionäride eest. Lisaks suurendati aga ka Haigekassa poolt rahastatavate teenuste ulatust, mida varem finantseeriti riigi eelarvest nagu näiteks kindlustamata isikute erakorraline abi, HIV-i ravi ning kiirabi teenused. Seega kui haigekassa eelarve prognoositavaks suurenemiseks aastaks 2022 on 200 miljonit eurot, siis umbes 100 miljonit kulub nende teenuste kuludele, mis üle võeti. Ülejäänud on aga lisatulu, mida Haigekassa saab kasutada vastavalt vajadusele. (Habicht *et al.* 2019)

Täna sel päeval tuleb 3/4 Eesti tervishoiukuludest riigi ravikindlustussüsteemist, kus vahendid on pärit ühelt poolt tööandjate makstavast 13%-lisest maksust töötaja palgalt ning teisalt lisamaksed riigieelarvest mittetöötavate pensionäride eest. Ülejäänud 1/3 on inimeste omaosalus ravimite ja hambaravi eest tasumisel. (European Commission ... 2019) Sellise ravikindlustussüsteemiga on Eestis kaetud umbes 94% elanikest (Atun *et al.* 2006). Peale läbi aastakümnete ellu viidud põhjalikke reforme on täna sel päeval oluline tervishoiusüsteemi järkjärguline arendus ja parendamine ning selle jätkusuutlikkuse tagamine. Kuigi meil on väga arenenud e-tervise teenused, uudsed tehnoloogiad ja hea ligipääsetavus tänapäevastele ravimitele, on meil siiski probleeme arstiabi kättesaadavusega ning kõige suuremaks probleemiks on just ravijärjekorrad. Seega leiab autor, et Eestil on tervishoiusektoris arendusteks ja parendusteks tulevikus veel palju võimalusi. Rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks tehti aga muudatus aastal 2009, kui otsustati muuta haigushüvitiste maksmise korda.

2. TÖÖANDJA KULUD SEoses TÖÖTAJATE TERVISEGA

2.1. Haigushüvitised

Töövõimetuslehel ehk haiguslehel olemist saab defineerida kui töölt eemalolekut olukorras, kus haiguse tõttu ei suuda inimene oma tööülesandeid täita. Kuigi töövõimetuslehel võib olla ka tulenevalt rasedus- või sünnituspuhkusest, lapsendamispuhkusest või haige lapse eest hoolitsemisest, keskendub autor käesolevas töös konkreetsemalt inimeste haigestumise tagajärjel võetavale töövõimetuslehele. (Aaviksoo 2017)

2.1.1. Ülevaade haigushüvitiste korda reguleerivatest seadustest

Eesti Vabariigi põhiseaduse (PS) järgi on kõigil Eesti kodanikel võrdne õigus oma tervise kaitsele, mille all peetakse silmas riigi abi nii vanaduse, toitjakaotuse, puuduse kui ka töövõimetus korral (PS §28). Täpsemalt reguleerib aga haigushüvitiste määramise ja maksmise korda töötervishoiu ja tööohutuse seadus (TTOS) ning ravikindlustuse seadus (RaKS), millest lähtub hüvitise maksmise otsuse tegemisel ka haigekassa. (Pärg 2014)

Eestis on õigus hüvitist saada kõikidel isikutel, kes on ravikindlustatud kas tööandja kaudu, võlaõigusliku lepingupartneri kaudu, füüsilisest isikust ettevõtjana või juriidilise isiku juhtimis- või kontrollorgani liikmena, ning kellel jääb isikustatud sotsiaalmaksuga maksustatav tulu sellel perioodil saamata. Kui tööl käiv inimene haigestub ning on sunnitud seetõttu töölt puuduma, väljastab arst tema seisundi põhjal selle tõendamiseks elektroonilisel kujul haiguslehe, mille alusel nii tööandja kui ka haigekassa inimesele haigushüvitist maksvad. (Pärg 2014) Töövõimetuslehe lõpetamisel tuleb töötajal esimesel võimalusel teavitada oma tööandjat. Tööandja maksab sellisel juhul haigushüvitise välja palgapäeval või 30 päeva jooksul alates haiguslehe lõpetamise teada saamisest. (TTOS §12) Lisaks alustab tööandja elektroonsele töövõimetuslehele omapoolsete kannete tegemist, mis tuleb haigekassale esitada 90 päeva jooksul peale töötaja haigusehe lõppemist. Peale tööandja poolsete kannete tegemist on haigekassal kohustus töövõimetuslehe hüvitise välja maksta 30 päeva jooksul. (RaKS 2019, §53)

Enne 2009. aasta 1. juulit oli ravikindlustatud isikul haigekassalt õigus haigushüvitist saada alates teisest haiguspäevast. Hüvitise suuruseks oli määratud haiguslehe alguspäevale eelnenud kalendriaasta keskmisest töötasust 80%. (RaKS 2002, §54, §56) Alates 2009. aasta 1. juulist võeti aga vastu täna kehtivad RaKS ning TTOS, millega haiguslehel olemise perioodi saab jagada kolmeks. Esimene periood on päevad, mida ei hüvitata ehk töötaja omavastutusperiood. Seadusemuudatusest tulenevalt on nendeks kolm esimest haiguspäeva. (Masso *et al.* 2015) Alates 2017. aastast said aga tööandjad sotsiaalmaksuseaduse (SMS) muudatusega õiguse jätta töötajale hüvitamata vaid esimene päev ning sotsiaalmaksuvabalt hüvitada haigusrahad juba alates teisest päevast. (SMS §3) Teine periood on päevad neli kuni kaheksa, mille eest maksab hüvitist tööandja ehk tööandja vastutusperiood. Tööandja on kohustatud töötajale hüvitama 70% tema viimase kuue kuu keskmisest töötasust, kuid nagu eelnevalt välja toodud, siis SMS muudatusega on tööandjal võimalus hüvitada ka juba alates teisest kuni kaheksanda päevani ja 100% ulatuses keskmisest töötasust. (Masso *et al.* 2015; TTOS §12) Kolmas periood algab üheksandast päevast ning sellest alates hakkab töötajale haigusrahasid hüvitama haigekassa. Hüvitamise aluseks on haiguslehel märgitud töövabastuse alguspäevale eelnenud kalendriaasta keskmine töötasu, millest hüvitatakse 70%. Isikul on õigus saada haigushüvitist kuni haiguslehel märgitud selle lõppemise päevani, kuid see ei tohi ületada 240 järjestikust kalendripäeva tuberkuloosi puhul või 182 päeva muude haiguste korral. (Masso *et al.* 2015; RaKS 2019, §55-56)

Peale 2009. aastal toimunud reformi on võetud arutlusele ka ettepanekuid haiguslehtede määramise ja haigushüvitise maksmise muutmiseks. 2015. aastal kogus ametiühingute keskliit allkirju petitsioonile taastamiseks haigushüvitise maksmine alates esimesest haiguspäevast. Kokku koguti ligikaudu 25 tuhat allkirja, mis anti koos vastava eelnõuga riigikogule üle. Riigikogu sotsiaalkomisjon sellisel kujul ettepanekut aga ei toetanud. Haigekassa andmeil oleks ettepaneku rakendamine toonud neile kulude kasvu seitsme miljoni euro ulatuses. (Ernits-Kaljuste 2015; Raamatupidamis- ja õigus uudisteveeb ... 2015) Täna, aastal 2020, on arutlusel perearstide ettepanek haigekassale, millega kolmel esimesel haiguspäeval võiksid töötajad jääda koju kokkuleppel oma tööandjaga ning seda ei oleks vaja tõendada haiguslehega. Arstide sõnul ei vaja kergemad ja lühemad haigestumised arstlikku sekkumist ning selline muudatus vähendaks perearstikeskuste koormust. Nii tööandjate kui ka ametiühingute keskliit näevad sellises muudatuses aga mitmeid probleeme alates sellest, et tööandjal puudub kompetents inimese haiguse hindamisel lõpetades haigushüvitise maksmisel tekkida võiva segadusega. (Nael 2020) Kui perearstide ettepanek on täna alles esialgse arutluse etapis, siis 12. märtsil 2020 algatati

koroonaviiruse haiguse COVID-19 välja kuulutatud eriolukorraga seoses ravikindlustuse seaduse muutmise seaduse eelnõu, mis ka menetlusse võeti. Seaduse muutmise eesmärk on tagada nakkushaiguse kahtluse korral inimestele haigushüvitis juba alates esimesest haiguspäevast ning antud kulud kaetaks haigekassa vahenditest. Kindlustatud isikul on nakkushaiguse leviku tõkestamise korral õigus 70%-lisele hüvitisele kuni haiguslehel märgitud töövõime taastumise päevani. (Ravikindlustuse ... SE I seletuskiri) Selline seaduse muudatus on äärmiselt oluline kriitiliste nakkushaiguste leviku tõkestamiseks, et nii nakatunud inimese lähikontaktsetel kui ka riskipiirkondadest tulnutel, kellel kaugtöö tegemise võimalus puudub, oleks karantiinis viibides õigus haigushüvitisele.

2.1.2. Haiguslehel olemisega seotud kulud

Ajutisest töövõimetusel tingituna tekivad kulud nii tööandjale, töötajale endale kui ka riigile. Tööandja kulud töötaja haigestumisel väljenduvad nii otsestes kui ka kaudsetes kuludes ning neid saab üldjoontes jagada kolmeks. Kaks nendest on seotud otseste kuludega, milleks on haigestunud töötaja asendamise kulud ja töötajale makstav haigushüvitis. Haige töötaja asendamisel tekivad ettevõttele kulud nii siis, kui tuleb kutsuda tööle inimene, kes sellel ajal tegelikult tööl viibima ei peaks ning ka siis, kui töö tuleb olemasolevate töötajate vahel ära jagada. Viimase puhul väljub kulu ületundide eest maksmisel. Olenevalt ettevõttest võib aga juhtuda, et töötaja tuleb ajutiselt asendada hoopis inimesega, keda renditakse läbi kolmanda osapoole ehk läbi tööjõurendi firma. Sellisel juhul lisanduvad tööandja kulude hulka veel ka koolituskulud. Kulude suurus võib kõikuda olenevalt ettevõtte tegevusalast ning ka sellest, kas on otsustatud hüvitada töötajale seaduses ette nähtud korras neljas kuni kaheksas päev või juba alates teisest haiguspäevast. Kolmas kulu tööandjale on nõ kaudne kulu ehk haigestunud töötaja puudumisel saamata jäänud tulu. Kui juhtub, et töötajat pole võimalik asendada või võtab uue töötaja koolitamine aega, võib see viia olukorrani, kus tootmise ajad pikenevad või jääb mingi osa toodangust üldse tootmata. (Kallaste *et al.* 2015) Olenevalt töötaja haigusperioodist võib see ettevõttele tuua olulist kahju.

Haigestunud töötaja kuludeks haiguslehel olemise perioodil on peamiselt raviteenuste ja ravimite ostmisega seotud kulud. Samuti võib inimene olenevalt haigusest vajada kas hooldaja teenuseid või tekitab ta kaudselt oma haigestumisega kulusid oma pereliikmetele või lähedastele. Lisaks otseselt makstavatele kuludele on töötajate jaoks aga kõige suurem ja muret tekitavam kaotus töötasus, mida saab nimetada inimese jaoks alternatiivkuluks. See tuleneb kolmest

omavastutuspäevast, mis on täielikult hüvitamata ning samuti sellest, et haigushüvitist makstakse vaid 70% ulatuses töötasust. Kõikide nende kulude suurus sõltub aga sellest, kui pikk on haigusperiood. (Kallaste *et al.* 2015) Tabelist 1 on näha, kui palju kaotab oma palgas Eesti keskmist palka teeniv inimene, kui ta jääb haiguslehele 13-ks päevaks, mis oli haigekassa andmetel 2018. aasta keskmine haiguslehe pikkus (Eesti Haigekassa ... 2018). Eelmise aasta keskmine brutokuupalk oli 1407 eurot (Statistikaameti andmebaas, tabel PA001). Avutuste põhjal selgub, et keskmist palka teeniv inimene kaotab oma töötasus ligikaudu 270 eurot, mis on umbes veerand tema igakuisest sissetulekust. Enim avaldab 23%-line töötasu kaotus mõju aga madalapalgalistele – 600 eurose kuupalgaga 13 päevasel haiguslehel olles tuleb hakkama saada vaid umbes 460 euroga.

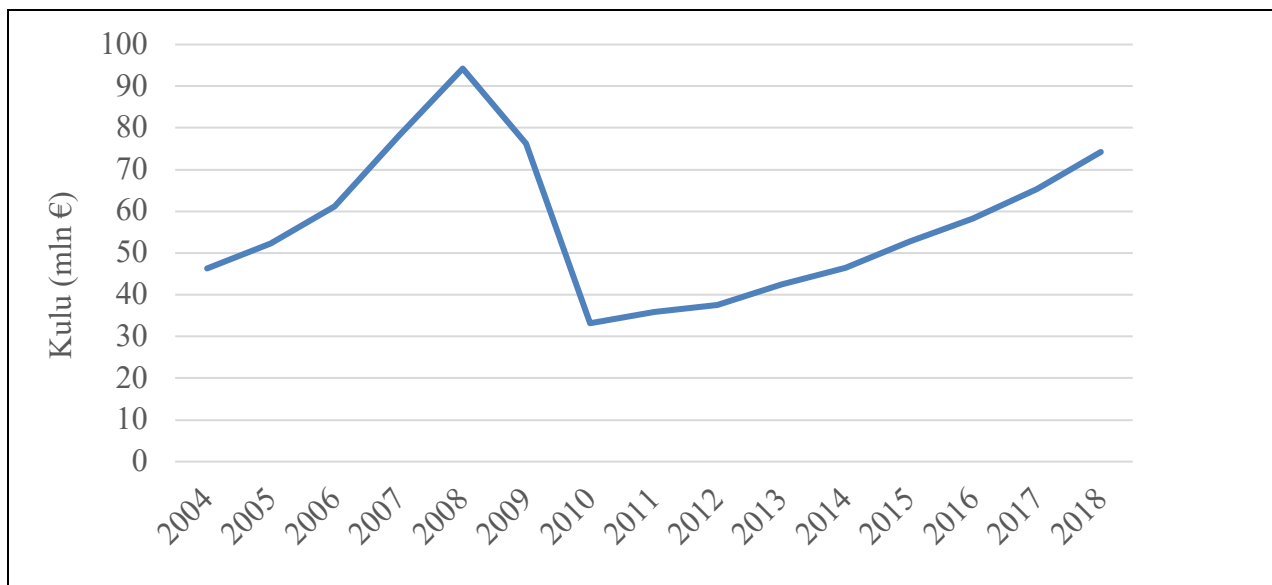
Tabel 1. Töötasu kaotus 13 päevase haigusperioodi korral

Haigusleht perioodil 01.03.2020 – 13.03.2020 (13 päeva)	
Brutopalk (€)	1 407,00
Netopalk (€)	1 162,08
Tööandja poolt makstav haigushüvitis (5 päeva, 70%)	
Viimase 6 kuu keskmine töötasu (€)	8 442,00
Haiguslehe algusele eelnenud 6 kuu kalendripäevade arv	182
Päevatulu (€)	46,38
Haigushüvitis (€)	162,33
Arvutuskäik: päevatulu x päevade arv x 70%	
Tulumaks 20% (€)	32,47
Tööandja poolt makstav haigushüvitis (€)	129,86
Haigekassa poolt makstav haigushüvitis (5 päeva, 70%)	
Eelnenud kalendriaasta keskmine töötasu (€)	16 884,00
Päevatulu (€)	46,26
Arvutuskäik: eelnenud kalendriaasta keskmine töötasu/365	
Haigushüvitis (€)	161,91
Arvutuskäik: päevatulu x päevade arv x 70%	
Tulumaks 20% (€)	32,38
Haigekassa poolt makstav haigushüvitis (€)	129,53
Haigushüvitis kokku (€)	259,39
Netopalk perioodil 14.03.2020 – 31.03.2020 (€)	633,86
MÄRTSI NETOTÖÖTASU KOKKU (€)	893,25
TÖÖTASU KAOTUS (€)	268,83
Arvutuskäik: netopalk – märtsi netotöötasu kokku	
TÖÖTASU KAOTUS (%)	23,13
Arvutuskäik: märtsi netotöötasu kokku/netopalk	

Allikas: autori koostatud

Sellises ulatuses töötasu kaotusega jätavad inimesed aga tihti haiguslehe võtmata ning võimalusel jätkavad tööd kodus või käivad haigena tööl, mis võib viia ka kolleegide haigestumiseni. Selle tagajärjeni ja haiguslehtede arvu vähenemiseni on peamiselt viinud haigushüvitiste reform ning sarnaseid näiteid saab tuua ka teistest Euroopa riikidest. Näiteks Saksamaal vähenes haiguspäevade keskmine arv aastas umbes 5% peale seda, kui töötajad hakkasid hüvitist saama 100% asemel 80% oma palgast. Samuti on selgunud Rootsis läbi viidud uuringust, et mida suuremad on haiguse tõttu töölt puudumise kulud töötajale, seda vähem on töölt puudunud päevi. (Ziebarth, Karlsson 2009; Johansson, Palme 2002) Eesti Haigekassa andmetel oli 2010. aasta haiguspäevade arv võrreldes reformieelse 2008. aastaga pea kolm korda väiksem. Kui 2008. aastal oli haiguspäevade arv kõrgeimal tasemel 6,4 miljoni päevaga, siis 2010. aastal langes see 2,3 miljonile päevale. (Lisa 1) See on aga viimasel ajal viinud üha rohkem tähelepanu haigena tööl käimisele. Uuringud Taanis, Norras, Rootsis ja Hollandis on näidanud, et 60%–70% töötajatest on tunnistanud haigena tööl käimist. Korraliku raviperioodi puudumine ja haigena tööl käimine põhjustavad aeglasemat töötamist ja töökvaliteedi halvenemist ning võivad viia pikas perspektiivis tervise halvenemiseni või tõsisemate haiguste korral ka erinevate tüsistusteni. (Johansen 2019)

Haiguse tõttu töölt puudumine on suur tervise ja sotsiaal–majanduslik probleem ka riigile ning seda eriti seal, kus haigushüvitisi makstakse suures mahus ja liiga kergekäeliselt. Näiteks Hollandis, Poolas, Norras, Taanis ja Soomes makstakse haigushüvitisi juba alates esimesest haiguspäevast ning Hollandis on hüvituse määraks 100% keskmisest töötasust. (Aaviksoo 2017) Liiga suuremeelne ravikindlustussüsteem ja ka majanduskasv on aga suures osas Euroopa riikides läbi aastate haigushüvitiste kulusid aina kasvatanud, sotsiaalkindlustussüsteem on üle koormatud ning töötajad kuritarvitavad haiguspäevi, mille tõttu aktiivne osalemine tööturul aina väheneb (Tolonen *et al.* 2017). Joonisel 1 on näha haigekassa poolt makstud haigushüvitiste kulusid aastatel 2004–2018. 2004. kuni 2008. aastani tõusis koos kiire majanduskasvuga haigushüvitiste kulu üle 2 korra. Suur kulude langus aastal 2010 näitab aga hästi, kuidas mõjus 2009. aastal läbi viidud reform Eesti Haigekassa kuludele. Kui 2008. aastal olid kulud 94 miljonit eurot, siis reformile järgnenud 2010. aastal langesid need pea kahe kolmandiku võrra 33 miljonile eurole.



Joonis 1. Haigekassa poolt makstud haigushüvitiste kulud aastatel 2004–2018

Allikas: Eesti Haigekassa ... 2019, autori koostatud

Lisaks makstavatele haigushüvitistele kaotab riik inimese haigusperioodi ajal ka maksutulust, mida võib pidada haigushüvitiste kõrval teiseks kulu tekkimise allikaks. Täpsemalt jääb riigil saamata tööjõutasu pealt saadav maksutulu, mis töötaja haiguslehel oleku perioodil ei laeku. (Paloots 2016) Samuti kaasnevad riigile kulud ka ravimiteenuste, soodusravimite ning muude toetuste ja teenuste eest tasumisel. (Kallaste *et al.* 2015)

Haiguslehel olles töölt puudumine on üks suurimaid majandust mõjutavatest teguritest. Kaotsi lähevad töötatud päevad, haigusleht maksab nii tööandjale, riigile kui ka inimesele endile ning ka tööjõu tootlikkus langeb. (Andersen 2010) Kõik need on aga majanduse lahutamatu osa. Seega on tänasel päeval oluline küsimus, kuidas kujundada sellist töövõimetuspoliitikat, kus oleks tasakaalus haiguspäevade arv ja nendega seotud kulud. 2009. aastal läbi viidud reformiga võeti vaatluse alla just kulud ning selle eesmärgiks oli haigekassa rahalise jätkusuutlikkuse tagamine. Lisaks sooviti reformiga distsiplineerida ka töötajate haiguskäitumist. Statistika järgi täitis reform mõlemad eesmärgid – nii haiguspäevade arv kui ka kulud vähenesid. Kuigi antud muudatuse suhtes on palju eriarvamusi ning kriitilised ollakse enim just kolme hüvitamata päeva ehk omavastutusperioodi osas, siis selle lühendamisel võib olla ka negatiivseid aspekte. Haigekassa on oma arvutustes välja toonud, et kui kolme päeva pikkune omavastutusperiood muutuks tasustatuks, lisanduks hüvitamisele täiendavalt 920 000 haiguspäeva, mis 2019. aasta haiguspäeva keskmise hüvitussumma alusel tooks kaasa 20 miljoni euro suuruse kulude kasvu (Pärli 2020). Lisaks võib perioodi lühendamine või selle tasustatuks muutmise kaasa tuua nende

haiguslehtede kasvu, mis reaalsuses pole põhjendatud ehk on võetud lihtsalt seetõttu, et inimene kas ei taha või ei viitsi tööle minna, mis võib viia selleni, et tööandjal tuleb teha üha tihemini erinevaid ümberkorraldusi puuduva töötaja asendamiseks. Seega lisaks kulude kontrolli all hoidmisele tuleb tähelepanu pöörata ka haiguspäevade optimaalsele kasutamisele ja sellele, et neid ei kuritarvitataks.

2.2. Töötervishoiu ja terviseedenduse kulud

Inimesed veedavad suure osa oma ajast tööl ning on oluline, et sealne keskkond pakuks neile turvatunnet ning parimaid võimalusi enese arendamiseks. Selleks peab töökeskkond vastama seadustele ning tööandja poolt peab olema tagatud kõik vajalik töö tegemiseks. (Joamets, Luukas 2016) Töötajate tööohutust ja -tervishoidu ning selle korraldamist konkreetsemalt reguleerib TTOS ning sellest tulenevalt peab tööandja tegema kulutusi, et tagada töötajatele ohutu töökeskkond, heaolu ning tervis. Lisaks sätestab tulumaksuseadus (TuMS), et kõik need töötervishoiukulud on maksuvabad, mis on seotud ettevõtlusega. Kuigi seadusest tulenevad kulud on tööandjale maksuvabad, võib siiski teatud olukordades tekkida tööandjal maksukohustus. Seda juhul, kui ta teeb täiendavaid kulutusi, mis ei ole kohustuslikud ehk pakub töötajatele rahaliselt hinnatavat täiendavat hüve. Sellisel juhul käsitletakse neid kulusid erisoodustusena ning need kuuluvad maksustamisele nii tulu- kui ka sotsiaalmaksuga. (Töötervishoid ... 2020)

2.2.1. Töötervishoiukulud

TTOS §1 alusel on tööandjal kohustus teha töökeskkonna tarbeks kulutusi nii töölepingu alusel töötavatele isikutele ja ametnikele kui ka õpilaste ja üliõpilaste tööle nende õppepraktikal. Seda loetakse ettevõtlusega seotud kuluks ehk TuMS kohaselt kuluks, mis peab olema tehtud maksustamisele kuuluva ettevõtlustulu saamise eesmärgil või on vajalik või kohane sellise ettevõtluse säilitamiseks või arendamiseks ning kulu seos ettevõtlusega on selgelt põhjendatud või tuleneb TTOS-st. Selleks aga, et maksuhalduril oleks õigus käsitleda tehtud kulutusi ettevõtlusega seotud ehk kohustuslikeks kuludeks, peab tööandja olema täitnud kolme tingimust. Esimene neist on kirjalikult vormistatud riskianalüüs, kus on välja toodud töökeskkonnas esinevad ohuolukorrad, -tegurid ning ohustatud töötajad. Samuti hinnatakse seal riski suurust ning selle esinemise tõenäosust. Teiseks peab olema vormistatud tegevuskava, mis sisaldab

töötingimuste parandamiseks ja tervisekahjustuste vältimiseks rakendatavaid meetmeid, et töötajatel säiliks töövõime ning viimaseks peab olema sisse seatud sisekontroll, millega tehakse jooksvalt kindlaks meetmete piisavus, erinevad muudatused töökeskkonnas ning vajadus täiendavaks riskianalüüsiks või tervisekontrolli läbiviimiseks. Seega eelnevalt välja toodud tegevustega ja nendest tulenevate meetmete rakendamisega seotud kulud on ettevõtlusega seotud ning need ei kuulu maksustamisele kui erisoodustus või ettevõtlusega mitteseotud kulu. (*Ibid.*)

Juhul kui tööandja tehtud kulutused ei ole seotud eelpool tooduga ning tulenevalt töötajate töö iseloomust ei ole tööandja olnud kohustatud neid kulutusi tegema, loetakse need erisoodustuseks. Kui kulu pole aga seotud töötajale hüve andmisega, siis võib see olla ettevõtlusega mitteseotud kulu. Peamised valdkonnad, kus võib teadmatusel tekkida maksukohustus ning mille Kutsehaiguste ja Töötervishoiu Keskus ning Maksu- ja Tolliamet on välja toonud, on esmaabivahendid ja ravimid, vaksineerimine, prillid, töötervishoiuarsti soovitusel, tööriided ning tööolme ja joogivesi. Näiteks kui mõistlike kuludega esmaabi ja mõistlikus koguses esmaabivahendite kättesaadavus töökohal peab tööandja poolt olema tagatud, siis ravimite soetamist selle hulka ei loeta. Seega, kui tööandja soetab oma töötajatele ravimeid ja see ei tulene konkreetsetest õigusaktidest, siis tuleb tal arvestada maksukohustusega. Maksurisk võib tekkida ka juhul, kui vaksineeritakse töötajaid, kuid nende töökeskkond ei ole riskianalüüsist tulenevalt mõjutatud konkreetsest bioloogilisest ohutegurist, mille vastu vaktsiini tehakse. Lisaks on erisoodustusega tegemist ka siis, kui tööandja võimaldab töötajatele peale joogivee (nii looduslik mineraalvesi kui ka gaseeritud vesi) maitsestatud vett või kohvi ning muid kuumasid jooke. (*Ibid.*)

2.2.2. Tervise- ja spordikulud

Kui eelnev alapeatükk tõi välja, et tööandjale on maksuvabad vaid need töötervishoiu kulud, mis tulenevad seadusest ja on seotud ettevõtlusega, siis 2018. aastast tehti TuMS muudatus, millega muutus tervise- ja spordikulude maksustamine. Nimelt ei maksustata erisoodustusena 100 euro ulatuses töötaja kohta kvartalis tehtavaid tervise edendamise kulutusi, kui tööandja võimaldab seda kõikidele oma töötajatele. Esimeseks tingimuseks teha kulutusi erisoodustust maksmata ongi nõudmine, et hüve pakutakse kõigile töötajatele, ka nendel, kes on lapsehoolduspuhkusel. Samuti peab olema kompensatsiooni summa kõigile töötajatele võrdne. Lisaks on TuMS sätestanud järgneva loetelu maksuvabalt kompenseeritavatest kulutustest (TuMS §48; Maksusoodustus ... 2020):

- 1) Avaliku rahvaspordiürituse osavõtutasu ehk selliste spordiürituste osavõtutasu, kuhu on võimalik minna kõikidel huvilistel olenemata tööandjast. Sellised üritused on näiteks erinevad avalikud jooksu- ja rattamaratonid, triatlonid ja ka orienteerumised ning maksuvabalt on lubatud kompenseerida vaid osavõtutasu, mitte üritusega kaasnevad lisatasud.
- 2) Sportimis- või liikumispäiga regulaarse kasutamisega otseselt seotud kulud. Nende alla kuuluvad erinevad avalikud ja ka ettevõttesisesed spordiklubid nagu näiteks staadionid, väljakud, saalid ja võimlad kui ka terviserajad ja rohealad. Maksuvabad on vaid regulaarselt kasutatavad paigad, mistõttu lühiajalisele rendile ettevõtte spordipäeva jaoks maksuvabastus ei laiene.
- 3) Tööandja olemasolevate spordirajatiste ülalpidamiseks tehtud kulutused. Nendena käsitatakse spordirajatiste nagu näiteks staadionite, spordiväljakute, liuväljade ja golfväljakute ülalpidamisega seotud kulutusi, mille alla kuuluvad nii ruumi kui ka seadmete remont, koristamine ja kommunaalkulud.
- 4) Tervishoiutöötajate riiklikusse registrisse kantud või vastavat kutsetunnistust omava taastusrsti, füsioterapeudi, tegevusterapeudi, kliinilise logopeedi või kliinilise psühholoogi teenuste kulud. Selliste kulutuste puhul on maksusoodustuse saamise põhiline eeldus see, et teenuse osutaja on kantud tervishoiutöötajate riiklikkuse registrisse või omab vastavat kutsetunnistust, mis on registreeritud kutseregistris. Vastasel juhul maksusoodustus ei kehti.
- 5) Ravikindlustuslepingu kindlustusmaks ehk eraravikindlustus. Selle kulu kompenseerimine on vajalik sellistele töötajatele, kellel puudub riiklik haigekassa ravikindlustus või ka neile, kellel mingil põhjusel on vajalik ravi saamine välisriigis.

Välja toodud loetelu on lõplik ning kõik teenused, mida tööandja soovib oma töötajatele maksuvabalt hüvitada peavad antud nõuetele vastama ning olema isikupõhiselt arvestatud. Vastasel juhul need erisoodustusmaksuvabalt kompenseerimisele ei kuulu. Küll aga saab tööandja ise otsustada, millises summas (kuni 100€ kvartalis) ning milliseid nendest viiest teenusest ta oma töötajatele võimaldab. Kalendriaasta jooksul hüvitatud maksuvabad terviseedendamise kulud deklareerib tööandja vormi INF 14 kolmandas osas ning piirmäära ületav osa tuleb deklareerida TSD lisa 4 koodil 4120, millelt arvutatakse erisoodustuse hind.

Töötervishoiukulude kontrollimisel lähtub maksuhaldur maksukorralduse seadusest ning TTOS-i täitmise kontroll ei kuulu tema pädevusse. (Töötervishoid ... 2020) Seetõttu peaksid tööandjad

olema seadusandlusega hästi kursis ja teadma, millised dokumendid on neile vajalikud, et tööohutuse ja -tervishoiuga seotud kulude vajalikkust maksuhaldurile kergemalt põhjendada. Riskianalüüsi või tegevuskava olemasolu üksi ei tekita ega vabasta maksukohustusest, vaid vaadatakse kulutuste sisulist poolt. Seega ka siis, kui tööandja on toonud riskianalüüsis mingid kulutused välja, kuid maksuhaldur ei suuda neid reaalsuses tema ettevõtlusega või töötajate töö iseloomuga seostada, ei loeta neid ettevõtlusega seotud kuludeks ning tekib maksukohustus. Sama kehtib ka vastupidi – kui riskianalüüsis pole konkreetset kulutust välja toodud, kuid tööandja suudab põhjendada maksuhaldurile selle vajalikkust, siis maksukohustust ei teki. Lisaks TTOS-st tulenevatele kohustuslikele kulutustele, mida tööandja oma töötajatega seoses tegema peab, tuleneb seadusest ka nõue tegeleda tööohutuse ennetustegevusega. Üheks odavamaks võimaluseks peetaksegi just 2018. aastal erisoodustusest vabastatud terviseedendamise kulusid. Seetõttu on kõigil ettevõtetel soovituslik oma töötajate tervise edendamist toetada ning paljud Eesti ettevõtted ka kasutavad seda täpselt oma soovi ning võimaluste piires.

3. HAIGUSHÜVITISTE REFORMI JA MAKSUSTAMISE MÕJU TÖÖTAJATE TERVISEGA SEOTUD KULUDELE

3.1. Ettevõtte tutvustus

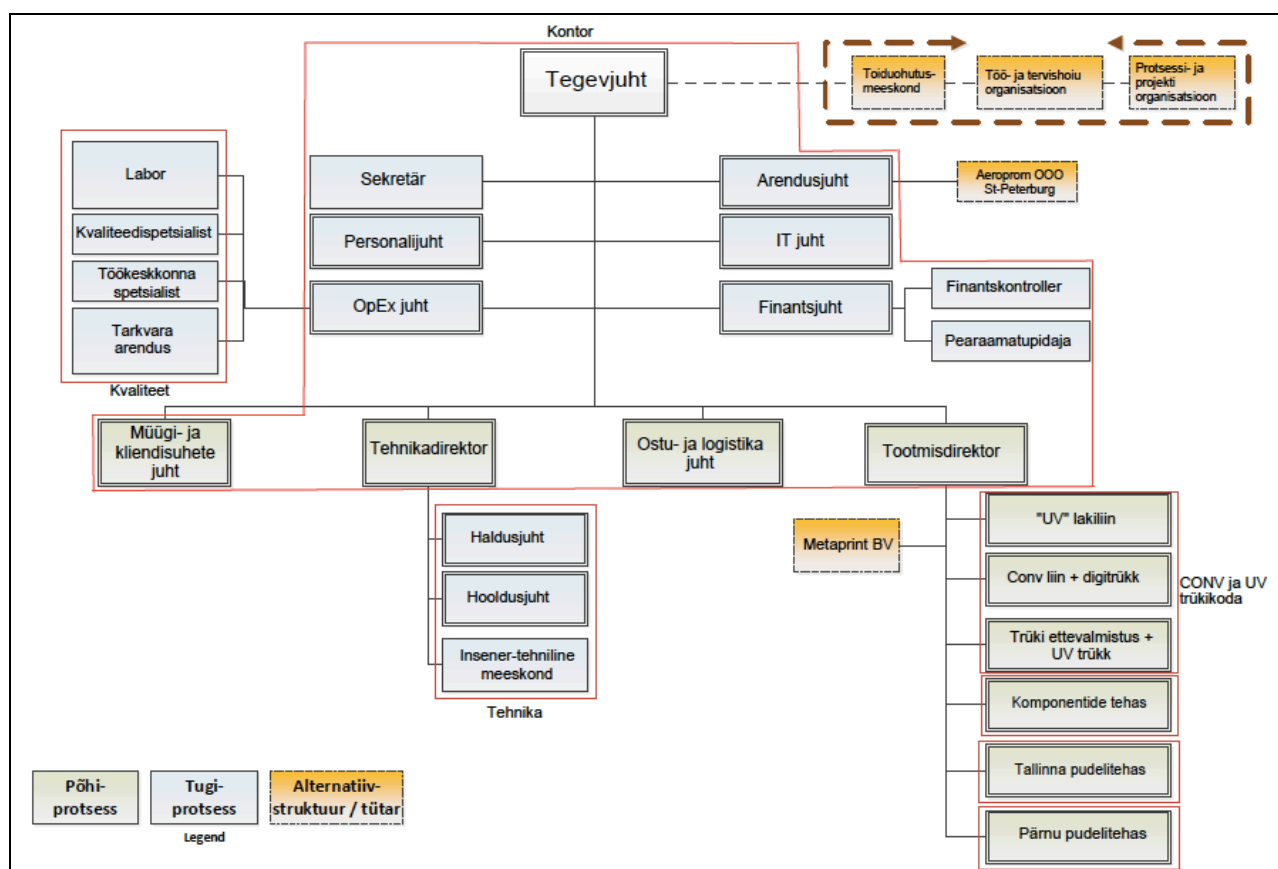
Metaprint AS on Eesti kapitalil põhinev tööstusettevõtete grupp, mille juured ulatuvad aastasse 1891, kui tootmist alustati Paldiskis. Ettevõtte on välja kujunenud Norma AS-st ning iseseisva juriidilise isikuna tegutseb alates 1995. aastast. Toodetakse dekoreeritud metallpakendeid ning tänasel päeval on Metaprinti põhitegevuseks trükitud kolmeosaliste aerosoolpudelite ja selle komponentide valmistamine, mille tootmisega alustati 2003. aastal. Lisaks pakutakse pleki kõrgekvaliteedilist trükiteenust ja lakkimist teistele metallpakendi tootjatele. Kuna aerosoolpudeli näol on tegemist pakendiliigiga, mis leiab rakendust väga erinevates valdkondades on ka Metaprinti kliendibaas väga lai, alustades kosmeetika ja tehniliste toodete tootjatest lõpetades ehitus- ja toiduainetööstusega. (Metaprint ... 2020)

Metaprint AS on tänu tootmisprotsesside standardiseerimisele suutnud tagada jätkusuutliku kasvu. Kuigi 2018. aasta oli ettevõtte jaoks kehv ning nõudlus langes enamikel turgudel, kus tegutsetakse, suudeti siiski müügitulu võrreldes 2017. aastaga suurendada 8,7%. 2018. aasta müügitulu ulatus 59,7 miljoni euroni. Tulenevalt sisendite kallinemisest suurenesid aga tootmiskulud 14,4%, mis viis aasta lõpuks siiski puhaskasumi vähenemiseni 8,9 miljoni euroni ehk 16,8%. Kuigi müügitulu ja kasumi eesmärgid jäid 2018. aastal täitmata, suudeti siiski investeerida Hollandi tehases tootmise käivitamiseks peaaegu 10 miljonit eurot. Arvestades seda, et suur osa ettevõtte toodangust eksporditakse Euroopa Liidu (EL) riikidesse on selline investeering logistiliselt hea. Nimelt moodustas müügitulust 62% müük Eestist välja teistesse EL-i riikidesse ning 21% Eestisse. Ülejäänud 17% eksporditakse väljapoole EL-i riike, kus põhiline turg on Venemaa. (Metaprint ... 2018)

Metaprinti töö põhineb viiel põhiväärtusel: klientidele orienteeritus, vastutus, keskkonnasäästlikkus, jätkusuutlikkus ja pidev parendamine. Tänapäevases maailmas on just

keskkonnasäästlikkus nende üks olulisemaid väärtuseid. Täidetakse kehtivaid keskkonnanõudeid ning tooraine ja energia optimaalse kasutusega välditakse saastamist. Lisaks on ettevõttes sisse seatud süsteem sorteerimisele ja taaskasutusele, mille abil on viidud jäätmete hulk miinimumini. Ettevõtte juhtimissüsteem on sertifitseeritud vastavalt erinevatele ISO standarditele. (*Ibid.*)

Ettevõtte tootmisüksused asuvad Eestis nii Tallinnas kui ka Pärnus. Aastal 2013 laienes tootmine ka Venemaale, Peterburgi ning 2017. aastal avati tehas Hollandis. Tootmishoonetele lisaks on ka kaks logistikakeskust, üks Tallinnas ja teine Pärnus. Kokku kuulub Metaprinti meeskonda üle 300 töötaja, kellest Eestis töötab 2019 aasta lõpu seisuga 225. (*Ibid.*) Ettevõtte põhiprotsesse katavad 4 osakonda: müügi- ja kliendisuhete osakond, tehnikaosakond, ostu- ja logistikaosakond ning tootmisosakond. Tootmisosakond jaguneb veel omakorda kuueks väiksemaks osakonnaks. Joonisel 2 on välja toodud täpsem ettevõtte struktuur. Sarnaselt sellisele struktuurile on jaotatud töötajad erinevateks osakondadeks ettevõtte raamatupidamises. Need on märgitud struktuuril punaste piirjoontega ning sellel põhineb ka käesoleva töö haiguslehtede ja nende hüvitamise analüüs.



Joonis 2. Metaprint AS struktuur

Allikas: Ettevõtte dokument „Metaprint AS struktuur“, autori modifikatsioonidega

3.2. Uuringu metoodika

Käesoleva magistritöö eesmärk oli selgitada välja, millised on olnud 2009. aasta haigushüvitiste reformijärgsed mõjud ettevõttele Metaprint AS ja selle töötajatele. Samuti oli eesmärk teada saada, kui suuri kulusid tegelikkuses kannab tööandja seoses töötajate tervisega ja milline on olnud maksustamise mõju hüvede pakkumisele. Eesmärgi saavutamiseks viis autor läbi kvantitatiivse uuringu, tehes ettevõtte põhjal nn *case study*. Kvantitatiivse uuringu meetodina kasutati andmestiku analüüsi, milles vajaminevate andmete saamiseks võeti ühendust ettevõtte raamatupidajaga, kes oli nõus andmeid edastama. Autorile edastati analüüsimise eesmärgil nimekiri ettevõtte osakondadest, töötajate nimekiri koos nende ameti ja vanusega, haiguslehtede arv ja nendega seotud kulud ning ka töötervishoiu kulud ja muud töötajate tervise edendamiseks tehtavad kulutused ajavahemikul 2009–2019. Autor kasutab töö korrektsuse ja ettevõtte jaoks arusaadavuse tagamiseks osakondade ja ametite nimetusi nii, nagu need ettevõtte enda raamatupidamises on kajastatud. Kokkuleppel ei lubatud avalikustada ega edastada andmebaasis olevate töötajate nimesid. Muid täiendavaid piiranguid andmete avalikustamiseks ettevõtte autorile ette ei näinud.

Haigushüvitiste reformijärgsete mõjude analüüsimiseks koondas autor kõik vajaminevad andmed MS Excelisse üheks suureks andmebaasiks. Haiguslehtede ja nende kuludega seotud algandmed sorteeriti ja koostati aastate kohta eraldi tabelid, et saaks parema ülevaate igal aastal võetud haiguslehtedest, haiguslehe keskmisest pikkusest ja ettevõtte poolt hüvitatud kuludest. Ettevõtlusega seotud töötervishoiukulud ning nii maksustatud kui ka maksuvabad töötajate tervise edendamiseks tehtud kulutused koondati samuti Exceli tabelisse ning sorteeriti aastate lõikes, et saada ülevaade igal aastal tehtud kulutustest 11 aastase perioodi vältel. Algandmed muutmata kujul (v.a töötajate nimede eemaldamine) on kättesaadavad Google Docs keskkonnas (Algandmebaas ... 2020).

Lisaks ettevõtte poolt edastatud andmetele esitas autor teabenõude ka Maksu- ja Tolliametile, et saada infot vormil INF 14 deklareeritud tervise edendamisega seotud kulude kohta. Samuti küsiti võrdlusandmeid TSD lisa 4 koodi 4120 alt, et teada saada, kui palju on olnud tervise edendamisega seotud maksustatud summad läbi aastate. Deklaratsioonilt INF 14 edastas Maksu- ja Tolliamet tervise edendamise kulude katmise andmed alates aastast 2018, kui seda seoses tervise- ja spordikulude maksuvabaks muutumisega deklareerima hakati. TSD lisa 4 koodi 4120

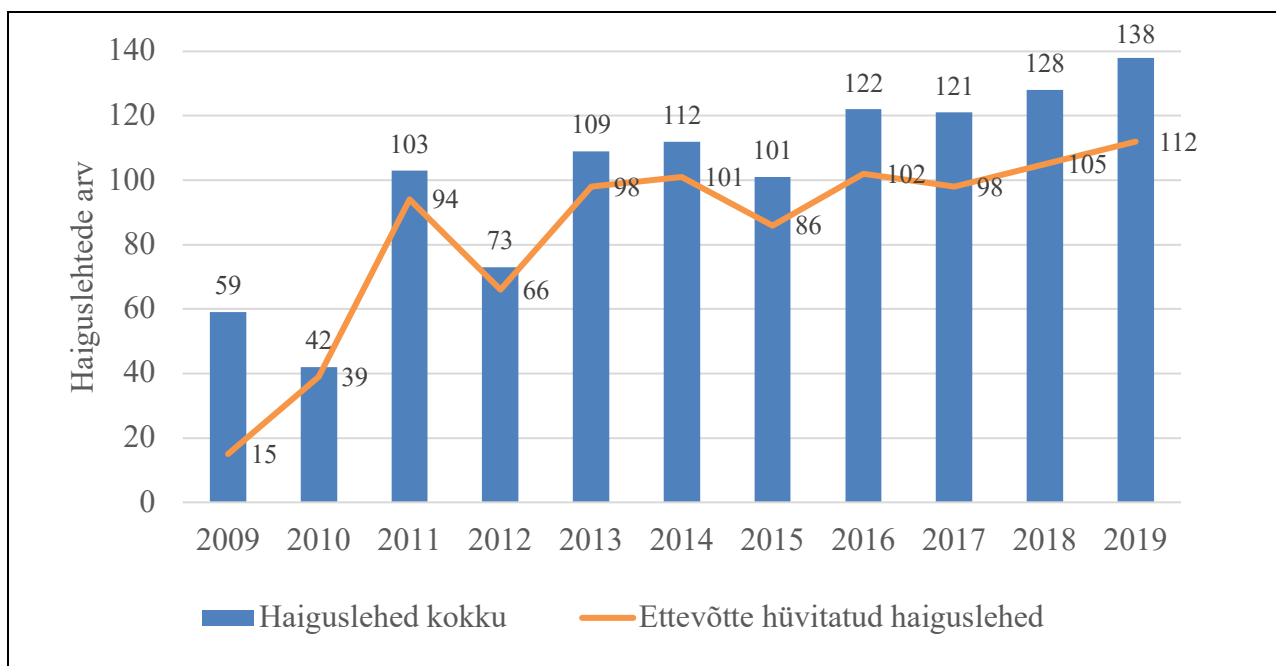
info on kättesaadav alates aastast 2015, sest seda varasemalt ei deklareeritud. Saadud andmed on esitatud lisas 2.

3.3. Tulemuste analüüs ja järeldused

3.3.1. Haiguslehtede ja -hüvitiste analüüs ning mõju ettevõttele

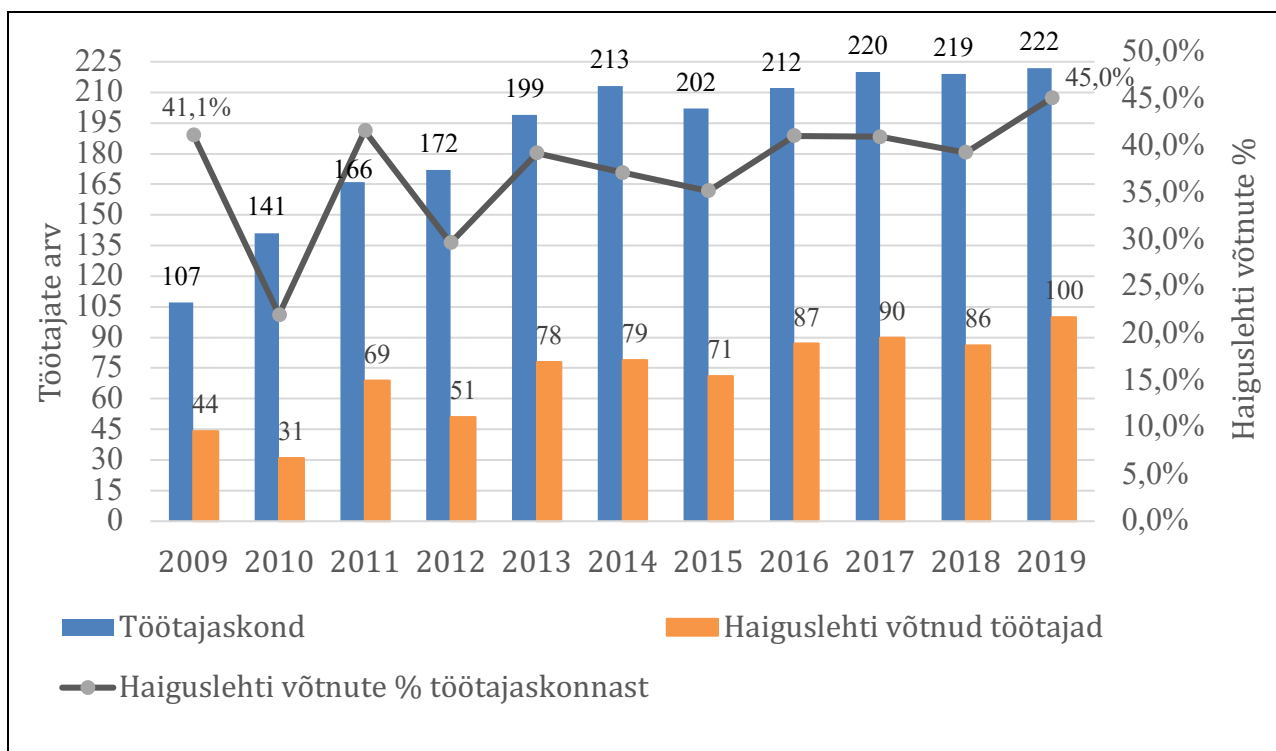
Kui veel 2009. aasta esimeses pooles Metaprint AS oma töötajatele haigushüvitisi ei maksnud, siis seadusest tulenevalt hakkas ettevõtte 2009. aasta 1. juulist hüvitama oma töötajatele haigusperioodi neljandast kuni kaheksanda päevani 70% nende viimase kuue kuu keskmisest töötasust. 2009–2019 aastatel on toimunud ettevõttes ka töötajate juurdekasv 107,5%. Seega töötajaid, kellele potentsiaalselt haigushüvitist maksta tuleb, on juurde tulnud üle kahe korra.

Analüüsidest haiguslehtede andmeid selgus, et aastatel 2009–2019 on võetud haiguslehtede arv järk järgult suurenenud. Jooniselt 3 on näha, et kui 2009. aastal võeti kokku 59 haiguslehte, siis 2013. aastal juba 109 ning aastaks 2019 oli võetud haiguslehtede arv kasvanud 138-ni. Ühe erandina võib välja tuua 2010. aastal toimunud haiguslehtede arvu languse 28,8%. Selle üheks põhjuseks võib autori arvates olla 2009. aasta haigushüvitiste reform, mis inimesi ehmatada võis, ning millest tulenevalt töötajad haiguslehti enam võtta ei julgenud. Suurt rolli mängis ka üldine majanduskriis, mille tõttu töötajate palkasid kärbiti. Seda rohkem vajasid nad stabiilset ja võimalikult suurt sissetulekut ning haiguslehele jäämist üritati pigem vältida. Numbrite põhjal on aga näha, et aastatega majanduse olukord paranes, harjuti ka uue haigushüvitiste maksmise korraga ning tõusutrend haiguslehtede võtmisel jätkus. Analüüsi käigus selgus veel, et nende haiguslehtede osakaal, mis on kestnud üle kolme päeva ehk kus ettevõtte on pidanud töötajale teatud osa nende haiguspäevadest hüvitama, on kogu haiguslehtedest keskmiselt 86%. 11 aasta jooksul on võetud 1108 haiguslehte, millest ettevõtte on hüvitanud vähemalt ühe päeva 916 haiguslehe puhul. Ettevõtte poolt hüvitatavate haiguslehtede osakaal on seega suhteliselt suur, mis viitab sellele, et 1–3 päevaste külmetushaiguste korral ei võta paljud inimesed haiguslehte. Selle asemel proovitakse ennast ravida paralleelselt tööl käimisega, et mitte oma palgast kolme päeva tasu täielikult kaotada. See võib viia aga ka põhjuseni, miks aastatega haiguslehtede arv aina suurenenud on. Haigena tööl käivad inimesed nakatavad nii tootmises kui ka avatud kontorites töötades paljusid teisi, kellest nõrgema immuunsüsteemiga võivad tõsisemalt haigeks jääda ning vajavad enda terveks ravimiseks haiguslehte.



Joonis 3. Võetud haiguslehed ja ettevõtte poolt hüvitatud haiguslehed aastatel 2009–2019
Allikas: Algammebaas ... 2020, autori koostatud

Lisaks sellele, et haiguslehtede arv on suurenenud, on tõusutrendis ka töötajate arv, kes haiguslehti on võtnud. Nimelt jooniselt 4 on näha, et see on 11 aasta jooksul suurenenud 44-lt töötajalt 100 töötajani ehk 2,3 kordseks ja kuigi võiks arvata, et suurenemine on põhjustatud sellest, et aastatega on ka töötajate arv suurenenud, siis andmeid analüüsisid see ainult sellest põhjustatud pole. Kui 2009. aastal töötas Metaprintis kokku 107 töötajat, siis vahepealsete tõusude ja väiksemate langustega on töötajate hulk 2019. aastaks kasvanud 222-ni. Siiski on jooniselt 4 näha, et ka haiguslehti võtnud töötajate osatähtsus kogu töötajatest on võrreldes 2009. aasta 41,1%-ga suurenenud, ulatudes 2019. aastal 45%-ni. Keskmiselt on 11 aasta jooksul võtnud haiguslehti 37,5% ettevõtte töötajatest. Haiguslehti võtnud töötajate arvu suurenevas trendis saab aga erandina välja tuua jälle 2010. aasta. Lisaks sellele, et sel aastal vähenes haiguslehtede arv, vähenes samal põhjusel ka neid võtnud töötajate arv 29,5%. Kogu töötajatest moodustasid haiguslehti võtnud töötajad 2010. aastal vaid 22%.



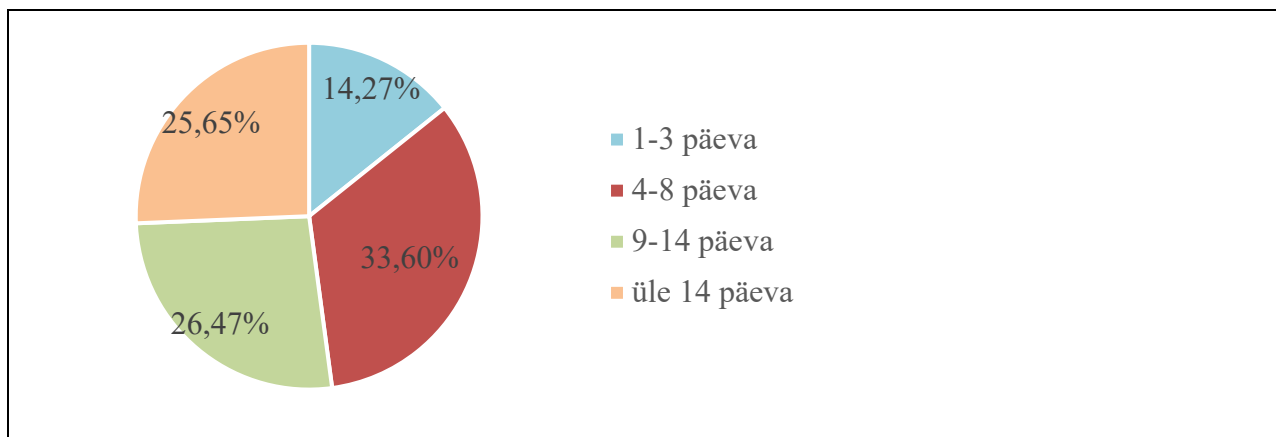
Joonis 4. Haiguslehti võtnud töötajate arv kogu töötajatest aastatel 2009–2019

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Lisas 3 on välja toodud haiguslehti võtnud töötajate erinevused vastavalt nende soole, vanusele ja sellele, kus osakonnas nad töötavad. Kuna tegemist on tootmisettevõttega, moodustavad töötajatest 71% meessoost isikud. Seetõttu on ka haiguslehti võtnud töötajatest 68,5% mehed ning vaid 31,5% naised. Vanusegrupe analüüsid jaotas autor töötajad nelja gruppi vastavalt sellele, kui suure tõenäosusega inimesed võivad haigestuda. Kõige rohkem haiguslehti on läbi 11 aasta võtnud töötajad vanuses 30–44. See on vanus, kus paljudel inimestel on juba lapsed, kes käivad kas lasteaias või koolis, kus on suur võimalus mõni viirushaigus koju tuua ning ka vanemaid nakatada, mistõttu on neil vaja jääda haiguslehele. 32,2% haiguslehte võtjatest on vanuses 45–64. Seda seetõttu, et vanuse tõustes on suur tõenäosus, et erinevad haigused kulgevad aeglasemalt ja raskemalt. Vähem on haiguslehti võetud noorte, 18–29 aastaste seas, mis oli ka autori arvates vanusegrupp, kus inimesi haigestub vähem ning ravi möödub kiirelt. Lisast 3 on näha, et ettevõtte on analüüsitavas ajavahemikus oma osakondasid muutnud. Perioodil 2009–2014 kehtisid ettevõttes nimekirja esimesed 6 osakonda ning teine pool nimekirjast kehtib alates 2015. aastast tänaseni. Erandiks on Libatse kompleks, mis tänase seisuga ettevõttele enam ei kuulu. 2009. kuni 2014. aastani on andmetest selgelt näha, kuidas kõige rohkem haiguslehti võtnud töötajatest ehk kuue aasta peale keskmiselt 40,9% on tootmistöölised. Neile järgnevad 32,4%-ga muu personali nime all töötavad inimesed, kelle hulka tegelikult kuuluvad nii laadijad,

pakkijad kui ka liinioperaatorid ehk üldiselt samuti nõ sinikraed ehk tootmistöölised. Kõige vähem on haiguslehti võtnud Pärnus töötavad ametnikud ehk kontoritöötajad. Alates 2015. aastast on osakondade arv küll suurenenud, kuid haiguslehti võtnud töötajate statistika suhteliselt sarnane. Kõigist osakondadest võtavad haiguslehti enim tootmisega seotud osakondades nagu Pärnu ja Tallina pudelitehases, komponentide tehases ja CONV ja UV trükikojas töötavad inimesed. 5 aastaga on kõigist haiguslehti võtnud töötajatest 81,9% olnud just nendest osakondadest. Seda seetõttu, et tootmistöölistel pole võimalust oma tööd kaugtööna teha. 8,2% töötajatest, kes haiguslehti on võtnud töötavad tehnikaosakonnas. Kuna seal töötab palju inimesi ametialadel nagu mehaanikud, elektrikud, lukksepad ja hooldustehnikud, pole ka neil võimalus oma tööd kodukontoris teha, mistõttu on ka kergema haiguse puhul haiguslehe võtmine selles osakonnas hädavajalik. Kõige vähem on võtnud haiguslehti ostu- ja logistikaosakonna ning kvaliteediosakonna töötajad ning kontoritöötajad. See oli oodatav tulemus ka ettevõtte raamatupidaja hinnangu järgi, kelle sõnul kontoris töötavad inimesed haiguslehti pigem ei võta ning töötavad võimalusel kodust.

Haiguslehtede kestust täpsemalt analüüsid koondas autor kogu 11 aasta jooksul võetud haiguslehed perioodide alusel nelja erinevasse gruppi. Esimene grupp koondas 1–3 päeva pikkused haiguslehed ehk need, mida töötajatele ei hüvitata, teise grupi moodustasid 4–8 päevased, mille puhul on ettevõttel kohustus hüvitist maksta, kolmandaks 9–14 päeva pikkused, kus töötajale hakkab haigushüvitist maksma juba haigekassa ning viimane grupp üle 14 päeva pikkused haiguslehed ehk autori arvates juba tõsisemad, pikemat ravi nõudvate haiguste puhul võetavad haiguslehed. Tulemustest jooniselt 5 nähtub, et kõige rohkem on läbi aastate võetud 4–8 päevaseid haiguslehti. See on enamasti aeg, millega jõuab ravida tavalisi kevadeti ja sügiseti kimbutavaid külmetus- ja viirushaiguseid. 9–14 päevaseid ja üle 14 päevaseid haiguslehti on võetud pea sama palju – arvuliselt vastavalt 293 ja 284 tükki. Üllatavaks osutus aga asjaolu, et 1–3 päevaseid tasustamata haiguslehti on võetud suhteliselt palju ehk 14,3%. Selle põhjuseks võib olla see, et tegemist on tootmisettevõttega ning kui kontoritöötajatel on nendel paaril päeval võimalik tööd jätkata kodukontoris, siis tootmistöölistel seda võimalust pole ning halva enesetunde korral on haiguslehe võtmine vältimatu.



Joonis 5. Võetud haiguslehtede jaotus vastavalt pikkusele aastatel 2009–2019

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Haiguslehtede keskmist kestust analüüsid soovis autor teada saada, kas tootmistöötajate ja kontoritöötajate keskmine haiguslehe pikkus erineb. Selleks jaotati võetud haiguslehed kaheks – sinikraede omad ning valgekraede omad, vastavalt sellele, kas nad saavad kodus töötada või mitte. 2009–2014 aastatel kehtinud osakondadest kuulusid sinikraede alla tootmistöölised Tallinnas, tootmistöölised Pärnus, muu personal Tallinnas ja muu personal Pärnus. Valgekraede alla liigitas autor ametnikud Tallinnas ning ametnikud Pärnus. Alates 2015. aastast arvas autor sinikraede alla kõik tehased, trükikojad ning ka tehnikaosakonna arvestades seda, et paljude selles osakonnas töötavate inimeste töö iseloom ei võimalda tööd kaugtööna teha. Lisaks ka ostu- ja logistikaosakonna, sest peale materjaliahela juhi, logistiku ning tarneahela spetsialisti on osakonna ülejäänud töötajad laadijad ning laoarvestajad, kes siiski kuuluvad sinikraede hulka. Valgekraed moodustasid Libatse kompleks, kvaliteediosakond ning kontor. Kui 74,4% haiguslehtede kestus jäi kuni 14 päevase perioodi sisse, siis pea igal aastal ulatus kõige pikema haiguslehe periood ka üle 100 päeva. Haiguslehe keskmist kestust arvutades kasutati aritmeetilist keskmist, et võrrelda tulemusi ka Haigekassa andmetega samadel aastatel. Tabel 2 toob välja Metaprindi töötajate keskmise haiguslehe kestuse päevades kõigi 11 aasta jooksul. Läbi aastate on näha, et tootmistöötajate haiguslehe kestus on tunduvalt pikem kui kontoritöötajatel. Keskmiselt on tootmistöötajate haiguslehe pikkus kontoritöötajatest 5 päeva võrra pikem. Kokku kõigi haiguslehti võtnud töötajate peale on keskmine haiguslehe pikkus 14,6 päeva ehk 2 nädalat. Haigekassa andmetel on keskmine haiguslehe pikkus 2009–2018 aastal olnud keskmiselt 13,8 päeva ehk samuti pea 2 nädalat (Lisa 1). Reformi mõju haiguslehe pikkusele on antud andmete põhjal raske analüüsida, sest mingit konkreetset trendi märgata pole. Keskmine päevade arv on peale 2009 aastat nii suurenenud kui ka vähenenud. 2014. aastal Aaviksoo ja Kiiveti poolt läbi viidud uuring, mis võrdles sinikraede ja valgekraede haiguse tõttu töölt

puudumisi nii enne reformi kui ka pärast reformi leidis samuti, et keskmine töölt puudumise pikkus nii sini- kui ka valgekraede hulgas ei ole reformiga seotult muutunud (Aaviksoo, Kiivet 2014)

Tabel 2. Haiguslehe keskmine kestus aastatel 2009–2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sinikraede keskmine haiguslehe pikkus (päeva)	17,5	13,0	18,3	17,1	14,5	16,4	15,6	12,5	12,1	11,7	12,4
Valgekraede keskmine haiguslehe pikkus (päeva)	7,5	9,0	7,0	15,5	5,2	11,5	17,3	9,0	6,6	8,3	8,1
Kõigi töötajate keskmine haiguslehe pikkus (päeva)	17,2	14,6	18,0	17,1	14,1	16,1	15,7	12,3	11,7	11,5	12,1

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori arvutused

Et leida, kas töötajate vanus mõjutab haiguslehe pikkust viis autor läbi korrelatsioonanalüüsi, mille tulemused on toodud tabelis 3. Aluseks võeti Spearmani korrelatsioonikordaja ning tugevuse hindamisel lähtuti järgnevast jaotusest:

$|R| \leq 0,3$ – väga nõrk seos

$0,3 < |R| < 0,7$ – keskmise tugevusega seos

$|R| \geq 0,7$ – tugev seos

Vanuse ja haiguslehe pikkuse vaheliseks astakorrelatsioonikordajaks saadi 0,25, mille alusel võib järeldada, et mida kõrgem on töötaja vanus, seda pikemalt ta haiguslehel on, kuid see seos on väga nõrk. Samuti osutus see antud töös statistiliselt ebaoluliseks ($p > 0,05$).

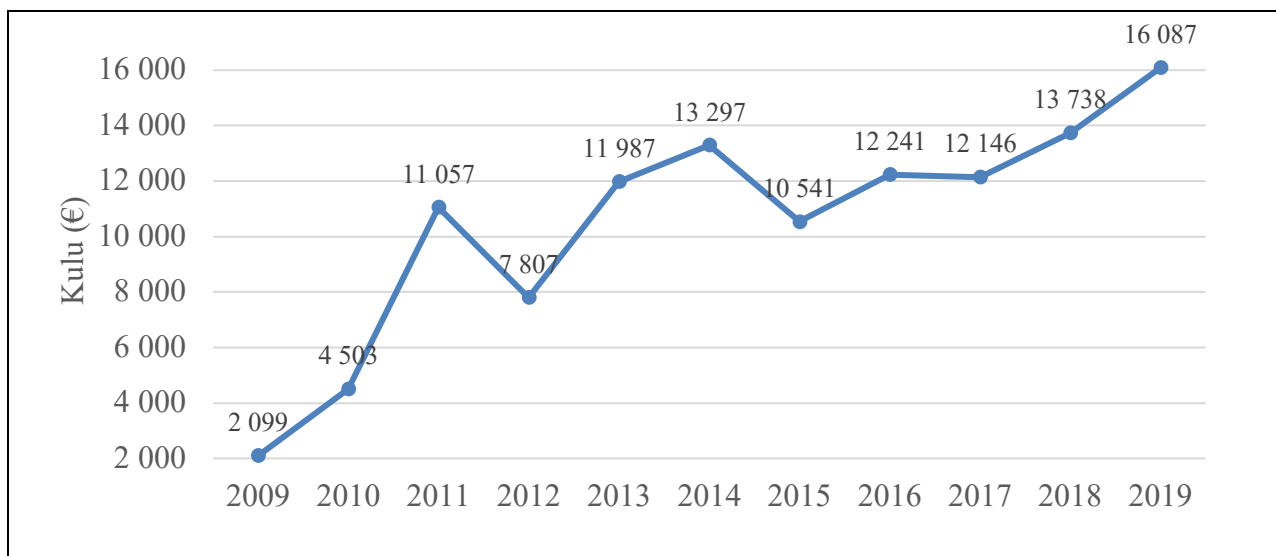
Tabel 3. Haiguslehe pikkuse ja töötaja vanuse vaheline korrelatsioon

	Töötaja vanus	Haiguslehe pikkus
Töötaja vanus	1	
Haiguslehe pikkus	0,25*	1

* *p-value* 1,44

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori arvutused

Analüüsid esotevõtte kuluid haigusõvutiste maksmisel on joonisel 6 nãha selget trendi kulude jãrk jãrgulisel suurenemisel. Kui 2010. aastal, mis oli esimene aasta, kus ettevõtte õvutis oma tõtõtajatele haiguspãevasid terve aasta vãltel, ulatusid kulud 4 503 euronil, siis 2014. aastal olid need kulud juba kolm korda suuremad ning 2019. aastal õvutis ettevõtte oma tõtõtajatele haiguspãevasid juba 16 087 euro ulatuses. Kokku on ettevõtte 11 aasta jooksul oma tõtõtajatele haigusõvutisi maksnud 115 502 eurot.



Joonis 6. Ettevõtte kulud haigusõvutistele aastatel 2009–2019

Allikas: Almandmebaas ... 2020, autori koostatud

Kulude suurenemine võib olla tingitud sellest, et haiguslehtede arv on suurenenud kui ka sellest, et keskmine haigusõvutise summa õhe haiguslehe kohta on suurenenud. Selleks, et vãlja selgitada millest ja kui suurel mããrãl on ettevõtte haigusõvutiste kulu suurenenud, viis autor lããbi tegurãnalõõsi. Tegurãnalõõs on lããbi viidud jãrgnevalt:

$$H = A \times B \tag{1}$$

Haiguslehtede arvu absoluutne mõju

$$\Delta H(A) = (A_1 - A_0) \times B_0 \tag{2}$$

Keskmise haigusõvutise absoluutne mõju

$$\Delta H(B) = A_1 \times (B_1 - B_0) \tag{3}$$

kus

H – haigusõvutiste kulu,

A – ettevõtte poolt õvutatud haiguslehtede arv,

B – keskmine haigusõvutis haiguslehe kohta.

Tegurãnalõõsi almandmed on toodud lisas 4 ning mõju haigusõvutiste muutusele tabelis 4.

Olenevalt aastast on mõnel teguril haigusõvutiste kulu suurendav mõju ja mõnel vãhendav.

Seetõttu on ka protsendid vastavalt positiivsed või negatiivsed. Kokku moodustavad igal aastal protsendimäärad haigus hüvitiste kogumuutuse ehk 100% või -100%. Rohelisega on tabelis välja toodud selle teguri protsendimäär, mis on aastate lõikes avaldanud haigus hüvitiste muutusele suurimat mõju.

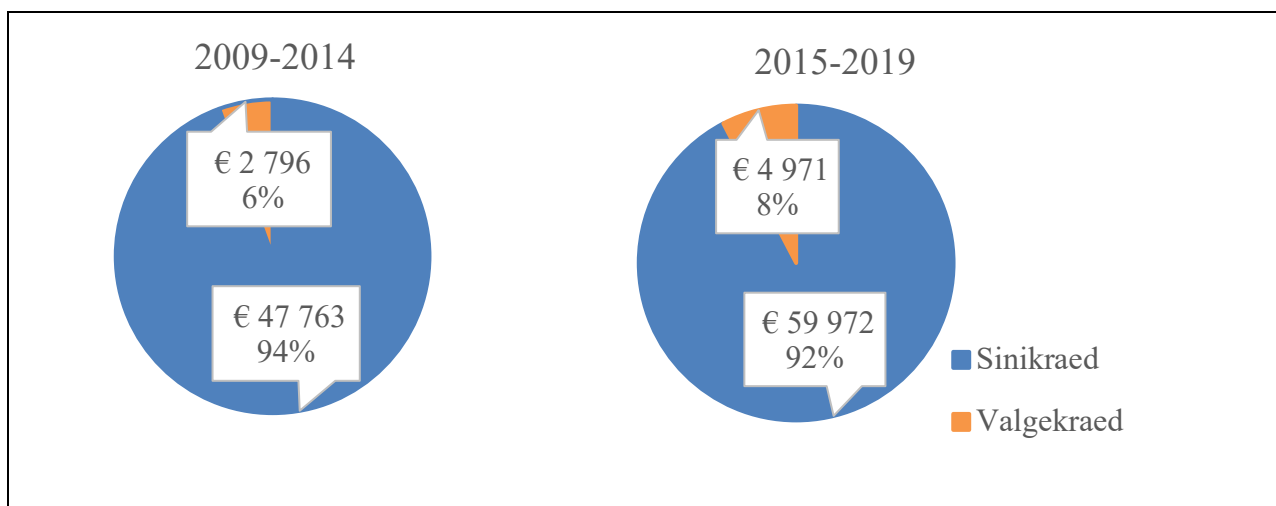
Tabel 4. Haigus hüvitiste teguranalüüsi tulemused

	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
Haiguslehtede arvu mõju (%)	139,6	96,9	-101,3	87,7	37,7	-71,6	115,3	-504,7	54,5	39,0
Ühe haiguslehe keskmise hüvitise mõju (%)	-39,6	3,1	1,3	12,3	62,3	-28,4	-15,3	404,7	45,5	61,0

Allikas: Lisa 4, autori koostatud

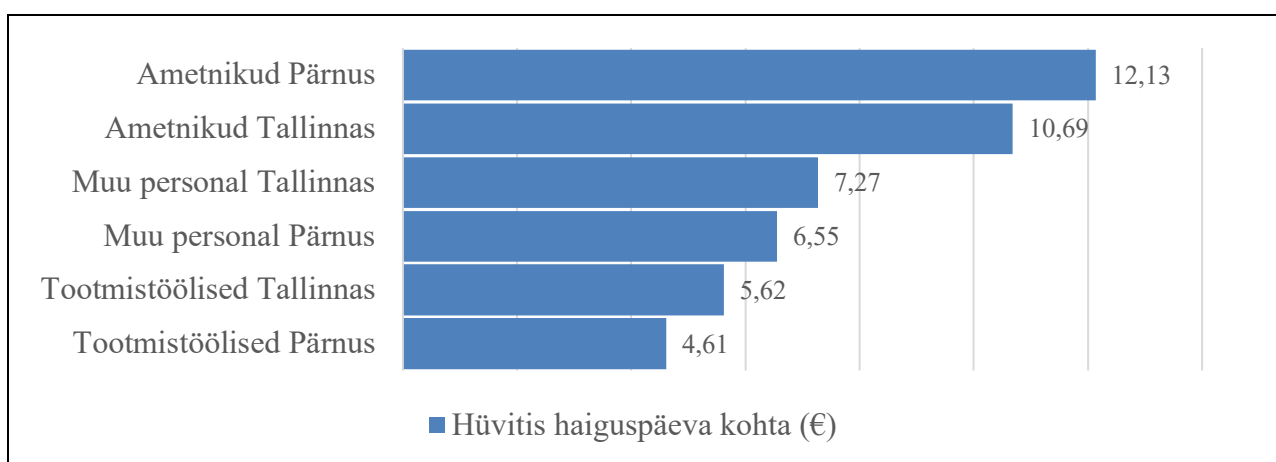
Teguranalüüsi tulemusena on haigus hüvitiste kulu kõige rohkem mõjutanud ettevõtte poolt hüvitatud haiguslehtede arv. Kümnest aastast on haiguslehtede arv haigus hüvitiste kulule suurimat mõju avaldanud lausa kaheksal aastal. Vaid 2014. ja 2019. aastal on olnud suurem mõju keskmisel haigus hüvitise summal ühe haiguslehe kohta. Teguranalüüsi põhjal saab järeldada, et ettevõtte haigus hüvitiste kulule avaldab keskmine haigus hüvitise summa ühe haiguslehe kohta küll mõju, kuid see on nõrgem võrreldes mõjuga, mida avaldab haiguslehtede arv. Seega tuleks ettevõttel oma töötajate tervisele võimalikult palju tähelepanu pöörata, et nende pikaajalisemaid haiguslehele jäämisi vältida. Mida vähem võtavad töötajad haiguslehti, seda suuremat positiivset mõju avaldab see ettevõtte kuludele.

Selleks et näha, kui palju on ettevõtte 11 aasta jooksul haigus hüvitisi maksnud tootmistöölistele ning kui palju kontoritöötajatele, jaotas autor lihtsustamiseks osakondadele tehtud kulutused kaheks – sinikraed ning valgekraed. Seda samasuguse osakondade jaotuse alusel nagu keskmise haiguslehe pikkuse analüüsimisel. Kuna tootmistöölised on võtnud haiguslehti rohkem kui kontoritöötajad, jaotuvad ka kulud sellele vastavalt. Jooniselt 7 on näha kuidas nii aastatel 2009–2014 kui ka 2015–2019 moodustavad haigus hüvitistest vastavalt 94% ja 92% sinikraedele makstavad hüvitised ning vaid alla 10% hüvitatakse valgekraedele ehk kontoritöötajatele.



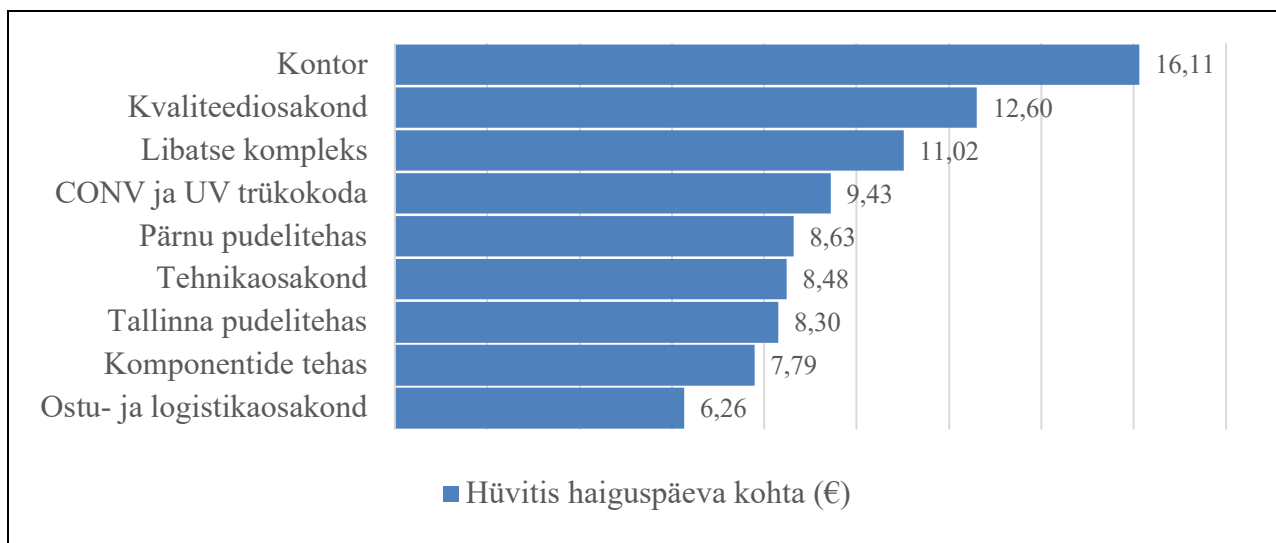
Joonis 7. Ettevõtte makstud haigushüvitiste jaotus tootmistööliste ja kontoritöötajate vahel
Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Kuigi haigushüvitiste kuludest üle 90% makstakse tootmistöötajatele, siis tulenevalt arvamusest, et nende palk on madalam kui valgekraede palk analüüsis autor ka haigushüvitise suurust ühe haiguspäeva kohta, et kindlaks teha, kas see nii ka on. Analüüsi aluseks oli ainult selliste haiguslehtede päevade arv, mille puhul ettevõtte on pidanud hüvitist maksma ehk kõik need, mille kestus ületas kolm päeva. Esimese kuue aasta puhul, aastatel 2009–2014, joonistub graafikul 8 selgelt välja, kuidas tootmistöötajate ühe päeva hüvitis on madalam kui ametnike ehk kontoritöötajate oma. Kõige madalam ehk 4,61 eurone päevane hüvitise summa on Pärnu tootmistöötajatel ning kõige kõrgem Pärnu ametnikel ulatudes 12,13 euronit, mis on tootmistöötajatest 2,6 korda kõrgem. Nii madala päevase hüvitise juures on mõistetav, miks praeguse haiguspäevade hüvitamise süsteemiga rahul ei olda ning tuuakse välja, et see avaldab kõige rohkem ja suuremat mõju just madalapalgalistele töötajatele.



Joonis 8. Haigushüvitise summa ühe haiguspäeva kohta vastavalt osakondadele 2009–2014
Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Analüüsidest hüpitiise suurust ühe päeva kohta aastatel 2015–2019 selgus aga, et kõige madalamat hüpitist on saanud ostu- ja logistikaosakonna töötajad nagu on näha jooniselt 9.



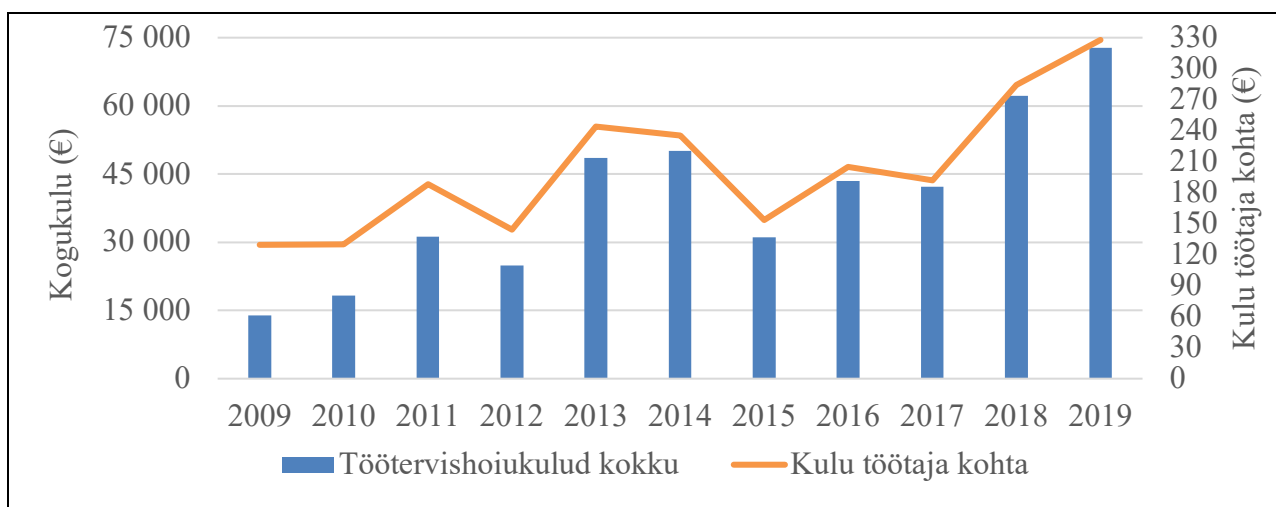
Joonis 9. Haigushüpitiise summa ühe haiguspäeva kohta vastavalt osakondadele 2015–2019
Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

See võib tuleneda sellest, et suur osa osakonna töötajatest on tootmistöölised ning osakonna juhataja ning paar töötajat, kellel on kodukontori võimalus haiguslehte enamasti ei võta. Ülejäänud järjestus hüpitise suurustes on aga sarnane varasemate aastatega – madalamat hüpitist saavad tehaste ja trükikodade töötajad ning kõige kõrgem on päevase hüpitise summa kontoritöötajatel ulatudes 16,11 euron. Kuigi palkade tõusu tõttu on ka hüpitise summa viimasel viiel aastal olnud kõrgem kui 2009–2014, siis kõige madalama ja kõige kõrgema päevase hüpitise vahe on siiski 2,6 korda.

3.3.2. Töötervishoiu ja terviseedendusega seotud kulude analüüs ja mõju ettevõttele

Lisaks haigushüpitiistele on Metaprint 10 aasta jooksul teinud oma töötajate tervisega seotult nii töötervishoiu- ja tööohutuse seadusest tulenevaid ettevõtlusega seotud kulutusi kui ka hüvitand neile erisoodustusega maksustatavaid tervise edendamiseks tehtavaid kulutusi. Kui alates 2018. aastast muutus ettevõtetele maksuvabaks hüvitada oma töötajatele kuni 100 eurot kvartalis erinevateks tervise edendamise kulusteks, hakkas ettevõtte ka seda hüve pakkuma ning võimaldab seda täna maksimaalse piirmäära ulatuses kõigile oma töötajatele.

Seoses töötajate tööohutuse ja -tervishoiuga on Metaprint koostanud nii riskianalüüsi kui ka tegevuskava meetmetega, mida on vaja töötajate töötingimuste parendamiseks ning tervisekahjude vältimiseks. Töötervishoiukulused tööriietele ja jalatsitele, kaitseprillidele, kinnastele jms on aastatel 2009–2019 tehtud 439 tuhande euro ulatuses. Tootmisettevõttele on need kulud olulise tähtsusega. Joonisel 10 on aastate kaupa välja toodud vasakul teljel töötervishoiukulud kokku ning paremal kulud töötaja kohta. Viimasel kahel aastal on nii kogukulud kui ka kulu töötaja kohta hüppeliselt suurenenud. Analüüsitavate aastate põhjal ei saa aga välja tuua konkreetset trendi, kas kulude suurenemine võib ka edaspidi jätkuda või mitte, sest kulud on olenevalt aastast nii suurenenud kui ka vähenenud.



Joonis 10. Töötervishoiukulud ja kulu ühe töötaja kohta 2009–2019

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Selleks et leida, kas muutust töötervishoiukuludes on enim mõjutanud töökollektiivi suurenemine või see, et kulu ühe töötaja kohta on suurenenud tegi autor teguranalüüsi ning viis selle läbi järgnevalt:

$$T = C \times D \quad (4)$$

Haiguslehtede arvu absoluutne mõju

$$\Delta T(C) = (C_1 - C_0) \times D_0 \quad (5)$$

Keskmise haigushüvitise absoluutne mõju

$$\Delta T(D) = C_1 \times (D_1 - D_0) \quad (6)$$

kus

T – töötervishoiukulud,

C – keskmine töötajate arv,

D – keskmine töötervishoiukulu töötaja kohta.

Teguranalüüsi algandmed on toodud lisa 5 ning mõju töötervishoiukulude muutusele tabelis 5. Rohelisega on tabelis välja toodud selle teguri protsendimäär, mis on aastate lõikes avaldanud töötervishoiukulude muutusele suurimat mõju.

Tabel 5. Töötervishoiukulude teguranalüüsi tulemused

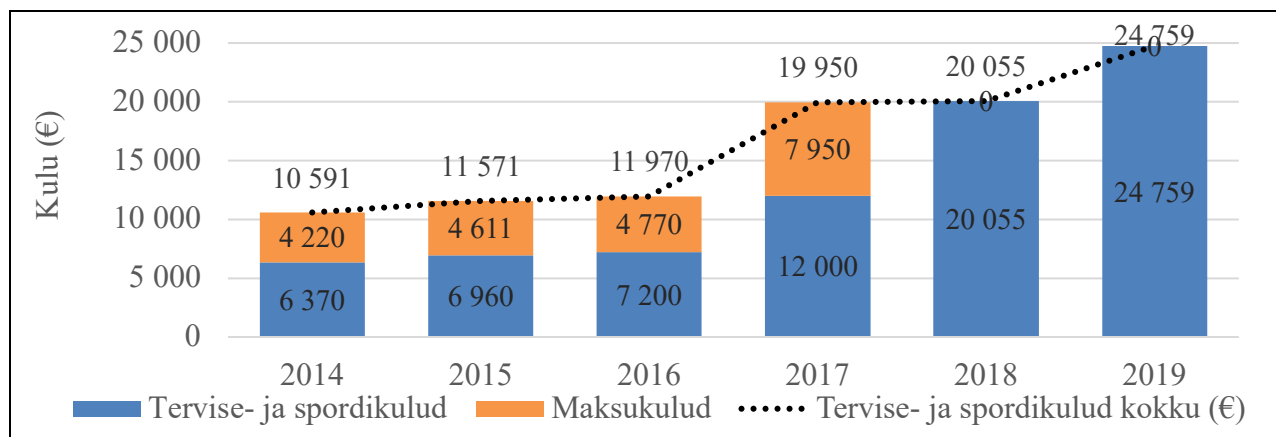
	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
Töötajate arvu mõju (%)	99,1	25,0	17,6	16,4	224,4	-13,6	12,5	136,5	-1,0	8,1
Keskmise kulu mõju (%)	0,9	75,0	-117,6	83,6	-124,4	-86,4	87,5	-236,5	101,0	91,9

Allikas: Lisa 5, autori koostatud

Teguranalüüsi tulemusena on töötervishoiukulusid kõige rohkem mõjutanud keskmine kulu töötaja kohta. Vaid kahel aastal on töötervishoiukulude muutumist mõjutanud töötajate arv. Sellest võib järeldada, et ettevõtte jaoks on toimunud sisseostetavate kaitsevahendite kallinemine, mille tõttu kulu töötaja kohta on aastatega suurenenud. Samuti võib olla põhjus ka selles, et ettevõtte on hakanud oma töötajate tervisele ja ohutusele suuremat tähelepanu pöörama ning ühe töötaja kohta rohkem kulutusi tegema.

Lisaks seadusest tulenevatele töötervishoiu kuludele on Metaprint oma töötajate tervise huvides ja nende töemotivatsiooni tõstmiseks teinud tervise edendamiseks seotud kulud juba alates 2013. aasta lõpust, kui need veel maksuvabad polnud. Kui alates 2018. aastast hakkas kogu tervise- ja spordikulude hüvitamine ettevõtte töötajatele käima läbi SportID International OÜ ettevõtte hallatava SportID keskkonna, siis enne 2018. aastat oli selliseks ettevõtteks Eesti Firmspordi Liit MTÜ. Metaprint AS raamatupidaja sõnul on tegemist sisuliselt sama ettevõttega. Kuna 2013. aastal tegi ettevõtte kulutusi vaid aasta viimasel kahel kuul, kokku 1321 eurot, jättis autor need andmeid analüüsides kõrvale ning arvestas tulemuste analüüsimisel vaid nende aastatega, kus kulutusi tehti terve aasta vältel ehk 2014–2019. Jooniselt 11 on näha, et tervise edendamiseks tehtavad kulud on iga aastaga aina suurenenud. Kui aastal 2014 tehti neid koos maksukuludega kokku 10 591 eurot, siis 2019. aastal ulatus see summa juba ilma maksukuludeta pea 25 tuhande euroni. 2014–2017 aasta kulutuste suurenemise üheks põhjuseks on see, et töötajate arv on nende aastatega tõusnud. Teisalt aga on suurenenud ka hüvitise summa

ühe töötaja kohta. Kuna ettevõttel puudus info töötajate arvu kohta, kellele aastatel 2014–2017 tervise- ja spordikuludid tehti, leidis autor hüvitise summa ühe töötaja kohta, võttes baasiks kogu ettevõtte töötajate arvu. Tabeli 6 põhjal selgub, et kuigi 2016. aastal toimus kuludes väike langus, siis üldine trend on siiski selles suunas, et ühe töötaja kohta on tehtud aina rohkem tervise edendamise kulutusi. 2017. aastal tehti neid võrreldes 2014. aastaga juba 1,8 korda rohkem.



Joonis 11. Tervise- ja spordikulud ning nendega seotud maksukulud aastatel 2014–2019
Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Alates 2018. aasta maksuvabastusest on otse töötajatele kuluv ehk ilma maksudeta kulude suurus hüppeliselt tõusnud. Ettevõtte hakkas oma töötajatele tervise edendamiseks tasuma läbi SportID keskkonna 100 eurot kvartalis ning seal kokku olevast kaheksast kategooriast hüvitatakse kolme kategooria kulud – üritused, treeningud ja taastusravi. Kuna töötajate arv viimasel kahel aastal on kõikunud vaid 1–3 töötaja ümber, siis peamiseks põhjuseks nende kulude nii suurel tõusul on just see, et need muutusid maksuvabaks. Hästi tuleb see välja aastatel 2017 ja 2018, kus kogukulu on pea sama suur – 20 000 eurot, kuid 2017. aastal hüvitati töötajatele sellest vaid 12 000 ning ülejäänud osa kulus maksudele. Seega nägi ettevõtte 2018. aastast võimalust maksuvabalt ja seega ka suurema summa eest kõiki oma töötajaid motiveerida ning nende tervist edendada. Kui Metaprint oleks hüvitanud oma töötajatele tervise- ja spordikuludid samas summas nagu ta tegi seda 2019. aastal, kuid oleks pidanud selle pealt maksma ka makse, oleks see toonud ettevõttele kulude suurenemise veel 16 403 euro võrra aastas. Tabeli 6 andmetest on näha, et kui 2018. aastal oli töötajaid, kellele kuludid hüvitati 109, siis 2019. aastal tõusis see juba 133 töötajani ehk 22%. Sellest saab järeldada, et üha rohkem töötajaid on selle võimaluse enda jaoks avastanud ning oma tervise eest rohkem hoolt kandma hakanud. Lisaks sellele hüvitab ettevõtte kuludid maksimaalse piirmäära ulatuses, mis on piisavalt suur summa, et töötajad näeksid selles enda igakuistele kuludele positiivset mõju. Kui näiteks keskmine

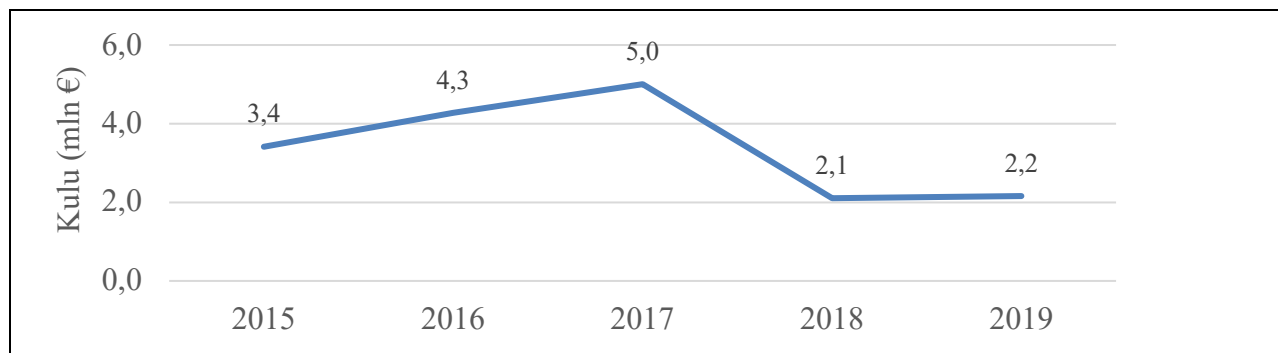
spordiklubi liikmemaks kuus on 50 eurot, siis koos ettevõttepoolse 33,33 eurose hüvitisega tuleb töötajal endal tasuda vaid 17 eurot kuus. Tänu sellele hoiab töötaja aastas kokku pea 400 eurot. Teisalt on 2018. ja 2019. aasta kulust töötaja kohta näha, et kõik töötajad ei kasuta kogu neile hüvitatud summat kvartalis ära. Kulu töötaja kohta on vaid 184–186 eurot aastas, mitte 400 eurot, mis on maksimaalne ja mida ettevõtte ka tegelikult töötajatel kasutada võimaldab.

Tabel 6. Ettevõtte hüvitatud tervise- ja spordikulud aastatel 2014–2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tervise- ja spordikulud ilma maksukuludeta (€)	6 370	6 960	7 200	12 000	20 055	24 759
Maksukulud (€)	4 220	4 611	4 770	7 950	0	0
Tervise- ja spordikulud kokku (€)	10 591	11 571	11 970	19 950	20 055	24 759
Töötajate arv	213,00	202,00	212,00	220,00	219,00	222
Töötajate arv, kellele kuludid on hüvitatud	-	-	-	-	109	133
Kulu töötaja kohta (€)	49,72	57,28	56,46	90,68	183,99	186,16

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori arvutused

Autor analüüsis võrdluseks ka Maksu- ja Tolliametilt saadud andmeid ettevõtete poolt deklareeritud töötajate tervise edendamiseks tehtud kulude kohta. TSD lisa 4 koodi all 4120 deklareeritakse kõik töötajate tervise edendamiseks tehtavad kulutused, mis kuuluvad erisoodustusena maksustamisele. Kui enne 2018. aastat olid sellisteks kuludeks kõik töötajate tervise edendamiseks tehtavad kulutused, siis alates 2018. aastast on nendeks vaid sellised, mis ületavad 100 eurot kvartalis töötaja kohta või millele tervise- ja spordikulude maksuvabastus ei laiene. Rakendatud maksuvabastuse mõju on näha joonisel 12.



Joonis 12. TSD lisa 4 koodi 4120 all deklareeritud töötajate tervise edendamiseks tehtud kulud
Allikas: autori koostatud lisa 2 andmete põhjal

Kui 2015. kuni 2017. aastani deklareeritud kulud tõusid 3,4 miljonilt eurolt 5 miljoni euroni, siis 2018. aastal toimus suur langus. Viimased kaks aastat on ettevõtted deklareerinud

maksustatavaid kulusid vaid ligikaudu 2 miljonit eurot, mis on 2,9 miljoni eurone langus võrreldes 2017. aastaga. Sellest saab järeldada, et suur osa töötajatele pakutud hüvedest, millele tööandja jaoks rakendus erisoodustus, olid seotud just selliste tervise- ja spordikuludega, millele kohaldus 2018. aastast ka maksuvabastus. 2018. aastal jõustunud maksumuudatus oli seega põhjendatud ning vähendas ettevõtete maksukoormust. Samale järeldusele jõudis autor ka Metaprindi andmeid analüüsides. Tabelis 6 on näha, et kui 2017. aastal tasuti tervise edendamiseks tehtavate kulude pealt veel ca 8000 eurot makse, siis 2018. ja 2019. aastal puudusid maksukulud täielikult. See tähendab, et kõik kulutused, mida töötajatele tehti, jäid piirmäära sisse ning erisoodustust tasuma ei pidanud. Lisaks TSD lisale 4 tuli 2018. aastal, tervise- ja spordikulude maksuvabaks muutumisel, hakata deklareerima ka neid kulutusi koos isikute arvuga, kellele neid võimaldatakse. Tabelis 7 on toodud Maksu- ja Tolliametilt saadud kahe aasta andmed INF 14 deklaratsiooniga esitatud kulude ja isikute kohta. Andmetest selgub, et aastaga on tervise- ja spordikulude hüvitamine suurenenud 32,1% ning ka kulutused töötaja kohta on suurenenud. 2019. aastal deklareeriti tervise edendamisega seotud maksuvabasid kulusid 122,76 eurot töötaja kohta aastas. Kui TSD lisa 4 koodi 4120 all deklareeritud summa vähenes 2018. aastal eelneva aastaga võrreldes 2,9 miljonit eurot, siis INF 14 deklareeriti 2018. aastal 7,1 miljoni euro ulatuses maksuvabasid tervise edendamisega seotud kulusid. Seega tänu maksuvabastusele hüvitasid ettevõtted oma töötajatele 4,2 miljonit eurot rohkem. See suurenemine võib tuleneda nii sellest, et rohkem ettevõtteid hakkas oma töötajatele tervise- ja spordikulude hüvitamist võimaldama kui ka sellest, et ettevõtted hakkasid seda võimaldama suuremas summas töötaja kohta. Olenemata põhjusest on maksuvabastuse mõju olnud ühiskonnale väga positiivne ning viinud selleni, et üha rohkem inimesi on tänu sellele hakanud sportima ning nende eluviis on muutunud tervislikumaks. Sellele viitab tabelis 7 ka isikute arvu suurenemine 21,7% 2019. aastal, kellele kulutusi hüvitati. Kuigi kulutused inimese kohta on suurenenud, siis 122,76 eurone aastane kulude hüvitamine on autori arvates siiski suhteliselt madal arvestades seda, et maksuvabalt on lubatud hüvitada kuni 100 eurot kvartalis ehk 400 eurot aastas. Olenemata sellest, et riik on teinud antud kulutused maksuvabaks, on ettevõtte jaoks tegemist siiski kuluga, millest tulenevalt võib see summa nii madal olla. Selle paranemisele aitaks kaasa näiteks riigipoolne toetus ettevõtetele nende kulutuste tegemiseks. Arvestades aga, et riik on niigi oma panuse maksuvabastuse näol andnud, aitaks hüvitatavat summat suurendada ka teavitustöö ettevõtete juhtkondade hulgas. Kuna otsus hüvitise maksmise ja selle suuruse osas tuleb siiski neilt, võib kaasa aidata see, kui nad näevad, kuidas see mõjuks töötajate heaolule ja motivatsioonile. Suuremas summas kulude hüvitamine võib viia selleni, et seda hakkaksid kasutama ka inimesed, kes praeguses olukorras nii väikese summa pärast seda ei kasuta. Madal

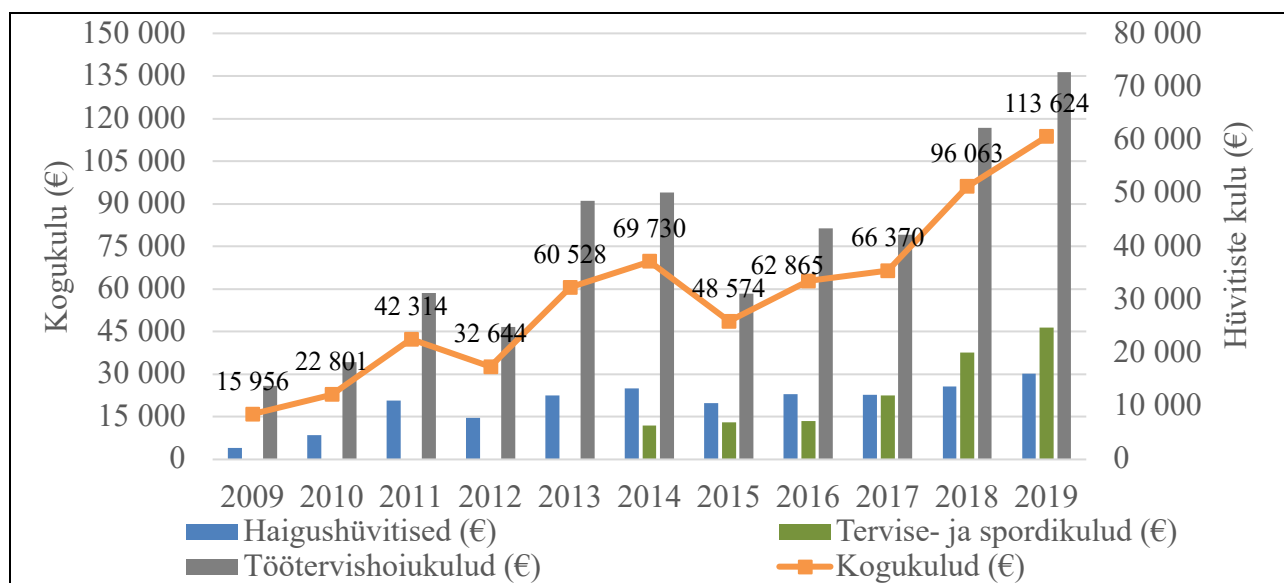
hüvitise summa töötaja kohta võib tuleneda aga ka sellest, et töötajad ei kasuta kogu neile võimaldatud hüvitist ära, mis selgus Metaprinti andmeid analüüsid. Kuigi Metaprinti kulu ühe töötaja kohta ületab Eesti ettevõtete keskmise hüvitatava summa, olles 2019. aastal 186,16 eurot, siis teades, et nad hüvitavad 100 eurot kvartalis, võiks see summa olla tegelikkuses ühe töötaja kohta 400 eurot aastas. Seega lisaks ettevõtete juhtkondade hulgas teavitustöö tegemisele tuleks ettevõtetel, kes näevad, et nende töötajad ei kasuta neile pakutavat hüve, neid samuti rohkem motiveerida või ka sellise võimaluse kohta rohkem infot jagada. Samuti võiks töötajatele kas koosolekutel või ka meili teel infot edastada erinevate ees ootavate spordiürituste või muude võimaluste kohta, mis võib inimestele seetõttu silma jääda ning neile huvi pakkuda.

Tabel 7. Deklaratsioonil INF 14 deklareeritud tervise edendamiseks tehtud kulutused

	2018	2019	Muutus (%)
Tervise edendamiseks tehtud kulutused kokku (€)	7 078 392	9 350 155	32,1
Isikute arv	62 568	76 166	21,7
Kulutused inimese kohta aastas (€)	113,1	122,8	8,5

Allikas: autori koostatud lisa 2 andmete põhjal

Kokkuvõttes on Metaprint AS oma töötajate tervisega seonduvalt aastatel 2009–2019 teinud kulutusi 632 tuhande euro ulatuses. Joonis 13 paremal teljel on summad, kui palju on iga aasta tehtud kulutusi vastavalt haigushüvitistele, töötervishoiule ning tervise- ja spordikuludele. Vasakul teljel ning oranž läbiv joon graafikul toob välja kogu töötajate tervisega seotud kulud läbi aastate.



Joonis 13. Ettevõtte poolt tehtud erinevad tervisekulud ja kulud kokku aastatel 2009–2019
Allikas: Alandmebaas ... 2020, autori koostatud

Jooniselt on näha, et kõige rohkem tehakse iga aasta kulutusi tervishoiule, mis on tootmisettevõtte puhul ka olulise tähtsusega, et vältida tööõnnetusi ja hoida töötajate tervist. 2019. aastal tehti neid kulutusi kokku 73 tuhat eurot. Positiivne on asjaolu, et kui veel 2017. aastal maksti haigushüvitisi ja tervise- ja spordikulud samas summas vastavalt 12 146 ja 12 000 eurot, siis viimase kahe aastaga on tervise- ja spordikulud saanud teiseks üheks olulisemaks ja suuremaks kuluks tervishoiukulude kõrval, mida oma töötajatele tehakse ning haigushüvitiste kulu on jäänud nende kõrval kõige väiksemaks kuluks. Sellest võib järeldada, et ettevõtte soovib pigem oma töötajate tervist hoida ja tegeleb ennetustööga, mitte hilisemate tagajärgedega haigushüvitiste maksmise näol.

KOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö teema haigushüvitiste reformi mõjust ning töötajate tervisega seotud kuludest ja nende maksustamisest on valitud seetõttu, et tänapäeva ühiskonnas on inimestele nende tervis ja tervislik eluviis järjest enam oluliseks muutuv teema. Teisalt tulenevalt muudatustest haigushüvitiste maksmise korras võivad aga inimesed sissetuleku kaotuse kartuses oma tervise tahaplaanile jätta. Kuna varasemate uuringute käigus on uuritud rohkem seda, kuidas haigushüvitiste reform töötajatele ja nende haiguskäitumisele mõju on avaldanud, oli autori eesmärk läheneda teemale teise nurga alt ning uurida selles valdkonnas ühe ettevõtte kulusid ja tema töötajate haiguskäitumist. Töö eesmärk oli uurida, millised on olnud 2009. aasta haigushüvitiste reformijärgsed mõjud ettevõttele Metaprint AS ja selle töötajatele ning kui suuri kulusid tegelikkuses kannab tööandja seoses töötajate tervisega ja milline on olnud maksustamise mõju hüvede pakkumisele.

Uurimistöö käigus töötati esmalt teoreetilise baasi omandamiseks läbi erinevaid teaduslikke allikaid ning artikleid tervishoiusüsteemidest maailmas ja Eestis. Leiti, et kõikide riikide tervishoiusüsteemid põhinevad vastavalt nende valikule neljal baasmudelil – Bismarcki, Beveridge'i, riikliku tervisekindlustuse mudelil või „*out-of-pocket*“ mudelil. Enamasti ei põhine need aga ühel konkreetset mudelil vaid neid kombineeritakse, kuid riigid on oma peamiste põhimõtetega siiski nende mudelite järgi eristatavad. Eesti tervishoiusüsteem on sotsiaalkindlustusel põhinev ning seega on baasmudeliks Bismarcki mudel. Alates 1991. aastast on Eesti tervishoiusüsteemis toimunud mitmeid muudatusi ja see on palju arenenud nii ravivõimaluste kui ka erinevate e-lahenduste poolest. Finantsiliselt tuleb tänasel päeval 3/4 Eesti tervishoiukuludest riigi ravikindlustussüsteemist ning ülejäänud osa on inimeste omaosalus. Sellise ravikindlustussüsteemiga on Eestis kaetud umbes 94% elanikest.

Töö teises peatükis ja selle alapeatükkides anti ülevaade haigushüvitistest, nende korda reguleerivatest seadustest ning kuludest nii töötajatele, tööandjatele kui ka riigile. Lisaks veel töötervishoiukuludest ning tervise- ja spordikuludest. Kui enne 2009. aasta 1. juulit oli ravikindlustatud isikul haigekassalt õigus haigushüvitist saada alates teisest haiguspäevast 80%

haiguslehe alguspäevale eelnenud kalendriaasta keskmisest töötasust, siis 2009. aasta 1. juulist haigushüvitiste kord muutus. Täna on töötajal õigus hüvitist saada alles neljandast haiguspäevast ning 70% keskmisest töötasust. See toob keskmist palka teenivale inimesele 13-päevase haigusperioodi jooksul aga 23%-lise töötasu kaotuse. Lisaks tekivad kulud ka tööandjale, sest uue korra järgi on 4–8 päevani haigushüvitiste maksmine nende kohustus. Alles üheksandast päevast hakkab neid tasuma haigekassa. Peale haigushüvitiste maksmise teevad tööandjad oma töötajatega seoses aga kulutusi veel ka töötervishoiule ja tulenevalt ettevõtte soovist ka töötajate tervise edendamiseks. Kui töötervishoiukulud, kui need on seotud ettevõtlusega, on maksuvabad, siis tervise- ja spordikulud olid kuni 2018. aastani maksustatavad erisoodustusena. Alates 2018. aastast jõustunud TuMS muudatusega ei maksustata aga erisoodustusena enam 100 euro ulatuses töötaja kohta kvartalis tehtavaid tervise edendamise kulutusi, kui tööandja võimaldab seda kõikidele oma töötajatele. Paljud tööandjad on teatud ulatuses antud võimalust ka kasutama hakanud.

Viimasena analüüsiti töös, kuidas on haigushüvitiste reform avaldanud mõju ettevõtte Metaprint AS kuludele ja tema töötajatele aastatel 2009–2019. Selleks püstitas autor uurimisülesanded, et analüüsida, kui palju on ettevõtte kulud reformi tõttu kasvanud, kas haigusjuhtude arv on muutunud ning kas ja milliseid kulutusi ettevõtte seoses oma töötajate tervisega veel läbi aastate teinud on. Selgus, et ettevõtte hüvitab oma töötajatele haiguspäevad seaduses ette nähtud ulatuses ehk 4–8 päevani. 2009–2019 aastani on maksnud Metaprint oma töötajatele 116 tuhande euro ulatuses haigushüvitisi ning kulud on igal aastal ka järjest tõusnud olles 2019. aastal juba 3,6 korda suuremad kui 2010. aastal. Kõige rohkem on nende kulude suurenemist mõjutanud haiguslehtede arvu muutus. Töös leiti, et haiguslehtede arv on 11 aastaga olnud juurdekasv 133,9%. Selle põhjust võib suuresti näha tootmisettevõtte eripäras, kus tootmistöölistel kodus töötamise võimalus puudub ning halva enesetunde korral tuleb võtta haigusleht. Seda toetab ka asjaolu, et viimase viie aasta jooksul on kõigist haiguslehti võtnud töötajatest 81,9% olnud just tootmisega seotud osakondade töötajad. Negatiivne aspekt selle juures on aga keskmine päevane hüvitise suurus, mis tootmistöötajatel on 2,6 korda väiksem, kui kontoritöötajatel. Sellest tulenevalt nähakse praeguses haigushüvitiste süsteemis suurt murekohta just madalapalgaliste töötajate näol, kes enim oma sissetuleku kaotust kardavad. See võib tekitada ka olukorra, kus madalapalgaline töötaja oma töötasu kaotuse kartuses haiguslehe võtmata jätab ning töö edasi käib, mis võib avaldada ebasoodsat mõju nii tema enda tervisele kui teda töökeskkonnas ümbritsevatele inimestele.

Lisaks haigushüvitistele teeb Metaprint oma töötajate ohutuse ja tervisega seonduvalt nii töötervishoiukulusid kui ka tervise- ja spordikulusid. Kui töötervishoiukulusid on ettevõtte teinud järjepidevalt ja 2019. aastal ulatus nende summa 73 tuhande euroni, siis tervise- ja spordikulusid hakati tegema 2013. aasta lõpust ning rohkem just 2018. aastal peale maksumuudatust. Kui Maksu- ja Tolliameti andmetel tegi keskmine ettevõtte 2019. aastal tervise- ja spordikulusid 122,76 eurot töötaja kohta, siis Metaprint tegi neid 186,16 eurot. Sellest saab järeldada, et ettevõtte pöörab oma töötajate tervisele tähelepanu ning pigem soovib ennetada nende terviseseisundi halvenemist, millest annab tunnistust ka see, et tervise edendamiseks on ettevõtte viimastel aastatel teinud rohkem kulutusi, kui haigushüvitistele. Lisaks on tootmisettevõttes palju ka rasket füüsilist tööd, mille tõttu on ettevõtte jaoks veelgi olulisem nende töötajate tervislik seisund ja eluviis ning seetõttu võivad nad panustada ka oma töötajatesse rohkem, kui mõni teine ettevõtte. Teisalt selgus aga, et kuigi Metaprint hüvitab oma töötajatele 100 eurot kvartalis ehk 400 eurot aastas, siis inimesed ei kasuta kogu neile pakutavat hüve ära, mille tõttu on aastane kulu töötaja kohta vaid 186,16 eurot.

Kuigi ettevõtetele osutus haigushüvitiste reform negatiivseks, näeb autor selles loogilist sammu selleks, et Eesti riigi ravikindlustussüsteem ka tulevikus rahaliselt jätkusuutlik oleks ning sotsiaalkindlustussüsteemi üle ei koormataks. Täna on juba mõneski Euroopa riigis olukord, kus süsteemid on tänu liiga heldele ravikindlustusele üle koormatud ning ka töötajad kuritarvitavad haiguspäevi, mis viib üha madalama tööjõu aktiivsuseni. Lisaks paneb olukord, kus ettevõtted ise peavad oma töötajate haiguspäevi hüvitama, neid autori arvates pingutama rohkem oma töötajate heaolu nimel. Soovides vältida töötajate haigestumist, panevad ettevõtted suuremat rõhku nii töötervishoiukuludele töötajate ohutuseks ja tervise kaitseks ning ka tervise- ja spordikuludele, et töötajad ise rohkem oma tervise eest hoolt kannaksid.

Antud magistritööga ühte tootmisettevõtet lähemalt analüüsid ei saa teha üldistusi kõikide ettevõtete kohta. Tulemusena võib aga järeldada, et tootmisega tegelevates ettevõtetes haiguslehtede ja neid võtnud inimeste arv võrreldes reformieelse ajaga on pigem kasvanud. Tulevikus näeb autor, et seda teemat oleks võimalik edasi arendada uurides veel teisi tootmisettevõtteid või võrrelda tootmisettevõtteid teenust pakkuvate ettevõtetega, kus enamus töötajatest on kontoritöötajad, kellel on kaugtöö võimalus. See annaks aimu ka sellest, kust on tulnud selline haiguslehtede ja -päevade langus nagu haigekassa seda välja on toonud.

SUMMARY

THE EFFECT OF SICK-PAY CUT REFORM AND COVERING OF HEALTH EXPENDITURES AND TAXATION BASED ON THE EMPLOYEES OF METAPRINT AS

Kristin Valdmets

The topic of this master's thesis on the impact of the reform of sickness benefits and on the costs and taxation of workers' health has been chosen because, in today's society, their health and a healthy lifestyle are becoming an increasingly important issue for people. On the other hand, due to changes in the procedure for paying sickness benefits, people may put their health in the background for fear of losing their income. As previous researches have examined more how the reform of sickness benefits has affected workers and their behaviour, the author's aim was to approach the subject from a different angle and to examine the costs of one company and the behaviour of its employees in this area.

The aim of the study was to find out what the effects of the 2009 sickness benefits reform have been on Metaprint AS and its employees, and how much the employer actually bears in relation to the health of employees and what the impact of taxation has been on the provision of benefits. To achieve this goal, the author set the following tasks:

- explain how many days and to what extent the company pays sickness benefits;
- find out, how much has the company's costs for sickness benefits changed over the years;
- examine how much the number of cases in the company has changed;
- analyse the costs and changes that the company has made over the years in relation to the health of its employees;
- research whether and what opportunities for health promotion started to offer from 2018.

In the course of the research, various scientific sources and articles on health care systems in the world and in Estonia were first developed in order to acquire a theoretical basis. It was found that the health systems of all countries are based on four basic models of their choice: the Bismarck, Beveridge, the national health insurance model or the out-of-pocket model. In most cases, however, they are not based on a single model, and although countries can be distinguished by their basic principles according to these models, they are combined. The Estonian health care system is based on social security and thus the basic model is the Bismarck model. Since 1991, several changes have taken place in the Estonian health care system and it has developed a lot in terms of treatment options as well as various e-solutions. About 94% of the population in Estonia is covered by the health insurance system.

In addition, the master's thesis focused on occupational health costs and health and sports costs. If before 1st of July 2009 the insured person was entitled to receive sickness benefit from the Estonian Health Insurance Fund (EHIF) from the second day of illness 80% of the average salary for the calendar year preceding the beginning of the sick leave, then from 1st of July 2009 the procedure for sickness benefits changed. Today, an employee is only entitled to benefits from the fourth day of illness and 70% of the average salary. However, this results in a 23% loss of earnings for a person earning an average wage over a 13-day period of illness. In addition, costs are also incurred by the employer, as under the new regime they are obliged to pay sickness benefits for 4–8 days. However, in addition to paying sickness benefits, employers also spend on occupational health in connection with their employees and, due to the company's wish, also on promoting the health of employees. While occupational health expenses, if related to business, are tax-free, until 2018, health and sports expenses were taxable as a special benefit. However, the income tax law, which entered into force in 2018, will no longer tax quarterly health promotion expenses in the amount of 100 euros per employee as a special benefit, if the employer allows it to all its employees.

Finally, the thesis analysed how the reform of sickness benefits has affected the costs of Metaprint AS and its employees in 2009–2019. Data analysis was used as a method of quantitative research. To this end, a database on staff sick leave and health costs was made available to the author. Both arithmetic means and frequencies and relative frequencies were used as methods of analysis. Also factor and correlation analysis were used.

It turned out that the company compensates its employees for sick days to the extent prescribed by law, i.e. up to 4–8 days. Until 2009–2019, Metaprint has paid sickness benefits in the amount of 116 thousand euros to its employees, and the costs have increased every year, being 3.6 times higher in 2019 than in 2010. The increase in these costs has been mostly influenced by the change in the number of sick leaves. The study found that the number of sick leaves has increased by 133.9% in 11 years. The reason for this can largely be seen in the specifics of the production company, where production workers do not have the opportunity to work from home and a sick leave must be taken if they feel unwell. This is also supported by the fact that in the last five years, 81.9% of all employees who took sick leaves have been employees of production-related departments. The downside, however, is the average daily allowance, which is 2.6 times lower for production workers than for office workers. As a result, the current system of sickness benefits is seen as a major concern for low-paid workers, who are most afraid of losing their income. It can also lead to a situation where a low-paid worker does not take a sick leave for fear of losing his or her pay and continues to work, which can have an adverse effect on his or her own health and on the people around him or her.

In addition to sickness benefits, Metaprint incurs occupational health costs as well as health and sports expenses related to the safety and health of its employees. If the company has made occupational health expenses consistently and in 2019 their amount amounted to 73 thousand euros, then health and sports expenses were started from the end of 2013 and more in 2018 after the tax change. According to the Tax and Customs Board, in 2019 the average company incurred health and sports expenses of 122.76 euros per employee, while Metaprint made them 186.16 euros. It can be concluded that the company pays attention to the health of its employees and rather wants to prevent their health from deteriorating, which is also evidenced by the fact that in recent years the company has spent more on health promotion than on sickness benefits. In addition, there is a lot of hard physical work in a manufacturing company, which makes the health and lifestyle of their employees even more important to the company, and therefore they can contribute more to their employees than any other company. On the other hand, it turned out that although Metaprint reimburses its employees 100 euros per quarter, i.e. 400 euros per year, people do not use all the benefits offered to them, which means that the annual cost per employee is only 186.16 euros.

Although the reform of sickness benefits turned out to be negative for companies, the author sees it as a logical step to ensure that the state health insurance system is financially sustainable in the

future and that the social security system is not overburdened. Today, there is already a situation in some European countries where systems are overburdened by overly generous health insurance and workers are also abusing sick days, leading to ever lower labour force participation. In addition, the situation where companies themselves have to compensate their employees for sick days makes them, in the author's opinion, make more efforts for the well-being of their employees. In order to prevent workers from becoming ill, companies are placing greater emphasis on occupational health and safety costs, as well as health and sports costs, so that workers take more care of their own health.

KASUTATUD ALLIKAD

- Aaviksoo, E. (2017). *Sickness absence in Estonia: determinants and influence of the sick-pay cut reform*. (Doktoritöö) Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervise instituut, Tartu
- Aaviksoo, E., Kiivet, R. A. (2014). Sickness benefit cuts mainly affect blue-collar workers. – *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol 42, No. 6, 497–503
- Algandmebaas (haigushüvitised ja tervisekulud). 2020. (database) [Online]. Kättesaadav: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1hQfAjkkusKcwfgszlNyVaNQBOZ8sNadeka6MaQSN18s/edit?usp=sharing>, 24. aprill 2020.
- Andersen, S. H. (2010). The cost of sickness: On the effect of the duration of sick leave on post-sick leave earnings. – *Social Science & Medicine*, Vol. 79, No. 10, 1581–1589
- Atun, R. A., Menabde, N., Saluvere, K., Jesse, M., Habicht, J. (2006) – *Health Policy*, Vol 79, No. 1, 79–91
- Busoi, C. (2010). Health systems in the European Union. An overview. – *Fiziologia – Physiology*. Vol 20, No. 2, 5–7
- Doupi, P., Renko, E., Giest, S., Heywood, J., Dumortier, J. (2010). Country Brief: Estonia. European Commission, DG Information Society and Media, report.
- Eesti Haigekassa (2019). Haigekassa finantsnäitajad. Haigekassa eelarve (database) [Online]. Kättesaadav: <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/finantsnaitajad>, 22. märts 2020.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2006.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2007.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2008.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2009.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2011.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2012.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2013.

- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2014.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2015.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2016.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2017.
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2018.
- Eesti Vabariigi põhiseadus. RT 1992, 26, 349.
- ELT C 146 E, 22.6.2006, lk 1–3. Nõukogu järeldused ELi tervishoiusüsteemide ühiste väärtuste ja põhimõtete kohta.
- Ernits-Kaljuste, I. (2015). *Sotskomisjon: töötaja peaks saama hüvitist ka esimeste haiguspäevade eest ja võimaluse haigena osalise koormusega töötada*. Kättesaadav: <http://www.pealinn.ee/tarbija/sotskomisjon-tootaja-peaks-saama-huvitist-ka-esimeste-haiguspaevade-n158638>, 23. märts 2020
- Ettevõttest*. (2020). Metaprint. Kättesaadav: <https://metaprint.com/et/ettevotest/>, 4. aprill 2020
- Euroopa poolaasta temaatiline teabeleht: Tervishoiusüsteemid*. (2017), European Commission. Kättesaadav: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_et.pdf, 1. veebruar 2020.
- Government of Canada (2020). *Canada's Health Care System*. Kättesaadav: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a4>, 22. veebruar 2020.
- Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L., Ginneken, E. V. (2018). Estonia. Health System Review 2018. – *Health Systems in Transition*, Vol. 20, No. 1, 1–193
- Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Habicht, J., Ginneken, E. V., Webb, E. (2019). The 2017 reform to improve financial sustainability of national health insurance in Estonia: Analysis and first lessons on broadening the revenue base. – *Health Policy*, Vol. 123, No. 8, 695–699
- Health care systems and health policy*. (2011). Pharmaceutical Press. Kättesaadav: <http://www.pharmpress.com/files/docs/Sample%20chapter%20Health%20Pol%20Eth.pdf>, 1. veebruar 2020.
- Joamets, K., Luukas, L. (2016). The Legal Problems of Occupational and Health Safety in Estonia. – *International and Comparative Law Review*, Vol 16, No. 2, 157–172
- Johansen, V. (2019). A panel study of sickness presence and sickness absence among secondary school students. – *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Vol. 32, No. 6, 797–804

- Johansson, P., Palme, M. (2002). Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism. – *Journal of Human Resources*, Vol. 37, 381–409
- Kallaste, E., Järve, J., Kaska, M., Räisi, M. L., Sandre, S-L., Anspal, S. (2015). Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetusel. Eesti rakendusuuringute keskus Centar, lõppraport.
- Maksu- ja Tolliamet. (2020). *Maksusoodustus tervise- ja spordikuludele alates 1. jaanuarist 2018*. Kättesaadav: <https://www.emta.ee/et/ariklient/tulu-kulu-kaive-kasum/erisoodustused/maksusoodustus-tervise-ja-spordikuludele-alates-1>, 5. märts 2020
- Maksu- ja Tolliamet. (2020). *Töotervishoid*. Kättesaadav: <https://www.emta.ee/et/ariklient/tulud-kulud-kaive-kasum/erisoodustus/tootervishoid>, 4. märts 2020
- Marrée, J., Groenewegen, P. P. (1997). *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Brookfield, USA: Avebury.
- Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., Marchildon, G. (2018). Canada's universal health-care system: achieving its potential. – *The Lancet*, Vol. 391, No. 10131, 1718–1735
- Masso, M., Veldre, V., Amos, M., Tammiku, M., Partei, M. (2015). Töövõimekao hüvitamise süsteem Eestis ja rahvusvaheline võrdlus. Poliitikauuringute keskus Praxis, töövõimeuuringu lõppraport.
- Metaprint AS majandusaasta aruanne 2018.
- Nael, M. (2020). *Ametiühingud ja tööandjad näevad haiguslehetä haiguspäevade võtmises probleeme*. Kättesaadav: <https://www.err.ee/1033736/ametiuhingud-ja-tooandjad-naevad-haiguslehetä-haiguspaevade-votmises-probleeme>, 23. märts 2020
- Nei, S. V. (2017). Estonian Health Care System: Accomplishments and Challenges. – *European Scientific Journal*, April 2017, 106–113
- Nguyen, A. (2016, Feb 8). International Health Care Systems Part 4: The Out-of-Pocket Model. [Blog post]. Kättesaadav: <http://morningsignout.com/international-health-care-systems-part-4-the-out-of-pocket-model/>, 22. veebruar 2020
- OECD. (2019). *State of Health in the EU. Eesti. Riigi terviseprofiil 2019*. Kättesaadav: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_et_estonian.pdf, 26. veebruar 2020
- Paloots, K. (2016). *Haigushüvitiste maksmise seadusemuudatuste mõju Eesti ühiskonnas ning tervisepäevade võimaldamise kord Eesti ettevõtetes*. (Bakalaureusetöö) Tallinna Tehnikaülikooli majandusteaduskond, Tallinn.
- Pölluste, K. (2007). *Health reforms in Estonia – acceptability, satisfaction and impact*. (Doktoriväitekirj) Põhjamaade Rahvatervise Kõrgkool, Göteborg.

- Pärg, L. (2014). *Haigestumisega seotud ajutine töövõimetus tegevusalade lõikes*. (Magistritöö) Tartu Ülikooli tervishoiu instituut, Tartu
- Pärli, M. (2020). *Haiguslehtede hüvitamine esimesest päevast nõuaks 20 miljonit lisaeurot*. Kättesaadav: <https://www.err.ee/1031393/haiguslehtede-huivitamine-esimesest-paevast-nouaks-20-miljonit-lisaeurot>, 23. märts 2020
- Raamatupidamis- ja õigusuudisteveeb. (2015). *Esimeste haiguspäevade hüvitise taastamiseks on kogutud juba 25 000 allkirja*. Kättesaadav: <https://www.rup.ee/uudised/tooturg/esimeste-haiguspaevade-huivitise-taastamiseks-on-kogutud-juba-25-000-allkirja>, 23. märts 2020
- Ravikindlustuse seadus. 162 SE I seletuskiri. 2020. Kättesaadav: <https://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/2356c66c-f8ae-45d5-abff-7058828efcef/Ravikindlustuse%20seaduse%20muutmise%20seadus>, 23. märts 2020
- Ravikindlustuse seadus. RT I, 13.03.2019, 136
- Ravikindlustuse seadus. RT I 2002, 62, 377
- Ridic, G., Gleason, S., Ridic, O. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. – *Materia Socia Medica*, Vol 24, 112–120
- Saltman, R. B., Busse, R., Figueras, J. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. New York, USA: McGraw-Hill Education.
- Sotsiaalmaksuseadus. RT I 2000, 102, 675.
- State of Health in the EU. Eesti*. (2019). European Commission. Kättesaadav: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_et_estonian.pdf, 26. veebruar 2020
- Statistikaameti andmebaas. (2019) PA001: Keskmise brutopalk, töajõukulu, töötatud tunnid ja töötajate arv tegevusalarühma järgi (kvartalid) – [E-andmebaas]. Kättesaadav: <http://andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=et&DataSetCode=PA001#>, 21. märts 2020
- Suchecka, J. (2014). Transformations And Reforms Of European Health Care Systems: The Case Of Estonia – *Comparative Economic Research*, Vol. 17, No. 3, 123–142
- Tolonen, A., Rahkonen, O., Lahti, J. (2017). Leisure-time physical activity and direct cost of short-term sickness absence among Finnish municipal employees. – *Archives of Environmental & Occupational Health*, Vol. 72, No. 2, 93–98
- Tulumaksuseadus. RT I 1999, 101, 903.
- Töötervishoiu ja tööohutuse seadus. RT I 1990, 60, 616.
- Van der Zee, J., Kroneman, M. W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. – *BMC Health Services Research*, Vol 7, Article number 94

Ziebarth, N., Karlsson, M. (2009). A Natural Experiment on Sick Pay Cuts, Sickness Absence, and Labor Costs. *Health, Econometrics and Data Group Working Papers*, No. 09/34.

LISAD

Lisa 1. Väljastatud haiguslehtede ja -päevade arv aastatel 2006–2019

Aasta	Haiguslehtede arv (tk)	Haiguspäevade arv	Haiguslehe keskmine pikkus (päevades)
2006	469 274	5 751 163	12,3
2007	508 428	6 209 512	12,2
2008	470 950	6 354 414	13,5
2009	305 476	4 708 595	15,4
2010	246 737	2 332 976	13,0
2011	274 564	3 776 329	13,8
2012	293 675	4 313 698	14,7
2013	220 929	2 915 972	13,2
2014	217 582	2 997 073	13,8
2015	229 201	3 193 910	13,9
2016	251 266	3 327 132	13,2
2017	266 656	3 531 904	13,2
2018	285 645	3 780 880	13,2

Allikas: autori koostatud haigekassa majandusaasta aruannete 2006–2018 põhjal

Lisa 2. INF 14 ja TSD lisa 4 deklareeritud tervise edendamise seotud kulud

INF 14	Isikute arv	Summa (€)
2018	62 568	7 078 392
2019	76 166	9 350 155

Allikas: teabenõude esitamisel Maksu- ja Tolliametilt saadud andmed

TSD lisa 4 (4120)	Kulutused töötaja tervise edendamiseks (4120) (€)
2015	3 412 010
2016	4 275 081
2017	5 003 558
2018	2 104 320
2019	2 155 484

Allikas: teabenõude esitamisel Maksu- ja Tolliametilt saadud andmed

Lisa 3. Töötajate erinevused haiguslehtede võtmisel

Periood 2009–2014

	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Töötajate arv	107	100	141	100	166	100	172	100	199	100	213	100
Haiguslehti võtnute arv	44	41,1	31	22,0	69	41,6	51	29,7	78	39,2	79	37,1
Sugu												
Mees	32	72,7	22	71,0	52	75,4	36	70,6	49	62,8	55	69,6
Naine	12	27,3	9	29,0	17	24,6	15	29,4	29	37,2	24	30,4
Vanus												
18-29	15	34,1	15	48,4	26	37,7	18	35,3	25	32,1	21	26,6
30-44	15	34,1	7	22,6	24	34,8	15	29,4	24	30,8	33	41,8
45-64	11	25,0	8	25,8	19	27,5	17	33,3	29	37,2	24	30,4
65+	3	6,8	1	3,2	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	1,3
Osakond												
Tootmine Tallinn	24	54,5	19	61,3	27	39,1	17	33,3	21	26,9	24	30,4
Tootmine Pärnu	5	11,4	2	6,5	6	8,7	3	5,9	14	17,9	9	11,4
Muu personal Tallinn	12	27,3	7	22,6	27	39,1	24	47,1	22	28,2	24	30,4
Muu personal Pärnu	1	2,3	1	3,2	6	8,7	5	9,8	16	20,5	18	22,8
Ametnikud Tallinn	2	4,5	2	6,5	3	4,3	2	3,9	4	5,1	4	5,1
Ametnikud Pärnu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0

Allikas: Algardmebaas ... 2020, autori koostatud

Periood 2015–2019

	2015		2016		2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Töötajate arv	202	100,0	212	100,0	220	100,0	219	100,0	222	100,0
Haiguslehti võtnute arv	71	35,1	87	41,0	90	40,9	86	39,3	45,0	100,0
Sugu										
Mees	42	59,2	58	66,7	60	66,7	58	67,4	71	71,0
Naine	29	40,8	29	33,3	30	33,3	28	32,6	29	29,0
Vanus										
18-29	20	28,2	21	24,1	17	18,9	21	24,4	22	22,0
30-44	25	35,2	33	37,9	44	48,9	29	33,7	44	44,0
45-64	26	36,6	30	34,5	28	31,1	34	39,5	33	33,0
65+	0	0,0	3	3,4	1	1,1	2	2,3	1	1,0
Osakond										
Tootmine Tallinn	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pärnu pudelitehas	14	19,7	16	18,4	19	21,1	12	14,0	21	21,0
Tallinna pudelitehas	15	21,1	17	19,5	9	10,0	18	20,9	13	13,0
Komponentide tehas	11	15,5	14	16,1	19	21,1	15	17,4	18	18,0
CONV ja UV trükokoda	15	21,1	25	28,7	27	30,0	28	32,6	30	30,0
Tehnikaosakond	8	11,3	6	6,9	8	8,9	6	7,0	7	7,0
Ostu- ja logistikaosakond	3	4,2	4	4,6	4	4,4	1	1,2	3	3,0
Libatse kompleks	0	0,0	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kvaliteediosakond	1	1,4	1	1,1	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Kontor	4	5,6	2	2,3	4	4,4	5	5,8	8	8,0

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Lisa 4. Haigushüvitiste teguranalüüsi algandmed

Aasta	Ettevõtte makstud haigushüvitised (€)	Ettevõtte hüvitatud haiguslehtede arv	Keskmine haigushüvitis haiguslehe kohta (€)
2009	2 098,6	15	139,9
2010	4 503,0	39	115,5
2011	11 057,3	94	117,6
2012	7 806,8	66	118,3
2013	11 987,2	97	123,6
2014	13 297,0	101	131,7
2015	10 540,6	86	122,6
2016	12 240,9	102	120,0
2017	12 145,8	98	123,9
2018	13 738,3	105	130,8
2019	16 086,5	112	143,6

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Lisa 5. Töötervishoiukulude teguranalüüsi algandmed

Aasta	Ettevõtte töötervishoiukulud kokku (€)	Töötajate arv	Keskmine kulu töötaja kohta (€)
2009	13 857,01	107	129,50
2010	18 298,27	141	129,77
2011	31 256,92	166	188,29
2012	24 836,88	172	144,40
2013	48 540,78	199	243,92
2014	50 062,47	213	235,04
2015	31 073,00	202	153,83
2016	43 424,33	212	204,83
2017	42 223,70	220	191,93
2018	62 269,52	219	284,34
2019	72 778,17	222	327,83

Allikas: Algandmebaas ... 2020, autori koostatud

Lisa 6. Lihtlitsents

Lihlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks¹

Mina Kristin Valdmets

1. annan Tallinna Tehnikaülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose Haigushüvitiste reformi mõjust ning töötajate tervisega seotud kulude katmisest ja maksustamisest Metaprint AS näitel, mille juhendaja on Kaidi Kallaste,

1.1 reprodutseerimiseks lõputöö säilitamise ja elektroonse avaldamise eesmärgil, sh TalTechi raamatukogu digikogusse lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2 üldsusele kättesaadavaks tegemiseks TalTechi veebikeskkonna kaudu, sealhulgas TalTechi raamatukogu digikogu kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. Olen teadlik, et käesoleva lihtlitsentsi punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest ning muudest õigusaktidest tulenevaid õigusi.

¹*Lihtlitsents ei kehti juurdepääsupiirangu kehtivuse ajal, välja arvatud ülikooli õigus lõputööd reprodutseerida üksnes säilitamise eesmärgil.*