

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Rahanduse ja majandusteooria instituut

Majandusteooria õppetool

Getriin Tõll

**SOTSIAALKINDLUSTUS *VERSUS* ÜLDISED MAKSUD
TERVISHOIU RAHASTAMISE ALLIKANA**

Bakalaureusetöö

Juhendaja: lektor Raivo Soosaar

Tallinn 2015

Olen koostanud töö iseseisvalt.

Töö koostamisel kasutatud kõikidele teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele on viidatud.

Getriin Tõll

(allkiri, kuupäev)

Üliõpilase kood: 123421

Üliõpilase e-posti aadress: Getriin7@gmail.com

Juhendaja: lektor Raivo Soosaar arvamus:

Töö vastab bakalaureusetööle esitatud nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....

(ametikoht, nimi, allkiri, kuupäev)

ABSTRAKT

Antud töös otsiti vastust küsimusele, millistest avaliku sektori finantseerimise allikatest oleks kõige parem rahastada tervishoidu, kas sotsiaalkindlustusfondidest või üldistest maksudest. Töös võrreldi neid kahte avaliku sektori poolset rahastamissüsteemi, tuues välja kummagi positiivsed ja negatiivsed küljed.

Töö eesmärk oli teada saada, kumba süsteemi võiks Eesti eelistada. Selleks uuriti, millise rahastamisallika kasutamist erinevate läbiviidud uuringute põhjal üldiselt soovitatakse ning võrreldi süsteemide eeliseid ja puuduseid. Lisaks viidi läbi korrelatsioonanalüüs uurimaks, kas ja millises ulatuses avaldavad erinevad avaliku sektori rahastamisviisid mõju tervishoiu kvaliteedi näitajatele ja tööhõivele.

Korrelatsioonanalüüside põhjal oli järeldust teha raske, sest enamus neist arvestatavaid tulemusi ei andnud. Erinevate uuringutega tutvumise tulemusel selgus, et sotsiaalkindlustussüsteemi probleem seisneb selles, et maksustades vaid tööjõu sissetulekut, võib see viia palgamaksete vältimisele läbi mitteametlike töösuhete. Sotsiaalkindlustussüsteemi on raske rakendada, sest siis jääksid mitteametlikult tööl olijad ja töötud ebasoodsasse olukorda. Samuti on probleemiks kindlustuse halduskulud, mis võivad vaesemate riikide puhul olla üsna suured.

Üldisest maksutulust rahastamisel on sissemaksed jagatud laiemale hulgale rahvast kui läbi kindlustuse. Süsteemi kaetus on seega suurem ning koorem ei lange vaid ametlikult töötavatele inimestele. Kõik inividid panustavad tervishoiu rahastamisesse läbi erinevate maksude ning neid koguneb erinevate valdkondade arvelt. Küll aga heidetakse süsteemile ette tervishoiusüsteemi alarahastamist, sest avalik sektor peab kogutud maksutulu jagama mitmete erinevate sektorite vahel.

Eesti riigil oleks soovitatav vähendada sotsiaalkindlustusest sõltuvust. Tervishoiu rahastamist peaks suurendama ning suurendamine tuleks katta üldiste maksude arvelt.

Võtmesõnad: tervishoid, tervishoiu rahastamine, sotsiaalkindlustus, maksud, üldiste maksude süsteem, sotsiaalkindlustussüsteem, valitsusepoolne finantseerimine.

SISUKORD

ABSTRAKT	2
SISSEJUHATUS	5
1. TERVISHOIU VALITSUSEPOOLSE FINANTSEERIMISE MUDELID: TEOREETILINE VÕRDLUS	7
1.1 Hea tervishoiu finantseerimise süsteemi karakteristikud.....	7
1.2 Tervishoiusüsteemi rahastamise allikad ja mudelid	8
1.3 Sotsiaalkindlustussüsteemide eelised ja puudused	9
1.3.1 Üldised eelised ja puudused	9
1.3.2 Sotsiaalkindlustussüsteemide probleemsus madala sissetulekuga riikides.....	10
1.4 Üldiste maksude süsteemide eelised ja puudused.....	11
2. TERVISHOIU VALITSUSEPOOLSE FINANTSEERIMISE MUDELID PRAKTIKAS .	15
2.1 Üldiste maksude- ja sotsiaalkindlustussüsteemide levik maailmas	15
2.2 Eesti kui sotsiaalkindlustussüsteemi rakendaja	17
2.2.1 Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise probleemid ja väljakutsed.....	19
2.2.2 Soovitused tervishoiu rahastamispoliitika tõhustamiseks	20
2.3 Võrdlusmetoodika ja andmed	22
3. TERVISHOIU VALITSUSEPOOLSE FINANTSEERIMISE MUDELITE EMPIIRILINE VÕRDLUS	24
3.1 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju tervena elatud eluaastatele.....	24
3.2 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju tuberkuloosiravi õnnestumise määrale	26
3.3 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju haiglas viibitud ajale.....	27
3.4 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju tervishoiukulutustele inimese kohta	28
3.5 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju tööhõivemäärale	29

3.6 Järeldused ja soovitused.....	30
KOKKUVÕTE	33
SUMMARY	36
VIIDATUD ALLIKAD	38
LISAD	41
Lisa 1. Tervishoiukulutuste finantseerimine.....	41
Lisa 2. Korrelatsioonanalüüsis kasutatud andmed 1.....	42
Lisa 3. Korrelatsioonanalüüsis kasutatud andmed 2.....	43

SISSEJUHATUS

Iga riigi tervishoiusüsteem peab olema tõhus, kättesaadav ning jätkusuutlik, sest tervishoiupoliitika avaldab riigis elavatele inimeste suurt mõju. On oluline, et tervishoid oleks rahastatud piisavalt, et hoida rahvas terve ja rahulolev, mis ühtlasi tingib ka edukama majanduse. Võib väita, et mida tervemad ja õnnelikumad on inimesed, seda paremini toimib ka elu riigi tasandil.

Seetõttu ongi tervishoiuga seotud probleemid üheks põhiliseks mureks enamikes majanduskeskkondades. Kõik otsused, mis võetakse vastu praegu, mõjutavad oluliselt ka järgnevate aastakümnete tervishoiukulude taset ning majanduse kasvutempot. Seega peavad riigid pöörama suurel hulgal tähelepanu õige tervishoiusüsteemi ülesehitamisele ja arendamisele.

Selleks, et arendada välja hea tervishoiusüsteem, peavad avaliku sektori esindajad muuhulgas võtma vastu otsused selle kohta, milliseid finantseerimisallikaid ja kui suures ulatuses soovitakse kasutada. Tervishoiu rahastamise vahenditeks võivad olla nii era kui ka avaliku sektori allikad.

Antud töös otsitakse vastust küsimusele, millistest avaliku sektori finantseerimise allikatest oleks kõige parem rahastada tervishoidu, kas sotsiaalkindlustusfondidest või üldistest maksudest. Bakalaureusetöös võrreldakse neid kahte avaliku sektori poolset rahastamissüsteemi, tuues välja kummagi positiivsed ja negatiivsed küljed.

Töö eesmärk on teada saada kumba süsteemi võiks Eesti eelistada. Uuritakse millised on hea tervishoiu finantseerimise süsteemi kriteeriumid ja analüüsitakse kirjandusele toetudes, milline süsteem erinevate kriteeriumite lõikes parem on. Lisaks kirjeldatakse mõlema süsteemi toimimist praktikas ning analüüsitakse empiiriliselt erinevate süsteemide mõju tervishoiusüsteemi kvaliteedi näitajatele ning tööhõive tasemele.

Töö põhiliseks uurimismeetodiks on korrelatsioonanalüüs, millega uuritakse, kas nendes riikides, kus on sotsiaalkindlustusfondide osakaal suurem, on ka paremad tervishoiukvaliteedi näitajad ning kas üldiste maksude kõrgem osakaal seostub kõrgema tööhõivega.

Esimeses peatükis tutvustatakse tervishoiusüsteemi rahastamise võimalusi ning tuuakse välja aspektid, millele tuleks õige süsteemi valimisel tähelepanu pöörata. Peatükis võrreldakse teoreetiliselt valitsusepoolse tervishoiu finantseerimise mudeleid, tuuakse välja sotsiaalkindlustus süsteemide ja üldistel maksudel põhinevate süsteemide olemused ning eelised ja puudused.

Teises peatükis kirjeldatakse valitsusepoolse finantseerimise mudelite levikut maailmas, iseloomustatakse Eestit kui sotsiaalkindlustussüsteemi rakendajat ning tuuakse välja meetodika ja andmed analüüside läbiviimiseks.

Kolmandas peatükis võrreldakse valitsusepoolse finantseerimise mudeleid empiirilisel. Viiakse läbi korrelatsioonanalüüs viie erineva väljundnäitaja suhtes, milleks on tervena elatud eluaastate arv, tuberkuloosiravi õnnestumise määr, haiglas viibitud aeg, tervishoiukulutused inimese kohta ning tööhõivemäär. Sisendnäitajaks on see, kui suure protsendi moodustab sotsiaalkindlustusfondide osakaal avaliku sektori kulutustest. Lõpus tehakse järeldused ning antakse soovitusel.

1. TERVISHOIU VALITSUSEPOOLSE FINANTSEERIMISE MUDELID: TEOREETILINE VÕRDLUS

1.1 Hea tervishoiu finantseerimise süsteemi karakteristikud

Iga riigi tervishoiusüsteem peab olema tõhus, kättesaadav ning jätkusuutlik, sest otsused tervishoiuvaldkonnas avaldavad riigis elavatele inimeste suurt mõju. Seetõttu ongi tervishoiuga seotud probleemid üheks põhiliseks mureks enamikes majanduskeskkondades. Kõik otsused, mis võetakse vastu praegu, mõjutavad oluliselt ka järgnevate aastakümnete majanduse olukorda ning see on ka põhjus, miks riigid peavad pöörama suurel hulgal tähelepanu õige tervishoiusüsteemi ülesehitamisele ja arendamisele.

Tervishoiusüsteemi kolm olulist koostisosa on kättesaadavus, kvaliteet ja maksumus. Need on tervishoiu alustalad, kus muutus ühes mõjutab oluliselt ka ülejäänud kahte komponenti. Riikide eesmärk on hoida need alustalad kõik võrdselt tugevana, et toetada optimaalset tervishoiusüsteemi. Tegelikuses on tasakaalu kõigis kolmes valdkonnas äärmiselt raske saavutada ning tihti keskenduvad poliitikud sellele komponendile, mis on antud hetkel kõige aktuaalsem, unustades ülejäänud. (van den Broek-Altenburg 2014)

Seetõttu ei ole üllatav, et enamik tervishoiusüsteeme nii Euroopas, Aasias kui ka Ameerika Ühendriikides tegelevad finantsilise jätkusuutlikkuse tagamise probleemiga. On oluline tagada kõigile inimestele need tervishoiuteenused mida nad hetkel vajavad ning ilma, et nad peaks kannatama rahaliste raskuste käes, et vajalike teenuste eest tasuda. Tugeva, tõhusa ning hästi juhitud tervishoiusüsteemi tagamine on enamikule riikidele saanud raskeks väljakutseks. Selleks on vajalik süsteem tervishoiuteenuste finantseerimiseks, juurdepääs vajalikele ravimitele ja tehnoloogiatele ning piisav hulk haritud, motiveeritud tervishoiutöötajaid. (*Ibid.*)

Tervishoiusüsteemi finantseerimisel on kolm peamist põhimõtet. Esiteks, peab riik koguma piisavalt tulusid, et pakkuda soovitud hulgal tervishoiuteenuseid. Teiseks, on riigi ülesanne juhtida neid tulusid nii, et terviseriskid oleks jaotatud õiglaselt ja tõhusalt. Finantseerimise süsteem ei tohiks kahjustada ka tulevikupõlvkondade võimalusi rahastada

tervishoiukulusid. Viimaks peab riik vastutama selle eest, et tervishoiuteenuste eest maksmine oleks korraldatud viisidel mis on jaotuslikult ja tehniliselt tõhusad. Jaotuslikult tõhus teenus esindab tarbijate eelistusi, teenust pakutakse optimaalselt vastavalt tarbijate soovidele ning kogutakse piisaval hulgal tulusid, et oleks ühiskonnas tagatud soovitud hulgal soovitud kvaliteediga tervishoiuteenuseid. Tehniliselt efektiivse teenusega on tegemist siis, kui maksimaalsel hulgal teenuseid suudetakse pakkuda minimaalsete vajalike sisenditega, näiteks tööjõu, kapitali või tehnoloogiatega. (van den Broek-Altensburg 2014)

Tõhusa, kättesaadava ja jätkusuutliku tervishoiusüsteemi loomise juures on oluline valida need õiged allikad, millest hakatakse tervishoidu finantseerima. Kogutud tulude mahust sõltub tervishoidu suunatavate ressursside tase, mis annab võimaluse tervishoiusüsteemil tagada finantsilist jätkusuutlikkust ja täiustada kättesaadavuse, kvaliteedi ning maksumuse näitajaid.

1.2 Tervishoiusüsteemi rahastamise allikad ja mudelid

Tervishoidu finantseeritakse nii erasektori kui avaliku sektori allikatest. Erafinantseerimine hõlmab leibkondade otseseid rahalisi makseid raviteenuste eest, eraravikindlustust ja muid erasektori vahendeid (Health at a Glance 2014). Avaliku sektori poolset finantseerimist on kaks võimalikku allikat: sotsiaalkindlustusfondid ja üldine maksutulu.

Riigiti esineb olulisi erinevusi selles, kuidas sotsiaalkindlustuse mudel on üles ehitatud, küll aga on põhimõtte peaaegu alati sama – eriotstarbelisse fondi kogutakse tulu palgafondilt (kõigilt töötajatele tehtavatelt rahalistelt väljamaksetelt) tasutatavalt maksetelt (Meiesaar *et al* 2010, 36). Üldistel maksudel põhinevad süsteemid saavad oma tulu kõigest avaliku sektori poolt kogutavatest maksudest ning ka muudest valitsusele laekuvatest tuludest (Wagstaff 2009).

Tervishoiu rahastamise süsteeme jagatakse ülekaalus oleva rahastamisallika alusel Bismarcki ja Beveridge'i tüüpi mudeliteks ning on ka segasüsteeme, mida ei saa otseselt kummagi mudeli alla paigutada (Meiesaar *et al* 2010, 18). Bismarcki mudelis toimub rahastamine enamasti sotsiaalkindlustusmaksete kaudu ning seda mudelit kasutavad muuhulgas riigid nagu Prantsusmaa, Saksamaa, Austria, Šveits, Belgia, Holland ja Jaapan (Lameire *et al* 1999). Beveridge'i mudeli puhul on tervishoid rahastatud valitsuse üldisest

tuludest ning selle mudeli korral on tagatud kaetus kogu elanikkonnale (Kutzin 2011). Süsteemi kasutavad riigid on näiteks Suurbritannia, Itaalia, Hispaania, Rootsi, Taani, Norra, Soome ja Kanada (Lameire *et al* 1999).

Enamik kõrge sissetulekuga riikidest kasutab tervishoiu finantseerimise põhiallikana kas üldisi makse või sotsiaalkindlustusfonde. Madala sissetulekuga riikides on sageli suhteliselt suur osakaal teenuse osutamise hetkel patsiendi enda poolt tehtavatel maksetel või rahvusvaheliste rahastajate toetustel. Erinevate rahastamismudelite valik oleneb iga riigi ajaloost, majandusolukorrast, kultuurist jne. Oluline on see, et oleks olemas tervishoiusüsteemile vajalikud vahendid, pakkujatele õigete rahaliste stiimulite seadmine ning kõigile indiviididele tõhusate tervishoiuteenuste tagamine. Kõigile inimestele peaks olema tagatud taskukohane juurdepääs tervishoiule. (Berkhout, Oostingh 2008)

Väga rasketel ja kulukat ravi nõudvatel haigustel võib olla suur mõju inimeste ja perede finantsilisele olukorrale. Haigus tuleb tihti ootamatult ning seetõttu võib riskide hajutamisel läbi erinevate kindlustusmeetmete olla oluline efekt vähendamaks haigusega seotud finantsilisi šokke. Ehk riskihajutamine kujutab endast seda, et need, kellele langeb osaks väga kulukas haiguslugu saavad seda ravida väiksemate kuludega, küll aga panustavad süsteemi kõik, ka need, kes on haigusest vabad. (Blomqvist 2011)

Majandusanalüüsi kasutades saab näidata, et teatud tingimuste korral on selline süsteem keskmise mõistes efektiivne ning kogukonnal on riskihajutuse tulemusena kasulikkus suurem. Läbi era tervisekindlustuse saab sellist riskide hajutamist teostada, küll aga ei pruugi erarahastamine olla piisavalt efektiivne ning samal ajal ka õiglane. Seetõttu on avalik sektor tihedalt seotud tervishoiu finantseerimisega enamikes arenenud riikides. (*Ibid.*)

1.3 Sotsiaalkindlustussüsteemide eelised ja puudused

1.3.1 Üldised eelised ja puudused

Enamikus riikides, kus sotsiaalkindlustussüsteem on kasutusel, kujunes see välja varjastest vabatahtlikest süsteemidest, kus tööstusharude töötajad ning oskustöölised organiseerisid kindlustuse läbi haigekassa. Süsteemile aitasid kaasa kõik ning kogutud fondist maksti liikmete tervishoiukulutuste eest. Hiljem hakkas avalik sektor aktiivsemalt nende fondide süsteemis osalema ning täiustati senist süsteemi. (Blomqvist 2011)

Sotsiaalkindlustussüsteemi toetajad väidavad, et see loob olulise täiendava tuluallika tervishoiusüsteemile, loob valikuvabadust erinevate pakkujate vahel ning sotsiaalkindlustussüsteemid on võimelised saavutama parema kvaliteediga tervishoiuteenused madalamate kuludega kui üldistelt maksudelt finantseeritavad süsteemid. (Wagstaff 2009)

Kui võrrelda võrdsuse ja efektiivsuse aspekte sotsiaalkindlustusmudeli ja üldise maksutulu meetodi puhul tervishoiu rahastamiseks siis tuleb kindlasti ära mainida, et nendele gruppidele, kellel on osalemine avalikus plaanis kohustuslik on sissetulek, mida kindlustatud on kohustatud plaani jaoks maksma (näiteks protsent sissetulekust) samaväärsed maksudega. (Blomqvist 2011)

Sotsiaalkindlustussüsteemidel on suurem potentsiaal pakkuda efektiivsemat riskikaitset, kuid olenemata sellest, esineb nendel ka võrdsuse ja õigluse osas probleeme, sest süsteemid hõlmavad ainult ametlikus sektoris töötajaid ning hajutavad ainult süsteemis osalejate terviseriskid. (van den Broek-Altenburg 2014)

Kui fondi rahastatakse läbi töötajaga seotud sissetulekute, mis on proportsionaalsed selle isiku palgaga, on sellel efektiivsusele sarnane efekt nagu ka tulumaksul. Ehk töötajal on vähem initsiatiivi tõsta oma sissetulekut, näiteks tehes ületunde või võttes vastutusrikkamaid ülesandeid, kui koos kõrgema palgaga kaasneb kõrgem sotsiaalkindlustusmaks ning seega ka suurem kadu sissetulekust. Konkureerival tööturul avaldab see mõju nii töötaja kui ka tööandja osalusele süsteemis. Arvesse tuleb võtta nii efektiivsuse kui ka võrdsuse aspekte, pöörates tähelepanu riikidele, kus töötajad on proportsionaalse või progressiivse maksusüsteemi all. (Blomqvist 2011)

1.3.2 Sotsiaalkindlustussüsteemide probleemsus madala sissetulekuga riikides

Kuigi kindlustusskeemidel võib olla oluline roll tervishoiu rahastamisel, ei ole nad siiani suutnud anda olulist panust täieliku kaetuse saavutamisele madala sissetulekuga riikides ning miljonid inimesed jäävad tervishoiuteenustele juurdepääsust ja kasutamisest kõrvale. Ei leidu tõendeid, et ükski kindlustussüsteem oleks olnud võimeline oluliselt katma madalapalgaliste riikide tervishoiusektori rahastamise puudujääke, tagama vaestele inimestele tervishoiuteenuseid, parandama nende teenuste kvaliteeti või suurendama riskihajutuse ja -kaitse taset. (Berkhout, Oostingh 2008)

Sotsiaalkindlustuse piirangud vaestest riikides võivad olla näiteks raskused märkimisväärse tulu kogumisel, rahastamise ettearvamatus, riskijagamise ja -kaitse

ebavõrdsused, teenuste kvaliteedi parandamise võimaluste puudumised jne. Lisaks on mured süsteemide võime kohta panustada nii võrdsusesse, tõhususse kui ka tervishoiusüsteemi tervikuna. (Berkhout, Oostingh 2008)

Sotsiaalkindlustusest rahastamine ei ole mõeldav variant madala ja keskmise palgaga riikides, kus enamik populatsioonist töötab mitteametlikus sektoris ning kus on palju maaelanikke, nõrk haldussuutlikkus ning puudus valitsuse toest. Sellel juhul jääksid mitteametlikult tööl olijad ja töötud ebasoodsasse olukorda. Selline ühe grupi väljajäämine rahastamisest võib nende inimeste seas tekitada viivitusi abi otsimisel kuni on juba liiga hilja, et midagi ära teha. Selline olukord tekitab probleeme kõige rohkem just nende hulgas, kes kõige rohkem tervishoiuteenuseid vajavad. (*Ibid.*)

Sotsiaalkindlustuse halduskulud ulatuvad kogutud maksutulust Lääne-Euroopa riikides ligi 5%-ni. Suured ametlikud sektorid, mõjukas ja üha kasvav linnaelanikkond ja suur riskide hajutamine on Euroopas taganud süsteemi edukuse ning kvaliteetse tervishoiu taseme. Madalalpalgaliste riikide puhul võivad halduskulud, mis katavad suure osa mitteametlikust tööturust olla märkimisväärsed. Kulud on oluliselt suuremad võrreldes üldise maksusüsteemiga, kus tuleb makse koguda muudeks kulutusteks niikuinii. Vaesematel ning madala võimekusega riikidel on oluline ülesanne hoolikalt kaaluda, kas ja millistel tingimustel pakub sotsiaalkindlustussüsteem efektiivsust ja võrdsust. Võimalik, et teist tüüpi rahastamissüsteemid on vaeste seisukohast lubavamad. (*Ibid.*)

Oluline on enne muutuste läbiviimist teha mõju analüüsid, keskendudes ka kõige haavatavamatele gruppidele. Lisaks tuleb erilist tähelepanu pöörata õigluse kontseptsioonile, mis keskendub sellele, et rahastamine oleks suunatud ka vaestele ja teistele haavatavatele gruppidele nii, et ka neil oleks tagatud juurdepääs uutele teenustele. Riiklike ressursside suurendamine on vaestele teenuste pakkumise katmise suurendamiseks oluline. (*Ibid.*)

1.4 Üldiste maksude süsteemide eelised ja puudused

Üldistel maksudel põhineval tervishoiusüsteemil on see eelis, et ressursid tervishoiusüsteemide finantseerimiseks kasvavad paralleelselt majanduskasvuga. Küll aga toimub see ka vastupidi ehk majanduslanguse puhul maksutulu väheneb. Seetõttu eelistavad mõned riigid maksutulu ära kasutada ka teistele valdkondadele, näiteks haridusele ja riigikaitsele. (van den Broek-Altenburg 2014)

Süsteemi eelised on veel õiglus, sest süsteem katab kogu populatsiooni, ning suur poliitiline vastutus, aruandekohustus. Küll aga ei ole need eelised tagatud kõigis riikides. Näiteks on Suurbritannia riiklik tervishoiusüsteem mitmetes valdkondades saavutanud suhteliselt kehvaid tulemusi. Riigi maksudel põhineva süsteemi esialgsed eesmärgid olid esiteks see, et süsteem pakuks katet kõigile elanikkonna liikmetele, kellel on tervishoiuteenuste vajadus, teiseks et süsteem oleks laialdane oma tervishoiuteenuste pakkumiste osas ning kolmandaks peaks süsteem suurelt osalt olema kasutajatele tasuta. Küll aga on Suurbritannia tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus seatud kahtluse alla. (van den Broek-Altenburg 2014)

Üldistest maksudest rahastatavas süsteemis on sissemaksed tavaliselt jagatud laiemale hulgale rahvast kui läbi kindlustuse. Sotsiaalkindlustussüsteemi puhul väldivad paljudes riikides töötajad ja tööandjad palgamakse läbi mitteametlike töösuhete. Seetõttu langeb suur osa sotsiaalkindlustuse finantseerimisest ametlikult tööl olevatele töötajate õlule, kes, eriti arengumaades, moodustavad väga väikse osa kogu rahvaarvust. Üldiste maksude tasumine (näiteks käibemaksu, müügitaksu, impordimaksu jne.) puudutab aga väga suurt osa rahvast. Järelikult on kõiki kaasav ulatus suurem üldistel maksudel põhineval süsteemil. (Savedoff 2004)

Riikides, kus esineb üsna kõrge töötute arv on muresid seoses sotsiaalkindlustuse maksetega - maksustatakse vaid tööjõu sissetulekut ning seega diskrimineeritakse töökohtade loomist ning tööjõumahukaid tööstuseid. (Blomqvist 2011)

Küsimus on selles, et kuidas peaks koguma vahendeid riskide hajutamiseks. Praktikas võiks madalama sissetulekuga inimesed maksta väiksemaid makse kui kõrgema sissetulekuga ehk süsteem võiks olla teatud piires progressiivne. Efektiivsuse all tuleks mõelda sellele, et majandusele võib olla kogu kulu maksutulude kogumisest ehk kogumiskulu suurem kui kogutud tulu ise. Kogumiskulud ei teki mitte ainult sellest, et maksusüsteemi administreerimiseks on vaja ressursse, vaid ka sellest, et erinevad maksustamise vormid tekitavad moonutusi majanduses kui inimesed ja firmad muudavad enda käitumist väljendades sellega oma suhtumist maksudesse. Efektiivne süsteem on selline, mis minimiseerib kogumiskulud antud sissetuleku ümberjaotuse korral. (*Ibid.*)

Üldistel maksudel põhineva süsteemi efektiivsus ühendab terviseriskid kõigi nende vahel, kes süsteemi rahastavad. Ehk inividid panustavad tervishoiu rahastamisesse läbi

erinevate maksude nii sissetulekult, ostudelt, kinnisvaralt, kapitalilt kui ka muult taoliselt. (Savedoff 2004)

Kuna need süsteemid suudavad potentsiaalselt koguda tulusid nii rentidelt, kapitalikasvult kui ka kasumilt on need seetõttu progressiivsemad kui sotsiaalkindlustussüsteemid mis suurelt osalt toetuvad töötajate palgale. Oluline on välja tuua ka fakt, et see omadus, mis lubab valitsuse maksutulul olla progressiivne allikas tervishoiu rahastamisel tähendab, et individuaalsed sissemaksed ei ole seotud individuaalse tööeasusega tervishoiu vajaduste järgi. Ehk siis üldine maksusüsteem tagab selle, et tervishoiuvajadust ei takista ei sissetulek ega tervise seisukord. Samal ajal aga võib see olla ka probleem sest väheneb individuaalne vastutus oma tervise eest. (*Ibid.*)

Oluline aspekt tervishoiu rahastamisel läbi üldiste maksude on asjaolu, et otsuseid tehakse läbi poliitilise protsessi. Süsteemi pooldajatele on see üks võtmelemente tervishoiu üldiselt maksutulult rahastamise kohta - otsused on tulnud läbi kollektiivsete otsustusprotsessi. Kriitikute arust aga tekitab poliitiline protsess terve hulga probleeme mis kas väldivad positiivseid aspekte täielikult või nõuavad spetsiaalset tähelepanu. (*Ibid.*)

Üldiste maksude puhul on üsna tavapärased kaebused tervishoiusüsteemi alarahastamise pärast. Avalik sektor peab summad jaotama nii tervise, teede, hariduse, julgeoleku kui ka paljude teiste avalike teenuste vahel. Küll aga sotsiaalkindlustussüsteemiga riikides keskendutakse peamiselt kulude kontrolli all hoidmisele. Tasub siiski tähelepanu pöörata sellele, et kuigi üldiste maksude süsteemile heidetakse ette vähest raha eraldamist tervishoiule, on tegemist siiski kollektiivse otsusega mis tuleneb läbi poliitilise protsessi. Sotsiaalkindlustussüsteemides oleneb summa nii poliitilistest otsustest kui ka turukäitumisest ning muudest aspektidest ning seetõttu ei pruugi ka seal olla garanteeritud nõ. õige kulutuste tase. (*Ibid.*)

Üldistel maksudel põhinev süsteem on halduslikult lihtsam ja efektiivsemalt programmeeritud kuna juhtimine ning otsused on ühe üksuse käes. Kuid esineb ka probleeme seoses tervishoiu töötajate palgaga, mis on tihti seotud riigiametite palga maksmise süsteemidega ning ei pruugi seega arvesse võtta tervishoiusektori ametite eripärasid. Oluline on, et lepingutingimused oleks produktiivsust tõstvad andmaks töötajatele turvatunnet ning suurendades motivatsiooni. (*Ibid.*)

Makse kogudes tuleb meeles pidada aspekte nagu maksu halduskulud, moonutused ning jaotuspoliitika. Tervishoiusüsteemi finantseerimise netoväärtus sõltub rohkem kogutud

vara summast ning hõlmamise suuruses ning sellest kuhu täpsemalt makse suunatakse mitte niivõrd maksu progressiivsusest või regressiivsusest. Isegi kõige edukamad üldistel maksudel põhinevad süsteemid on regulaarse kriitika objektiks. Oodatakse kiiremaid, tehnoloogiliselt areenumaid ja muutustele vastuvõtlikumaid tervishoiuteenuseid, mis kasvavad aina tempokamalt ning avalikud süsteemid peavad olema valmis muutustega pidevalt kaasas käima. (Sayedoff 2004)

2. Tervishoiu valitsusepoolse finantseerimise mudelid praktikas

2.1 Üldiste maksude- ja sotsiaalkindlustussüsteemide levik maailmas

Tervishoidu finantseeritakse nii avaliku sektori kui ka erasektori allikatest. Avaliku sektori poolset finantseerimist on kaks võimalikku moodust: sotsiaalkindlustusfondidest või üldisest maksutulust.

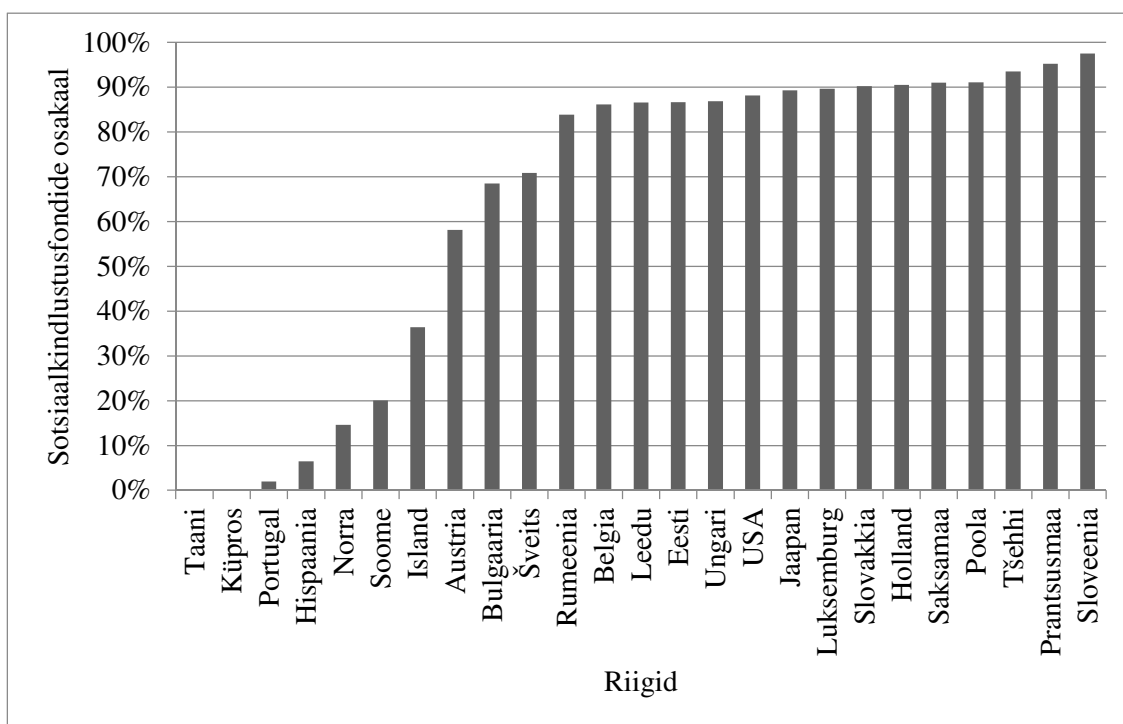
Kõigis Euroopa riikides peale Küprose on avalik sektor esmane tervishoiu rahastamise allikas. 2012. aastal finantseeris avalik sektor Euroopas keskmiselt 3/4 kogu tervishoiukulutustest. Taanis, Suurbritannias ja Rootsis rahastasid valitsused üle 80% kogu tervishoiukulutustest. Erafinantseerimist kasutavad kõige rohkem ehk üle 30% Küpros, Bulgaaria, Läti, Leedu, Malta ja Portugal ning kõige vähem Holland 6%-ga, Prantsusmaa 8%-ga ning Suurbritannia 9%-ga. (Health at a Glance 2014)

Valitsuse kogukulutustest moodustasid tervishoiu kulutused Euroopas keskmiselt 14%. Kõige suuremad kulutused olid Šveitsis, Hollandis, Saksamaal, Austrias, Suurbritannias, Prantsusmaal ja Taanis. Hollandis, Saksamaal ning ka Šveitsis kulutati iga 5 euro kohta 1 euro tervishoiule. Kõige väiksemal kulutused olid Küprosel ja Lätis, kus kulutati vähem kui 1 euro iga kulutatud 10 euro kohta. (*Ibid.*)

Riike võib jagada sotsiaalkindlustussüsteemi või üldiste maksude süsteemi rakendatavateks vastavalt sellele, kui suure protsendi moodustab sotsiaalkindlustusfondide osakaal avaliku sektori kulutustest. Kui see protsent on suurem kui 2/3 ehk 66,7% on riik sotsiaalkindlustussüsteemide rakendaja, kui väiksem kui 1/3 ehk 33,3%, on tegemist üldiste maksude süsteemi järgiva riigiga ning kui saadud tulemus jääb vahemikku 1/3 – 2/3, on tegemist segasüsteemiga. Joonisel 1 on välja toodud sotsiaalkindlustuse osakaalud ning Lisast 1 võib leida klassifikatsiooni tulemused.

Tehtud arvutuste põhjal on üldiste maksude süsteemi rakendajateks Euroopa Liidus Taani, Hispaania, Küpros, Portugal ja Soome. Teistest Euroopas asuvatest riikidest Norra.

Sotsiaalkindlustussüsteeme kasutavateks riikides Euroopa Liidus osutusi Belgia, Bulgaaria, Tšehhi, Saksamaa, Eesti, Prantsusmaa, Leedu, Luksemburg, Ungari, Holland, Poola, Rumeenia, Sloveenia ja Slovakkia. Teistest Euroopas asuvatest riikidest Šveits ning väljast poolt Euroopat Jaapan ja Ameerika Ühendriigid. Segasüsteemiga riigid, kus kasutusel on kombinatsioon mõlemast süsteemist on Island ja Austria.



Joonis 1. Sotsiaalkindlustusfondide osakaal erinevates riikides

Allikas: (Healthcare statistics...2015, Lisa 1)

Jooniselt 1 on näha, et muuhulgas Sloveenias, Prantsusmaal, Tšehhis, Poolas, Hollandis ja Slovakkias on domineeriv sotsiaalkindlustusfondide rahastamissüsteem, mis katab 90% või rohkem kogu kulutustest tervishoiule. Hispaanias, Portugalis, Küprosel ja Taanis jäid kulutused sotsiaalkindlustusfondidest alla 10%. Jooniselt on puudulike andmete tõttu välja jäänud Rootsi, Suurbritannia ja Itaalia, millede puhul on tegemist Beveridge'i tüüpi rahastamismudeliga ehk valdav rahastamine toimub riigieelarve kaudu maksutuludest (Meisaar *et al* 2010, 21).

Eestis moodustab sotsiaalkindlustus avaliku sektori kulutustest 86,64%, mis on suurem kui 66,7% ehk Eesti on sotsiaalkindlustussüsteemi rakendav riik. Mediaan on Leedu

86,58%-ga, Eesti on sellest järgmine riik ehk üsna mediaani lähedal. Riikide keskmine sotsiaalkindlustuse osakaal on 64,95%, võrreldes Eestiga on see 21,69 protsendipunkti suurem.

Sotsiaalkindlustussüsteemid on laialt levinud OECD riikides, Ladina-Ameerikas ja Ida-Euroopas. Samuti leiab süsteemi rakendavaid riike Aafrikas – Egiptus ja Senegal ning Aasias – Indoneesia ja Filipiinid. Ka mõned teised riigid, näiteks India, Indoneesia, Keenia, Jeemen, Vietnam, Ghana ja Kambodža, on hakanud rakendama tervishoiu rahastamisel sotsiaalkindlustussüsteemide vorme. (Berkhout, Oostingh 2008)

2.2 Eesti kui sotsiaalkindlustussüsteemi rakendaja

Eesti riigi sotsiaal- ja tervishoiukulud moodustasid 2013. aastal 17,7% sisemajanduse koguproduktist ehk SKP-st ning olid seega madalamad, kui OECD liikmete keskmine (21,9%). Eesti sotsiaal- ja tervishoiukulud valdavalt on aga kasvanud ning moodustavad 2014. aastal juba 46% riigieelarvest. Nii kulud kui ka osakaal riigieelarvest kasvavad lähiaastatel veelgi ning praeguse arengu jätkudes on nende kasvu peatada aina raskem. Seetõttu peab riik olema valmis reformideks, mis muudaksid sotsiaalsüsteemi rahastamise jätkusuutlikumaks. (Karis 2014)

Eesti tervishoiu jooksevkulud moodustasid 2013. aastal 6,1% sisemajanduse koguproduktist kogusummas 1,13 miljardit eurot. Eesti tervishoiukulude jaotus 2013. aasta rahastamismudelite lõikes on selline, et kõige suuremad kulutused tervishoiule tegi Eesti Haigekassa 66% ulatuses. 22,6% moodustas leibkondade omaosalus, 9,6% keskvalitsuse kulutused ning 1,7% muud rahastamisallikad. (Luts 2014) Eestis on suhteliselt madal ka tervishoiu kogukulutuste osakaal SKP-st, täpsemalt oli see 2013. aastal 5,72% SKP-st, Euroopa Liidus keskmiselt aga 10,11% ehk 4,39 protsendipunkti rohkem (Health expenditure, total... 2015).

Eestis kehtib kohustuslik ravikindlustus alates 1992. aastast. Ravikindlustuse eesmärk on katta kindlustatud isikute tervishoiukulud haiguste raviks ja ennetamiseks, rahastada ravimite ning meditsiiniliste tarvikute ostmist ja maksta ajutise töövõimetuse rahalisi hüvitisi. Ravikindlustuseks arvestatakse vastavalt sotsiaalmaksu seadusele ühetaoliselt 13% kõigilt töötajatele tehtavatelt rahalistelt väljamaksetelt ning see summa laekub tööandjate sotsiaalmaksu osana haigekassa eelarvesse Maksu- ja Tolliameti kaudu. Haigekassa poolt

tasutava tervishoiuteenuse maksumus ei sõltu haigeks jäämisel sellest, kui palju on indiviidi eest makstud ravikindlustuseks. (Meiesaar *et al* 2010, 36)

Otseeraldistena rahastatakse riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi kaudu ka kiirabi, vältimatut abi ravikindlustuseta isikutele, tervishoiuprogramme, teadus- ja arendustegevust, ravimite julgeolekuvaru moodustamist, arstiabi kvaliteedi ekspertiisi, riiklikke investeeringuid jms. Justiitsministeeriumi kaudu rahastatakse tervishoiuteenuseid kinnipeetavatele ja kohtuotsuse alusel määratud ekspertiise. Kohalike omavalitsuste eelarvest rahastatakse valla- või linnavolikogu otsuse alusel tervishoiuteenuste osutamist ja muid kulusid tervisesse. (Meiesaar *et al* 2010, 36-37)

Eestis vastutab Haigekassa, kui avalik-õiguslik institutsioon ravikindlustuse vahendite eesmärgipärase kasutamise ja tervishoiuteenuste ostmise eest raviasutustelt. Õigust saada ravikindlustushüvitist omab ligi 95% rahvast. Riigi ravikindlustussüsteem põhineb nii solidaarsusel, piiratud omaosalusel kui ka ravikindlustushüviste võrdse kättesaadavuse põhimõttel. (Thomson *et al* 2010)

Kõige suurema osa Eesti Haigekassa kulutustest moodustasid kulutused hospitaliseeritud patsientide ravile. Keskvalitsuse kulud olid enamjaolt suunatud patsiendi transpordile ja päästetegevusele, millest enamiku moodustas kiirabiteenuste rahastamine. Leibkondade kulutustest 2/3 moodustasid kulutused ravimitele ning hambaravile. Keskmiselt kulutas iga inimene tervishoiule aastas 193 eurot. (Luts 2014)

Sotsiaalkindlustusfondide (Eesti Haigekassa ja Töötukassa) eelarvepositsioon on käesoleval ja järgmistel aastatel hea. See tuleneb peamiselt töötukassa reservidest. Samal ajal on ravikindlustuse eelarve seis muutumas üha kehvemaks. Ravikindlustusraha tuleb Eestis ennekõike töötasudelt makstavast sotsiaalmaksust ning 2013. aasta lõpu seisuga oli ravikindlustatutest töötavaid isikuid 48%, ülejäänud 52% olid kas pensionärid, lapsed või tasus nende eest ravikindlustusmaksleid riik. Seega sõltub ravikindlustuse käekäik suurel määral tööturu olukorrast. (Karis 2014)

Eestis maksustatakse sotsiaalmaksuga nelja tulukategooriat, milleks on töötajate palgad (umbes 95% kogu sotsiaalmaksust), erisoodustused (2%), riigi- või töötukassa eelarvest makstavad maksud teatud sotsiaalmajanduslike rühmade eest (2%) ning füüsilisest isikust ettevõtjate tulud (1%). (Thomson *et al* 2010)

Lisaks ravikindlustustele rahastatakse tervishoidu ka riigieelarvest (kiirabi ja kindlustamata isikute vältimatu abi, terviseedendus) ning erasektorist (peamiselt patsientide

omaosalus ravimite ostmisel või automaatsed kohandamismehhanismid). Kogukulud tervishoiule vähenesid kriisi ajal 12,3% ning on märgatavalt tõusnud alles viimastel aastatel. Leibkondade kulutuste osakaal on aga vähenenud ning see on ennekõike seotud ravimite hüvitamise korralduse muudatustega. (Karis 2014)

Eesti tervishoius ei ole tervise säilitamine ja haiguste varajane ennetamine olnud rahastamist vaadates prioriteet ning raha on suunatud peamiselt tagajärgedega tegelemiseks. Olenemata sellest, et Haigekassa strateegia kohaselt on üks nende eesmärke kujundada inimeste teadlikkust ja suunata tervisekäitumist, on haigekassa eelarves viimastel aastatel kulunud või planeeritud haiguste ennetamisele ja terviseedendusele kokku alla 1% ravikindlustuse kuludest. Kui võtta aga arvesse kogu ennetusele kuluv raha (lisaks haigekassale ka valitsussektori ja erasektori kulud), siis tervishoiu kogukuludest läheb terviseedendusse 3,3%. (Karis 2014)

2.2.1 Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise probleemid ja väljakutsed

Eestis 1990. aastate alguses loodud haigekassa ehk ühe rahastaja süsteem on saanud rahvusvahelisi tunnustusi – keskne tulude kogumine ja hinnakujundus tõhustavad ravikindlustusvahendite kasutust ning kindlustuskaitse ulatus loob eeldused üldarstiabi ja eriarstiabi võrdseks kättesaadavuseks kõigile kindlustatutele. Rahvusvaheliselt on tunnustatud Haigekassa tegevuse läbipaistvust, madalaid tegevuskulusid ning püüdlusi tervishoiuteenuste strateegilise ostmise arendamisel. (Thomson *et al* 2011)

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO) läbiviidud analüüsi tulemusena selgus, et kõik huvigruppide esindajad uskusid, et süsteemi stabiilsus on saavutatud eeskätt tänu sihtotstarbelisele sotsiaalmaksule ja haigekassa alalhoidlikule eelarvepoliitikale. Samuti on süsteemi eeliseks see, et ravikindlustus on eraldatud muust sotsiaalkindlustusest, selline põhimõte loob sotsiaalsektori läbipaistvuse ja toob välja selge vastutusalade jaotuse. (Thomson *et al* 2010)

Süsteemil on aga ka probleemseid kohti, näiteks on Eestis madal tervishoiukulude osatähtsus SKP-st ning seda seetõttu, et avaliku sektori poolne rahastamine on madal. Samuti on võrreldes Euroopa Liidu keskmisega madalam tervishoiukulude osa avaliku sektori kogukulutustest. Võib järeldada, et tervisesektori kulud ei ole riigi kogukulude hulgas piisavalt tähtsustatud, seega tuleks kulutused tervishoiule tõsta Euroopa Liiduga samale tasemele. (*Ibid.*)

Kui avaliku sektori kulud tervishoiule on madalad, toob see kaasa tervishoiu rahastamisel patsientide omaosaluse osatähtsuse suurenemise. Era- ja avaliku rahastamise tasakaalu muutused sellise omaosaluse suurenemise kaudu võivad tervisesüsteemi toimivust ohustada, sest ravikindlustusvahendite ühtse juhtimise vähenemine suurendab ebaefektiivsust, raskendatud on eakamate ja vaesemate inimeste toimetulek, ohus on tervishoiuteenuste vajadusepõhine kättesaadavuse põhimõte. (Thomson *et al* 2010)

Praxise uuringus prognoositi tervishoiu rahastamisel eraldi Haigekassa kulude ja tulude poole võimalikku arengut 2060. aastani. Tulude kõige olulisem allikas on sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa. Ravikindlustuse rahastamine on rahvastiku vanuselise koosseisu muutuste suhtes tundlik, sest kõige suuremad ravikulud inimese kohta on valdavalt lapseas ja vanemas eas, süsteemi panustatakse enim aga tööeas. (Aaviksoo *et al* 2011)

Kulude poolele avaldavad mõju teenuste hindade muutus ning rahvastiku vananemine, mis toob kaasa tervishoiuteenuste nõudluse struktuuri muutuse. Lisaks mõjutab kulusid nii tõhususe kui ka kasvu suunas uute tehnoloogiate ja teenuste kasutuselevõtt, kuid nende mõju tervishoiukuludele on raske prognoosida. Teenuste hinda võivad suurendada veel väline palgasurve ning kapitaliinvesteeringute võimalik puudujääk. (*Ibid.*)

Tulude ja kulude tasakaalu mõjutab olulisel määral tervishoiuteenuste hindade kasv, mis võib olla tingitud uute teenuste kasutusele võtmisest või sisendite hindade tõusust. Kui kõik hinnad tervishoius kasvaksid 0,5 protsendipunkti keskmisest palgast aeglasemalt, piisaks sellest, et ravikindlustuse laekumisega katta üksnes demograafilistest muutustest tulenevad lisakulud. Samuti aga tähendaks kiirem hindade kasvutempo, et ka puudujääk kasvaks veidi kiiremini. (*Ibid.*)

2.2.2 Soovitused tervishoiu rahastamispoliitika tõhustamiseks

Järgnevad soovitused tervishoiusüsteemi parandamiseks põhinevad neljal võimalikul valikuvariandil: avaliku sektori tulubaasi laiendamine, kindlustuskaitse ulatuse muutmine, eelarvevahendite juhtimise tõhustamine ning tervisesektori strateegilise juhtimise tugevdamine. (Thomson *et al* 2010)

Eesti tervishoiusüsteemil on praeguse rahastamise korraldusega tagatud stabiilsed tulud ning on oluline, et selle põhielemendid – sihtotstarbeline ravikindlustusmaks, ravikindlustusvahendite keskne juhtimine ning ühe haigekassa süsteem – jääks muutmata. Avaliku sektori tulubaasi on siiski vaja laiendada muude kui tööhõivel põhinevate maksude

kaudu. Lisaks soovitatakse sotsiaalmaksuga maksustada ka kapitaliinvesteeringutest saadavad dividendid ning seda ennekõike õigluse huvides. Dividendide maksustamine leevendaks ebavõrdsust töajõu ja kapitali osaluses tervishoiu rahastamisel. Tulude eraldamine riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse peab põhinema stabiilsetel ja läbipaistvatel otsustel. Kui seda ei tehta täiendava sihtotstarbelise maksu baasil, peaks valitsus kehtestama vahendite eraldamise nii, et väheneks kõikumised aastate lõikes. (Thomson *et al* 2010)

Aruandes antakse soovitus Haigekassal ja Sotsiaalministeeriumil muuta tõhusamaks tegevus ratsionaalse ravimikasutuse soodustamiseks. Samuti võiks kehtestada täiendavaid soodustusi nii vaesematele kui ka suurel hulgal teenuseid vajavatele inimestele. Valitsus peaks terve ravikindlustushüviste paketi üle vaatama ning kaaluma kindlustuskaitse laiendamist tõenduspõhistele ja tõhusatele teenustele (nt. täiskasvanute hambaravi). (*Ibid.*)

Kuigi Eesti tervishoiusüsteem toimib üldiselt hästi ning Haigekassat on ka rahvusvaheliselt tunnustatud, on siiski süsteemi efektiivsuse suurendamiseks mitmeid võimalusi. Kõigepealt tuleks vähendada ülemäärase haiglavõrgu võimsust ja võtta vastu haiglavõrgu arengukava. Sotsiaalministeeriumi ülesandeks on haiglate infrastruktuuri investeeringute ja arengu juhtimine, et toetada pigem kogu tervisesüsteemi kui üksikute haiglate eesmärke. Kontrollida tuleb ka kallitesse meditsiiniseadmetesse tehtavaid investeeringuid. (*Ibid.*)

Sotsiaalministeerium peaks tegema pidevalt koostööd ka teiste ministeeriumitega, et tagada piisavad investeeringud rahvatervise programmidesse ning haiguste ennetamisse. Samuti peaks ministeerium koos Haigekassaga suurendama perearstide rolli patsiendi liikumise juhtimisel läbi kogu tervisesüsteemi ning parandama esmatasandi strateegilist juhtimist ning hoidma ka üldarstiabi tasuta kättesaadavana kõigile elanikele. (*Ibid.*)

Põhimõttelisi otsuseid ravikindlustuse rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks on aga pigem edasi lükatud ning tehtud on vaid väiksemaid muudatusi, mis ennekõike puudutavad patsientide omaosalust. Arutelu puudumine tervishoiu edaspidiste rahastamisvõimaluste üle on toonud kaasa olukorra halvenemise tervishoius. (Karis 2014)

Kui tervishoiu rahastamine kasvab, siis tuleks seda raha kasutada kolme probleemi lahendamiseks. Esiteks suurendada ravikindlustatute osakaalu, teiseks vähendada teenuste ja ravimite eest tasumise omaosalust patsientidel ning kolmandaks suurendada tervishoiuteenuste kättesaadavust. (*Ibid.*)

Juba pikemat aega on olnud surve kõigi kolme eeltoodud probleemi lahendamiseks. Ravikindlustatute osakaal tööealisest rahvastikust on suurenenud. Kasvu taga on aga paranenud tööturuolukord, mitte tervishoiupoliitika. Endiselt on tööealisest rahvastikust üle 10% ravikindlustamata ning saavad seetõttu arstiabi vaid vältimatu abina. Patsientide omaosalus on vähenenud viimastel aastatel seoses ravimite kompenseerimise muudatusega ning patsientide teadlikkuse kasvuga. Ka ravikindlustuse eelarve on viimastel aastatel jõudsalt kasvanud, kuid see ei ole toonud kaasa teenuste kättesaadavuse paranemist. (Karis 2014)

2.3 Võrdlusmetoodika ja andmed

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni arvates peab tervishoiu rahastamise süsteem pakkuma kaitset finantsriski vastu, tagama rahastamiskoormuse õiglase jaotuse ja ravi kättesaadavuse, soodustama kvaliteetsete ja kulutõhusate tervishoiuteenuste osutamist, olema läbipaistev ja aruandev ning administratiivselt efektiivne. (Thomson *et al* 2010)

Tervishoiukvaliteedi tagamise peamine probleem seisneb selles, kuidas maksimeerida investeeringutelt saadavat tasuvust. Tervishoiukvaliteet hõlmab endas valdkondi nagu ohutus, tõhusus, sobivus, operatiivsus, õiglus, juurdepääs, efektiivsus jms. Ka üldine suutlikkus ja tehnoloogiline võime mõjutavad tervishoiusüsteemide tulemusi. Kvaliteedi parandamisel tuleb mõelda nii rahva kui ka indiviidi tasemel. (McLoughlin, Leatherman 2003)

On oluline õppida seda, kuidas inimesed ja organisatsioonid kasutavad piiratud ressursse ning milliste efekti nad tervisenäitajates tulemusena saavad. Tervise sektoril on suur mõju nii kogu riigi majandusele kui ka indiviidi heolule. (Meiesaar *et al* 2010, 27)

Tervishoiu süsteemi kvaliteedi hindamisel on üks keskne probleem tervisenäitajate mõõtmine. Raske on määratleda mõistet „terve inimene“, sest inimese tervislikku seisundit, enesetunnet, valu on raske mõõta ning mõtestada. On vaja metodoloogiat, millega indiviidide eelistusi erinevate tervislike seisundite suhtes hinnata ning mille alusel teha üldisi järeldusi. Selline analüüs on äärmisel oluline, et hinnata haiguste eri ravimisviiside puhul tehtavaid kulutusi ja terviseefekte ning tervishoiuteenuste nõudlust. (*Ibid.*)

Tervisel kui kaubal on iga inimese jaoks erinev väärtus. Praktikas väärtustatakse tervishoiu tulemusena saadavat lisatervist mitte tervishoidu kui tegevusvaldkonda. Inimese tervise paranemises võib olla oluline roll ka mitmetel teistel tervislikku seisundit mõjutavates näitajates. Tervist võivad mõjutada lisaks pakutavatele tervishoiuteenustele ka sissetulek;

haridustase; sotsiaalne klass; elu-, kultuuri-, loodus- ja töökeskkonna näitajad; tarbimise iseärasused; eluviis jne. Nendel teguritel on tervisliku seisundi kujundamisel olnud ajaloos isegi suurem roll kui pakutavatel tervishoiuvaldkonna teenustel. Sellised muud rahvastiku tervisemõjurid vajavad tegelemist mitte ainult tervishoiu kui majandusliku tegevusala raames. Siiski on riigi majanduslikul ja sotsiaalsel arengul oluline koht soovitatavate eesmärkide saavutamisel. (Meiesaar *et al* 2010, 28)

Tervishoiu tulemid kajastuvad selles, kuidas tervishoiu meetmed avaldavad mõju inimeste tervislikule seisundile. Tulemeid on võimalik väljendada tervishoiu sisendite ja väljundite funktsionaalse suhte kaudu. Sisendiks on tervishoiusüsteemide ressursid ning väljundiks inimese tervislik seisund. Järelikult näitab see suhe inimese tervisliku seisundi muutusi vastavalt tervishoiuteenuste kasutamise mahule. (Lepnurm *et al* 1996, 15)

Inimestele on oluline pakutavate tervishoiuteenuste kvaliteet, sest mida paremaid teenuseid osutatakse, seda suurem tõenäosus on olla terve. Kvaliteedinäitajate mõõtmiseks kasutatakse muuhulgas näitajaid nagu välditav haiglaravi, suremus, vähist paranemine ja suremus, vaktsineerimiste programmid jne (Health at a Glance 2014). Kvaliteeti näitab ka ressursside arv ehk kui palju tervishoidu panustatakse.

Tervise seisundit ei mõjuta mitte ainult tervishoiuteenuste kvaliteet, vaid ka teised, pakutavatest teenustest sõltumatud, tervislikule seisundile mõju avaldavad näitajad. Nendeks võivad olla näiteks suitsetamine, alkoholi tarbimine, narkootikumide tarbimine, puu- ja juurviljade tarbimine, õhtu saastatus ning ülekaalulisuse näitajad (Health at a Glance 2014).

Järgnevas peatükis viiakse läbi analüüs, milles mõõdetakse korrelatsioonanalüüsi kasutades avaliku sektori rahastamisviiside mõju erinevatele näitajatele. Uuritakse sisendi mõju suurust väljundile ning seost kahe näitaja vahel. Sisend X on see, kui suure protsendi moodustavad sotsiaalkindlustuse fondidest tehtavad kulutused avaliku sektori kulutustest (Belgia näitel $X = 65,5 / (10,5 + 60,5) = 86,18\%$). Kasutatud andmed on välja toodud Lisas 1. Esimestes analüüsides on väljundiks Y tervishoiusüsteemi kvaliteedi väljundnäitaja: tervelt elatud eluaastad (naiste ja meeste keskmine), tuberkuloosi ravi õnnestumise määr (protsent uutest haigustest) ning haiglas viibimise aeg (päevades). Lisaks kvaliteedinäitajatele uuritakse ka sotsiaalkindlustusfondide mõju tööhõive parameetritele. Väljundnäitajateks on 15-64 aastaste tööhõivemäär (protsentides) ja tervishoiu kulustele inimese kohta (USA dollarites).

3. TERVISHOIU VALITSUSEPOOLSE FINANTSEERIMISE MUDELITE EMPIIRILINE VÕRDLUS

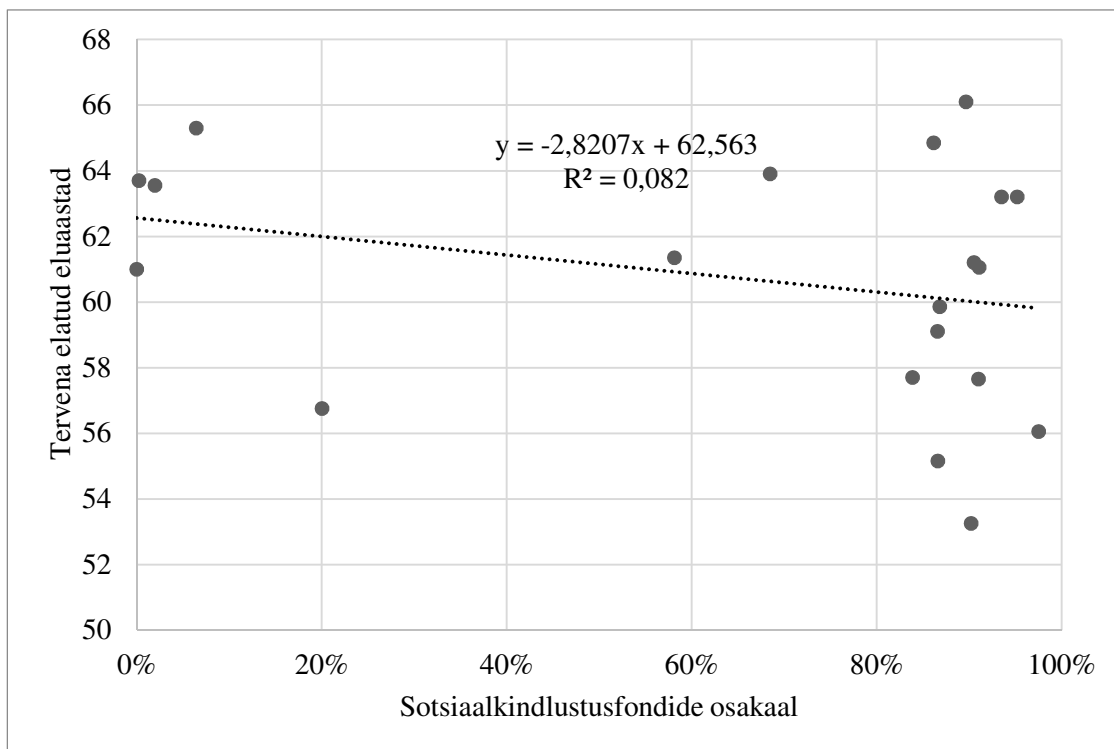
Eesmärk on uurida, kuidas erinevad tervishoiu rahastamise meetodid avaldavad mõju nii tervishoiu kvaliteedi kui ka tööhõive näitajale. Selleks viiakse läbi korrelatsioonanalüüsid, et teada saada kui palju ning kas avaldab tervishoiukvaliteedi ja tööhõive näitajale mõju sotsiaalkindlustusfondide osakaal avaliku sektori kulutustest. Mida lähemal on seos kahe näitaja vahel arvule 1, seda tugevama seosega on tegemist.

Näitajad, mille seost sotsiaalkindlustusfondide osakaaluga võrreldakse on tervelt elatud eluaastad, tuberkuloosiravi õnnestumise määr, haiglas viibitud aeg, tööhõivemäär ning tervishoiukulutused inimese kohta. Peatükk on jagatud vastavalt näitajatele viieks alapeatükiks ning lõpuks tehakse järeldused ning antakse soovitusel.

3.1 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju tervena elatud eluaastatele

Esiteks uuritakse sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju meeste ja naiste keskmistele tervena elatud eluaastatele. Näitaja on valitud, sest tervena elatud eluaastad peegeldavad teatud määral raviteenuste kvaliteeti ehk mida parem tervishoiu pakkumine, seda kauem elatakse. Tervelt elatud eluaastaid võib lisaks tervishoiule mõjutada ka palju muid aspekte, näiteks suitsetamine, alkohol ja muud ebatervislikud eluviisid. Seega tuleb arvestada asjaoluga, et tulemustes võivad avalduda ka teised näitajad lisaks sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõjule.

Joonis 2 kujutab endast korrelatsiooni ehk seost meeste ja naiste keskmiste tervena elatud eluaastate ning sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel. Analüüsis on kasutatud 20 Euroopas asuva riigi andmeid ning iga punkt graafikul vastab ühele riigile. Sisend X on sotsiaalkindlustusfondide osakaal avaliku sektori kulutustest tervishoiule ning väljund Y on tervena elatud eluaastate arv (aastates, naiste ja meeste keskmine). Analüüsitakse sisendi mõju väljundile. Kasutatud andmed on toodud Lisas 2.



Joonis 2. Korrelatsioon meeste ja naiste keskmiste tervena elatud eluaastate ning sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel

Allikas: (Healthy life... 2015, Healthcare statistics... 2015)

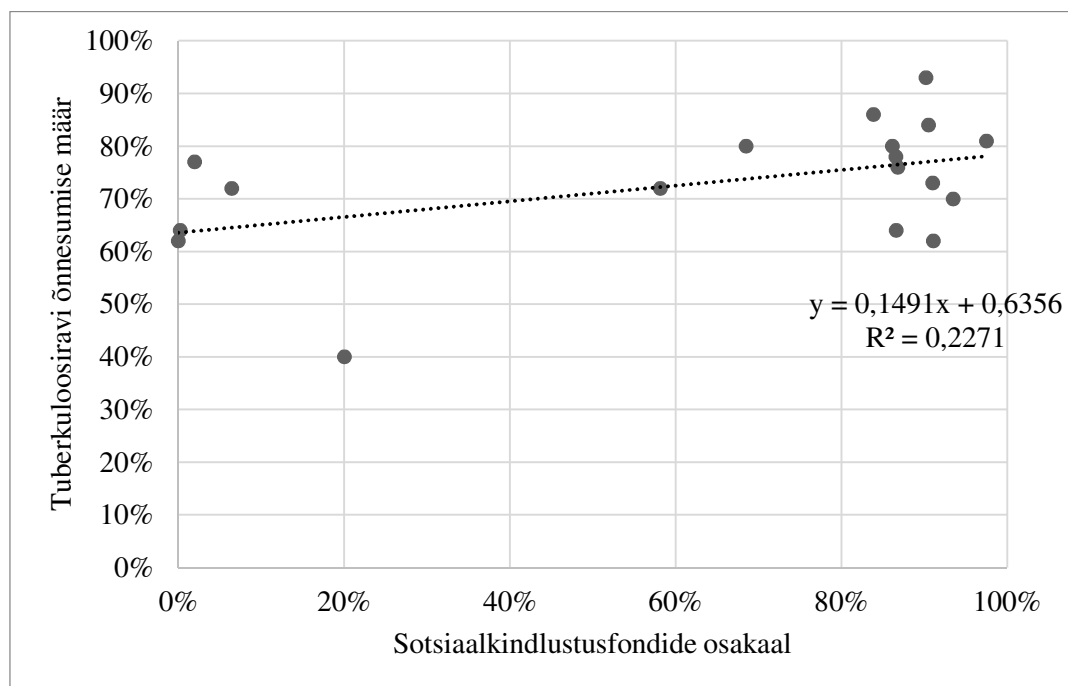
Analüüsisist tuleb välja, et sisendi kaudu saab ära kirjeldada 8,2% väljundi käitumisest. Korrelatsioonikordaja ehk seos kahe näitaja vahel on 0,28. Valem, mis seost kirjeldab on järgmine: $y = -2,8207x + 62,563$.

Mõlemad arvulised näitajad on üsna nõrgad ning võib väita, et puudub tugev seos tervena elatud eluaastate ning sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel ehk see, kui palju tervishoiukulutustest kaetakse sotsiaalfondidest, mõjutab tervena elatud eluaastaid vähe. Seos on nõrk ka seetõttu, et tervena elatud eluaastaid mõjutavad oluliselt ka muud näitajad peale tervishoiusüsteemi kvaliteedi, küll aga on tervishoiusüsteemil suur roll inimese tervise hoidmisel. Tegemist on negatiivse seosega, seega mida suurem on sotsiaalkindlustusfondide osakaal, seda väiksem on tervena elatud eluaastate arv.

3.2 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju tuberkuloosiravi õnnestumise määrale

Näitaja on valitud, sest tuberkuloosiravi õnnestumise määr aitab näidata tervishoiu kvaliteedi taset nii, et mida rohkem on õnnestunud operatsioone, seda suurem on tervete inimeste arv ning parem tervishoiuteenuste tase kogunud arstide ja muu taolise näol.

Joonis 3 kujutab endast korrelatsiooni tuberkuloosiravi õnnestumise määra ja sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel. Analüüsis on kasutatud 18 Euroopa riigi andmeid. Sisend X on sotsiaalkindlustusfondide osakaal avaliku sektori kulutustest tervishoiule ning väljund Y on tuberkuloosiravi õnnestumise määr (protsenti uutest juhtudest). Analüüsitakse sisendi mõju väljundile. Kasutatud andmed on saadaval Lisas 2.



Joonis 3. Korrelatsioon tuberkuloosiravi õnnestumise määra ja sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel

Allikas: (Health Nutrition... 2015, Healthcare statistics... 2015)

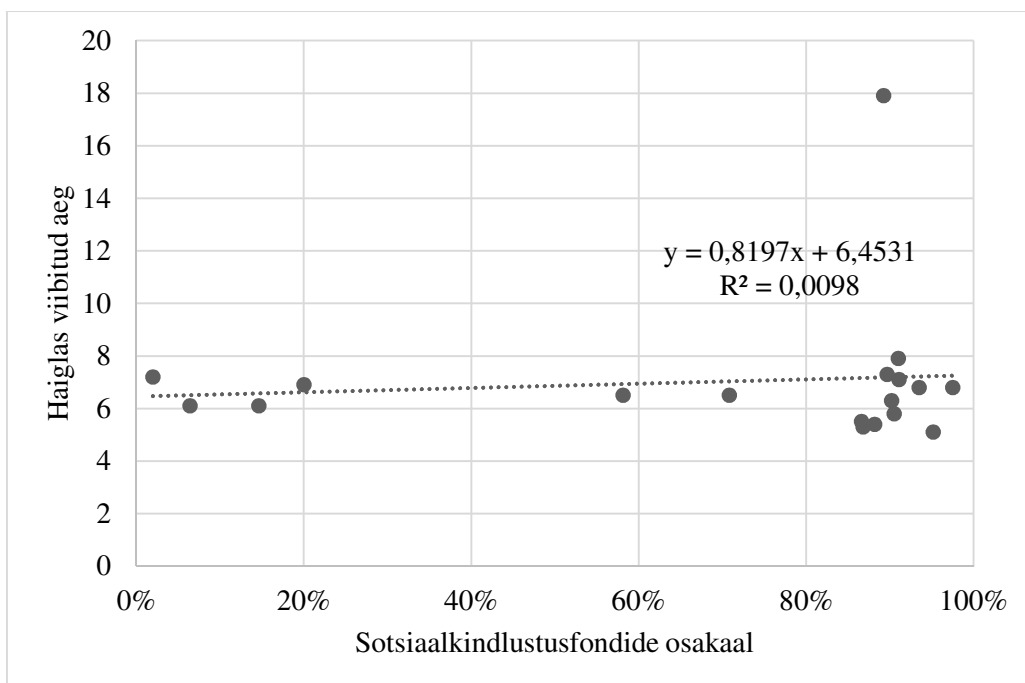
Analüüs näitab, et sisendi kaudu saab ära kirjeldada 22,71% väljundi käitumisest. Korrelatsioonikordaja ehk seos kahe näitaja vahel on 0,48. Valem, mis kirjeldab seost on $y = 0,1491x + 0,6356$.

Antud analüüsi puhul on seos juba tugevam ning võib öelda, et mida suurem on sotsiaalkindlustusfondide osakaal, seda suurem on tuberkuloosiravi õnnestumise määr ehk sisend avaldab väljundile juba märgatavamalt mõju kui esimese analüüsi puhul. Seos on positiivne ehk mida suurem on sotsiaalkindlustusfondide osakaal, seda suurem on ka tuberkuloosiravi õnnestumise määr.

3.3 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju haiglas viibitud ajale

Näitaja on valitud, et teada saada, kas sotsiaalkindlustuse osakaal avaliku sektori kulutustest mõjutab haiglas viibitud aja pikkust. See aitab hinnata tervishoiukvaliteeti, sest mida vähem päevi haiglas viibitakse, seda parem peaks olema pakutava teenuse tase.

Joonis 4 kujutab endast korrelatsiooni ehk seost haiglas viibitud aja ja sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel. Analüüsis on kasutatud 18 riigi andmeid. Sisend X on sotsiaalkindlustusfondide osakaal avaliku sektori kulutustest tervishoiule ning väljund Y on haiglas viibitud aeg (päevades). Analüüsitakse sisendi mõju väljundile. Kasutatud andmed on toodud Lisas 3.



Joonis 4. Korrelatsioon haiglas viibitud aja ja sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel

Allikas: (Lenght of... 2015, Healthcare statistics... 2015)

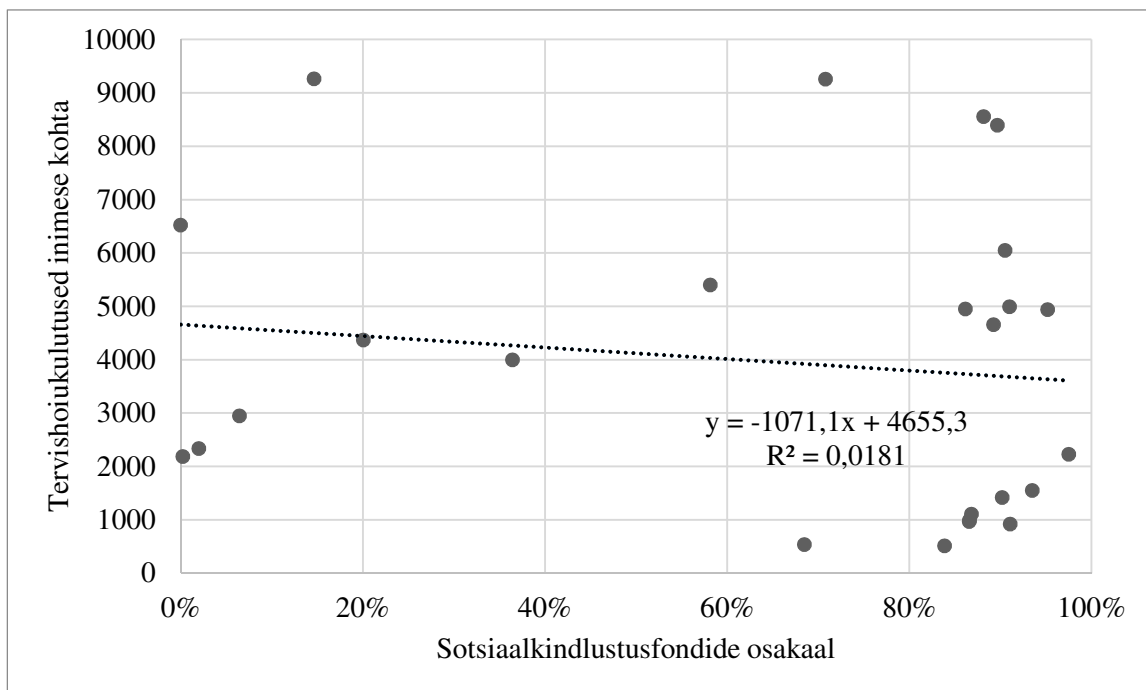
Analüüs näitab, et sisendi kaudu saab ära kirjeldada 0,98% väljundi käitumisest. Korrelatsioonikordaja ehk seos kahe näitaja vahel on 0,10. Valem, mis kirjeldab seost on $y = 0,8197x + 6,4531$.

Seos kahe näitaja vahel on positiivne ja äärmiselt nõrk ehk võib väita, et sisend ei mõjuta väljundit ehk sotsiaalkindlustusfondide osakaalust ei sõltu haiglas viibitud päevade arv.

3.4 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju tervishoiukulutustele inimese kohta

Järgnevalt uuritakse, kas on seos selle vahel, millist süsteemi rakendab tervishoiu rahastamisel riik ning kui suured on kulutused tervishoiule inimese kohta. Teisiti öeldes, vaadeldakse, kas sotsiaalkindlustusfondide osakaalu suurenemine tervishoiu rahastamisel toob kaasa ka rohkem kulutusi tervishoiule.

Joonis 5 näitab seost inimese kohta tehtavate tervishoiukulutuste ning sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel. Analüüsis on kasutatud 25 riigi andmeid ning iga punkt graafikul vastab ühele riigile. Sisend X on sotsiaalkindlustusfondide osakaal avaliku sektori kulutustest tervishoiule ning väljund Y tervishoiukulutused inimese kohta (USA dollarit). Analüüsitakse sisendi mõju väljundile. Kasutatud andmed on saadaval Lisas 3.



Joonis 5. Korrelatsioon tervishoiukulutuste inimese kohta ja sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel

Allikas: (Health expenditure per... 2015, Healthcare statistics... 2015)

Analüüs näitab, et sisendi kaudu saab ära kirjeldada 1,81% väljundi käitumisest. Korrelatsioonikordaja ehk seos kahe näitaja vahel on 0,13 ning võrrand, mis seda iseloomustab on järgmine: $y = -1071,1x + 4655,3$.

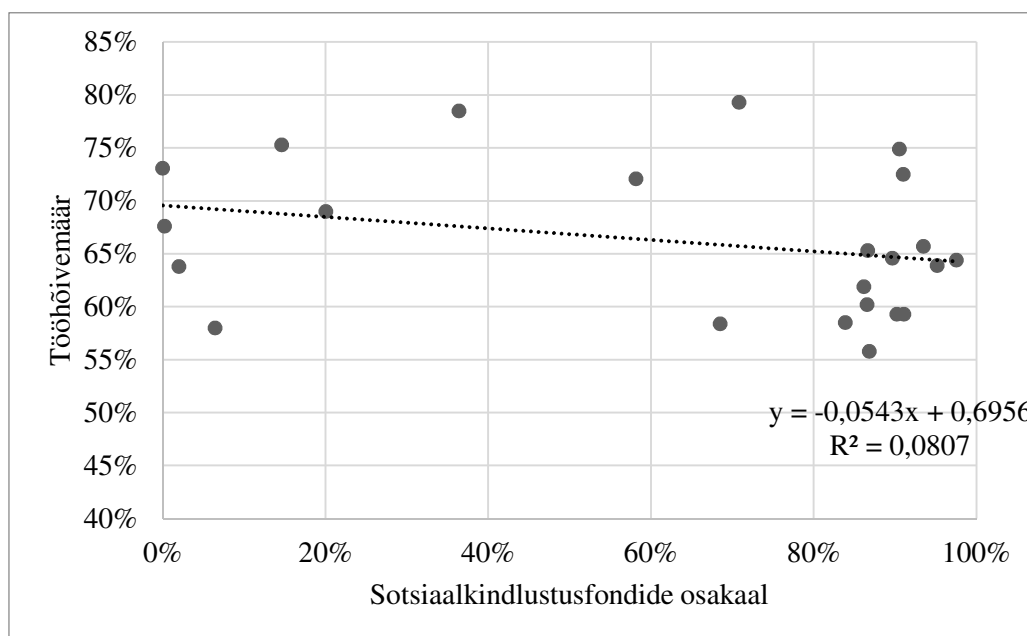
Saadud tulemus on negatiivne ja üsna nõrk. Võib öelda, et tervishoiukulutused inimese kohta ei sõltu sotsiaalkindlustusfondide osakaalust. Minimaalne seos, mis analüüsist välja tuli, oli negatiivne ehk mida suurem on sotsiaalkindlustusfondide osakaal, seda väiksemad on tervishoiukulutused inimese kohta.

3.5 Sotsiaalkindlustusfondide osakaalu mõju tööhõivemääradele

Nagu eelnevalt mainitud, võib sotsiaalkindlustuse osakaalu suurenemine mõjutada töösektori struktuure, soodustades mitteformaalseid töösuhteid ja töötust. Järgnevalt uuritakse antud väite õigsust Euroopa riikide näitel.

Joonisel 6 on korrelatsioon 14-65 aastaste tööhõivemäärade ning sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel. Analüüsis on kasutatud 23 Euroopas asuva riigi

andmeid ning iga punkt graafikul vastab ühele riigile. Sisend X on sotsiaalkindlustusfondide osakaal avaliku sektori kulutustest tervishoiule ning väljund Y tööhõivemäär (protsenti). Analüüsitakse sisendi mõju väljundile. Kasutatud andmed võib leida Lisast 2.



Joonis 6. Korrelatsioon tööhõivemäära ja sotsiaalkindlustusfondide osakaalu vahel

Allikas: (Employment... 2015, Healthcare statistics... 2015)

Analüüs näitab, et sisendi kaudu saab ära kirjeldada 8,07% väljundi käitumisest. Korrelatsioonikordaja ehk seos kahe näitaja vahel on 0,28. Võrrand, mis seost iseloomustab on järgmine: $y = -0,0543x + 0,6956$. Tegemist on negatiivse seosega, seega mida suurem on sotsiaalkindlustusfondide osakaal, seda väiksem on tööhõivemäär. Küll aga jääb seos üsna nõrgaks ehk kaugeks arvust 1.

3.6 Järeldused ja soovitused

Korrelatsioonanalüüside põhjal on järeldusi teha raske, sest enamus neist märkimisväärseid tulemusi ei andnud ning selgelt ühe mudeli eelist välja tuua ei saa. Kõige paremini tuli sotsiaalkindlustusfondide osakaalu positiivne mõju tervishoiukvaliteedile välja tuberkuloosiravi õnnestumise määra puhul, kus sotsiaalkindlustusfondide osakaalu

suurenemine tõi kaasa tuberkuloosiravi õnnestumise määra kasvu. Antud juhul oli seos läbiviidud analüüsides kõige lähemal arvule 1 ehk kõige tugevam.

Nii tööhõivemäär kui ka tervena elatud eluaastad oluliselt sotsiaalkindlustusfondide osakaalust ei sõltu, kuid nõrk seos on siiski olemas ning nende kahe puhul on tegemist negatiivse seosega ehk mida suurem on sotsiaalfondide osakaal, seda väiksemad on tööhõivemäär ning tervena elatud eluaastate arv. See, et tervena elatud eluaastatele mõjus sotsiaalkindlustuse suurem osakaal halvemini, räägib teatud määral vastu tuberkuloosiravi õnnestumise määra positiivsele tulemusele, küll aga mõjutavad tervena elatud eluaastaid mitmed teised näitajad ehk saadud tulemus ei pruugi olla piisavalt usaldusväärne. Võib väita, et haiglas viibitud ajale ja tervishoiukulutustele inimese kohta ei avalda riikide erinevad rahastamisviisid mõju, sest seos oli mõlema puhul äärmiselt nõrk, vastavalt 0,1 ja 0,13.

Avaliku sektori poolt kogutud tulude mahust sõltub tervishoidu suunataivate ressursside tase, mis annab võimaluse tervishoiusüsteemil tagada finantsilist jätkusuutlikkust ja täiustada kättesaadavuse, kvaliteedi ning maksumuse näitajaid. Teooriast selgus, et sotsiaalkindlustussüsteeme on raske rakendada vaesemates riikides, kus on suur osa rahvast elab maal ning töötab mitteametlikus sektoris. Sellel juhul jääksid mitteametlikult tööl olijad ning töötud ebasoodsasse olukorda. Samuti on probleemiks kindlustuse halduskulud, mis võivad vaesemate riikide puhul olla üsna suured. Madala võimekusega riikidel on vaja hoolikalt kaaluda, kas ja millistel tingimustel pakub sotsiaalkindlustussüsteem efektiivsust ja võrdsust. Rikkamate riikide puhul on probleemiks see, et maksustatakse vaid tööjõu sissetulekut ning seega diskrimineeritakse töökohtade loomist.

Positiivne on aga see, et üldisest maksutulust rahastamisel on sissemaksed tavaliselt jagatud laiemale hulgale rahvast kui läbi kindlustuse ning maksude tasumine puudutab märkimisväärselt suurt osa populatsioonist. Inimesed panustavad tervishoiu rahastamisesse läbi mitmete erinevate maksude. Küll aga heidetakse süsteemile ette tervishoiusüsteemi alarahastamist, sest avalik sektor peab kogutud maksutulu jagama mitmete erinevate sektorite vahel. Siiski tuleb märkida ära ka see, et tegemist on kollektiivse otsusega, mis tuleneb läbi poliitilise protsessi. Sotsiaalkindlustussüsteemide kaudu rahastamisel oleneb samuti summa nii poliitilistest otsustest kui ka turukäitumisest ning muudest aspektidest ning seetõttu ei pruugi ka seal olla tagatud õige kulutuste tase. Järelikult võib teooriast lähtudes öelda, et pigem avaldab positiivset mõju riikide tervishoiusüsteemile laiem maksubaas ehk üldisest

maksutulust rahastamine, mis hõlmab suuremat hulka rahvast ning ka mitmekülgsemaid tulude kogumise allikaid.

Eestis moodustab sotsiaalkindlustus avaliku sektori kulutustest 86,64% ning tegemist on seega sotsiaalkindlustussüsteemi rakendava riigiga. Eesti kulutused tervishoiule inimese kohta olid aga läbiviidud analüüsis kasutatud riikide seast ühed madalamad 988,10 USA dollarit, võrreldes keskmisega, milleks oli 4048,21 USA dollarit (Lisa 3). Samuti selgus, et Eestis on suhteliselt madal tervishoiu kogukulutuste osakaal sisemajanduse koguproduktist, 2013. aastal moodustasid kulutused riigis 5,72% SKP-st, Euroopa Liidus keskmiselt aga 10,11%.

Eesti riigil oleks soovitatav vähendada sotsiaalkindlustusest sõltuvust. Selleks ei pea muutma rahastamissüsteemi, vaid erinevate finantseerimisallikate osakaalu tervishoiusüsteemi rahastamisel. Ravikindlustusmaksu baas on Eestis suhteliselt kitsas ning tervishoiukulutuste üldine tase on madal. Tervishoiu rahastamist peaks suurendama ning suurendamine tuleks katta üldiste maksude arvelt, sest mida laiem on maksubaas, seda paremaks maksusüsteemi peetakse. Lisaks sellele tuleb arvestada asjaoluga, et elanikkond vananeb ja sotsiaalmaksubaas väheneb koos sellega, mis on jälle kinnitus sellele, et avaliku sektori tulubaas vajab laiendamist lisaks tööhõiveld põhinevatele maksudele ka muude maksude kaudu. Samuti viitab Eestis tervishoiu rahastamise suurendamise vajadusele riigi suhteliselt madal tervena elatud eluaastate arv.

KOKKUVÕTE

Avaliku sektori poolset tervishoiu finantseerimisel on kaks võimalikku allikat: sotsiaalkindlustusfondid ja üldine maksutulu. Peamine erinevus sotsiaalmaksust ja üldistest maksudest rahastatava tervishoiusüsteemi vahel on see, et sotsiaalkindlustuse süsteemid koguvad raha tööjõu sissetulekuga seotud sissemaksetelt, üldiste maksude puhul aga ei ole tervishoiu rahastamine lahus teistest valituse kulutustest ning tervishoiu kulutused tasutakse avaliku sektori poolt kogutavatest maksudest ning ka muudest valitsusele laekuvatest tuludest.

Sotsiaalkindlustussüsteemi probleem seisneb selles, et maksustades vaid tööjõu sissetulekut, võib see viia palgamaksete vältimisele läbi mitteametlike töösuhete ning seega on süsteem töökohtade loomise seisukohalt tõenäoliselt halvem. Lisaks on sotsiaalkindlustussüsteeme raske rakendada vaesemates riikides, kus on suur osa rahvast elab maal ning töötab mitteametlikus sektoris. Sellel juhul jääksid mitteametlikult tööl olijad ja töötud ebasoodsasse olukorda. Samuti on probleemiks kindlustuse halduskulud, mis võivad vaesemate riikide puhul olla üsna suured. Madala võimekusega riikidel on vaja hoolikalt kaaluda, kas ja millistel tingimustel pakub sotsiaalkindlustussüsteem efektiivsust ja võrdsust.

Süsteemi toetajad väidavad, et see loob olulise täiendava tuluallika tervishoiusüsteemile ning sotsiaalkindlustussüsteemid on võimelised saavutama parema kvaliteediga tervishoiuteenused madalamate kuludega kui üldistelt maksudelt finantseeritavad süsteemid.

Üldisest maksutulust rahastamisel on sissemaksed jagatud laiemale hulgale rahvast kui läbi kindlustuse ning maksude tasumine puudutab väga suurt osa populatsioonist. Süsteemi kaetus on suurem ning koorem ei lange vaid ametlikult töötavatele töötajatele. Kõik invidiidid panustavad tervishoiu rahastamisesse läbi erinevate maksude ning neid koguneb erinevate valdkondade arvelt.

Küll aga heidetakse süsteemile ette tervishoiusüsteemi alarahastamist, sest avalik sektor peab kogutud maksutulu jagama mitmete erinevate sektorite vahel. Siiski tuleb märkida ära ka see, et tegemist on kollektiivse otsusega, mis tuleneb läbi poliitilise protsessi. Sotsiaalkindlustussüsteemide kaudu rahastamisel oleneb samuti summa nii poliitilistest

otsustest kui ka turukäitumisest ning muudest aspektidest ning seetõttu ei pruugi ka seal olla tagatud õige kulutuste tase.

Töös uuriti korrelatsioonanalüüside põhjal, kuidas erinevad tervishoiu rahastamise meetodid avaldavad mõju nii tervishoiu kvaliteedi kui ka tööhõive näitajale. Korrelatsioonanalüüside põhjal on raske kummagi mudeli paremust esile tuua. Kõige tugevamini tuli sotsiaalkindlustusfondide osakaalu positiivne mõju tervishoiukvaliteedile välja tuberkuloosiravi õnnestumise määra puhul, kus sotsiaalkindlustusfondide osakaalu suurenemine tõi kaasa tuberkuloosiravi õnnestumise määra kasvu, kuid ka see tulemus jäi võrdlemisi nõrgaks.

Nii tööhõivemäär kui ka tervena elatud eluaastad oluliselt sotsiaalkindlustusfondide osakaalust ei sõltu, kuid nõrk seos oli siiski olemas ning nende kahe puhul oli tegemist negatiivse seosega ehk mida suurem on sotsiaalfondide osakaal, seda väiksemad on tööhõivemäär ning tervena elatud eluaastate arv. Tuleb arvestada ka sellega, et tervena elatud eluaastaid mõjutavad lisaks mitmed teised näitajad. Haiglas viibitud ajale ja tervishoiukulutustele inimese kohta ei avalda riikide erinevad rahastamisviisid mõju, seos oli mõlema juhul äärmiselt nõrk.

Eesti tervishoiu rahastamise süsteemil on mitmeid probleemseid kohti, näiteks madal tervishoiukulude osatähtsus SKP-st ning seda seetõttu, et avaliku sektori poolne rahastamine on madal. Samuti on võrreldes teiste riikidega madalam tervishoiukulude osa avaliku sektori kogukulutustest ning kulutused inimese kohta.

Eesti riigil oleks soovitatav vähendada sotsiaalkindlustusest sõltuvust. Selleks ei pea muutma rahastamissüsteemi, vaid erinevate finantseerimisallikate osakaalu tervishoiusüsteemi rahastamisel. Tervishoiu rahastamist peaks suurendama ning suurendamine tuleks katta üldiste maksude arvelt. Lisaks võib suur sotsiaalmaksust sõltumine tulevikus saada probleemseks ning ka see on põhjus, miks peaks üldistest maksudest rahastamine olema suurem. Avaliku sektori tulubaasi on vaja lisaks tööhõivel põhinevatele maksudele laiendada muude maksude kaudu. Üks võimalus tulubaasi laiendada on maksustada sotsiaalmaksuga ka kapitaliinvesteeringutest saadavad dividendid, sest see leevendaks ebavõrdsust tööjõu ja kapitali osaluses tervishoiu rahastamisel. Eestis tervishoiu rahastamise suurendamise vajadusele viitab ka riigi suhteliselt madal tervena elatud eluaastate arv.

Tulubaasi laiendamise kõrval tuleks Eestis suurendada kindlustuskaitset. On tähtis, et pidevalt ei lükataks edasi põhimõttelisi otsuseid ravikindlustuse rahastamise jätkusuutlikkuse parandamise osas. Arutelu puudumine edaspidiste rahastamisvõimaluste üle on tervishoiu olukorda halvendanud.

SUMMARY

SOCIAL INSURANCE *VERSUS* GENERAL TAXES AS HEALTH CARE FINANCING SOURCES

Getriin Tõll

Countries must consider carefully when it comes to choosing the right health care financing system, because those decisions will affect every person living in that country. It is very important for health systems to be sustainable and well organized. That is the reason why health connected problems are one of the main topics in many economical environments. Decisions that are made now will also affect several indicators for the upcoming years in the future.

The main question in this writing was what kind of public funding sources would be the most effective and equitable in financing health care, social security funds or general taxation. This work analyzed the pros and cons of these health care funding systems. Its purpose was to find out which system should Estonia prefer. To answer this, it was important to analyze different writings and works.

Furthermore, correlation analysis was performed to find out what effects the systems have in different countries to the employment and quality indicators or whether and to what extent the percentage of the social security funds in public expenditure affects the behavior of the outputs.

Correlation analysis did not give any considerable results, therefore it is difficult to make any conclusions. The best results came from the social security funds giving a positive impact to tuberculosis treatment success rate. Both, the employment rate and healthy life years did not significantly depend on the proportion of social security funds, but there was still a weak negative connection between them. Various financing methods did not have an

impact on length of hospital stay or health expenditure per capita, the correlation between these two cases was extremely weak.

The public sector's health care financing has two possible sources: social security funds and general tax revenue. The main difference between these two is the fact that social security systems collect money from labor income-related contributions. General taxation on the other hand means that health care funding is not separated from other government expenditures and healthcare costs are paid by the public sectors total taxes and from other government revenues.

The problem of the social insurance system lies mainly in the fact that money is collected only by taxing labor income, therefore it can lead to prevention of wage payments through informal work relationships. Social security systems are also difficult to implement in poorer countries, where a large part of the population lives in the countryside and works in the informal sector. Those who are informally employed are at a disadvantage. Supporters of the system argue that it creates an additional source of revenue for the health system and social security systems are able to achieve a better quality of health care services at lower cost.

When financing from general tax revenues the contributions are divided between a wider range from nation. System coverage is higher and the burden does not fall on only formally employed workers. All individuals contribute in financing the health care through a variety of taxes. The downside is that the public sector must share the tax revenue collected between a number of different sectors.

Estonia's health care financing system has some critical points, such as the low rate of health expenditure from GDP because of a low public funding. Health expenditure as a proportion of total public expenditure and the costs per capita are also low compared to other countries. For Estonia it is recommended to increase spending on health and especially to consider increasing the public financing through general tax revenues. Also, a great dependence of the social tax may become problematic. Therefore, the public sector's revenue base is needed to be extended in the expense of other taxes instead of the work related ones.

VIIDATUD ALLIKAD

- Aaviksoo, A., Kruus, P., Leppik, L., Sikkut, R., Veldre, V., Võrk, A. (2011). Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused. Poliitikauuringute Keskus Praxis.
http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_sotsiaalkindlustussusteemi_jaetkusuutliku_rahastamise_voimalused_luehiversioon.pdf (7.05.2015)
- Berkhout, E., Oostingh, H. (2008). Health insurance in low-income countries. Joint NGO Briefing Paper.
https://oxfam.qc.ca/sites/oxfam.qc.ca/files/2008-05-07_health_insurance.pdf (7.05.2015)
- Blomqvist, A. (2011). Public-sector health care financing. - The Oxford Handbook of Health Economics. /Eds. S.Glied, P.C.Smith. Vol. 1. United Kingdom: Oxford University Press, pp. 257-284.
- Employment (main characteristics and rates) - annual averages, employment rate, 2011 (15 to 64 years). Eurostat.
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (7.05.2015)
- Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en (7.05.2015)
- Health expenditure per capita, 2011 (current US\$). The World Bank.
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP> (7.05.2015)
- Health expenditure, total, 2011 (% of GDP). The World Bank.
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> (7.05.2015)
- Health Nutrition and Population Statistics. Tuberculosis treatment success rate, 2011 (% of new Cases). The World Bank.
<http://databank.worldbank.org/Data/Views/VariableSelection/SelectVariables.aspx?source=Health%20Nutrition%20and%20Population%20Statistics> (7.05.2015)
- Healthcare statistics, table 1: Healthcare expenditure by financing agent, 2011 (% of current health expenditure). Eurostat.
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_statistics (7.05.2015)

Healthy Life Years, 2011. Eurostat.

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-235955_QID_-7E3DC8C3_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC_HE,L,Z,0;INDICATORS,C,Z,1;&zSelection=DS-235955INDIC_HE,F_0_DFLEPC;DS-235955INDICATORS,OBS_FLAG;&rankName1=INDIC-HE_1_2_-1_2&rankName2=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName3=TIME_1_0_0_0&rankName4=GEO_1_2_0_1&sortC=ASC_-1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23 (7.05.2015)

Karis, A. (2014). Ülevaade riigi vara kasutamisest ja säilimisest 2013.–2014. aastal. Riigikontrolli aruanne Riigikogule.

http://www.riigikontroll.ee/Portals/0/RVKS_2013_AK_23_10_2014_LOPP_1.pdf (7.05.2015)

Kutzin, J. (2011). Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? World Health Organization.

<http://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf> (7.05.2015)

Lameire, N., Joffe, P., Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems — an international review: an overview. – *Nephrology Dialysis Transplantation*, no. 14, pp. 3 – 9.

http://ndt.oxfordjournals.org/content/14/suppl_6/3.full.pdf (7.05.2015)

Length of hospital stay. (Acute care, Days, 2011). OECD.

<https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm#indicator-chart> (7.05.2015)

Lepnurm, R., Jacobs, P., Kerem, K., Randveer, M. (1996). Tervishoiuökonomika alused. Tartu: Elmatar.

Luts, H. (2014). Eesti tervishoiukulud 2013 – metoodika muutus. Tervise arengu instituut.

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/141992925449_Tervishoiukulud_2013.pdf (7.05.2015)

Meiesaar, K., Metsa, A., Haldma, T. (2010). Terviseökonomika: teooria ja praktika. Tartu: Elmatar.

McLoughlin, V., Leatherman, S. (2003). Quality or financing: what drives design of the health care system? – *Quality Safety Health Care*, no. 12, pp. 136 – 142.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743679/pdf/v012p00136.pdf> (7.05.2015)

Savedoff, W. (2004). Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. World Health Organization, Discussion paper number 4.

http://www.who.int/health_financing/taxed_based_financing_dp_04_4.pdf (7.05.2015)

- Thomson, S., Võrk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Thomson, S., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2011). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks: üks aasta hiljem. Tallinn: Eesti Haigekassa
- Van den Broek-Altenburg, E. (2014). Financing the Health Care System, a Universal Challenge. Quid Novi Foundation.
http://www.quidnovi.nl/uploads/images/Blokafbeelding/QN2014_3_Financing%20the%20Health%20Care%20System.pdf (7.05.2015)
- Wagstaff, A. (2009). Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD. The World Bank Policy Research Working Paper no. 4821.
<http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-4821> (7.05.2015)

LISAD

Lisa 1. Tervishoiukulutuste finantseerimine

Riigid	Üldised kulutused	Sotsiaalkindlustus- fondid	kokku	Sotsiaalkindlustus- fondide osakaal	võrdlus
Taani	84,6	0	84,6	0%	< 33,3%
Küpros	42	0,1	42,1	0,24%	< 33,3%
Portugal	64,2	1,3	65,5	1,98%	< 33,3%
Hispaania	68,2	4,7	72,9	6,45%	< 33,3%
Norra	72,3	12,4	84,7	14,64%	< 33,3%
Soome	60,2	15,1	75,3	20,05%	< 33,3%
Island	51,1	29,3	80,4	36,44%	>33,3%, <66,7%
Austria	32,3	44,9	77,2	58,16%	>33,3%, <66,7%
Bulgaaria	17,7	38,5	56,2	68,51%	>66,7%
Šveits	18,9	45,9	64,8	70,83%	>66,7%
Rumeenia	12,7	66,2	78,9	83,90%	>66,7%
Belgia	10,5	65,5	76	86,18%	>66,7%
Leedu	9,5	61,3	70,8	86,58%	>66,7%
Eesti	10,7	69,4	80,1	86,64%	>66,7%
Ungari	8,5	56,1	64,6	86,84%	>66,7%
USA	5,8	43,3	49,1	88,19%	>66,7%
Jaapan	8,6	71,6	80,2	89,28%	>66,7%
Luksemburg	8,5	73,9	82,4	89,68%	>66,7%
Slovakkia	7,2	66,5	73,7	90,23%	>66,7%
Holland	8,1	77,5	85,6	90,54%	>66,7%
Saksamaa	6,9	70,1	77	91,04%	>66,7%
Poola	6,3	64,5	70,8	91,10%	>66,7%
Tšehhi	5,4	77,9	83,3	93,52%	>66,7%
Prantsusmaa	3,7	73,5	77,2	95,21%	>66,7%
Sloveenia	1,8	71,3	73,1	97,54%	>66,7%

Allikas: (Healthcare statistics...2015)

Lisa 2. Korrelatsioonanalüüsis kasutatud andmed 1

Riigid	Sotsiaalkindlustus-fondide osakaal	Tervelt elatud eluaastad	Tuberkuloosiravi õnnestumise määr	Tööhõivemäär
Taani	0%	61,00	62%	73,1%
Küpros	0,24%	63,70	64%	67,6%
Portugal	1,98%	63,55	77%	63,8%
Hispaania	6,45%	65,30	72%	58,0%
Norra	14,64%	:	:	75,3%
Soome	20,05%	56,75	40%	69,0%
Island	36,44%	:	:	78,5%
Austria	58,16%	61,35	72%	72,1%
Bulgaaria	68,51%	63,90	80%	58,4%
Šveits	70,83%	:	:	79,3%
Rumeenia	83,90%	57,70	86%	58,5%
Belgia	86,18%	64,85	80%	61,9%
Leedu	86,58%	59,10	78%	60,2%
Eesti	86,64%	55,15	64%	65,3%
Ungari	86,84%	59,85	76%	55,8%
Luksemburg	89,68%	66,10	:	64,6%
Slovakkia	90,23%	53,25	93%	59,3%
Holland	90,54%	61,20	84%	74,9%
Saksamaa	91,04%	57,65	73%	72,5%
Poola	91,10%	61,05	62%	59,3%
Tšehhi	93,52%	63,20	70%	65,7%
Prantsusmaa	95,21%	63,20	:	63,9%
Sloveenia	97,54%	56,05	81%	64,4%

Allikas: (Healthcare statistics... 2015; Healthy Life... 2015; Health Nutrition... 2015; Employment... 2015)

Lisa 3. Korrelatsioonanalüüsis kasutatud andmed 2

Riigid	Sotsiaalkindlustus-fondide osakaal	Tervishoiukulutused inimese kohta	Haiglas viibitud aeg
Taani	0%	6522,13	:
Küpros	0,24%	2181,49	:
Portugal	1,98%	2332,35	7,2
Hispaania	6,45%	2943,77	6,1
Norra	14,64%	9260,92	6,1
Soome	20,05%	4366,87	6,9
Island	36,44%	3995,25	:
Austria	58,16%	5400,54	6,5
Bulgaaria	68,51%	534,29	:
Šveits	70,83%	9254,26	6,5
Rumeenia	83,90%	507,68	:
Belgia	86,18%	4951,50	:
Leedu	86,58%	967,64	:
Eesti	86,64%	988,10	5,5
Ungari	86,84%	1105,49	5,3
USA	88,19%	8553,08	5,4
Jaapan	89,28%	4656,34	17,9
Luksemburg	89,68%	8390,72	7,3
Slovakkia	90,23%	1414,97	6,3
Holland	90,54%	6047,85	5,8
Saksamaa	91,04%	4992,26	7,9
Poola	91,10%	919,77	7,1
Tšehhi	93,52%	1545,57	6,8
Prantsusmaa	95,21%	4934,09	5,1
Sloveenia	97,54%	2225,15	6,8

Allikas: (Healthcare statistics... 2015; Health expenditure per... 2015; Length of... 2015)