

Poliitikaanalüüs


Eesti tervishoiu rahastamise senised uuringud ja uuendatud stsenaariumid

Andres Vörk, Magnus Piirits

19. mai 2023

Sisukord

Lühikokkuvõte	3
Sissejuhatus	5
1. Ülevaade varasematest uuringutest	6
1.1. Metoodika	6
1.2. Lühülevaade tervishoiu tuludest	10
1.2. Uuringud	17
1.2.1. Ravikindlustuse tasakaalu analüüsid	17
1.2.2. Omaosaluse mõju vaesusriskile ja teenuste kättesaadavusele	22
1.2.3. Rahastamisinstrumendi mõju ebavõrdsusele	24
1.2.4. Muud analüüsid	25
1.3. Järeldused senistest uuringutest poliitikavalikute kohta	27
1.3.1. Töövõimetushüvitiste väljaviimine ravikindlustuse eelarvest	27
1.3.2. Maksubaasi laiendamine	27
1.3.3. Tervisekontod	28
1.3.4. Inimeste omaosalus	29
1.3.5. Erakindlustus	29
1.3.6. Maksud tervist kahjustavatele toodetele	31
1.3.7. Tööandjate panus	32
1.4. Kokkuvõttev analüüs senistest uuringutest	32
Lisateema: erakindlustuse rahvusvahelisest kogemusest	36
Lisateema: suhkrumaks ja rasvamaks	37
2. Tervisekassa pikaajaline tulude ja kulude prognoos	39
2.1. Tervisekassa prognoos	39
2.1.1. Prognoosi eeldused	39
2.1.1. Prognoosi tulemused	40
2.2. Poliitikastenaariumid	41
2.2.1. Tervisemaks tulumaksu baasil	41
2.2.2. Eraldis pensionäride eest	45
2.2.3. Eraldis laste eest	47
2.2.4. Eraldis teiste rühmade eest	48
2.2.5. Lisarahastuse kokkuvõte	49
2.3. Tervisekonto	51
3. Analüüsi kokkuvõte ja järeldused	52
Kasutatud kirjandus	56
Lisad	60
Lisa 1. Maksubaasi laiendamine - tervisemaksuga maksustatavad tulud FIDEKi põhjal	60



Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale:

Võrk, Andres; Piirits, Magnus (2023) Eesti tervishoiu rahastamise senised uuringud ja uuendatud stsenaariumid. Poliitikaanalüüs.

Lühikokkuvõte

Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse kohta on Eestis tehtud analüüse juba paarkümmend aastat juhtides tähelepanu rahvastiku vananemisest tulenevale survele Tervisekassale ja vajadusele täiendada Eesti tervishoiu rahastamismudelit. Käesolev raport võtab kokku senised uuringud ja uuendab arvutused Tervisekassa prognoositud defitsiidi suuruse ning selle rahastamise võimaluste kohta. Tervisekassa rahastamise täiendavate võimalustena käsitletakse siirdeid riigieelarvest, mis oleks seotud kindlustatutega võrdsustatud elanikkonna rühmade suurusega ja kaetakse üldistest maksutuludest, või lisatulu, mis tuleks sihtotstarbelisest ravikindlustuse maksust inimeste tuludelt. Raporti aluseks olevad arvutused valmisid 2023. aasta alguses ning ei võta arvesse 2023. aasta aprillis loodud uue valitsuskoalitsiooni eesmärgi maksu- ja tervishoiupoliitika osas.


Varasemad uurimused on näidanud, et siirded riigieelarvest Tervisekassa eelarvesse võrdsustatud elanikkonna rühmade eest on lihtsaim ja kuluefektiivseim lahendus avaliku sektori vaates. Sõltuvalt maksudest, mille tõstmisega neid siirdeid rahastatakse, nt kas otsesed või kaudsed maksud, muutub maksukoormuse jaotus elanikkonna rühmade vahel ja avaldub mõju majandusele.

Et inimeste omaosalus tervishoius on tervikuna kõrge, siis selle täiendav tõstmine üheski varasemas uuringus ei ole kaalumisele tulnud. Samuti ei toeta Eesti analüüsid ega rahvusvaheline kogemus personaalsete tervisekontode kasutamist kulude katmiseks.

Täiendavat lisaanalüüsi vajab töandjate kaudu pakutava eratervisekindlustuse kasvav roll, sest rahvusvaheline kogemus näitab, et erakindlustus vastab harva talle seatud ootustele tõsta tervishoiusüsteemi efektiivsust ning säästa avaliku sektori raha, samas aga kasvab ebavõrdsus teenuste kättesaadavuses. Seega on oluline analüüsida, milline on seni olnud Tervisekassa kaudu korraldatava tervishoiusüsteemi efektiivsus ja teenuste kättesaadavus ning kuidas seda muudaks eraraha suurem kaasamine.

Tervisekassa tehtud kuluprognosid näitavad, et tulenevalt rahvastiku vananemisest ja tervishoiuteenuste kiiremast hinnakasvust suureneks Tervisekassa kulude osakaal SKPst 5,7%lt 2025. aastal 5,9%ni 2030. aastal ja lausa 6,9%ni 2040. aastal. Tegelik vajadus avaliku sektori tervishoiukuludeks on suuremgi (ligikaudu 7,8% SKPst 2040. aastal), kui täita rahvastiku tervise arengukavas toodud eesmärgid (vähendada inimeste omaosalust ja tagada ravikindlustus kõigile elanikele) ning arvestada, et ligi viiendik Eesti tervishoiuteenuste osutajate tehtud investeeringuid taristusse ja seadmetesse on seni tulnud Euroopa Liidu vahenditest, mis ei pruugi jätkuda kaugemas tulevikus.

Et sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa tulud koos juba seni kokkulepitud siiretega riigieelarvest mittetöötavate pensionäride eest püsivad 5,2% SKPst juures pikas vaates, siis oleks minimaalselt vaja katta tuludena täiendavalt 1,7% SKPst, et säilitada 2040. aastaks senine tervishoiuteenuste kättesaadavuse tase läbi Tervisekassa. Simulatsioonid näitavad, et kui tasuda kõigi võrdsustatud inimeste eest (kelleks on peamiselt pensionärid ja lapsed) riigieelarvest sotsiaalmaksu, siis sellest piisaks, et 2038. aastani oleks Tervisekassa tulud ja



kulud tasakaalus. Võrdluseks võib tuua, et sellise tulu saamiseks oleks vajalik käibemaksumäära tõus umbes 3,5 protsendipunkti või alkoholi- ja tubakaaktsiisi kahekordistamine. Tervisekassa kulude katteallikate valikul tasub uuesti kaaluda ka magustatud jookide maksu, sest alates 2017. aastast, kui see viimati Eestis päevakorral oli, on vahepeal oluliselt saadud juurde rahvusvahelist kogemust ja tõendusmaterjali selle rakendamise edukuse võimalikkuse kohta.

Spetsiaalse ravikindlustusmaksu kehtestamine (senise sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa asemel), mis kasutaks aga tulumaksuga sama maksubaasi, tooks kaasa täiendavad tulud erinevate stsenaariumide korral kuni 0,4% SKPst, mis kataks ära Tervisekassa lisavajaduse lähiaastateks, 2027. aastani, aga tulude suurus jääb samas sõltuma oluliselt dividenditulu ja muutuvate töövormide arengust ja nende tundlikkusest maksumääradele.

Sissejuhatus

Käesolev raport on koostatud Sotsiaalministeeriumi poolt tellitud lihthanke “Tervishoiusüsteemi jätkusuutliku toimivuse tagamiseks 2024–2060 kuluvajaduse ja rahastamisvõimaluste detailanalüüs” raames. Raport koosneb kahest eraldiseisvast osast. Esimeses osas anname ülevaate Eesti tervishoiu rahastamise hetkeseisust ning varasematest Eesti uuringutest, mis on käsitlenud tulu allikaid, nende piisavust ja kaasnevat ebavõrdsust. Raporti teises osas viiakse läbi simulatsioonid Tervisekassa tulude ja eelarve tasakaalu kohta erinevate rahastamise stsenaariumide korral.

Rahastamise erinevad stsenaariumid lepiti kokku projekti juhtrühmas, kuhu kuulusid Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa, Rahandusministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi esindajad. Projekti tarvis uuendas esmalt Tervisekassa sõltumatult enda prognoosid kulude kohta 2060. aastani ning leidis ka hinnangu täiendavate kulude kohta, mis kaasneksid omaosaluse vähendamisega, kõikidele inimestele ravikindlustuse pakkumisega või tervishoiutöötajate kiirema palgatõusuga. Neid prognoose kasutatakse käesolevas raportis Tervisekassa tulude ja kulude tasakaalu arvutamisel. Tulude stsenaariumide korral kasutati sisendandmeid Tervisekassast, Tervise Arengu Instituudist, Statistikaametist ja Maksu- ja Tolliametist. Maksupoliitika muutmise stsenaariumide puhul konsulteeriti töö käigus Rahandusministeeriumi ja Maksu- ja Tolliameti ekspertidega.

Eesti varasemate uuringute põhjal tehtud kirjanduse ülevaade käsitleb analüüse alatest aastast 2005, mida on koostanud kas sõltumatud analüüsikeskused (nt Praxis, Arenguseire Keskus), ministeeriumid, rahvusvahelised organisatsioonid või Eesti teadusasutused. Varasemate uuringute järelduste sünteesimisel kasutame hindamiskriteeriumeid Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization*) ja Euroopa tervisesüsteemide ja -poliitika vaatluskeskuse (*European Observatory on Health Systems and Policies*) raportitest. Mõnel juhul toome raportis välja ka varasemate uuringute detailsemad stsenaariumid ja järeldused näitamaks, et tervishoiu rahastamise probleem ning pakutud lahendusvariandid on olnud tervishoiupoliitika kujundajate töölaual sarnaselt juba aastaid. Taoline võrdlus aitab panna ka antud töö tulemusi laiemasse konteksti.

Töö valmimisele aitasid palju kaasa Pille Banhard ja Riho Peek Tervisekassast, Lii Pärg, Maris Jesse ja Kersti Esnar Sotsiaalministeeriumist, Mare Ruuge Tervise Arengu Instituudist, Tanel Ross ja Risto Kaarna Rahandusministeeriumist ning tervishoiuekspert Kaija Kasekamp. Lisaks täname Rahandusministeeriumi ja Maksu- ja Tolliameti eksperte ning Arenguseire Keskuse seminaril osalenuid asjaliku nõu ja tagasiside eest. Kogu töös tehtud autorite analüüsi ning järelduste eest vastutavad täies ulatuses töö autorid.

1. Ülevaade varasematest uuringutest

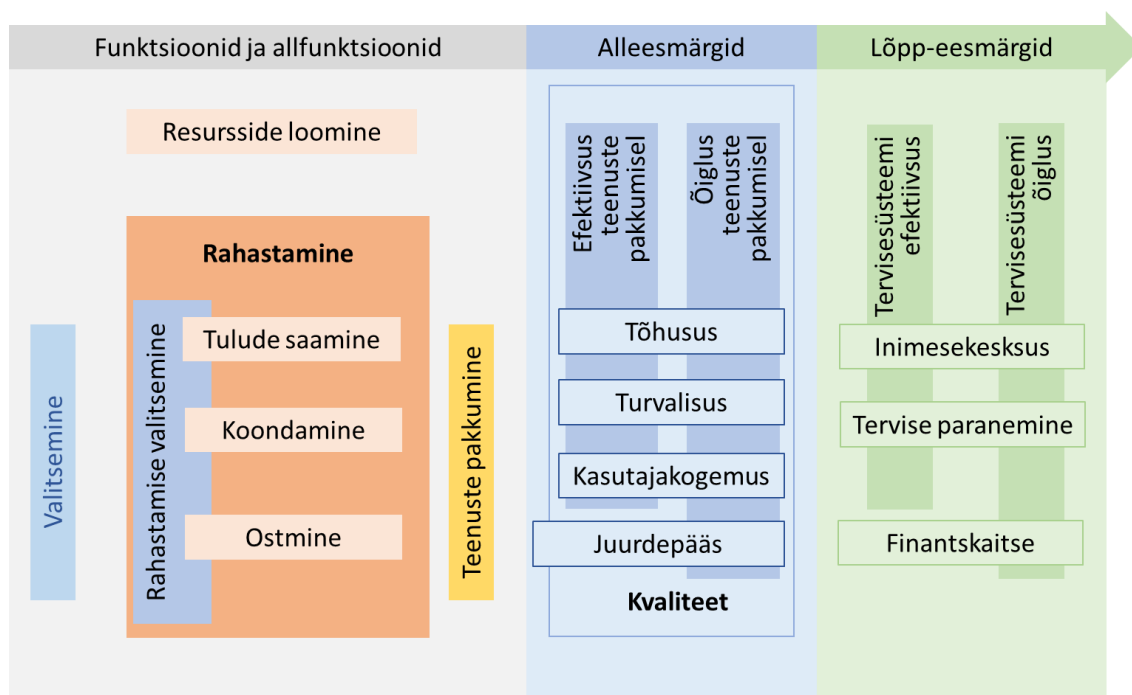
1.1. Metoodika

Käesoleva raporti üks eesmärk on kaardistada senised Eesti tervishoiu rahastamist käsitlevad uurimused. Selleks kasutasime meile teadaolevaid Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO), Sotsiaalministeeriumi, Rahandusministeeriumi, Tervisekassa, Praxise, Arenguseire Keskuse ning Eesti teadusasutuste uuringuid alates 2005. aastast. Analüüsi kaasati uuringud, mis olid kvantitatiivse fookusega ning püüdsid hinnata tervishoiu rahastamisega kaasnevat mõju tervisesüsteemi peamistele eesmärkidele (WHO 2022, lk 29): tervise paranemine (*health improvement*), tervishoiusüsteemi vastavus inimeste ootustele (*people centredness*), kaitse finantsriski vastu (*financial protection*), tervisesüsteemi õiglus (*health system equity*) ja efektiivsus (*efficiency*).

Uuringute süstematiseerimisel võtame eeskujuks Euroopa tervisesüsteemide ja -poliitika vaatluskeskuse (*European Observatory on Health Systems and Policies*) 2002. aasta väljaande “Policy brief: Funding health care: options for Europe” (Mossialos *et al.* 2002), kus antakse süstemaatiline ülevaade erinevate rahastamisviiside tugevustest ja nõrkustest. Lisaks tugineme sama asutuse ja WHO ühistööna 2022. aastal valminud tervisesüsteemi hindamise raamistiku “Health system performance assessment: a framework for policy analysis” peatükile 6 “Financing” (autorid Jonathan Cylus, Julia Sallaku, Matthew Jowett, edaspidi viidatud kui Cylus *et al.* (2022)), kus käsitletakse tervishoiu rahastamise viiside hindamist.

Cylus *et al.* (2022) järgi on tervishoiu rahastamine üks tervishoiu põhifunktsioonidest, mis toetab kõikse tervisekaitse (UHC - *universal health coverage*) poole liikumist. Kõikne tervisekaitse tähendab, et kõigil inimestel on juurdepääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele, mida nad vajavad, ilma et nad satuks rahalistesse raskustesse. Rahastamine on ka tihedalt seotud tervisesüsteemi juhtimise funktsiooniga (*governance*), sest rahastamisotsustega määratakse ära, kes on kaetud tervisekindlustusega, mis teenused on kaetud tervisekindlustusega ja millises määras on teenused kaetud (nn UHC kuubik).

Tervishoiu rahastamise peamine eesmärk on raha kogumine ja tervishoidu investeerimine, kuid lisaks sellele saab rahastamise abil tekitada nii inimestes kui tervishoiuteenuste pakkujates stiimuleid, mis suurendavad tervishoiusüsteemis õiglust ja efektiivsust.



Joonis 1. Rahastamise asukoht tervisesüsteemis ja selle eesmärkides (Cylus et al. 2022, joonis 6.2 põhjal)

Tervishoiu rahastamine hõlmab kolme allfunktsiooni (joonis 1 vasakpoolne kast):

- 1) tulude saamine (*revenue raising*), nt kindlustusmaksete ja maksude teel,
- 2) tulude koondamine (*pooling resources*), nt sihtotstarbelised kindlustusmaksed ja riigieelarve siirded viiakse kokku ravikindlustusse,
- 3) teenuste ja kaupade ostmine kogutud tulude eest (*purchasing goods and services*), nt Tervisekassa poolt lepingute alusel teenuste maksmine tervishoiuteenuste osutajatele.

Tulude saamise võib laias laastus jagada kaheks: eelfinantseeritud tulud (kas läbi maksude või kindlustusmaksete) ja omaosalus (mis makstakse teenuste tarbimise hetkel). See, kuidas eelfinantseeritud osa rahast tervishoidu saadakse, sõltub sellest, kas tervishoiuteenuste eest maksev kolmas osapool on avaliku sektori institutsioon ja seega on maksmine enamasti kohustuslik või erasektori institutsioon ja maksmine on enamasti vabatahtlik.

Tulude saamise allfunktsiooni puhul huvitab poliitikakujundajaid tavaliselt rahastamise õigluse ja finantskaitse küsimus. Õigluse all peetakse silmas enamasti seda, kas need, kellel on suurem maksevõime ka maksavad rohkem (nn *vertikaalne õigus*), ning kas võrdse maksevõimega inimesed maksavad võrdselt sõltumata tululiigist (nn *horisontaalne õigus*).

Tulude koondamise allfunktsioon määrab, milline elanikkonna rühm eelfinantseeritud tervishoiuteenustest osa saab. Näiteks, Tervisekassasse tehakse küll siire üldistest maksutuludest, kuid sellegipoolest teenuseid saab vaid kindlustust omav inimene ehk kes on tööjõumakse maksnud või siis Eesti näite puhul võrdsustatud.

Rahastamise kolmas allfunktsioon on teenuste ja kaupade eest tasumine. See sisaldab järgmiseid valikuid:

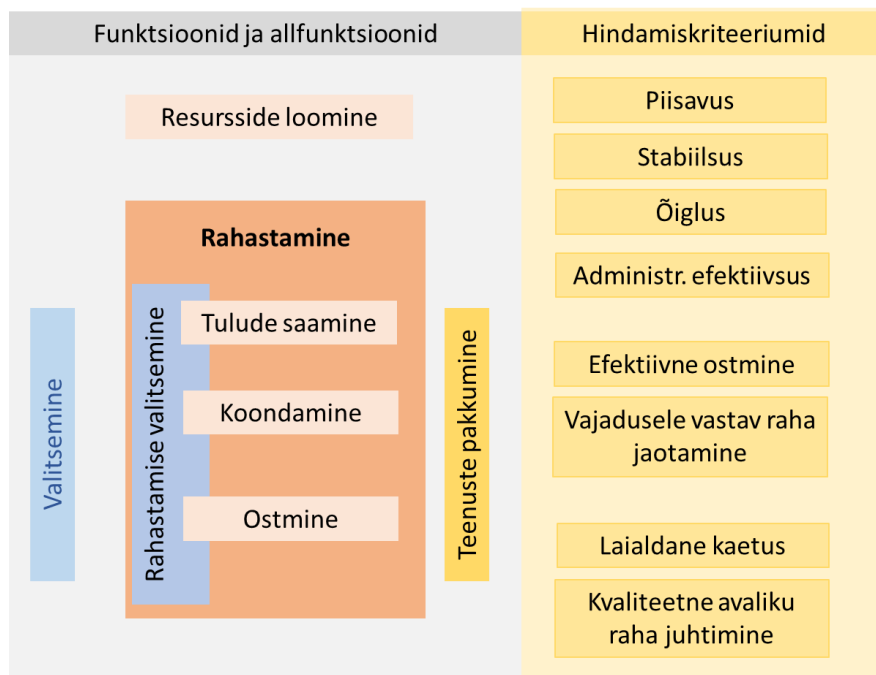
- a) kelle käest osta (nt vaid haiglavõrgu arengukava haiglatelt),
- b) milliseid teenuseid ja kaupu osta (nt vaid kulutõhusaid teenuseid),
- c) milliste stiimulitega siduda tasumine ning kuidas teha järelevalvet raha kasutamise üle, et oleks tagatud efektiivsus ja kvaliteet,
- d) milline on omaosaluse roll teenuste eest tasumisel.

Rahastamise erinevate komponentide puhul hinnatakse kvantitatiivseid indikaatoreid järgmiste aspektide kohta (vt joonis 2):

- a) Tulu piisavus (*sufficiency*)
- b) Tulu stabiilsus (*stability*)
- c) Õiglus tulude kogumisel ja koondamisel (*equitable revenue raising and pooling*)
- d) Administratiivne efektiivsus tulude kogumisel ja koondamisel (*administrative efficiency*)
- e) Efektiivsus tervishoiuteenuste ostmisel (*efficient purchasing*)
- f) Rahaliste vahendite jagamine vastavalt vajadusele (*allocation according to need*)
- g) Kindlustuse laialdane kaetus (*comprehensive coverage*)
- h) Üleüldine avaliku sektori raha kvaliteetne juhtimine (*quality public financial management*)

Rahastamise piisavuse indikaatorina hinnatakse katmata vajaduse suurust (näiteks järjekordade pikkuse kaudu). Samuti näitab ka kõrge omaosalus, et eelrahastatud osa ei ole piisav. Õiglust tulude kogumisel mõõdetakse nii omaosaluse osakaalu kaudu kui erinevate rahastamise allikate progressiivsuse indikaatorite abil (nt Kakwani indeks¹). Efektiivsust tulude kogumisel ja koondamisel mõõdetakse administratiivkulude osakaaluna kogutuludes. Kui rahastamist pakutakse läbi erinevate skeemide (nt erakindlustus ja riiklik kindlustus), siis võrreldakse ka kulutusi tervishoiuteenuse liikide lõikes ühe kindlustatu kohta. Üldiselt eeldatakse, et tulude ja ostmisprotsessi koondamine (nt Eesti puhul Tervisekassasse) toob kaasa administreerimise efektiivsuse kasvu. Teenuste ja kaupade ostmise puhul vaadatakse tavaliselt tasumise erinevaid viise ning nende võimalikku mõju teenuste kvaliteedile, teenuste pakkumise efektiivsusele ja sealtkaudu teenuste hindadele.

¹ Kakwani indeks leitakse kui erinevus rahastamisallika kontsentratsiooniindeksi ja sissetulekute Gini indeksi vahel. Nullilähedane Kakwani indeks näitab, et tervishoiu rahastamine on proportsionaalne sissetulekuga, st iga sissetulekugrupp panustab tervishoiu rahastamisse proportsionaalselt oma sissetulekuga. Negatiivne Kakwani indeks näitab, et tervishoiu rahastamine on regressiivne ehk suurem koormus langeb madalama sissetulekuga rühmadele. Positiivne Kakwani indeks näitab, et tervishoiu rahastamine on progressiivne ehk suurem koormus langeb kõrgema sissetulekuga rühmadele.



Joonis 2. Rahastamise indikaatorid (Cylus et al. 2022, joonis 6.4 põhjal)

Käesolev raport vaatleb uuringuid, mis on tegelenud peamiselt rahastamise esimese komponendiga: tulude tõstmisega. Tulude koondamist vaadatakse niivõrd, kui see puudutab avalikku sektorit – nt Eesti puhul riigieelarve siirded Tervisekassasse ja kohustuste üleminek Sotsiaalministeeriumilt Tervisekassale.

Raport ei käsitle seda, millisel viisil teenuste ja kaupade eest tasutakse, välja arvatud omaosaluse väljatoomine, mis on otsene makse tervishoiuteenuse saamisel. Raportis ei vaadelda ka hoolekande rahastamise kohta tehtud erinevaid analüüse. Raport keskendub Eesti jooksvatele tervishoiukuludele, mida Tervise Arengu Instituut kokku paneb, ja Tervisekassa kogukuludele. Jooksvatele tervishoiukuludele lisanduvad tervishoiuteenuste osutajate poolt investeringud põhivarasse, mida osaliselt kaetakse sihtotstarbelise rahastamisega riigieelarvest või kohalike omavalitsuste eelarvest.

Oma analüüsis võtame aluseks Mossialos et al. (2002) kasutatud rahastamisallikate jaotuse ja nende sobivuse hindamise kriteeriumid. Rahastamisallikad jagunevad nende järgi kohustuslik kindlustus, vabatahtlik kindlustus, sh tööandjate vahendusel, ja leibkondade omaosalus. Rahastamisallikate sobivuse hindamise kriteeriumiteks on rahastamise progressiivsus, horisontaalne õiglus, ümberjaotus, mõju tervishoiuteenuste juurdepääsule, mõju kulude kasvu ohjeldamisele, mõju laiemale majandusele, mõju jaotuslikule efektiivsusele (*allocative*

efficiency) ja tehnilisele efektiivsusele (*technical efficiency*)². Kõik olulisemad Eesti analüüsid ning nende järeldused püüame paigutada nende jaotuste alla.

1.2. Lühülevaade tervishoiu tuludest

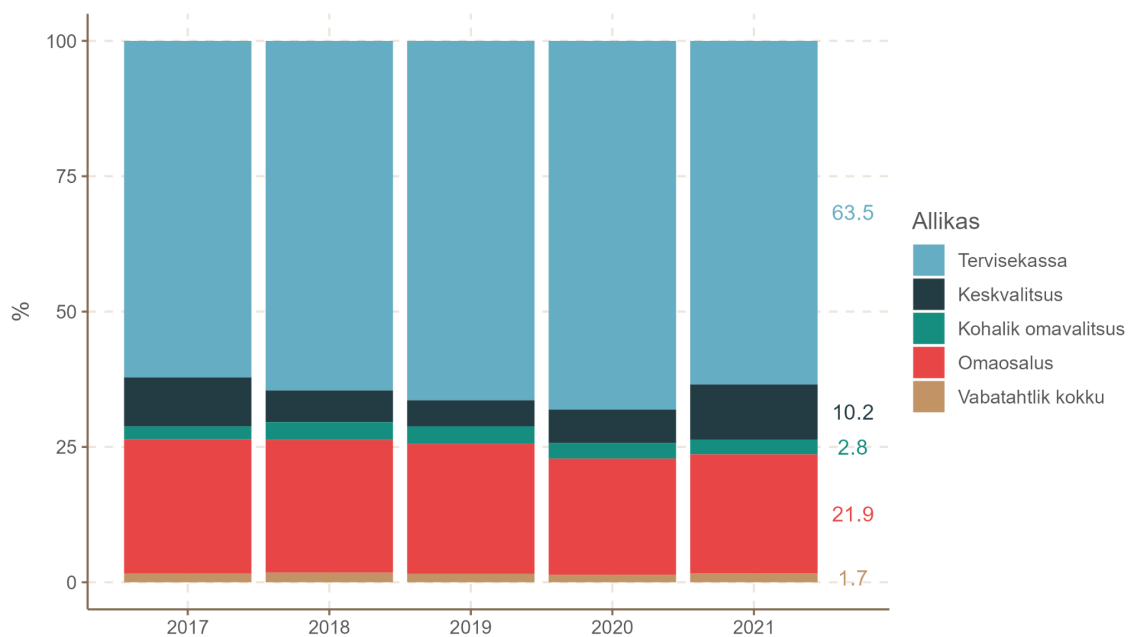
Käesolevas punktis anname statistilise lühülevaade tervishoiu tuludest, et kirjeldada erinevate rahastamisallikate olulisust. Kasutame selleks Tervise Arengu Instituudi (TAI), Tervisekassa ja rahandusministeeriumi andmeid. Põhjalikuma ülevaade tervishoiu rahastamise allikatest ja struktuurist leiab TAI regulaarsetest väljaannetest tervishoiukulude kohta, vt näiteks Ruuge, Inno (2021, 2022). Tervishoiukulude analüüsimisel on oluline tähele panna, kas arvestatakse kõiki Tervisekassa tulusid ja kulusid või mitte. Rahvusvaheline metoodika kajastab jooksvaid tervishoiukulusid, st sealt on maha arvatud investeeringud põhivarasse. Samuti ei kuulu Tervisekassa poolt makstud ajutise tövõimetuse hüvitiste kulud tervishoiukulude sisse ning seetõttu muudetakse vastavalt ka Tervisekassa tulusid.

Viimastel aastatel on ligi kolmveerand tervishoiukuludest tehtud avaliku sektori poolt (joonis 3; 2021. aastal 76,5%). Viimaste aastate dünaamikat iseloomustavad järgmised arengud:

- keskvalitsuse poolt rahastatud osade teenuste ümbertõstmine Tervisekassa alla koos siirdes mittetöötavate pensionäride eest; seda iseloomustab joonisel 3 Tervisekassa kasvav ja keskvalitsuse vähenev roll 2017-2019
- COVID-19-ga seotud täiendavad kulud keskvalitsuse poolt 2021. aastal (joonisel 3 järsk kasv keskvalitsuse osakaalus 2021. aastal)
- Vabatahtlike allikate (MTÜd, vabatahtlik kindlustus, ettevõtted) väike roll tervikuna, kuid erakindlustuse kasvav tähtsus selle sees (joonis 6).

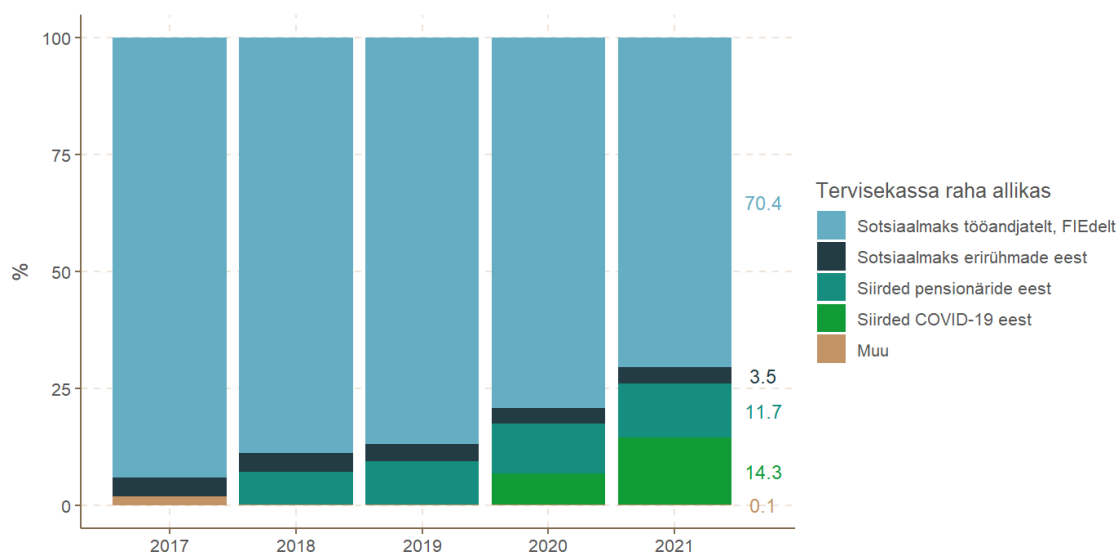
Joonis 3 ei selgita Tervisekassa ja keskvalitsuse rahastamise tulude allikaid. Nagu Võrk ja Piirits (2021) näitavad, siis rahastamise õiglust iseloomustavate indikaatorite jaoks on vajalik jagada Tervisekassa tulud detailsemalt. Nii näeme joonisel 4, et 2021. aastal sai Tervisekassa oma kulutuste tegemiseks ligi 70% tuludest töötaja või FIE sotsiaalmaksust, 3,5% sotsiaalmaksust erirühmade eest (töötud, lapsega kodus olevad vanemad jmt), mis tegelikult on ju ka rahastatud üldistest maksutuludest, ning lausa 26% riigieelarve siiretest. Viimasest ligi pool (11,7%) oli pikaajaline tegevustoetus, mis sõltus mittetöötavate pensionäride arvust ja mis püsib ka tulevikus, ja ülejäänud (14,3%) oli erakorraline siire COVID-19 pandeemia tõttu.

² Jaotusliku efektiivsuse all peetakse silmas, kas raha läheb valdkonda, kus sellest on kõige suurem kasu tervise parandamiseks. Näiteks, et perearstiabi on eelistatud kallimale eriarstiabile; või ennetus on eelistatud kallile ravile. Tehnilise efektiivsuse all peetakse silmas, et tervishoiuteenuseid osutatakse efektiivselt, nt haiglavoodid ei seisa tühjalt, ei ole teenuste dubleerimist, et töötajad ei ole ala- ega ülekoormatud.



Allikas: TAI andmebaas, tabel KK01, vaadatud 14.01.2023

Joonis 3. Tervishoiukulude struktuur allikate järgi

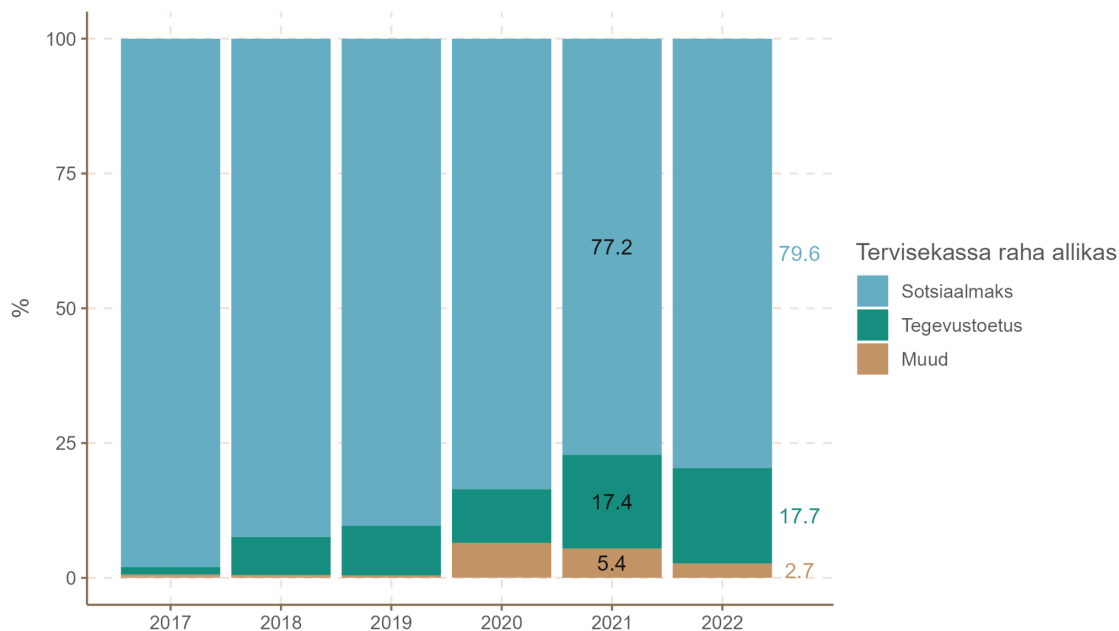


Allikas: TAI andmebaas, tabel KK06, vaadatud 14.01.2023
Autorite eeldused ja arvutused

Joonis 4. Tervisekassa jooksvate tervisekulude struktuur allikate järgi

Märkus: Riigisiseseid siirded ja eraldised jooksvate tervisekulude allikana on jagatud siireteks pensionäride ja COVID-19 eest vastavalt nende proportsioonile tervisekassa tuludes

Nagu eelpool öeldud, siis ülemised joonised, mis kasutavad rahvusvahelist tervisekulude meetodikat ei sisalda kõiki Tervisekassa kulusid. Kui on soov Tervisekassa eelarvet tervikuna vaadata - ja seda enamus Eestisiseseid jätkusuutlikkuse analüüse teevad, siis peaks lisama juurde ka töövõimetushüvitiste maksmiseks kogutud tulu. Koos töövõimetushüvitiste kulude lisamisega, on Tervisekassas sotsiaalmaksu osakaal tuludes kõrgem kui ilma töövõimetushüvitiste kuludeta (77,2% vs 73,9% 2021. aastal) (võrdle jooniseid 4 ja 5).

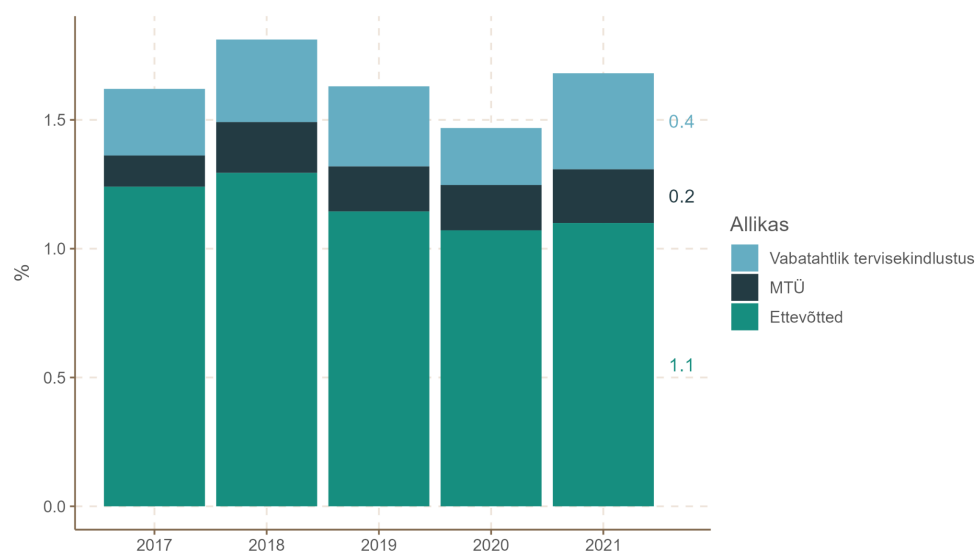


Allikas: Tervisekassa andmebaas, tabel EA02, vaadatud 15.01.2023; otsesuhtlus

Joonis 5. Tervisekassa kogutulude (sh TVH) struktuur allikate järgi³

Et viimasel ajal on esile kerkinud erasektori võimalik suurem osakaal, siis olgu toodud välja detailsemalt ka MTÜde, vabatahtliku kindlustuse ja ettevõtete rolli muutus viimastel aastatel. Suurima osa moodustab TAI statistika järgi ettevõtete panus ja seejärel võrdselt MTÜd ning vabatahtlik tervisekindlustus.

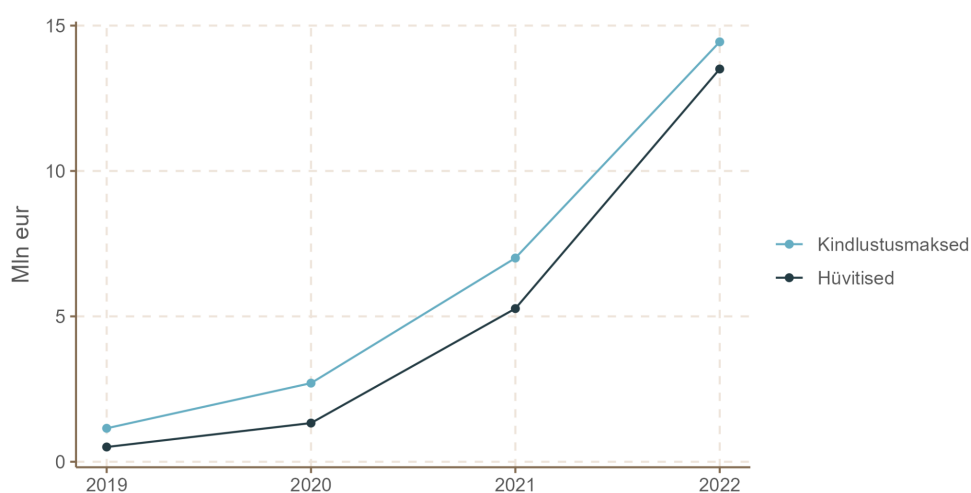
³ Kategooria "Muud" sisaldab kõiki muid Tervisekassa tuluseid, mis ei ole sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa ega tegevustoetus. Sinna kuuluvad: tulud kindlustuslepingute alusel, sissenõuded ja tulud ravikindlustushüvitistelt, finantstulud ja muud tulud.



Allikas: TAI andmebaas, tabel KK01, vaadatud 08.05.2023

Joonis 6. Tervishoiukulude struktuuris erasektori panus

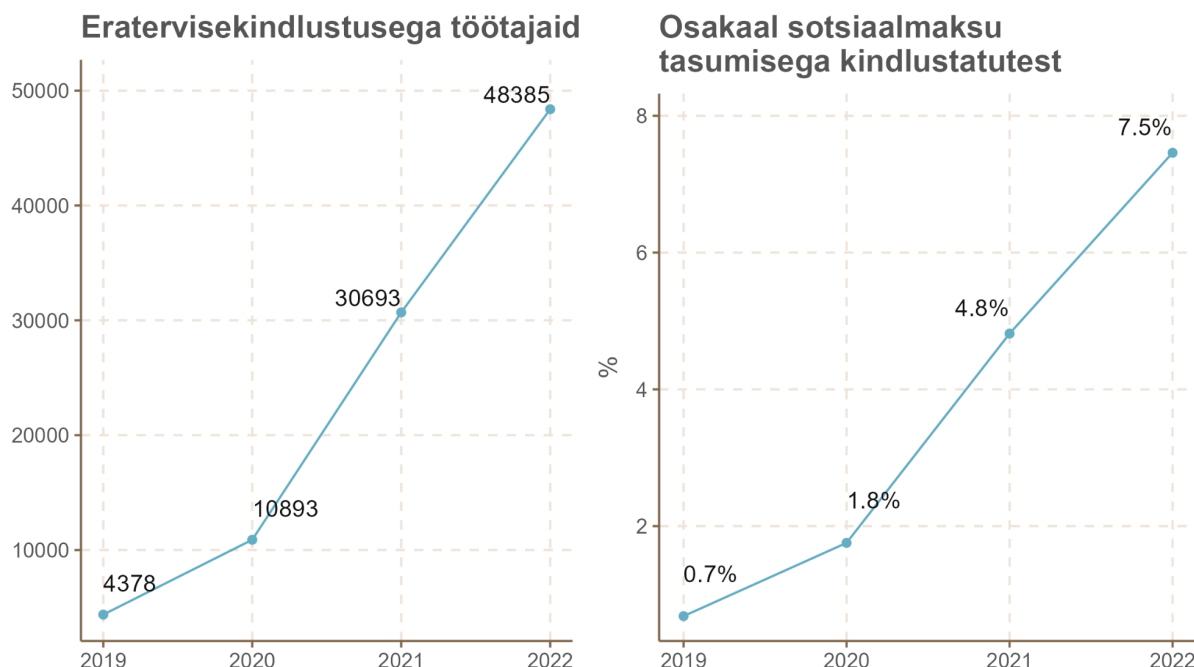
Vabatahtliku tervisekindlustuse kohta avalikke andmeid palju ei ole. Kindlustusseltside liidu poolt edastatud andmestik sisaldab kogusummasid preemiate ja väljamaksete kohta, samuti kindlustatud isikute arvu. Vabatahtliku kindlustuse roll on küll väike, kuid see kasvab väga kiiresti (joonis 7). Selle põhjuseks on töandjate võimalus alates 2018. aastast ilma erisoodustusmaksuta tasuda töötajate tervisekindlustusmaksete eest, mida toetab erameditsiini ja -kindlustuse aktiivne müügitöö.



Allikas: Eesti Kindlustusseltside Liit

Joonis 7. Eratervisekindlustuse töandjatega sõlmitud lepingute hüvitised ja kindlustusmaksed

Eratervisekindlustusega kaetud töötajate arv moodustas 2022. aasta lõpu seisuga juba ligi 48 000 inimest, mis moodustas 7,5% inimestest, kes olid riikliku ravikindlustusega kaetud tööandja või FIE sotsiaalmaksu tasumisega (joonis 8).



Allikas: Eesti Kindlustusseltside Liit, Tervisekassa Autorite arvutused

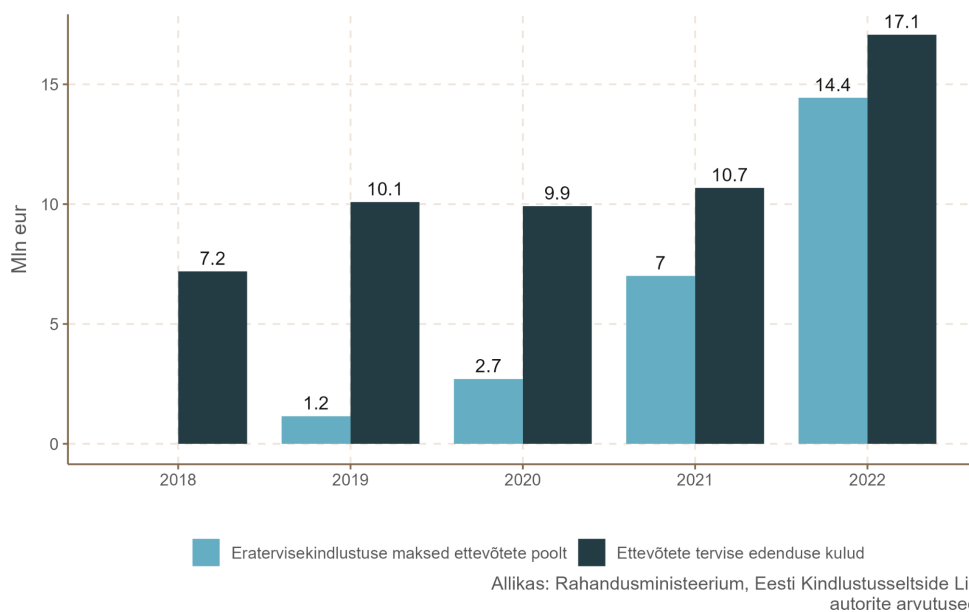
Joonis 8. Tööandjate kaudu eratervisekindlustuse sõlminud kindlustatud isikute arv ja osakaal sotsiaalmaksu maksmise teel kindlustatud isikutest⁴

Lisaks olgu toodud tööandjate tervise edenduse kulud, mida nad saavad maksuvabalt teha (vt joonis 9).⁵ Tööandjate tervise edenduse kuludest osa võivad moodustada eelpool toodud eratervisekindlustuse kindlustusmaksed. Arvestades, et erakindlustuse sissemaksed ettevõtete poolt on kasvanud oluliselt kiiremini kui ettevõtete tervise edenduse kulud kokku, siis peab olema toimunud kas ettevõtete tervise edenduse kulude struktuuris muutus erakindlustuse sissemaksete kasuks või tasuvad ettevõtted vähemalt osaliselt kindlustusmaksete pealt ka erisoodustusmaksu. Maksuvaba töötaja tervise edendamise

⁴ Sotsiaalmaksu maksmise teel kindlustatud isikute all peetakse silmas järgmisi Tervisekassa kindlustatud inimeste rühmasid: tööandja poolt kindlustatud isik, füüsilisest isikust ettevõtja, viisa alusel töötaja, TSD alusel kindlustatu, FIE tegevuses osalev abikaasa.

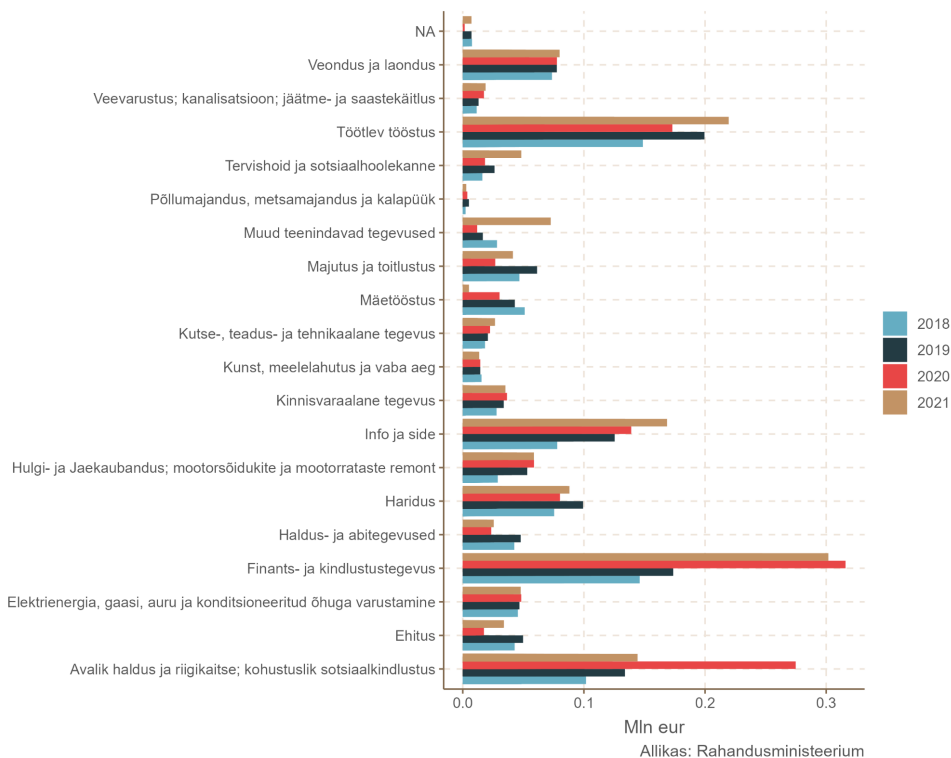
⁵ Maksuvabad tervise edendamise kulud on avaliku rahvaspordiürituse osavõtutasu, sportimis- või liikumispaiaga regulaarse kasutamisega otseselt seotud kulutused, tööandja olemasolevate spordirajatiste ülalpidamiseks tehtavad kulutused, tervishoiukorralduse infosüsteemi kantud kulutused või vastavat kutsetunnistust omava taastusarsti, füsioterapeudi, tegevusterapeudi, logopeedi või kliinilise psühholoogi teenustele, ravikindlustuslepingu kindlustusmaksed. Tööandja saab maksuvabalt hüvitada tervise- ja spordikuludid kuni 100 euro ulatuses iga töötaja kohta kvartalis (<https://www.emta.ee/ariklient/maksud-ja-tasumine/tulumaks-ja-sotsiaalmaks/erisoodustused/tervise-ja-spordikulud>, Tulumaksuseadus §48, lg 5⁵)

riigieelarve kuluks on Rahandusministeerium hinnanud 2022. aastal 9,9 miljonit eurot (Rahandusministeerium 2023a), millest kõik kulud ei ole seotud erakindlustusega. Küll võib oletada, et ettevõtete tervise edenduse kulude kiire kasv 2022. aastal (6,4 miljonit võrreldes eelneva aastaga) on seotud kulude kasvuga just erakindlustusele (erakindlustuse tulude kasv tööandjatelt oli 7,4 miljonit).



Joonis 9. Tööandjate tervise edenduse kulud 2018-2021 võrrelduna eratervisekindlustuse maksetega

Sektorite lõikes on kolm suuremat, kes tervise edenduse kulutusi teevad: finants- ja kindlustustegevus, info- ja side ning töötlev tööstus.



Joonis 10. Tööandjate tehtud tervise edenduse kulud sektorite lõikes 2018-2021

Lisaks jooksvatele tervisekuludele, kogub Tervise Arengu Instituut ka investeeringute mahtusid tervishoidu. Kui enamuses võib eeldada, et tervishoiuteenuste osutajad saavad investeeringuteks vahendid tervishoiuteenuste osutamisel, siis suur osa investeeringuid tehakse ka sihtotstarbeliste toetuste eest, mis saadakse riigieelarvest või kohalike omavalitsuste eelarvest. Nende algseks allikaks võis olla omakorda Euroopa Liidu fondide raha. Tervise Arengu Instituudi andmetel moodustasid investeeringud põhivarsse 2004-2021. aastal kokku 1,45 miljardit eurot ja sellest 303 miljonit ehk 21% oli põhivara sihtfinantseerimine. Enamuse põhivara sihtfinantseeringutest said haiglad (Tervise Arengu Instituut, 2023). Ehkki käesoleva analüüsi fookuseks on jooksvad tervishoiukulud ja kitsamalt tervisekassa tulud ja kulud, siis peab meeles pidama, et kui tulevikus tervishoiuteenuse osutajate põhivara sihtfinantseerimine väheneb riigieelarvest (olgu maksutuludest või Euroopa Liidu fondidest), siis peab leidma täiendava rahastamisallika ka selle jaoks. See võib tulla kas läbi Tervisekassa, suurendades kapitalikulu osa tervishoiuteenuste hinnas, või siis otse riigieelarvest.⁶

⁶ Sotsiaalministeeriumi andmetel moodustasid välisvahendid ja riigieelarve toetus tervishoiuasutustele investeeringuteks aastatel 2004-2020 ligi 400 miljonit eurot.

1.2. Uuringud

Eesti kohta tehtud uuringud on seni keskendunud peamiselt kahele suuremale tervishoiukulude rahastamise allikale: Tervisekassa ning leibkondade omaosalus. Ettevõtete, MTÜde või vabatahtliku kindlustuse rolli on vaadatud vähe.

Eesti tervishoiu rahastamise kohta tehtud analüüsid võib jagada kolmeks, lähtudes uuringute põhifookusest:

- 1) uuringud, mis keskenduvad Tervisekassa kulude-tulude prognoosimisele erinevate eelduste korral,
- 2) uuringud, mis keskenduvad inimeste omaosalusele ning kuidas see mõjutab teenuste kättesaadavust või vaesumisriski,
- 3) uuringud, mis analüüsivad eelrahastamise õiglust.

Eraldi rühma võib panna analüüsid, mis kirjeldavad mõnda kitsast tervishoiu rahastamise aspekti, näiteks tööandjate poolt tehtavad kulutused tervisedendusele, mida on analüüsinud nii sotsiaal- kui rahandusministeerium.

Nagu eelpool öeldud, siis on ka uuringuid, mis vaatavad teenuste ostmist (nt kuidas rahastada esmatasandit), kuid käesolevas raportis me neid ei puuduta.

1.2.1. Ravikindlustuse tasakaalu analüüsid

Esimese grupi moodustavad ravikindlustuse rahastamise jätkusuutlikkust käsitlevad tööd. Enamasti vaatavad nad Tervisekassa kulusid tervikuna, st hõlmavad ka ajutise töövõimetuse kulud, mis tervishoiukuludest rahvusvahelise metoodika järgi muidu välja jäetakse. Need tööd püüavad prognoosida, kas Tervisekassa prognoositud tulud katavad prognoositud kulusid erinevate stsenaariumide korral. Siia alla kuuluvad näiteks: Counffinhal ja Habicht 2005, Vörk jt (2005), Thomson jt (2010, 2011), Aaviksoo jt (2011), Kruus jt (2014), Piirits ja Vörk (2015, 2016), Sotsiaalministeerium ja Rahandusministeerium (2016) ning Arenguseire Keskuse 2020. aasta projekti raames valminud uuring (Laurimäe jt 2020). Nende tööde peamiseks järelduseks on olnud, et seoses rahvastiku vananemisega ei kata sotsiaalmaksust laekuvad tulud tulevikus Tervisekassa kulusid senisel tasemel ning on vaja suurendada kas tervishoiu eelfinantseerimist sotsiaalmaksu maksubaasi laiendamise ning riigieelarvest laekuvate täiendavate siirete abil või on paratamatu suurendada inimeste omaosalust.

Tabel 1. Rahastamise jätkusuutlikkuse uuringud

Autorid	Andmed ja meetodika	Järeldus
Counffinhal ja Habicht (2005), Counffinhal ja Kutzin (2005)	Statistiline ja kvalitatiivne analüüs	Kindlustamata inimestele pakkuda laiemat tervishoiuteenuste paketti. Ei soovitanud erakindlustust. Soovitas suurendada tervishoiu rahastamises sihitatust, et vähendada omaosaluse mõju.
Vörk et al. (2005)	Tervisekassa kulude prognoos aastani 2050 Eeldas tervishoiukulude kasvu keskmise palgaga samas tempos. Tervisekassa tasakaalu määras ära rahvastiku vanusstruktuur ja hõive	“Minevikus on küll tööjõu maksustamisele tuginemine taganud suhteliselt stabiilse rahastamise, kuid tulevikus seab tervishoiuteenuste taseme säilimise surve alla tingituna tööjõu osakaalu vähenemisest rahvastikus. ... Oht sotsiaalsele jätkusuutlikkusele tuleneb rahulolematusest rahastamise jaotusega, kus peamist koormust kandev tööeline elanikkond tunnetab, et panustab süsteemi rahastamisse otsese maksu kaudu oluliselt rohkem, kui sellest teenustena arstiabivajaduse tekkides tagasi saab”.
Thomson jt (2010), Thomson jt (2011)	Tervisekassa kulude prognoos aastani 2030 kolme stsenaariumi korral: rahvastiku vananemine, tehnoloogia areng, konvergens	Tulubaasi tuleb laiendada: tulumaksu laiendamine ravikindlustusmaksuks ja pensionäride eest sissemaksed. Kulude kasvu ohjamiseks on vaja tõhustada tervisesüsteemi rahastamispoliitikat.
Aaviksoo jt (2011)	Tervisekassa kulude prognoos aastani 2060, mitmete simulatsioonide läbimängimine (tervisekontod, erakindlustus, ravikindlustusmaksu maksubaasi laiendamine)	“alates aastast 2030 hakkab ravikindlustuse puudujääk kasvama üksnes tingituna rahvastiku vananemisest”; puudujääki “mõjutab oluliselt tervishoiuteenuste hindade areng” Analüüsis väga palju erinevaid poliitikastenaariume, et ravikindlustuse prognoositud defitsiiti katta ja tõsta ravikindlustuse efektiivsust.
Kruus jt. (2014), Piirits ja Vörk (2015), Piirits ja Vörk (2016)	Tervisekassa prognoosimudeli arendus ja prognoosimine	2014 raport: pikaajaliselt on haigekassa tulude ja kulude vahe negatiivne. 2030. aastal hakkab vahe

Autorid	Andmed ja meetodika	Järeldus
	Simuleeriti kümne erineva stsenaariumi või poliitikameetme mõju tasakaalule	kiiremini kasvama tulenevalt sellest, et hõivemäärad on saavutanud selleks ajaks maksimumtaseme ning rahvastiku vananemine hakkab enam mõjutama kulusid.
Sotsiaalministeerium ja rahandusministeerium (2016)	Valitsuskabinetile tehtud mitmekülgne analüüs. Sisaldas varasemate uuringute kokkuvõtteid, ravikindlustuse prognoose ja poliitikastsenaariumeid	Analüüsis väga palju erinevaid teemasid, et ravikindlustuse prognoositud defitsiiti katta.
Laurimäe jt (2020) Praxis, Arenguseire Keskus	Ravikindlustuse pikaajaline prognoos erinevate stsenaariumide korral	Prognoosis Tervisekassa suurt defitsiiti 2035. aastaks. Vaadeldud tulude stsenaariumidest annab suurima täiendava tulu eraldi laste eest.
Koppel jt (2020) Sotsiaalministeeriumile	EUROMODiga maksumuudatuste läbimängimine 2020. a baasil (2018 alusandmed). Pikaajalised stsenaariumid maksubaaside arengute kohta aastani 2060	Ravikindlustusmaksu laiendamine tulumaksubaasile suurendaks maksubaasi pikaajaliselt kuni 0,9% SKPst

Esimene põhjalik töö, mis sisaldas lisaks rahastusele ka tervisesüsteemi analüüsi oli Tervisekassa, Sotsiaalministeeriumi ja Maailma Terviseorganisatsiooni ühisuuring Thomson jt 2010. Nende töö järeldas, et tervishoiu rahastamise süsteem on tervikuna hästi toimiv ning seetõttu ei tasuks muuta süsteemi põhielemente: sihtotstarbeline ravikindlustusmaks ja ravikindlustusvahendite keskne juhtimine. Thomson jt 2010 simuleerisid ka erinevate reformide mõju, mis kataks ära prognoositud puudujäägi. Alljärgnevalt on toodud väljavõtte nende uuringutulemusest, sest kvalitatiivsed järeldused ei ole tegelikult muutunud (tabel 2).

Tabel 2. Thomson jt 2010 analüüsitud rahastamise võimalused katmaks ravikindlustuse defitsiiti

Stsenarium	Ligikaudne maksutõus, mis on vajalik, et saavutada 2030. aastaks 0,4% SKPst	Maksukoormuse suund	Progressiivsus	Kokkusobivus peamiste maksusuundadega	Muu
Valitsuse poolt pensionäride eest makstav sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa	Sotsiaalmaks 6% (kui pensionid jäävad ligikaudu 9%-ni SKPst)	Oleneb, kuidas seda rahastatakse			Stabiilne
Brutopensionide maksustamine 13% sotsiaalmaksuga		Oleneb, kuidas seda rahastatakse			
Füüsiliste isikute bruto dividendide maksustamine 13% sotsiaalmaksuga		Kapital	Progressiivne	Ei, kavas on kapitalilt makstavat tulumaksu vähendada	Tulumaksu vähenemine, ärikliima halvenemine, volatiilne
Käibemaksu tõstmine	20%-lt 21%-le	Tarbimine	Mõõdukalt regressiivne	Jah, kaudsete maksude suurenemine	Stabiilne
Alkoholiaktsiisi tõstmine	Umbes 30% tõus 2010. aasta jaanuarist	Tarbimine	Väga regressiivne	Jah, kaudsete maksude suurenemine	Positiivne mõju tervisekäitumisele, volatiilne
Tubakaaktsiisi tõstmine	Umbes 50% tõus	Tarbimine	Väga regressiivne	Jah, kaudsete maksude suurenemine	Positiivne mõju tervisekäitumisele, volatiilne
Sotsiaalmaksu tõstmine	13%-lt 14%-le	Tööjõud	Progressiivne	Ei, kavas on tööjõu maksukoormust vähendada	Stabiilne
Füüsilise isiku ja ettevõtte tulumaksu tõus	Umbes 1% tõus (21%-lt 22%-le)	Tööjõud, kapital	Väga progressiivne	Ei, kavas on tööjõu ja kapitali maksukoormust vähendada	Stabiilne

Allikas: Thomson jt 2010, tabel 28

Selle analüüsi valguses tellis Riigikantselei koostöös rahandus-, sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassaga Praxiselt sotsiaalkaitse jätkusuutlikku uuringu (Aaviksoo jt 2011), mis valmis järgmisel aastal. See uuring sisaldas väga palju erinevaid prognoose ja stsenaariume tervishoiu rahastamise teemal. Projekti käigus arendati välja haigekassa rahastamise prognoosimudel, mida järgmistel aastatel Praxis täiendas ja haigekassale üle andis (Kruus jt 2014, Piirits ja Võrk 2015, 2016).

Sotsiaalministeerium ja rahandusministeerium tegid 2016. aastal varasematele uuringutele tuginedes omapoolse analüüsi "Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs", mis esitati valitsuskabineti nõupidamisele. See analüüs sisaldas olemasoleva olukorra kirjeldust, ravikindlustuseelarve prognoose ja erinevaid võimalusi, kuidas ravikindlustuse defitsiiti katta. Prognoosi osas jõuti järeldusele, et Tervisekassa reservid lähevad negatiivseks 10 aastaga; kui soovida laiendada mingeid teenuseid või katta omaosalust, siis veel kiiremini. Sama analüüs sisaldas ka ravikindlustuse tulubaasi laiendamise analüüsi, mis nägi ette rahvastiku vananemisest tuleneva defitsiidi kompenseerimist ravikindlustusele eri viisidel (kas lähtudes prognoositud kuludest vanusrühmiti või siis näiteks pensionäride arvust).

Alljärgnevalt (tabel 3) on toodud väljavõtte tolle analüüsi prognoosidest, näitamaks, et täpselt samasugused stsenaariumid (nt omaosaluse vähendamine, ravikindlustusega kaetuse

laiendamine, kiirem tervishoiuteenuste hindade kasv) kulude kasvu erinevate võimaluste kohta, mida vaadatakse käesolevas töös, on olnud päevakorral pidevalt.

Tabel 3. 2016. aastal valitsuskabinetile esitatud stsenaariumid ravikindlustuse kulude arengu kohta

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

Allikas: Sotsiaalministeerium, rahandusministeerium (2016), tabel 3.

Rahvastiku vananemise kompenseerimiseks vajaliku tulu saamiseks nägi toleaeagne rahandusministeeriumi analüüs ette erinevaid variante. Oluline on rõhutada selle uuringu valguses, et rahandusministeerium leidis, et maksude sihtmärgistamisel (ehk täiendava sihtotstarbelise tulu tekitamine ravikindlustussüsteemile) ei oma eeliseid võrreldes pensionäride eest siirde tegemisega. Sihtotstarbelise lisamaksu kehtestamine vähendanuks riigieelarve paindlikkust. Samuti püstitas sotsiaalministeeriumi ja rahandusministeeriumi analüüs õigustatud küsimuse, kas sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langetamine ja tarbimismaksude suurem kasutamine tervishoiu rahastamisel tooks kaasa muutuse inimeste õiguses ravikindlustusele ja hüvitistele. Tervisekäitumist mõjutavate maksude tõusu kaaluti ja jõuti järeldusele, et lihtsam on kehtestada tootemaks (mitte koostisosa maks), nt pigem maksustada karastusjooke, aga mitte suhkrut. Analüüsis tõdeti ka, et täiendavate maksude kehtestamine (nt maiustustele või karastusjookidele) ei ole mõttekas kuna maksubaas on

väike ja administreerimiskulud on kõrged. Olgu lisatud, et ka Arenguseire Keskuse 2021. aasta maksuraport (Arenguseire Keskus 2021) tegi muuhulgas lühiülevaate tervistkahjustavate maksude rollist Eestis ja pakkus välja suurusjärgud suhkru- ja rasvamaksu kehtestamise tulust teiste riikide näitel. Tulude suurus ulatus mõnekümne miljoni euroni, kuid esmane eesmärk ei olekski niivõrd tulu saamine kui inimeste tervisekäitumise mõjutamine.

Sotsiaalministeerium ja rahandusministeerium 2016. aasta uuring vaatas ka omaosaluse vähendamise võimalusi - eeldati, et 2017. aastast hakkab omaosaluskoormus vähenema üks protsendipunkt aastas ja jõuab 2026. aastaks 15% tasemele. See oleks kaasa toonud ravikindlustuse kulude kasvu SKP-s 2060. aastaks 2 protsendipunkti võrra.

Arenguseire Keskus tegi 2020. aastal stsenaariumanalüüsi Eesti tervishoiu arengu kohta, mille käigus valmis mitu alamraportit. Laurimäe jt (2020) hindasid enda prognoosimudelid, et ravikindlustuse eelarve oleks 2035. aastaks defitsiidis ligi 20% ning seda ilma ühtegi uut teenust rahastamata. Samuti hindasid nad, et täiendavalt suurendaks kulusid veelgi kõikidele inimestele ravikindlustuse pakkumine ja täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitamine. Töös analüüsiti veel ka sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa (ravikindlustusmaks) viimist töötaja maksuks, täiendavat maksubaasi laiendamist rendi- ja intressituludele ja laste eest eraldiste tegemist ravikindlustusse.

1.2.2. Omaosaluse mõju vaesusriskile ja teenuste kättesaadavusele

Teise grupi moodustavad tööd, mis on analüüsinud omaosaluse mõju vaesumisele, katastroofilistele maksetele ja teenuste kättesaadavusele. Siia alla saab panna ka uurimused, mis on analüüsinud sissetulekuga seotud ebavõrdsust teenuste kasutamisel.

Enamus neid uuringuid, mis on analüüsinud omaosaluse mõju vaesumisele, on algatatud Maailma Terviseorganisatsiooni (edaspidi WHO - *World Health Organization*) poolt ja on kasutanud nendepoolset metoodikat. Esimene uuring, mis analüüsis ebavõrdsust tervises ja tervishoiuteenuste kasutamises oli Kunst jt 2002, seejärel analüüsis omaosalust aastatel 1996, 2000 ja 2001 Habicht jt (2006) ja ebavõrdsust tervishoiuteenuste kasutamises Habicht, Kunst (2005).

Habicht jt (2006), Vörk, Saluse ja Habicht (2009), Vörk jt (2010, 2014) kasutasid WHO varasemat metoodikat (Xu 2005) omaosaluse mõju hindamiseks vaesumisele ja katastroofilistele maksetele. Vörk ja Habicht (2018) ning Vörk, Habicht, Köhler (2023) kasutasid juba WHO uuendatud metoodikat, vt Thomson jt (2019). Need uuringud on selgelt näidanud, et omaosaluse otsene mõju leibkondade heaolule avaldub Eestis kahel viisil. Esiteks, kui tervishoiuteenuse tarbimine on välditav, nt hambaravi, lükkavad vaesemad leibkonnad teenuse tarbimist edasi või loobuvad sellest. Teiseks, kui tervishoiuteenuse tarbimist ei saa edasi lükata, nt ravimite ost, jääb vaesematel leibkondadel vähem raha muude elutähtsate teenuste tarbimiseks, nagu toit ja eluase.

Tabel 4. Omaosaluse mõju vaesumisele ja teenuste kasutamisele

Autorid	Andmed ja meetod	Järeldus
Kunst et al. (2002), Habicht et al. (2006), Habicht ja Kunst (2005)	LEU andmed kasutades WHO meetodikat	Suur ebavõrdsus tervises ja tervishoiuteenuste kasutamises
Vörk, Saluse ja Habicht (2009) Vörk jt (2010) Vörk jt (2014)	LEU andmed 2000-2012 EU-SILC andmed kättesaadavuse kohta	Omaosaluse mõju vaesumisele oli suurim 2006 ja langes seejärel. Vähenes ravimite mõju vaesumisele. Hambaravi teenuste kasutamise langus vaesemates elanikkonna rühmades.
Vörk (2018)	Eesti Terviseuuring 2014 Teenuste kasutamise sõltuvus sissetulekutest	Sissetulekul positiivne seos hambaravi, eriarstiabi ja päevaravi kasutamisega ning puudus või oli pigem negatiivne haiglaravi ja kiirabi teenuse kasutamisega
Vörk ja Habicht (2018) Vörk, Habicht, Köhler (ilmumas)	LEU andmed 2000-2020	Retseptiravimite mõju vaesumisele on viimastel aastatel vähenenud. Käsimüügiravimidel on mõju vaesusriskile. Hambaravi kättesaadavus on paranenud ja ebavõrdsus vähenenud
Sotsiaalministeerium ja Haigekassa (2021)	Tervisekassa registriandmed, 2016-2019	Omaosaluskoormus põhjustab ebavõrdsust tervishoiuteenuste kättesaadavuses. Suurim mõju pensioniealistele.

Märkused: LEU - leibkonna eelarve uuring, EU-SILC - European Union Statistics on Income and Living Conditions (Euroopa Liidu sissetulekut ja elamistingimusi käsitleva statistika) uuring

Sotsiaalministeerium, Haigekassa (2021a, 2021b) analüüsid omaosalust Tervisekassa registriandmete põhjal ja ka nende analüüs kinnitas, et omaosaluskoormus mõjutab tervishoiuteenuste kättesaadavust ja suurendab riski sattuda vaesusesse.

1.2.3. Rahastamisinstrumenti mõju ebavõrdsusele

Kolmandaks on vaadatud tervishoiu rahastamise mõju sissetulekute ebavõrdsusele. Võrk, Saluse ja Habicht (2009) hindasid tervishoiu rahastamise ebavõrdsust Eestis aastatel 2000–2007, kasutades selleks leibkonna eelarve uuringu andmeid ja mikrosimulatsioonimudelit ALAN (Võrk jt 2008). Nad näitasid, et tervishoiu eelfinantseeritud osa (läbi tervisekassa, riigieelarve ja kohalike omavalitsuste) oli kokkuvõttes progressiivne (suurema sissetulekuga inimesed maksid suhteliselt rohkem makse), kuid omaosalus oli regressiivne (väiksema sissetulekuga inimesed maksid suhteliselt rohkem omast taskust). Aastatel 2000–2007 tervikuna progressiivsus vähenes, sest omaosalus muutus regressiivsemaks ja eelfinantseerimine vähem progressiivseks.

Tabel 5. Rahastamise ebavõrdsust analüüsinud tööd

Autorid	Andmed ja meetod	Järeldus
Võrk, Saluse ja Habicht (2009)	2000-2007 Omaosaluse ebavõrdsus LEU andmetest Maksude ebavõrdsust ALAN mikrosimulatsioonimudelist	Eelfinantseeritud osa progressiivne, omaosalus regressiivne. Aastatel 2000–2007 progressiivsus vähenes, sest omaosalus muutus regressiivsemaks ja eelfinantseerimine vähem progressiivseks
Võrk, Piirits (2020, 2021)	2005-2019 + simulatsioon aastaks 2021 Omaosalus LEU andmetest Maksude ebavõrdsust EUROMODi mikrosimulatsioonimudelist	Eelfinantseeritud osa progressiivne, omaosalus regressiivne. Riigieelarve siirete kasvav roll muudab rahastamise vähem progressiivseks või isegi regressiivseks

Võrk ja Piirits (2020, 2021) uuendasid neid arvutusi 2019. aastani kasutades EUROMODi mikrosimulatsioonimudeli tulemusi ja järeldasid, et nii kaua, kui tervishoiu rahastamine tugineb sotsiaal- või tulumaksul, on tervishoiu rahastamine ümberjaotav ehk progressiivne, st suurema sissetulekuga inimesed maksavad tervishoiu eest suhteliselt enam (tabelis 6 positiivne Kakwani indeks). Kui aga täiendavad siirded riigieelarvest haigekassasse kasvavad (nt mittetöötavate pensionäride eest või ravikindlustuse jooksva defitsiidi katmiseks majanduslanguse ajal) ning samal ajal säilib või isegi suureneb regressiivsete tarbimismaksude kõrge roll riigieelarves (negatiivne Kakwani indeks tabelis 6), siis muutub ka panus tervishoiu rahastamisse vähem progressiivseks või isegi regressiivseks. See tähendab, et tervikuna tervishoiu rahastamine suurendab ebavõrdsust.

Tabel 6. Tervishoiu rahastamise komponendid ja nende progressiivsus, 2019

	Osakaal tervishoiu rahastamises (%)	Kakwani progressiivsuse indeks
Sotsiaalmaks	58,8	0,14
Käibemaks	6,9	-0,15
Aktsiisimaksud	3,0	0,02
Tulumaks	4,0	0,23
Muud maksud	1,9	
<i>Eelrahastamine kokku</i>		<i>0,11</i>
Omaosalus	23,9	-0,09
Muud vabatahtlikud maksed	1,6	
Kokku	100	

Allikas: Vörk, Piirits (2021)

Vörk ja Piirits (2021) näitasid ka, et inimeste omaosalus on tulude suhtes regressiivne, see tähendab, et omaosalus moodustab vaesemate leibkondade sissetulekust suhteliselt suurema osa. Lisaks toob kõrge omaosalus kaasa ka tervishoiuteenustest sagedasema loobumise. Viimastel aastatel on omaosaluse roll tervishoiu rahastamises pigem kasvanud, mis tähendab seda, et rahastamine tervikuna on muutunud vähem progressiivseks, ehk tervishoiu rahastamise suhteline koormus on liikunud kõrgema sissetulekuga inimestelt enam madala sissetulekuga inimestele.

Et erakindlustuse roll on kiirelt kasvav, siis tulevastel uurimustes peaks täiendavalt analüüsima ka erakindlustuse mõju tervishoiu rahastamise progressiivsusele.

1.2.4. Muud analüüsid

Lisaks eeltoodud uuringutele leidub veel ühekordseid statistilisi analüüse, mis ei püüa küll anda hinnangut rahastamismehhanismile, kuid loovad vajaliku tausta edasiseks analüüsiks.

Mitu analüüsi on käsitlenud tööandjate täiendavat panustamist (Sotsiaalministeerium 2020, Rahandusministeerium 2023b), vt tabel 7. Seni, kuni tööandja ei vähenda konkreetse isiku töötasu, kui tema eest tervishoiuteenuseid tasutakse, on tegemist riskide koondamisega ja

hajutamisega tööandja piires. Kui tööandja kindlustab enda kulusid edasi erakindlustuse juures, siis toimub riskide hajutamine suurema inimeste hulga seas.

Tabel 7. Tööandjate panust analüüsinud tööd

Autorid	Andmed ja meetod	Järeldus
Sotsiaalministeerium (2020)	Tervise- ja spordikulude maksusoodustuse analüüs 2018-2019 EMTA andmete põhjal Eraldi vaadati maksusoodustusega kulusid ja erisoodustusmaksuga maksustatud tervisekulusid	2019. aastal deklareeris maksuvabu tervise edendamise kulusid 6% tööandjatest ja 13% töötajatest.
Rahandusministeerium (2023)	2018-2021	Kulutuste tegijad on pigem kõrgema palgaga tööandjad

Tööandjad saavad teha piiratud ulatuses tervisekulusid maksuvabalt ja ülejäänud on maksustatavad, kuid mõlemad vajavad deklareerimist. Seetõttu on nende kohta olemas andmed tööandjate lõikes. Nii sotsiaalministeerium kui rahandusministeerium on neid andmeid analüüsinud ettevõtete tunnuste lõikes (suurus, haru, töötajate arv, keskmine hüvitis jmt). Analüüs on näidanud, et tervisekulusid tegevate ettevõtete keskmine palk on suurem kui harus keskmiselt.

1.3. Järeldused senistest uuringutest poliitikavalikute kohta

Kui võtta kokku ülaltoodud uurimused lähtuvalt sellest, milliseid rahastamisinstrumente käesolevas lühianalüüsis tellija soovil analüüsime, siis võiks need jagada järgmiselt.

1.3.1. Töövõimetushüvitiste väljaviimine ravikindlustuse eelarvest

Ajutiste töövõimehüvitiste väljaviimist või selle hüvitamise vähendamist haigekassa eelarvest on käsitletud mitmed varasemad raportid. Praxise 2011. aasta uuring (Aaviksoo jt 2011) vaatas seda koos maksubaasi laiendamisega (vt järgmine alapeatükk).

Sotsiaalministeeriumi ja Rahandusministeeriumi (2016) analüüs järeldas, et töövõimetushüvitiste väljaviimine tekitaks ravikindlustuse eelarvele olulise puhvri, mis kataks demograafiliste muutuste mõju järgnevas 20 aastaks. Kuid leiti, et see lükkab jätkusuutlikkuse lahendamise probleemi vaid edasi. Analüüs soovitas, et esmalt tuleks analüüsida võimalusi hooldus- ja sünnitushüvitiste väljaviimiseks ravikindlustuse eelarvest sotsiaalkindlustusameti eelarvesse. (2022. aastal viidigi sünnitushüvitis ravikindlustuse eelarvest välja ja ühendati vanemahüvitisega. Kuna samal ajal aga vähendati sotsiaalkindlustusameti poolt tehtud makseid väikelastega vanemate eest Tervisekassasse, siis mõju Tervisekassa eelarvele puudus.)

1.3.2. Maksubaasi laiendamine

Maksubaasi laiendamist - kas otseselt ravikindlustusmaksu sisse viimisega või täiendavate siirete tegemisega ravikindlustusse - on soovitanud kõik analüüsid alates 2005. aastast. Peamiseks argumendiks on olnud see, et rahvastiku vananemise tõttu ei ole tööjõumaksudele tuginev rahastamine jätkusuutlik. Samuti on tööjõumaksud majanduskriisi ajal tundlikud. Viimase väite tõestamiseks kasutati sageli 2008.-2011. aasta majanduskriisi, kui haigekassa tulude vähenemisel vähendati ka hüvitisi ja teenuseid.

Praxise 2011. aasta uuring (Aaviksoo jt 2011) järeldas, et rahvastiku vananemisest tingitud ravikindlustuse tulevase puudujäägi katmiseks piisab sellest, kui ravikindlustatutega võrdsustatud inimeste eest (lapsed, pensionärid) tasutaks töötasu alammääralt sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa. Ravikindlustuse maksubaasi laiendamine võimaldaks langetada sotsiaalmaksu praegust määra või muuta selle struktuuri.

Lisaks vaatas sama uurimus sotsiaalmaksu osadeks jaotamist: ajutise töövõimetuse kindlustuse maks, pensionikindlustusmaks ja ravikindlustusmaks. Esimesed kaks jäänuks endiselt tööandja maksta, kuid ravikindlustusmaks muutuks füüsilise isiku maksuks. Sotsiaalmaksu kolmeks erinevaks maksuks jagamise eesmärk on rakendada erinevatele maksudele erinevat maksubaasi, et ravikindlustuse eelarve kujunemine oleks enam kooskõlas demograafilise olukorra ja tööturusuhete muutumisega, vähendades samal ajal ebavõrdsust tervishoiu rahastamises erinevate tululiikide saajate vahel.

Simulatsioonid näitasid, et sotsiaalmaksu komponentideks jagamisel ja täiendavate tulude ravikindlustusega maksustamise arvel riikliku pensionikindlustuse ja ravikindlustuse puudujääk väheneb, sest suurem osa sotsiaalmaksust saab minna pensionikindlustusse ja ravikindlustusmaksu langetamine kompenseeritakse maksubaasi laiendamisega (dividendid, vanemahüvitis, ajutised töövõimetushüvitised, muud tulud). Niisuguse reformi mõju on negatiivne nende inimeste tulude suurusele, kelle tulusid hakatakse maksustama ravikindlustusmaksuga ja kelle tulusid samaaegselt ei tõsteta. Tööjõu maksukoormuse vähenemine on kokkuvõttes siiski väike.

Sotsiaalministeeriumi ja rahandusministeeriumi 2016. aasta analüüs eraldi ravikindlustusmaksu kehtestamist ei pooldanud ega analüüsinud. Rahandusministeerium leidis, et maksude sihtmärgistamisel (ehk täiendava sihtotstarbelise tulu tekitamine ravikindlustussüsteemile) ei oma eeliseid võrreldes riigieelarvest siirde tegemisega. Sihtotstarbelise lisamaksu kehtestamine vähendanuks riigieelarve paindlikkust. Samuti püstitas analüüs õigustatud küsimuse, kas sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langetamine ja selle asemel tarbimismaksude suurem kasutamine tervishoiu rahastamisel peaks kaasa tooma ka muutuse inimeste õiguses ravikindlustusele ja hüvitistele.

Praxis analüüsis maksubaasi laiendamist taas 2020. aasta tehtud uuringus sotsiaalministeeriumile (Koppel jt 2020). Raport simuleeris samuti maksubaasi laiendamist tulumaksubaasile. EUROMODi põhine arvutus näitas, et ravikindlustuse maks väheneb vaid 0,2 protsendipunkti võrra (11,6%lt 11,4%le) kui seda laiendada kõikidele tulumaksuga maksustatud tuludele. Või vastupidi, maksumäära säilitades ja maksubaasi laiendades võiks saada haigekassa lisatulu. Lisaks näitas simulatsioon, et võrreldes tänase olukorraga lisanduks ligikaudu 45 000 uut ravikindlustusmaksu maksjat. Sama raporti pikaajaline simulatsioon hõlmas maksubaasi kaks tululiiki: füüsiliste isikute dividendid ja kõik muud füüsiliste isikute tulumaksustavad tulud, sh kogumispensioni, vanemahüvitise, ajutise töövõimetuse hüvitised jm. Analüüs leidis, et maksubaas laieneks ca 4,8% võrra SKPst (2,5% dividendid ja 2,3% muud maksustatavad tulud) ehk enam kui kümnendiku võrra ja koos töötasufondi uue definitsiooniga ulatuks maksubaas ligi 45%ni SKPst. Laiem maksubaas võimaldaks ravikindlustusmaksu langetada arvutuslikult 10,3%ni (11,6%lt) sama tulu saamiseks.

Ülaltoodud analüüsid, mis maksubaasi laiendamist on vaadanud, on siiski olnud võrdlemisi abstraktsed ja ei ole analüüsitud üksikute tululiikide maksuõiguslike aspekte (nt välismaiste tulude maksustamine, õigustatud ootus kogumispensioni maksumäärade jmt).

1.3.3. Tervisekontod

Tervisekontosid (*medical savings account*), kus inimene kogub maksusoodustusega enda ravi jaoks raha, analüüsis Praxise 2011. aasta uurimus (Aaviksoo jt 2011) ja sotsiaal- ja rahandusministeeriumid lisasid sinna lühihülevaate rahvusvahelise kirjanduse põhjal oma 2016. aasta analüüsis.

Enamasti on tervisekontode rakendamisel ootus, et see suurendab isiku enda vastutust oma tervisekäitumise eest ning ühtlasi aitab toime tulla demograafiast tingitud kulude kasvu survega. Kogumiskontode individuaalsel vastutusel põhinemine ja seetõttu individuaalsest riskist sõltuv panustamine vähendab süsteemi solidaarsust ja muudab tervishoiu rahastamise regressiivsemaks (vaesemad maksavad enam tervishoiu eest). Kontodele kogutud raha kasutamine erinevate riskide korral (kas töötuse või tervisekulude jaoks) võimendab ebavõrdsust, sest erinevate riskide esinemise tõenäosuse vahel on samasuunaline seos. Samuti on kontode juurutamise oluliseks eeltingimuseks riigi demograafia sobilik struktuur ehk suur noorte/töötavate inimeste osakaal rahvastikus.

Sotsiaalministeeriumi ja rahandusministeeriumi 2016. aasta analüüs võttis senise teadmise kokku järgmiselt: "... kogumiskontode skeemid on olnud üldjuhul ebaefektiivsed ja ei suuda tagada piisavat rahalist kaitset katastroofiliste kulude eest. Kogumiskontode mõju kogu tervishoiu rahastamisele on ebaselge. Võttes arvesse rahvusvahelist kogemust kogumiskonto süsteemi rakendamise tulemustest, võib järeldada, et tegemist ei ole Eesti tervishoiu rahastamise toimivust ja jätkusuutlikkust parandava meetmega."

1.3.4. Inimeste omaosalus

Kõik uuringud on viidanud sellele, et omaosalus on Eestis pigem kõrge, takistab teenuste kättesaadavust ja suurendab vaesusriski. Ükski analüüs ei soovita tõsta inimeste omaosaluskoormust, vaid seda pigem langetada. Eestis puuduvad ka uuringud, mis näitaks, et kõrge omaosalus käsimüügiravimitele või hambaravis oleks pannud inimesi tervislikumalt käituma.

Tervisekassa ja sotsiaalministeeriumi enda tehtud analüüsid on võtnud simulatsioonide eelduseks selle, et omaosaluse roll tervishoius peaks vähenema. Ühe alternatiivina omaosaluse vähendamiseks analüüsiti Praxise (Aaviksoo 2011) ja Arenguseire Keskuse poolt kasvava omaosaluse katmist erakindlustuse poolt. (Vt järgmine punkt).

1.3.5. Erakindlustus

Erakindlustust on Eestis analüüsitud täiendava kindlustusena, mis peaks katma ära kasvava omaosaluse juhul, kui solidaarne ravikindlustussüsteem ei suuda pakkuda piisavat finantskaitset või ei kata osasid teenuseid.

Praxise jätkusuutlikkuse raport (Aaviksoo 2011) analüüsis erakindlustuse puhul valitud teenuste katmist. Raport järeldas, et "kogumiskontode ja erakindlustuse puhul tuleb arvestada, et individuaalsele vastutusele rõhumine ja seetõttu individuaalsest riskist sõltuv panustamine vähendab paratamatult solidaarsust ja muudab tervishoiu rahastamise regressiivsemaks."

Tollane analüüs järeldas, et Eestis on erakindlustuse rakendamist takistavateks teguriteks erateenuse osutajate vähesus, ulatuslik riiklik kindlustus ning majandussubjektide vähene kogemus kindlustustoodete kasutamisel.⁷ Praxise analüüs järeldas, et “täiendav kindlustus”, mis katab omaosalust, võib tuua süsteemi lisaraha. Raha võib lisanduda näiteks valdkondadesse, kus on suur omaosalus, nt hambaravi, või pikad järjekorrad, nt ambulatoorne eriarstiabi. Täiendav kindlustus võib tõsta ka nn sotsiaalset jätkusuutlikkust, st et kõrgemapalgalised inimesed on nõus maksma lisakindlustuse eest lisaks sotsiaalmaksule, kui nad teavad, et erakindlustus tagab neile parema arstiabi. Samas on selge, et erakindlustusteenus ei pruugi saada kõigile kättesaadavaks, mis tõttu on paratamatu ebavõrdsuse kasv. “Lisakindlustus” pakuks juurdepääsu nendele tervishoiusüsteemi teenustele, mis on juba riikliku kindlustusega kaetud, kuid erakindlustus annab nende kasutamisel suurema valiku või mugavuse. Lisakindlustus võib seega suurendada kättesaadavust kindlustuse soetanutele, kuid vähendada seda neile, kel lisakindlustust ei ole.

Arenguseire Keskuse raporti (2020) üks stsenaarium, nn pragmaatiline maailm, vaatas samuti erakindlustuse rolli kasvu. Nad hindasid, et säilitamiseks Tervisekassa eelarve tasakaalu ilma täiendavate tuluallikateta, peaks omaosalus katma ligi poole tervishoiu kuludest pikas perspektiivis. Selle kindlustamisel oleks tööelistel inimestel täiendav erakindlustuse makse 570–820 eurot aastas 2019. aasta hindades. Laste ja pensioniealiste kindlustusmakset subsidieriks riik. Raport pakkus, et erakindlustus võiks Eestis pikemas perspektiivis toimida piiriülese ravikindlustuse näol või riigi rahastust täiendavas rollis. Raport loetles samuti erinevaid võimalusi ja riske, mida erakindlustus kaasa toob (vt tabel 8), kuid tõdes, et andmete vähesus ei võimalda anda koondhinnangud erakindlustuse kohta.

Vörk ja Piirits (2020) simuleerisid sama raporti jaoks ka olukorda kui omaosalus kaetakse ära kindlustusega ja jõudsid paradoksaalsele järeldusele, et erakindlustus, mis kataks ära täies ulatuses senise omaosaluse, suurendab vaesusriskis olevate inimeste arvu. See oli tingitud sellest, et omaosaluse kulud jagati ühtlasemalt üle populatsiooni, mis küll üksikute inimeste puhul tähendas olulist vaesusriski vähenemist, kuid palju inimesi, kes seni ei kulutanud omaosalusele sattusid kindlustusmakse tõttu vaesusriski. Autorid põhjendasid seda andmeprobleemidega, sest jälgiti inimeste omaosalust vaid lühikese perioodi jooksul.

⁷ Repliigi korras olgu mainitud, et Praxise 2011. aasta projekti nõustanud Hollandi terviseökonoomisti prof. Hans Maarse hinnangul on Eesti liiga väike, et tekiks vajalik mastaabiefekt erakindlustuse efektiivseks toimimiseks, milleks ta hindas vähemalt 400 tuhat inimest. Võrdluseks: Hollandis ongi 11 emafirmal 39 erinevat kindlustusfondi, mis teeb ühe emafirma kohta 1,4 miljonit inimest või 400 000 inimest ühe kindlustusfondi kohta.

Tabel 8. Erakindlustuse võimalused ja riskid Arenguseire Keskuse 2020 raporti põhjal

Võimalused	Riskid
<ul style="list-style-type: none"> • Tehnoloogiaettevõtetel on head võimalused pakkuda ennetusega seotud teenuseid • Uute ravitehnoloogiate kasutuselevõtt parandab ravikvaliteeti • Erakindlustus omaosaluse katmiseks toob kaasa inimeste suurema motivatsiooni tervislikumaks käitumiseks, sest sellest sõltub kindlustusmakse suurus • Turupõhise konkurentsi tekkimine haiglate vahel aitab kulusid ohjata • Tervisekindlustusega võib kaasneda kohustus iga-aastaselt vähemalt korra arsti juures käia ja/või anda nõusolek oma terviseandmete jagamiseks (arvestades andmekaitse reegleid) • Erakindlustus ühtlustab inimeste omaosaluse makseid, sest kindlustusmakse on inimese jaoks omaosaluse kulude laeks 	<ul style="list-style-type: none"> • Erakindlustus ei pruugi nii väikeses mahus toimida. Selleks võib vaja minna suuremat turupiirkonda • Erakindlustuse toimimisel ei pruugi see vastata ootustele ega tagada inimeste võrdset kohtlemist • Erakindlustus võib viia osa inimesi suuremasse vaesusrisi või tekitada suuri kulusid KOV-idele ja riigile, et vaesematele inimestele erakindlustust tagada

Allikas: Arenguseire Keskus (2020, lk 33)

Et vabatahtlik tervisekindlustus on Eestis alles käivitumas, siis puuduvad süvaanalüüsid, mis vaataks erakindlustuse haldamise kulukust tervisesüsteemi vaatevinklist, sh administreerimiskulud võrreldes Tervisekassaga, kulutõhususe arvestamine teenuste ostmisel või riskide kitsama jagamise mõju erakindlustuse efektiivsusele.

1.3.6. Maksud tervist kahjustavatele toodetele

Thomson jt (2010) nägi ühe võimalusena tervishoiu rahastamisel põgusalt ka karastusjookide maksustamist, kuid nende hinnangul on ressursi mõttes tegemist väga väikese mahuga, mistõttu selle kehtestamise eesmärk peaks olema pigem käitumise suunamine.

Sotsiaalministeeriumi ja rahandusministeeriumi (2016) aasta ülevaade analüüsis samuti põgusalt tervisekäitumist mõjutavate maksude tõusu ja jõuti järeldusele, et lihtsam on kehtestada tootemaks (mitte koostisosa maks), nt pigem karastusjookidele ja mitte suhkrule. Tõdeti samuti, et täiendavate maksude kehtestamine näiteks maiustustele või karastusjookidele ei ole rahaliselt mõttekas, sest nende maksubaas on väike.

Arenguseire Keskus avaldas 2021. aastal lühiraporti tervisekäitumist mõjutavate maksude kohta, mis tugines nende ühisuuringule Eesti rakendusuringute keskusega CentAR „Käitumist mõjutavate stiimulite kasutamine maksusüsteemis“ (Arenguseire Keskus 2021). Raport järeldas, et kui alkoholi- ja tubakaaktsiiside tulude osakaal Eestis on EL-i liikmesriikidega võrreldes suurimate seas, siis on kasutamata mitmed muud võimalused maksude ja soodustustega inimeste tervisekäitumise edendamiseks, nagu suhkrumaks ja rasvamaks. Lisaks ei ole Eestis rakendatud tervislikele toiduainetele, nt puuviljadele, soodsamat käibemaksu. Lühiraport toob välja, et 2017. aastal valmistuti ka Eestis suhkruga maksustatud jookide maksu, millega loodeti tulu suurusjärgus 15-17 miljonit eurot, aga see jäi vastu võtmata.⁸ Samuti pakub lühiraport välisriikide kogemuse põhjal välja, et osades riikides on kehtestatud rasvamaks, mis võiks samuti tuua lisatulu paarkümmend miljonit eurot. Põhjalikumad mõjude analüüsi nende maksude kohta ei tehtud.

1.3.7. Tööandjate panus

Sotsiaalministeeriumi analüüs (Sotsiaalministeerium 2020) tööandjate panuse kohta näitas, et 2019. aastal deklareeris tegevusvaldkondade peale kokku maksuvabu tervisedendamise kulusid 6% tööandjatest ja 13% töötajatest. Seega oli hinnang, et kahe aastaga oli antud meede tööandjate poolt vastu võetud soodsalt.

Rahandusministeeriumi (2023) analüüs näitas, et kulutuste tegijad on pigem kõrgema palgaga tööandjad. Sagedasemad kulutuste tegijad on finantssektorist ning IT- ja side sektorist. Ka teistes majandusharudes kulutavad tervishoiuteenustele ettevõtted, kelle palgatase on haru keskmisest kõrgem. Seega peab maksuvabastuse suurendamisega arvestama, et sellest võidavad pigem kõrgema palgaga tööandjate töötajad, sest väiksema keskmise palgaga tööandjad kasutavad tervisekulude katmist juba praegu vähem.

1.4. Kokkuvõttev analüüs senistest uuringutest

Võtame antud punktis kokku Eesti kohta tehtud uuringud Mossialos jt (2002) ning Cylus jt (2022) rahastamise mõju hindamiskriteeriumide järgi, milleks on rahastuse piisavus, stabiilsus,

⁸ Magustatud jookide maksustamise suuruseks plaaniti: 10 senti liitri kohta joogile, mis sisaldab suhkrut kontsentratsiooniga 100 ml kohta 5–8 g, 30 senti liitri kohta joogile, mis sisaldab suhkrut kontsentratsiooniga 100 ml kohta üle 8 g, 10 senti liitri kohta joogile, mis sisaldab magusainet. Seadus jäi aga presidendi poolt välja kuulutamata.

horisontaalne ja vertikaalne õiglus tulude kogumisel, raha kogumise ja teenuste ostmise administratiivne efektiivsus, tervishoiuvahendite jagamine vastavalt rahvatervise vajadusele, sh teenuste kättesaadavus.

Varasemates uuringutes välja toodud tervishoiu rahastamise poliitikameetmed võib jagada kolme rühma. Esiteks need meetmed (tabeli 9 ülemine osa), mis soovivad Tervisekassasse lisaraha, võimalusel sidudes selle summa konkreetse elanikkonnarühma suurusega (nt eakad, lapsed, loomeinimesed), aga jätavad täpsustamata, millise maksu tõusu arvel seda tehakse. Sellisel juhul sõltub rahastamise õiglus ja mõju majandusele konkreetsest maksust ning seda on maksuanalüütikud eraldiseisvalt analüüsinud (nt käibemaks on regressiivne, tulumaks progressiivne jne). Samuti saab sellisel juhul teenuste ostmist, selle efektiivsust ja vajadustele vastavust vaadata eraldiseisvalt rahastamise otsusest. Viimastest rakendatud meetmetest sobib siia alla Tervisekassasse tehtava täiendava siirde sidumine mittetöötavate pensionäride arvuga ja selle rahastamine üldistest maksutuludest. Enamasti on taolised rahalaekumised ka kergesti prognoositavad. Siia meetmete rühma kuuluvad ka poliitikameetmed, mis mitte ei suurenda tulusid, vaid vähendavad Tervisekassa kulusid, muutes need teistest maksudest rahastatavaks. Kõige selgem näide oleks siin ajutiste töövõimetushüvitiste väljaviimine sotsiaalkindlustusameti eelarvesse ning selle rahastamine muudest maksutuludest.

Teise rühma moodustavad meetmed, mis otse annaksid täiendava maksutulu Tervisekassale (tabeli 9 keskmine osa). Siia alla kuuluvad nii eraldi ravikindlustusmaksu kehtestamine tänasele tulumaksubaasile kui ka täiendavad sihtotstarbelised maksud tervist kahjustavatele toodetele. Kui tõstetakse juba olemasolevat maksu (nt tubakatoodete aktsiis või alkoholiaktsiis), siis on tabelis 9 hinnatud, et administreerimise lisakulu on väike. Kui aga oleks tegemist uue maksuga (nt karastusjookide suhkrumaks), siis on hinnatud administreerimise lisakulu suureks tuginedes rahandusministeeriumi sellekohasele arvamusele. See, kas täiendav maks on piisav ravikindlustuse jaoks, sõltub konkreetsest maksubaasist ja maksumäärast. Samuti on erinevad maksubaasid erineva stabiilsusega läbi majandustsüklite ja erineva tundlikkusega maksumäära suhtes. Nii näiteks peetakse kapitalitulu, sh dividendide, maksubaasi oluliselt tundlikumaks maksumäärade suhtes kui näiteks tarbimis- või tööjõumaksudel. Erinevate maksude progressiivsus on samuti erinev. Enamasti on tarbimismaksud regressiivsed, sest tarbimine moodustab vaesemate leibkondade tulust suurema osa, ning tulumaks on progressiivne, sest tulumaksukoormus keskmiselt kasvab tulude suurenedes. Kuna selle rühma puhul oleks raha kokku koondaja ja teenuste ostja endiselt Tervisekassa, siis taas ei muutuks midagi teenuste ostmise tõhususe osas või vajadustele vastavuse osas võrreldes praeguse olukorraga.

Tabel 9. Tervishoiu rahastamisviiside mõju alleesmärkide täitmisele Eesti uuringute põhjal

Poliitikameede	Piisavus	Stabiilsus / proгноosita vus (võrreldes praegusega)	Rahasta- mise õiglus*	Admin. kulu	Efektiivne ostmine	Teenuste vajadusel e vastavus	Muud aspektid
1. Lisaraha Tervisekassasse riigieelarvest							
Siirded ravikindlustusse eakate eest	Suur mõju	Sama	Sõltub rahastamise viisist	Lisakulu väike	Ei mõjuta	Ei mõjuta	
Siirded ravikindlustusse laste eest	Suur mõju	Sama	Sõltub rahastamise viisist	Lisakulu väike	Ei mõjuta	Ei mõjuta	
Siirded ravikindlustusse muude gruppide eest	Väike mõju	Sama	Sõltub rahastamise viisist	Lisakulu väike	Ei mõjuta	Ei mõjuta	
Töövõimetushüvitiste väljaviimine Tervisekassa eelarvest	Suur mõju	Sama	Sõltub rahastamise viisist	<i>Teadmata</i>	Ei mõjuta	Ei mõjuta	
2. Sihtotstarbeline maks Tervisekassa tulude jaoks							
Tervisemaks (ravikindlustusmaks tulumaksu baasil)	Keskmine mõju	Väheneb võrreldes praeguse ravikindlustusmaksuga	Pigem progressiivne (solidaarsus kasvab)	Lisakulu väike (tulumaksuga sama)	Ei mõjuta	Ei mõjuta	Kõrge maksutundlikkus
Aktsiisimaksude tõus ja selle raha viimine Tervisekassasse, näiteks					Ei mõjuta	Ei mõjuta	
tubakas	Sõltub lisamaksu suurusest	Väheneb	Maks pigem regressiivne	Lisakulu väike			Kõrge maksutundlikkus
alkohol	Sõltub lisamaksu suurusest	Väheneb	Maks pigem regressiivne	Lisakulu väike			Kõrge maksutundlikkus
karastusjoogid	Sõltub lisamaksu suurusest	<i>Teadmata</i>	Maks pigem regressiivne	Lisakulu suur			<i>Teadmata</i>
3. Tervisesüsteemi täiendav rahastamine väljaspool Tervisekassat							
Ravikontod	Sõltub suurusest	<i>Teadmata</i>	Solidaarsus väheneb	<i>Teadmata</i>	<i>Teadmata</i>	<i>Teadmata</i>	
Täiendav erakindlustus	<i>Väike kogumõju praegu,</i>	Väheneb	Solidaarsus väheneb kui riskipremia	Hetkel kõrged väikese	<i>Teadmata</i>	<i>Teadmata</i>	

Poliitikameede	Piisavus	Stabiilsus / prognoositavus (võrreldes praegusega)	Rahastamise õiglus*	Admin. kulu	Efektiivne ostmine	Teenuste vajaduse vastavus	Muud aspektid
	<i>kuid kasvab</i>		sõltub terviseriskist ja mitte maksevõimest	mastaabi efekti tõttu			
Tööandjate suurem panustamine	Ei	Väheneb	Solidaarsus väheneb		<i>Teadmata</i>	<i>Teadmata</i>	

* Märkus: Solidaarsuse vähenemise all mõeldakse, et ümberjaotus kõrgema sissetulekuga inimestelt väiksema sissetulekutega inimestele väheneb

Kolmanda grupi poliitikameetmed (tabelis 9 kolmas osa) moodustavad need, mis seoksid nii rahakogumise kui raha koondamise lahku Tervisekassast. Sellistel meetmetel on seega ka mõju tervishoiuteenuste osutamisele, sest teenuste ostmine toimuks vahetult kas inimeste poolt või erakindlustuse vahendusel. Siia kuuluvad tervisekontod, eraravikindlustus kas omaosaluse katjana või valikuvõimaluste loojana Tervisekassa kõrval, samuti tööandjate poolt tehtud tervisekulud. Et nende roll on seni olnud väga väike, siis ei ole võimalik ka analüüsida nende võimalikku mõju tervisesüsteemi eesmärkide täitmisele. Teiste riikide kogemuse põhjal saab öelda, et need rahastamise skeemid võivad küll suurendada tervishoiu rahastamist, kuid samal ajal vähendavad solidaarsust ja pigem tõstavad administreerimiskulusid. Nende meetmete võimalik mõju tervishoiusektori efektiivsusele ei ole meie teada Eestis hinnatud.

Eratervisekindlustuse andmed 2019-2022 aasta kohta viitavad (vt joonis 7 eespool), et mahu suurenedes väljamakstud hüvitiste ja kindlustusmaksete vahe väheneb ning ka väljamakstud summa ühe kindlustatud isiku kohta kasvab, mis viitab sellele, et administreerimiskulude osa väheneb. Samas on teadmata, milliseid teenuseid, kui palju ja millise hinnaga eratervisekindlustus ostab, et saaks anda hinnangut erakindlustuse efektiivsusele teenuste ostmisel ja vahendite jaotamisel vastavalt vajadusele.

Kokkuvõtvalt saab tabeli 9 põhjal järeldada, et senised uuringud näitavad, et siirded riigieelarvest mingite elanikkonna rühmade eest näib kõige lihtsam lahendus ja tervishoiusektori vaatest suurt lisaanalüüsi ei vaja. Süvaanalüüsi ei ole otstarbekas teha ka ravikontode osas, sest neid ei toeta ei Eesti ega rahvusvaheline kogemus. Täiendavat analüüsi oleks vaja teha tööandjate kaudu pakutava erakindlustuse potentsiaali kohta. Et rahvusvaheline kogemus (vt ka lisateemat) näitab, et erakindlustus harva vastab talle seatud ootustele, siis on selle detailsem analüüs, monitoorimine ja reguleerimine oluline.

Lisateema: erakindlustuse rahvusvahelisest kogemusest

Rahvusvaheline kogemus 18 erineva riigi eratervisekindlustuse põhjal on kokku võetud hiljutises kogumikus Thomson jt (2020), mida alljärgnevalt on refereeritud. Kogumik järeldeb, et ehkki eraravikindlustus annab tagasihoidliku panuse tervishoiukulude katmisse enamikus arenenud riikides, on selle mõju tervisesüsteemi toimimisele suur tulenevalt erakindlustusega kaasnevatest turutõrgetest. Et eraravikindlustus võib kaasa tuua inimeste terviseriskide järgi valimise, ebavõrdsuse ja ebaefektiivsuse kasvu, siis tuleks erakindlustust hoolikalt jälgida ja vajadusel reguleerida.

Thomson jt (2020) toovad välja, et eraravikindlustuse pooldajad jagunevad kahte leeri. Mõned peavad eraravikindlustust atraktiivseks iseenesest, sest erakindlustus koos solidaarse ravikindlustusega aitab suurendada tervishoiusüsteemi efektiivsust ja laiendada tarbija valikut. Teised peavad aga eraravikindlustust avaliku sektori eelarvepiirangute kontekstis lihtsalt paremuselt teiseks variandiks: see ei ole nii hea kui avaliku sektori kulutused tervishoiule, kuid parem kui inimeste omaosalus. Tuginedes rahvusvahelisele kogemusele leiavad kogumiku toimetajad, et eraravikindlustus vastab harva seatud ootustele - leevendada survet valitsuse eelarvetele ja tõhustada tervishoiusüsteemi. Kuigi eraravikindlustus on mõnele ühiskonnarühmale kasulik – üldiselt need, kes on juba suhteliselt soodsas olukorras –, siis avaldab ta negatiivseid tagajärgi tervishoiusüsteemi toimimisele tervikuna isegi siis, kui selle panus tervishoiukulutustesse on väike.

Eratervisekindlustusega seotud levinud probleemid rahvusvahelise kogemuse põhjal on järgmised (Thomson jt 2020, lk 34-36):

- suutmatus pakkuda laiemat kindlustuskaitset riiklikust ravikindlustusest ja seega suutmatus vähendada inimeste omaosalust
- ebavõrdsus tervishoiuteenustele juurdepääsus nii erakindlustusega kaetud kui katmata inimeste vahel kui ka erakindlustuse sees, sest erakindlustust ostavad pigem paremal järjel olevad sotsiaalmajanduslikud rühmad
- stiimulite puudumine eraravikindlustuses tervishoiuteenuste pakkumise tõhususe ja kvaliteedi suurendamiseks; killustunud ostujõud tähendab, et vaid vähesed erakindlustusandjad tegelevad teenuste strateegilise ostmisega; erakindlustus võib seetõttu tõsta hindu laiemalt tervishoiusektoris
- suurendab survet avaliku sektori eelarvele: seda otseselt kui erakindlustus kasutab maksusoodustust ja kaudselt kui piirid tervishoiu avaliku ja erasektori vahel ei ole selgelt määratletud ning rahaliste vahendite ja inimressurssi äratõmbamine avalikust sektorist erasektorisse toob kaasa hinnatõusu või teenuste kättesaadavuse halvenemise avaliku sektori rahastatud tervishoiusüsteemis
- kõrgemad tehingukulud erakindlustuse väiksema läbipaistvuse tõttu; erakindlustuse reguleerimiseks ja selle turu jälgimiseks vajalikud lisakulud.

Lisateema: suhkrumaks ja rasvamaks


Suhkrumaks ja rasvamaks on mõnedes riikides rakendatavad poliitikameetmed, mille eesmärk on lahendada ülekaalulisuse, diabeedi ja teiste toitumisega seotud rahvatervise probleeme. Need maksud on suunatud ebatervislike toitute ja jookide tarbimise vähendamisele, muutes need kallimaks. Suhkru- ja rasvamaksu rakendamisel on nii eeliseid kui ka puudusi. (World Bank, 2020; World Health Organization, 2022)

Eelised:

- Kasu tervisele: üks peamisi suhkru- ja rasvamaksu eeliseid on see, et need vähendavad ebatervislike toitute ja jookide tarbimist, mis viib paremate rahvatervise näitajateni. Toiduainete kallinemine suhkru- ja rasvamaksu tõttu julgustab tarbijaid tegema tervislikumaid valikuid.
- Tulu eelarvesse: teine suhkru- ja rasvamaksude eelis on see, et need võivad genereerida tulu riigieelarvesse. Lisatulud saab kasutada rahvatervise programmide rahastamiseks, toitumisalase hariduse edendamiseks ja teiste tervisega seotud algatuste toetamiseks.
- Avalikkuse teadlikkuse suurendamine: suhkru- või rasvamaksu kehtestamine on tugev signaal nende tarbimise tervisemõjude kohta. Seda mõju peetakse märkimisväärseks, isegi juba enne maksu vastuvõtmist.
- Tööstuse mõjutamine: hästi kujundatud koostisepõhine ja mahupõhine maks mõjutab tööstusettevõtteid oma tooteid ümberkujundama nii, et maksukoormus oleks väiksem ja tooted tervislikumad

Puudused:

- Regressiivsus: üks suhkru- ja rasvamaksude peamine kriitika on see, et need on regressiivsed, st mõjutada eelkõige madala sissetulekuga inimesi ja peresid. Need maksud võivad suurendada põhiliste toiduainete kulusid, mis on madalama sissetulekuga majapidamistele suurem koormus, kes juba niigi võivad olla vaesusriskis.
- Mõju tööstusele ja majandusele: suhkru- ja rasvamaksud võivad avaldada negatiivset mõju toidu- ja joogitööstusele. Nende maksude rakendamine võib kaasa tuua nõudluse vähenemise suurema suhkru- ja rasvasisaldusega toodete järele, mis võib kaasa tuua toidu- ja joogitootjate müügi ja kasumi vähenemise. See võib kaasa tuua ka töökohtade kadumise ja majanduslanguse piirkondades, mis sõltuvad nendest tööstusharudest.
- Vähenenud efektiivsus tarbija mõjutamisel: mõned uuringud on näidanud, et kuigi need maksud võivad esialgu vähendada maksustatud toodete tarbimist, võivad tarbijad aja jooksul minna üle muudele, maksustamata ebatervislikele toodetele. Lisaks on



tarbijatel erinevad toitumiseelistused ja erinev hinnatundlikkus, mistõttu on nende maksude tegelikku mõju üldistele toitumisharjumustele ja tuludele raske ennustada.

Maailmapanga 2020. aasta ülevaateuuring (World Bank, 2020) suhkruga magustatud jookide maksustamise kohta arenenud riikides järeltas, et see on soovitatav. Liigne suhkruga magustatud jookide tarbimine ning seetõttu tekkivad terviseprobleemid põhjustavad nii kulu tarbijatele endile kui ka ühiskonnale laiemalt, seega on nende maksustamine vähendamaks tarbimist ja tõstmaks hinda põhjendatud. Uuring toob välja, et suhkruga magustatud jookide maksustamine on kasvav trend maailmas ja juba üle 30 riigi oli selle juurutanud 2020. aastaks. Maailma Tervishoiu Organisatsiooni värskem ülevaade (World Health Organization 2022) toob välja, et juba 85 riigis maksustatakse magustatud jooke ning oluliselt on kasvanud ka kogemus, kuidas neid makse kehtestada ning millised mõjud sellega kaasnevad. Ülevaates viidatakse, et metauuringute põhjal kandub keskmiselt 82% maksust üle hindadesse. Maksustatud jookide tarbimise hinnaelastsust on hinnatud vahemikku -0.8 kuni -1.3, mõningates uuringutes ka -1.59, mis tähendab, et maksustamisega kaasnev hinnatõus kaasa olulise tarbimise vähenemise.

2. Tervisekassa pikaajaline tulude ja kulude prognoos

Selles peatükis analüüsitakse ravikindlustuse (ehk Tervisekassa) tulude ja kulude pikaajalist tasakaalu erinevate stsenaariumide korral. Tervisekassa tulude baasprognoosi ja kulude erinevad stsenaariumid valmistas selle analüüsi tarvis Tervisekassa koostöös projekti ekspertgrupiga. Prognoos tehti 2023. aasta 31. jaanuaril. Tervisekassa tulude alternatiivsed stsenaariumid on tehtud raporti autorite poolt tuginedes tellija poolt etteantud valikutele ja ekspertgrupi ettepanekutele.

2.1. Tervisekassa prognoos

2.1.1. Prognoosi eeldused

Tervisekassa pikaajaliste tulude ja kulude prognoosimudeli tulemused on jaotatud kaheks: põhistsenaarium ja lisastsenaariumid.

Põhistsenaarium on jaotatud kaheks: tulude prognoosimine ja kulude prognoosimine.

Tulude prognoosimisel on tehtud järgmised eeldused ja kasutatud alljärgnevat andmestikku:

- Aluseks on võetud Rahandusministeeriumi 2022. aasta suvine makromajanduse pikaajaline prognoos;
- Arvestatud 2023. ja 2024. aasta riigieelarve eraldisega, mis on mõeldud tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks;
- Muude tulude prognoosimisel on aluseks võetud inflatsioon.

Kulude prognoosimisel on Tervisekassa teinud järgmised eeldused ja kasutanud alljärgnevat andmestikku:

- Tervishoiukulude prognoos toetub rahvastiku prognoosile soo ja vanusgruppide lõikes;
- Rahvastiku prognoosi aluseks on Statistikaameti prognoos, mis on koostatud enne täiemahulist sõda Ukrainas ja seetõttu ei arvesta 45 000 inimesega, kes on Eestis ajutise kaitse saanud;
- Tervishoiukulude prognoos arvestab varasemate aastate tervishoiuteenuste kasutust ja prognoositud kindlustatute arvu;
- Kulude prognoosimisel on aluseks võetud viimaste aastate (2019-2022) keskmised kasutuse andmed;
- Tervishoiukulude maksumuse leidmiseks on kasutatud Rahandusministeeriumi pikaajalise prognoosi tarbijahinnaindeksit ja keskmise palga muutust.

Lisastsenaariumidena on läbi arvatud kogu rahvastiku kindlustamise, kiirema tervishoiutöötajate palgakasvu ja omaosaluse vähendamise kulu.

Kogu rahvastiku kindlustamisel on eeldatud, et teenuste kasutus vanusegruppides jääb viimase nelja aasta keskmisele tasemele. Kogu rahvastik on saanud Statistikaameti prognoosist, mis koostati 2019 aastal.

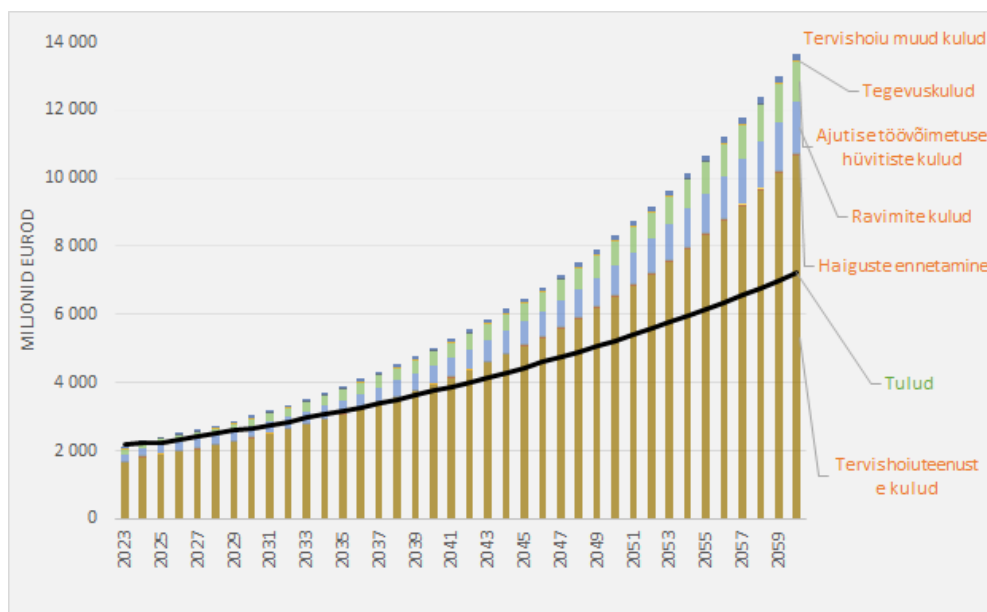
Tervishoiutöötajate kiirema palgakasvu kulude leidmiseks on lisatud kolm protsendipunkti rahandusministeeriumi pikaajalisele palgakasvu prognoosile. Palgakasvu stsenaariumi hulka on arvestatud ka see, et kogu rahvastik on kindlustatud (palgakasvu osa).

Omaosaluse vähendamise aluseks on TAI 2021. aasta aruanne omaosaluskoormuse kuludest (518 miljonit). Eeldatud on, et teenuste kasutus jääb sarnasele tasemele. Omaosaluse kulud on järgnevate aastate osas kasvatatud teenuste keskmise hinnakasvuga ja ravimite prognoositava hinnakasvuga (aluseks viimase 4 aasta retseptide keskmine kallinemine). Lisavahendite vajadus lähtub omaosaluskoormuse vähendamise eesmärkidest (2025. aastaks 19%, 2035 aastaks 15%) vastavalt Rahvastiku Tervise Arengukava 2020-2030 eesmärkide saavutamiseks vastuvõetud Inimkeskse tervishoiu programmile.

2.1.1. Prognoosi tulemused

Tervisekassa pikaajaliste tulude ja kulude baasprognoosi järgi on Tervisekassa eelarve defitsiidis aastal 2025, siis kui kaob tervishoiukulude katteks ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks loodud toetus. Defitsiit kasvab 2040. aastaks 1,2 miljardi euroni, mis on 1,7% SKP-st. Tervisekassa tulud kasvavad perioodil 2023-2040 keskmiselt 3,2% aastas, aga kulud 6,0% aastas.

Kui arvestada ka lisakulusid, siis kasvaks aastaks 2040 puudujääk 1,9 miljardi euroni ehk 2,6%-ni SKP-st ning aastaks 2060 juba 8,2 miljardi euroni ehk 5,9%-ni SKP-st. Suurim osa lisakuludest tuleb omaosaluse vähendamisest, mis suurendab Tervisekassa kulusid 0,5% SKP-st (400 miljonit 2040. aastal). Kõikide inimeste ravikindlustamine (üldine tervisekindlustus) suurendaks kulusid 0,3% SKP-st (181 miljonit eurot 2040. aastal). Tervishoiutöötajate kiirem palgakasv (3% võrra kiirem võrrelduna riigi keskmise palgakasvuga) suurendab kulusid alla 0,1% SKP-st (71 miljonit eurot 2040. aastal).



Joonis 11. Tervisekassa tulud ja kulud perioodil 2023-2060

2.2. Poliitikastsenaariumid

Selle projekti ekspertrühmaga koostöös lepiti kokku, et raport analüüsib järgmisi stsenaariume:

- Tervisemaks tulumaksu baasil (koos ja ilma ajutise töövõimetus hüvitisega)
 - Sealhulgas mitu maksumäära dividendidele
- Eraldis pensionäride eest ravikindlustuse eelarvesse (erinevad allstsenaariumid)
- Eraldis laste eest ravikindlustuse eelarvesse
- Eraldis kõigi ravikindlustatuga võrdsustatute eest

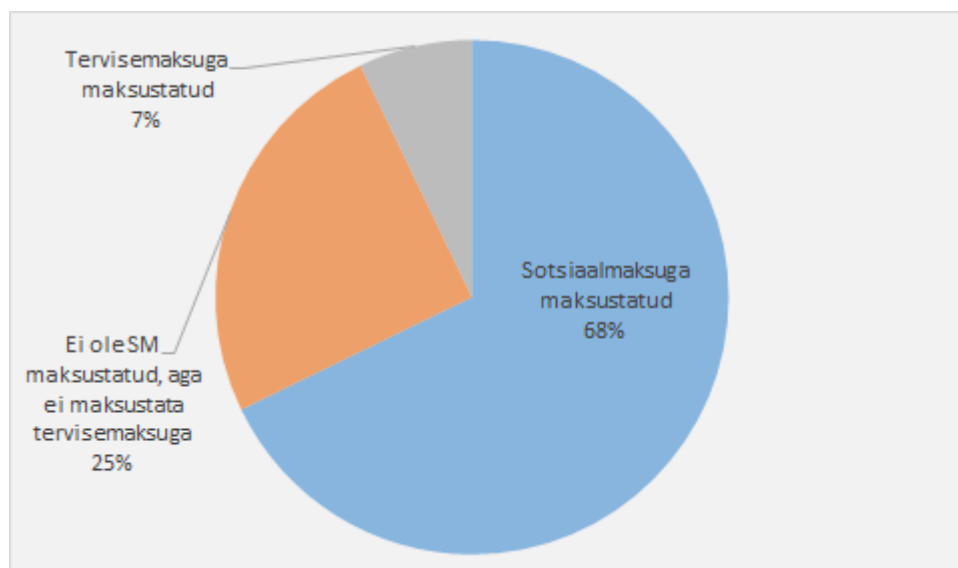
Lisaks viidi läbi näitearvutusi kapitalikulude rahastamise kohta ja tervisekonto tulude-kulude kohta keskmise inimese näitel⁹.

2.2.1. Tervisemaks tulumaksu baasil

Kuna tervishoiu suurem osa rahastusest tuleb sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast (13%), mis ei ole nii tulevikukindel ja kasvab aeglasemalt kui tervishoiukulud, siis seetõttu on üheks võimaluseks laiendada ravikindlustuse maksubaasi tulumaksubaasile. 2021. aastal deklareerisid inimesed tulusid 14,2 miljardi eest, millest 68% on sotsiaalmaksuga maksustatud tulu ja 32% mitte (vt joonis 12). Kuna 2021. aastal tehti esimesed ja suurimad teise samba väljamaksed, siis seetõttu on mitte sotsiaalmaksustatud summa osakaal suurem kui teistel

⁹ Keskmise inimese all on mõeldud inimest, kes töötab kogu elu enda vanuse keskmise palgaga ja kelle ravikulud on samad nagu on keskmisel sama vanal inimesel. Täpsemalt on kirjas alapeatükis 2.3.

aastatel. Kui sellelt summalt maha võtta enne pensioniiga välja võetud II samba raha (1,3 miljardit) ja pensionieas välja võetud II samba raha (ca 310 miljonit), siis oleks mitte-sotsiaalmaksustatud tulude osakaal 23%. Sellest suuremale osale ei ole selles arvutuses tervisemaksu lisatud, sest tegu on olnud toetuste ja hüvitistega - näiteks ajutise töövõimetuse hüvitis, vanemahüvitis, pensionidega seotud maksed ja töötuskindlustushüvitis. Ülejäänud mitte-sotsiaalmaksustatud tulu moodustab kogutulust 8% (koos II samba väljamaksetega 7%) ja millele on lisatud tervisemaks - maksustatud oleksid eraisikutele makstud dividendid (57% laiendatud maksubaasist 2021. aastal), väärtpaberite võõrandamine (11%), muu vara võõrandamine (17%), rendi- ja üüritulu (9%), muu tulu (4%) ja intressid (2%) (FIDEK 2021). Täpsem ülevaade on lisan 1.



Joonis 12. Eesti inimeste deklareeritud tulude jaotus sotsiaalmaksustamise järgi 2021. aastal

Tervisekassa lisamaksutulu simuleerimiseks on võetud kolm võimalust: 1) kõik on maksustatud 13%-ga; 2) dividendid ja väärtpaberite võõrandamine on maksustatud 10% ja muud tulud 13%-ga; 3) dividendid ja väärtpaberite võõrandamine on maksustatud 7% ja muud tulud 13%-ga.

Olenevalt dividendide maksustamise määrast suurendab tervisemaks lisatulusid 0,3-0,4% SKP-st. Tervisemaks lisaks Tervisekassa tuludesse 2024. aastal 167 miljonit eurot 13% maksemääraga, aga 115 miljonit eurot maksustades dividende 7% määraga. Tervisemaks ei lahenda pikaajaliselt Tervisekassa defitsiiti - ilma Tervisekassa lisakuludeta jõuaks defitsiit kätte 7% ja 10% dividendide maksumääraga 2025. aastal ja 13%-ga 2027. aastal. Kui dividendide väljamaksed peaksid kasvama kaks korda kiiremini kui SKP kasv, siis sellisel juhul jõuaks defitsiit kätte 13% maksumääraga 2029. aastal.

Tabel 10. Tervisekassa tulud ja kulud ravikindlustusmaksu kehtestamisel, miljonid eurod

	2024	2030	2035	2040	2060
Tervisekassa kulud	2304	3004	3874	4996	13603
... üldine tervisekindlustus	74	104	137	181	543
... kiirem palgatõus	0	44	55	71	185
... omaosaluse vähenemine	24	175	312	397	1077
Tervisekassa tulud	2248	2672	3173	3754	7248
Tervisemaks, 13%	2415	2883	3427	4056	7840
Tervisemaks, dividendid 10%	2389	2850	3387	4009	7750
Tervisemaks, dividendid 7%	2363	2817	3348	3962	7660
Ravikindlustusmaks, 13%, kiirem kasv ¹⁰	2439	2951	3551	4260	8882
Tervisekassa tulem, baas	111	-121	-447	-940	-5763
... Kõik lisakulud ja tulud	93	-43	-126	-143	-171
Tulemused % SKP-st:					
Tervisekassa kulud ¹¹	5,7%	5,9%	6,4%	6,9%	9,8%
Kõik kulud ¹²	6,0%	6,5%	7,2%	7,8%	11,0%
Tervisekassa tulud ¹³	5,6%	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%
Tulud tervisemaksuga (13%) ¹⁴	6,0%	5,7%	5,6%	5,6%	5,6%
Tulud ravikindlustusmaksuga (13%), kiirem kasv	6,0%	5,8%	5,8%	5,9%	6,4%

Tervisekassa kulude vähendamiseks on üheks võimaluseks töövõimetushüvitise kulude väljaviimine Tervisekassa kuludest. 2024. aastaks on hüvitise kuludeks prognoositud 171 miljonit eurot ja see kasvab 2040. aastaks 403 miljoni euroni (2025. aastal 0,4% SKP-st ja 2040. aastal 0,6% SKP-st).

¹⁰ Kiirema kasvu tähendab, et eraisikutele makstud dividendide väljamaksed kasvavad SKP kasvu asemel kahekordse SKP kasvuga.

¹¹ Tervisekassa kulud baastsenaariumis, % SKP-st.

¹² Tervisekassa kulud baastsenaariumis, millele on lisanduvad kulud (üldine tervisekindlustus, kiirem palgakasv ja omaosaluse vähendamine) juurde lisatud, % SKP-st.

¹³ Tervisekassa tulud baastsenaariumis, % SKP-st.

¹⁴ Tervisekassa tulud, millele on juurde lisatud vastava stsenaariumi tulud, % SKP-st.

Tabel 11. Tervisekassa tulud ja kulud ravikindlustusmaksu kehtestamisel ja töövõimetuse hüvitiste ilma tuludeta väljaviimine, miljonid eurod

	2024	2030	2035	2040	2060
Tervisekassa kulud	2304	3004	3874	4996	13603
... üldine tervisekindlustus	74	104	137	181	543
... kiirem palgatõus	0	44	55	71	185
... omaosaluse vähenemine	24	175	312	397	1077
... töövõimetushüvitised välja	171	231	306	403	1156
Tervisekassa tulud	2248	2672	3173	3754	7248
Ravikindlustusmaks, 13%	2415	2883	3427	4056	7840
Ravikindlustusmaks, dividendid 10%	2389	2850	3387	4009	7750
Ravikindlustusmaks, dividendid 7%	2363	2817	3348	3962	7660
Ravikindlustusmaks, 13%, kiirem kasv	2439	2951	3551	4260	8882
Tervisekassa tulem, baas	115	-102	-395	-839	-5199
...Kõik lisakulud ja tulud	207	-145	-521	-981	-5370
Tulemused % SKP-st:					
Tervisekassa kulud	5,3%	5,4%	5,9%	6,4%	8,9%
Kõik kulud	5,5%	6,1%	6,7%	7,3%	10,2%
Tervisekassa tulud	5,6%	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%
Tulud ravikindlustusmaksuga (13%)	6,0%	5,7%	5,6%	5,6%	5,6%
Tulud ravikindlustusmaksuga (13%), kiirem kasv	6,0%	5,8%	5,8%	5,9%	6,4%

Kui koos töövõimetushüvitistega tõusevad tervishoiukulud 5,5%-lt SKPst (2024. aastal) 6,9%-ni (2040. aastal), siis ilma kasvaks 5,3%-lt 6,4%-ni SKPs. Lisaks väiksematele Tervisekassa kuludele on ka kulude kasv aeglasem. Kui töövõimetushüvitis viia Tervisekassa kuludest välja tulusid vähendamata ja luua tervisemaks, siis selline lahendus aitaks Tervisekassa jooksvat defitsiiti edasi lükata aastani 2033. Kui samal ajal minna üle üldisele tervisekindlustusele,

tagada tervishoiutöötajate kiirem palgakasv ja vähendada inimeste omaosalust, siis jõuaks defitsiit kätte aastaks 2026. Kui dividendide väljamaksud kasvaks üldisest SKP-st kiiremini, sest töövormid muutuvad ja enam tehakse ettevõtte vahendusel tööd, siis jõuaks Tervisekassa defitsiiti aastal 2035.

2.2.2. Eraldis pensionäride eest

Alates 2018. aastast tehakse Riigieelarvest siire Tervisekassa eelarvesse mittetöötavate vanaduspensionäride eest. Alates 2022. aastast on selleks 13% inimese pensionist. Eraldist makstakse igakuiselt, mille üle peab arvestust Sotsiaalkindlustusamet. Eraldist makstakse ainult nende pensionäride eest, kellel puudus kuu 15 esimesel päeval töösuhet kinnitav kanne töötamise registris. Seega nende eest, kes tegid kasvõi ühe euro ulatuses tööd, eraldist ei maksta. Pensionäride eest makstavat eraldist saab muuta kahel viisil: kas muuta eraldise aluseks olevat summat või muutes inimeste ringi, kelle eest makstakse. Baasiks saaks olla:

- 1) Pension (eraldise arvutamise aluseks on pensioni ja töötasu vahe);
- 2) Sotsiaalmaksu miinimumi kuumäär (eraldise arvutamise aluseks on sotsiaalmaksu miinimumi kuumäära ja töötasu vahe);
- 3) Pension, aga mitte vähem kui sotsiaalmaksu miinimumi kuumäär (eraldise arvutamise aluseks on pensioni või sotsiaalmaksu miinimumi kuumäära ja töötasu vahe).

Samas ei peaks töötamise asjaolu üldse kontrollima ja võiks maksta ka kõigi vanaduspensionäride eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa:

- 1) Vanaduspensionäri pensioni summalt või
- 2) Sotsiaalmaksu miinimumi kuumääralt.

Alljärgnevas tabelis on esitatud Tervisekassa tulud erinevate stsenaariumide korral.

Tabel 12. Tervisekassa tulud ja kulud vanaduspensionäride maksubaasi muutmisel, miljonid eurod

	2024	2030	2035	2040	2060
Tervisekassa kulud	2304	3004	3874	4996	13603
...Üldine tervisekindlustus	74	104	137	181	543
...Kiirem palgatõus	0	44	55	71	185
...Omaosaluse vähenemine	24	175	312	397	1077
Tervisekassa tulud	2248	2672	3173	3754	7248
2.1. maksubaasiks on sotsiaalmaksu miinimumi kuumäär	2255	2720	3241	3848	7640
Vanaduspensionäride eraldise lisatulu:					
2.2.1. töötavate eest eraldi töötasu ja pensioni vahe eest	23	38	48	59	132
2.2.2. töötavate eest eraldi töötasu ja SM miinimumi kuumäära vahe eest	23	33	39	45	81
2.2.3. töötavate eest eraldi töötasu ja pensioni vahe eest, aga mitte vähem kui SM miinimumi kuumäär	24	38	47	59	130
2.3.1. eraldi pensionilt kõigi eest	81	105	125	152	266
2.3.2. eraldi SM miinimumilt kõigi eest	91	166	211	270	750
Tervisekassa tulem, baas	-56	-333	-701	-1242	-1242
... kõik lisakulud ja suurimad lisatulud	-56	-441	-926	-1527	-7018
Tulemused % SKP-st:					
Tervisekassa kulud	5,7%	5,9%	6,4%	6,9%	9,8%
Kõik kulud	6,0%	6,5%	7,2%	7,8%	11,0%
Tervisekassa tulud	5,6%	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%
Tulud suurima eraldisega	5,8%	5,7%	5,7%	5,7%	6,0%

Eraldise aluseks oleva summa (pensioni asemel sotsiaalmaksu miinimumi kuumäär) muutmine suurendab Tervisekassa tulusid 2024. aastal 13 ja 2040. aastal 94 miljonit eurot. Samas oleneb lisatulu suurus töötasu alammäära kokkuleppest, kui see jääb püsima keskmise palga suhtes sarnasele tasemele, mis viimastel aastatel, siis ei ole kahel variandil erinevust tuludes, sest sotsiaalmaksu miinimum ja keskmine palk areneksid sarnaselt.

Töötavate vanaduspensionäride eest eraldise maksmist tuleb vaadata lisanduva tuluna Tervisekassale, sest see laiendab olemasolevat baasi, kelle eest eraldist makstakse. Kõik need variandid suurendavad Tervisekassa tulusid alla 0,1% SKP-st.

Suurimad lisatulud on seotud variandiga, kus vanaduspensionäride töötamist ei kontrollita vaid makstakse kõigi vanaduspensionäride eest sotsiaalmaksu miinimumi kuumäära ulatuses ravikindlustuse sotsiaalmaksu osa. 2024. aastal oleks lisatulu 91 ja 2040. aastal 270 miljonit eurot ehk 2025. aastal 0,3% ja 2040. aastal 0,5% suurem tulu SKP-st.

2.2.3. Eraldis laste eest

Teine suurem ravikindlustatutega võrdsustatud grupp on alla 19-aastased lapsed. Sarnaselt vanaduspensionäridega saab riik teha nende eest Tervisekassale eraldise. Eraldise arvestamise aluseks olev summa leitakse sotsiaalmaksu minimaalse kuumäära ja laste arvu korrutisena. Maksumääraks on sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa (13%).

Laste eest eraldise suuruseks on 0,8% SKP-st (2024. aastal 300 m eurot ja 2040. aastal 552 m eurot). See aitaks ilma lisakuludeta hoida defitsiiti ära aastani 2031. aastani. Kui ka töövõimetushüvitised viidaks Tervisekassa alt välja (ilma tuludeta), siis ei tekiks defitsiiti aastani 2036. Kui tehtaks eraldis laste eest, viidaks töövõimetushüvitised Tervisekassa alt välja, aga samal ajal mindaks üle üldisele tervisekindlustusele, rakenduks kiirem palgatõus tervishoius ja vähendataks omaosalust 15%-ni, siis läheks Tervisekassa eelarve defitsiiti aastaks 2030. Samas kui eelnevate aastate ülejäägid arvesse võtta, siis reservid saaksid otsa 2034. aastal.

Tabel 13. Tervisekassa tulud ja kulud laste eest eraldise loomisel, miljonid eurod

	2024	2030	2035	2040	2060
Tervisekassa kulud	2304	3004	3874	4996	13603
...Üldine tervisekindlustus	74	104	137	181	543
...Kiirem palgatõus	0	44	55	71	185
...Omaosaluse vähenemine	24	175	312	397	1077
Tervisekassa tulud	2248	2672	3173	3754	7248
... eraldis kuni 19-aastaste laste eest	300	404	473	552	1151
Tervisekassa tulem, baas	-56	-333	-701	-1242	-6355
... kõik lisakulud ja lisatulu	146	-251	-732	-1339	-7009
Tulemused % SKP-st:					
Tervisekassa kulud	5,7%	5,9%	6,4%	6,9%	9,8%
Kõik kulud	6,0%	6,5%	7,2%	7,8%	11,0%
Tervisekassa tulud	5,6%	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%
Tulud suurima eraldisega	6,3%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%

2.2.4. Eraldis teiste rühmade eest

Lisaks vanaduspensionäridele ja lastele on ravikindlustatutega võrdsustatud mitmeid gruppe, näiteks õppurid. 2023. aasta alguses oli ülejäänud võrdsustatute arvuks ligi 28 000 inimest. Kuna suurem osa nendest on seotud õppimisega, siis selle grupi edaspidise suuruse simuleerimiseks on kasutatud vanuses 19-29 rahvastiku muutust. On eeldatud, et riik maksaks selle grupi eest sotsiaalmaksu miinimumi kuumääralt sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa.

Tabel 14. Tervisekassa tulud ja kulud laste eest eraldise loomisel, miljonid eurod

	2024	2030	2035	2040	2060
Tervisekassa kulud	2304	3004	3874	4996	13603
...Üldine tervisekindlustus	74	104	137	181	543
...Kiirem palgatõus	0	44	55	71	185
...Omaosaluse vähenemine	24	175	312	397	1077

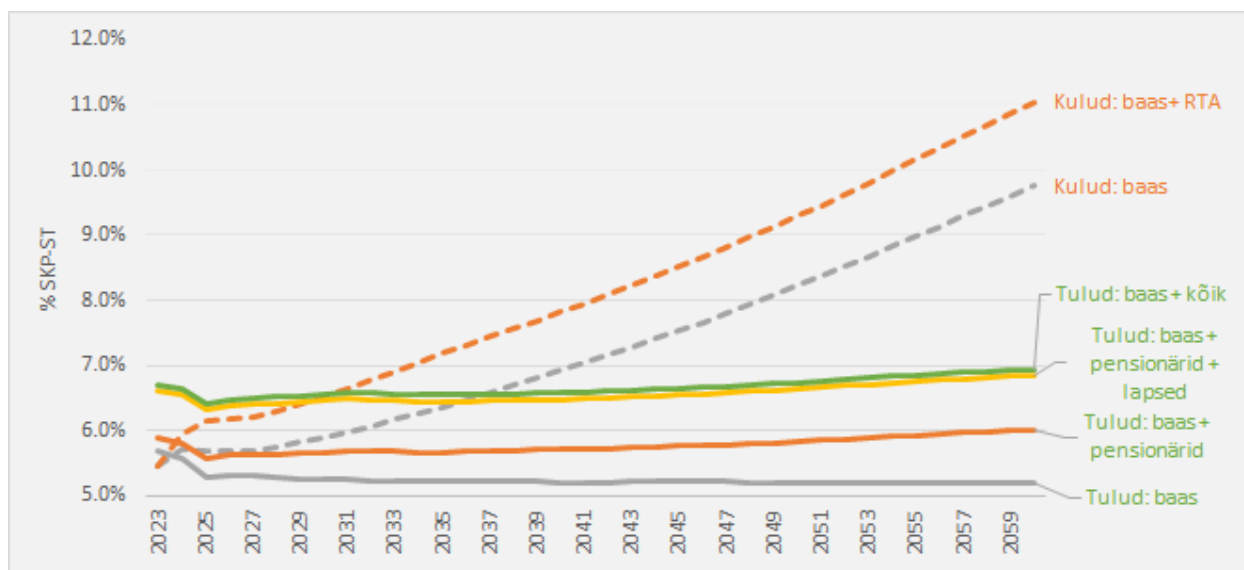
	2024	2030	2035	2040	2060
Tervisekassa tulud	2248	2672	3173	3754	7248
... eraldis ravikindlustega võrdsustatute eest ¹⁵	32	50	65	76	138
Tervisekassa tulem, baas	-56	-333	-701	-1242	-6355
... kõik lisakulud ja lisatulu	-123	-605	-1140	-1815	-8022
Tulemused % SKP-st:					
Tervisekassa kulud	5,7%	5,9%	6,4%	6,9%	9,8%
Kõik kulud	6,0%	6,5%	7,2%	7,8%	11,0%
Tervisekassa tulud	5,6%	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%
Tulud suurima eraldisega	5,6%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%

See eraldis oluliselt Tervisekassa tulusid ei suurenda - 2024. aastal 32 ja 2040. aastal 76 m eurot aastas ehk ca 0,1% SKP-st.

2.2.5. Lisarahastuse kokkuvõte

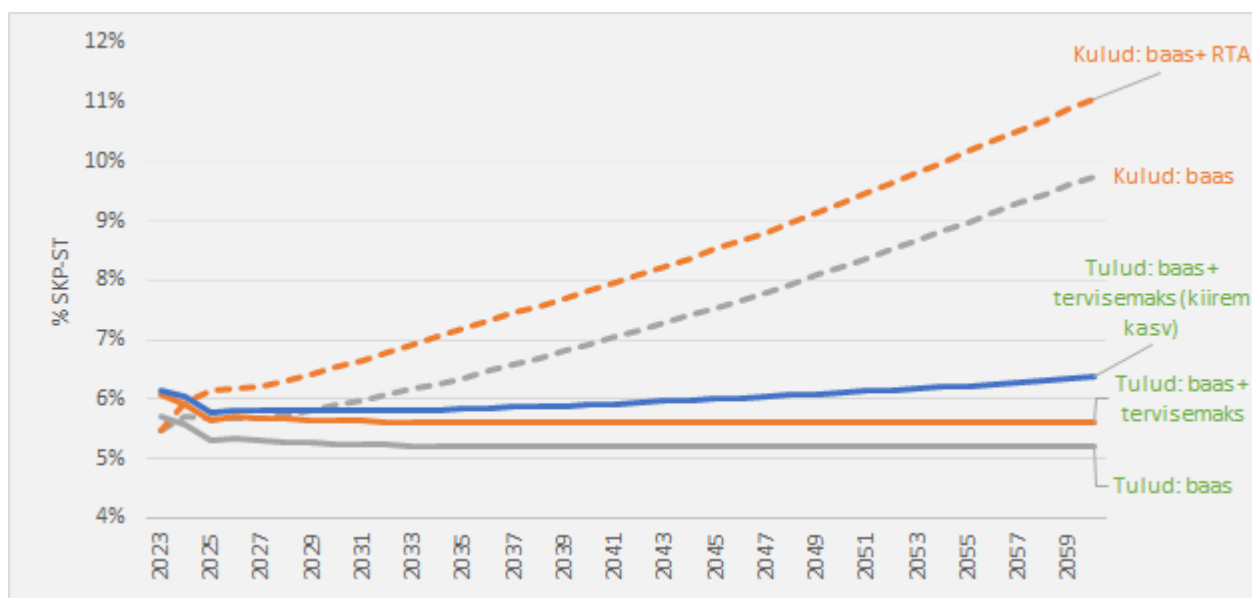
Tervisekassale eraldiste suurendamine aitab Tervisekassa defitsiiti edasi lükata, aga pikas plaanis need ei kasva samas tempos nagu on prognoositud Tervisekassa kulud (vt joonis 13). Kui lihtsustada vanaduspensionäride eest eraldise maksmist, siis suurendaks see Tervisekassa rahastust 0,5% SKP-st, laste eest tehtud eraldis veel omakorda 0,8% SKP-st ja muude võrdsustatud isikute eest tehtav eraldis 0,1% SKP-st. Kui kõik kolm eraldist kokku võtta, siis 2040. aastal oleks Tervisekassa tulud 1,4% SKP-st suuremad kui baasprognoosis. Need lükkaks Tervisekassa defitsiiti edasi 2038. aastani.

¹⁵ Võrdsustatute alt on välja jäetud lapsed ja vanaduspensionärid, kelle kohta on stsenaarium 2 ja 3. Siin on enamasti õppurid.



Joonis 13. Tervisekassa kulud ja tulud baasis ning tulud koos eraldistega perioodil 2023-2060

Eraldi tervisemaksu loomine suurendab küll Tervisekassa rahastust, aga teeb seda olenevalt dividendide kasvukiirusest 0,4 kuni 0,7 protsendipunkti SKP-st 2040. aastal (vt joonis 14). Kuna tervisemaksuga laienuks esialgne sotsiaalmaksu maksubaas 8 protsendipunkti ja maksubaasi laiendamine ei kasva samas tempos nagu tervishoiukulud, siis tervisemaks ei lahenda rahastuse probleemi.

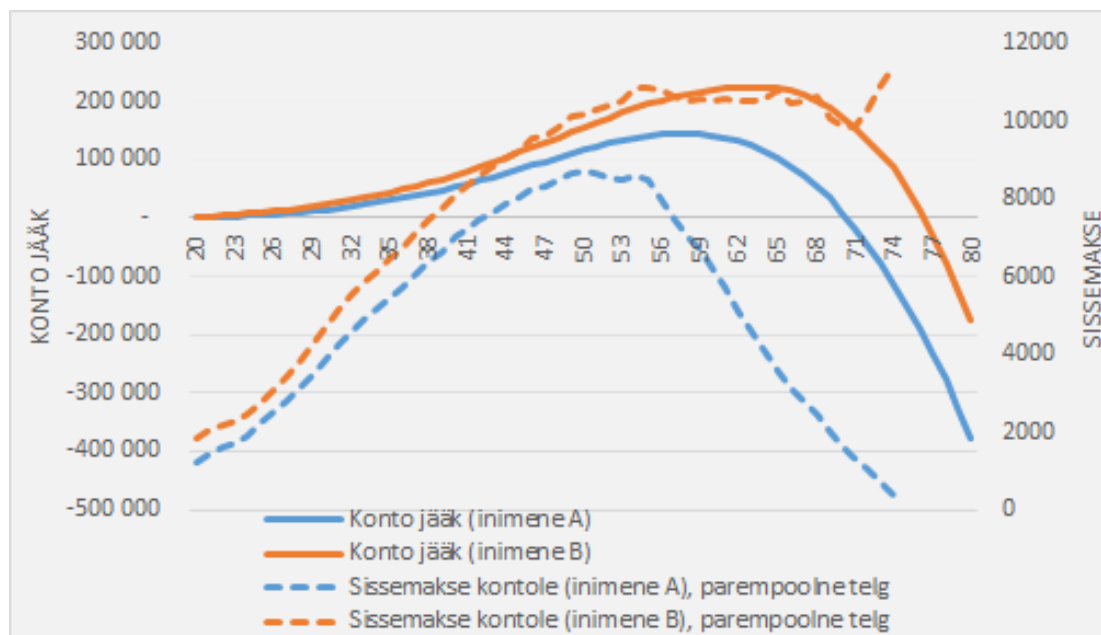


Joonis 14. Tervisekassa kulud ja tulud baasis ning tulud koos tervisemaksuga perioodil 2023-2060

2.3. Tervisekonto

Tervishoiu rahastuse efektiivsuse suurendamiseks on pakutud tervisekontot. Tüüpilise inimese näitel on alljärgnevalt läbi mängitud kahe inimese näidet. Mõlemad inimesed on 2023. aastal 20-aastased ja alustavad töötamist ja teenivad oma vanuse keskmist palka kogu eluea ning töötavad vanuseni 74. Üks nendest töötab kogu perioodi vältel (55 aastat ehk vanusest 20-74) ja teisel juhul on arvestatud iga vanusegrupi meeste ja naiste keskmise hõivemääraga. Mõlemad maksavad töötasult 13% enda tervisekontole, mille eest tuleb tasuda endaga seotud tervishoiukulud vastavalt nende vanusele (kulud alates vanusest 20 kuni eluea lõpuni). Kulude vanuseline jaotus on 2019. aasta kohta, seda on edaspidi suurendatud Tervisekassa tervishoiukulude keskmise kasvuga. Kuigi tervisekontole kogunenud raha peaks olema likviidne, siis selles harjutuses on arvestatud konto jäägile intressi, mis on võrdne vastava aasta inflatsiooni prognoosiga - keskmiselt 2%.

Mõlemad inimesed on teatud mõttes riigi keskmine inimene, aga nad saavad maksimaalselt pika perioodi enda tervisekontole raha koguda (vt Joonis 15). Inimene, kellel on arvestatud vanusegrupi tööhõive määra (joonisel inimene A), jagub tervisekonto raha enda tervishoiukulude katmiseks vanuseni 70. Teine inimene (joonisel inimene B), kes töötab keskmisesest inimesest enam (igal aastal täiskoormusega ja keskmise palgaga), suudab enda raviarveid maksta vanuseni 76.



Joonis 15. Tervisekonto näide kahe inimese näitel

3. Analüüsi kokkuvõte ja järeldused

Eestis on korduvalt tehtud tervishoiu rahastamise analüüse, mis keskenduvad ravikindlustuse tulude suurendamisele. Iga paari aasta tagant tehakse prognoose Tervisekassa pikaajaliste tulude ja (kasvavate) kulude kohta ning püütakse leida viise, kuidas tekkivat vahet täita. Sarnased on olnud nii kulude stsenaariumid (kõigi inimeste kindlustusega katmine, omaosaluse vähendamine, kiiremini kasvavad sisendite hinnad) kui ka tulude lahendusvariandid (täiendavad siirded riigieelarvest, tövõimetushüvitiste väljaviimine, ravikindlustusmaksu maksubaasi laiendamine või mõne lisamaksu kehtestamine).

Käesolev analüüs uuendab varasemaid ravikindlustuse kulude prognoose kõige värskemate sisendandmetega ja püüab saavutada tulustsenaariumide eelduste osas suuremat konsensust sotsiaalministeeriumi, rahandusministeeriumi ja Tervisekassa vahel. Meie analüüsi põhijäreldused on sarnased varasemate laiapõhjaliste uuringutega (Thomson jt 2010, Aaviksoo jt 2011, Sotsiaalministeerium ja Rahandusministeerium 2016, Arenguseire Keskus 2020). Meie prognoosis on täpsustunud konkreetsed simulatsioonide arvulised väärtused, võttes arvesse hiljutise majanduskriisi, ravikindlustuse lisatulud ja uuendatud prognoosisid majanduse pikaajalise arengu kohta.

Varasemates uuringutes on vaadatud tervishoiu rahastamise poliitikameetmeid, mis jagunevad kolmeks: a) lisaraha Tervisekassa eelarvesse riigieelarve muudest tuludest (peale sotsiaalmaksu), b) sihtotstarbeline maks Tervisekassa jaoks, c) tervishoiu täiendav rahastamine väljaspool Tervisekassa süsteemi.

Meie simulatsioonid keskenduvad eelkõige kahele esimesele võimalusele. Esmalt analüüsiti riigieelarvest Tervisekassasse kantava lisaraha sidumist pensionäridega, lastega ja ülejäänud võrdsustatud isikutega. Seejärel vaadati erinevaid maksustsenaariume.

Tervisekassa tehtud prognoosid kulude kohta näitavad, et tulenevalt rahvastiku vananemisest ja tervishoiuteenuste kiiremast hinnakasvust suureneks Tervisekassa kulude osakaal SKPst 5,7%lt 2024. aastal 5,9%ni 2030. aastal ja lausa 6,9%ni 2040. aastal. Kui siia lisada veel soov vähendada omaosalust, laiendada ravikindlustuse saajate ringi ning lubada tervishoiutöötajate kiiremat palgatõusu, siis ulatuksid kulud 2040. aastaks 7,8%ni SKPst. Suurima lisakulu annaks omaosaluse vähendamine 15%ni tervisekuludest.

Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa tulud koos siiretega riigieelarvest mittetöötavate pensionäride eest püsivad aga 5,1-5,2% SKPst juures. Seega on minimaalselt vaja katta 1,7% SKPst, et säilitada 2040. aastaks senine tervishoiuteenuste tarbimise tase ning maksimaalselt 2,6% SKPst, kui viia ellu rahvastiku tervise arengukavas olev eesmärk vähendada inimeste omaosalust, tagada kõigile inimestele ravikindlustus ja parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust.

Lisaks tuleb arvestada, et ligi viiendik tervishoiuteenuste osutajate tehtud investeeringuid põhivarasse on tehtud sihtotstarbeliste toetuste eest. Kui tulevikus tervishoiuteenuse osutajate põhivara sihtfinantseerimine väheneb, siis peab leidma täiendava rahastamisallika ka selle jaoks. Kui see tuleb tulevikus läbi Tervisekassa, näiteks suurendades kapitalikulu osa tervishoiuteenuste hinnas, siis kasvab vajadus Tervisekassa rahastamist suurendada veelgi.

Lisatulu simulatsioonide põhjal tagaks täiendav panus väikese koormusega töötavate vanaduspensionäride eest Tervisekassase tulude kasvu 0,2% SKPst ehk vaid kaheksandiku minimaalselt vajaminevast summast. Samas, kui tasuda kõigi vanaduspensionäride eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa sotsiaalmaksu miinimumi kuumäära ulatuses, siis oleks lisatulu oluliselt kõrgem - 2025. aastal ligi 0,3% ja 2040. aastal 0,5% SKP-st.

Siirded laste eest sotsiaalmaksu miinimumiga võrdsustatud summalt tähendaks prognooside järgi Tervisekassale lisatulu 0,8% SKPst. Täiendavad siirded kõigi ülejäänud võrdsustatud isikute eest annavad väikese lisatulu - ca 0,1% SKP-st.

Seega, kui kõik kolm eraldist kokku võtta - eraldis pensionäride eest sõltumata töötamisest, eraldis laste eest ja teiste võrdsustatud isikute eest - siis 2040. aastal oleks Tervisekassa tulud 1,4% SKP-st suuremad kui baasprognoosis ehk Tervisekassa eelarve oleks siiski väikeses defitsiidis (0,3% SKPst) . Kui võtta jämedaks hinnanguks, et 1 protsendipunkt käibemaksu määra tõusu toob kaasa lisatulu 0,4% SKPst, siis kõigi nende inimeste eest siirde tegemine tähendaks ligikaudu 3,5 protsendipunktilist käibemaksu määra tõusu. Või kui võrrelda alkoholi- ja tubakaaktsiisi laekumisega, mis 2021-2022. aastal oli ligi 1,4% SKPst, siis see tähendaks nende aktsiiside kahekordistamist.

Ravikindlustusmaksu kehtestamine (senise sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa asemel) tulumaksuga samale baasile tooks kaasa täiendavad tulud erinevate stsenaariumide korral maksimaalselt 0,4% SKPst, mis tähendaks, et see kataks ära Tervisekassa defitsiidi 2027. aastani. Kui eeldada, et dividenditulu kasvab kaks korda kiiremini kui SKP tingituna töövormide muutusest, siis on lisatulu aastaks 2040 0,7% SKPst ja kataks ära poole Tervisekassa defitsiidist selle ajani. Seega mõjutab ravikindlustusmaksu poolt kehtestatud lisatulusid väga tugevalt eeldus, kuidas maksubaas lisaks palgatulule, eelkõige dividendid, arenevad.

Samas on ravikindlustusmaksu lisabaas võrreldes praegusega (nt dividendid, omandi võõrandamine, väärtpaberitulu) tundlikum maksumääradele kui näiteks käibemaksu tõstmine. Teisest küljest on maksubaasi laiendamine kõikidele tuludele õiglasem võrreldes praeguse olukorraga või käibemaksu tõstmisega nii horisontaalses (sama sissetulekuga inimesed maksavad tervishoiu rahastamisse sama palju sõltumata tulu liigist) kui vertikaalses mõttes (kõrgema sissetulekuga inimesed panustavad rohkem kui madalama sissetulekuga inimesed).

Kirjeldav analüüs erakindlustuse kohta näitab, et 2022. aasta lõpuks olid juba ligi 7,5% töötavatest inimestest (ehk 48 tuhat inimest) kaetud ka täiendava tööandjapoolse

erakindlustusega. Samuti on kasvanud keskmine hüvitis inimese kohta (122 eurolt 2020. aastal 280 euroni 2022. aastal) ning on vähenenud kindlustusmaksete ja väljamakstud hüvitiste vahe ehk administratiivsed kulud 100%lt 2020. aastal 7%ni 2022. aastal). Seega on erakindlustus kiirelt kasvanud. Meil puuduvad samas andmed erakindlustuse poolt kaetud teenuste, nende koguse ja hinna kohta, mistõttu me ei saa teha veel järeltõlget selle kohta, kas ja kuidas nad mõjutavad tervikuna tervishoiusüsteemi. Erakindlustuse rolli tasub vaadata ka koos tööandjate kasvavate tervise edendamise kuludega, sest praegusel juhul on tööandjate poolt tasutud maksuvabade tervise edenduse kulude nimekirja piiratud. Seetõttu on tööandjatel võimalik pakkuda laiemat tervishoiuteenuste paketti just erakindlustuse kaudu (mille kulud nad saavad arvata maksusoodustuste alla). Eelmisel aastal kasvasid ettevõtete tervise edendamise kulud summaarselt sama palju kui erakindlustuse tulud, mis viitab nende tugevale seosele.

Rahvusvahelised uuringud ja ka Eesti senised analüüsid ei toeta tervisekontode kasutamist, kuhu inimene koguks maksusoodustusega raha, et seda siis vajadusel kasutada arstiabi ostmiseks. Sisuliselt on tegemist maksusoodustusega omaosalusega, kus kõrgema sissetulekuga inimestel on suuremad võimalused.

Võttes kokku varasemad Eesti kohta tehtud uurimused ja käesolevas raportis tehtud täiendavad simulatsioonid, siis saame järeldada ja soovitada järgmist.

Tervisekassa prognoosid näitavad, et nende kulud, selleks et säilitada teenuste senine kättesaadavus, kasvavad kiiremini kui sotsiaalmaksutulu ja senised siirded riigieelarvest pensionäride eest.

Kõige stabiilsem, prognoositav ja administratiivselt lihtsaim viis Tervisekassa täiendavaid kulusid katta on teha siirded lisaks mittetöötavatele pensionäridele ka teiste võrdsustatud isikute eest - näiteks lapsed, õppurid või ka ülejäänud pensionärid. Kui kõigi võrdsustatud isikute eest tasuda Tervisekassasse sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa sotsiaalmaksu miinimumilt, siis see aitaks katta prognoositud defitsiidi järgmiseks 15 aastaks. Täiendavate siirete suurus oleks umbes 1,4% SKPst, mis on võrreldav käibemaksumäärade tõstmisega 3,5 protsendipunkti võrra.

Ravikindlustuse maksubaasi laiendamise füüsiliste isikute muudele tulumaksuga maksustatavatele tuludele suurendaks maksubaasi ligikaudu kümnnendiku võrra, suurim neist oleks tulu dividendidelt, väärtpaberite või vara müügil. Seega maksubaasi laiendamine muudele tuludele üksi ei lahendaks Tervisekassa rahastamise puudujääki keskpikas perspektiivis. Maksubaasi laiendamine suurendaks ühest küljest tervishoiu rahastamise õiglust, kuid teisest küljest on just maksubaasi lisanduvad tulud (nt dividendid) kõige suurema maksutundlikkusega.

Värskemad rahvusvahelised uurimused suhkrumaksu kohta magustatud jookidele näitavad, et maks tõstab nende toodete hinda, vähendab nende tarbimist ja avaldab positiivset mõju inimeste tervisekäitumisele. Selle võimaliku maksu rahaline kogumõju oleks Tervisekassa

defitsiidiga võrreldes küll väike, kuid seadusel on võimalikud kasud laiemalt rahvatervise vaatevinklist. Selles valguses soovitame uuendada 2017. aasta magustatud jookide maksustamise seaduseelnõu juurde tehtud mõjuhinnangud ning kaaluda seda täiendava tuluallikana tervisevaldkonna jaoks.

Erakindlustuse roll on Eestis kasvav ja tuleneb nii sellest, et ettevõtetal on soodsam töötajatele tervishoiuteenust pakkuda läbi erakindlustuse kui ka teenuste kättesaadavuse probleemidest Eesti solidaarses ravikindlustuses. Erakindlustuse kindlustuspreemiad saab tööandja panna maksusoodustuse alla, kuid otse saab tööandja tasuda vaid väga piiratud teenuste eest. Seetõttu on tekkinud paradoksaalne olukord, kus ettevõtted oma töötajatele tervishoiuteenuste kompenseerimiseks (nt hambaravi, vaimse tervise teenused vm) maksavad kinni ka kindlustusfirmade administreerimiskulud, mis kokkuvõttes on siiski väiksemad kui erisoodustusmaks.

Suurendamaks töötajate ja tööandjate valikuvabadust ja tõstmaks raha kasutamise efektiivsust võib kaaluda tööandjate poolsete maksusoodustustega tervisekulutuste tegemise nimekirja laiendada. See samas süvendaks juba praegust ebavõrdset kohtlemist nende inimeste vahel, kelle eest maksab tervisekulud praegu tööandja ja need, kes maksavad ise.

Seega, erakindlustuse laiendamise või soodustamise puhul on oluline monitoorida selle mõju tervishoiusüsteemi kui terviku efektiivsusele. Teiste riikide kogemus näitab, et erakindlustus ei täida sageli neile pandud ootusi tervisesüsteemi tõhususe kasvu või avaliku sektori raha kokkuhoiu osas, suurendades samal ajal ebavõrdsust teenuste kättesaadavuses. Eesti puhul oleks vaja täiendavalt analüüsida koostöös Kindlustusseltside Liiduga eraravikindlustuse poolt kaetud teenuste ulatust, hinda ja kvaliteeti.

Kasutatud kirjandus

- Aaviksoo, A., Kruus, P., Leppik, L., Sikkut, R., Veldre, V., Võrk, A. et al. (2011). Eesti sotsiaalkindlustuse jätkusuutliku rahastamise võimalused. Poliitikauuringute Keskus Praxis. – http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatku_suutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussuesteemi_jaetkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf
- Arenguseire Keskus (2020). Eesti tervishoiu tulevik. Stsenaariumid aastani 2035. Kokkuvõte.
- Arenguseire Keskus (2021). Tervisekäitumist mõjutavad maksud Eestis 2021. Lühiraport. https://arenguseire.ee/wp-content/uploads/2021/10/2021_maksustruktuur_tervisekaitumine_luhiraport.pdf
- Couffinhal, A., Habicht, T. (2005). Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78984/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf.
- Couffinhal, A., Kutzin, J. (2005). Health Financing in Estonia: Challenges and Recommendations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/78913/HealthFin_Estonia.pdf
- Culyer, A. J., Wagstaff, A. (1993). Equity and Equality in Health and Health Care. – Journal of Health Economics 12(4), 431–457.
- Habicht, J., Kunst, A. E. (2005). Social Inequalities in Health Care Services Utilisation After Eight Years of Health Care Reforms: A Cross-Sectional Study of Estonia, 1999. – Soc Sci Med, 60, 777–787.
- Habicht, J., Xu, K., Couffinhal, A., Kutzin, J. (2006). Detecting Changes in Financial Protection: Creating Evidence for Policy in Estonia. – Health Policy Plan, 21(6), 421–431.
- Kakwani, N. (1977). Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison. – Economic Journal, 87, 71–80.
- Kruus, P., Soe, R-M., Võrk, A., Jüri, L. (2014). Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoos. Poliitikauuringute Keskus Praxis. – <http://www.praxis.ee/?download=&kcccpid=&kcccount=http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/02/Ravikindlustuse-j%C3%A4tkusuutlikkuse-prognoos-09.04.pdf>
- Kunst, A. E., Leinsalu, M., Kasmel, A., Habicht, J. (2002). Social Inequalities in Health in Estonia. Tallinn: Estonian Ministry of Social Affairs. – https://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/88/2/Kunst2002_Tehniline%20raport.pdf

Laurimäe, M., Koppel, K., Arrak, K. (2020). Eesti tervishoiu tulevik – tervisekindlustuse kvantitatiivse mudeli tulemused ja metoodikaaruanne. Poliitikauuringute Keskus Praxis. Arenguseire Keskus. –

https://www.riigikogu.ee/wpcms/wp-content/uploads/2020/11/2020_tervishoid_kvantitatiivne-mudel_aruanne.pdf

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). Policy Brief-Funding Health Care: Options for Europe. Brussels: European Observatory on Health Care Systems.

Murray, C. J. L., Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Hanvoravongchai, P., Zeramdini, R., *et al.* (2003). Assessing the Distribution of Household Financial Contributions to the Health System: Concepts and Empirical Application. – C. J. L. Murray, D. B. Evans (Eds.). Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization. –

https://www.who.int/health_financing/documents/hspa_chp38-hh_finan_contrib.pdf?ua=1

Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A., Figueras, J., & World Health Organization. (2022). Health system performance assessment: a framework for policy analysis.

Piirits, M., Võrk, A. (2015, 2016). Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoosimudeli uuendus Haigekassale. Poliitikauuringute Keskus Praxis. –

<http://www.praxis.ee/tood/hk-prognoosimudel/>

Rahandusministeerium (2023a). 2023. aasta kevadine majandusprognoos.

<https://www.fin.ee/media/9136/download>

Rahandusministeerium (2023b). Ettevõtete tervisekulude analüüs 2018-2021.

<https://blogi.fin.ee/2023/01/tootajate-tervisekulude-maksusoodustust-kasutab-vaid-5-ettevotet-est>

Ruuge, M., Inno, M. (2021). Tervishoiukulud 2019. Tallinn: Tervise Arengu Instituut

Ruuge, M., Inno, M. (2022). Tervishoiukulud 2020. Tallinn: Tervise Arengu Instituut

Saluse, J. (2008). Sissetulekuga seotud ebavõrdsus tervishoiuteenuste kasutamises Eesti näitel. Magistritöö, Tartu Ülikool (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/2006/1/Saluse2008.pdf>)

Sotsiaalministeerium, Rahandusministeerium (2016). Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs. –

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu_rahastamise_jatkus-ootlikkus.pdf

Sotsiaalministeerium (2020). Tervise- ja spordikulude maksusoodustuse analüüs.

Sotsiaalministeerium, Haigekassa (2021a) Omaosaluse koormus tervishoius: Stsenaariumid.
<https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Omaosaluse-koormus-tervishoius-stsenaariumid.html>

Sotsiaalministeerium, Haigekassa (2021b) Patsiendi omaosaluskoormus tervishoius - kokkuvõte
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYmlxNTdlZWQtODlhMi00YjdkLTNmZTQtZjU1ZjY3M2lxYmU1IiwidCI6IjJiMWJmNzQ4LWZmMGMtNGU5ZC1hZDMzLTBiMzkwMzEzYWlxMyIsImMiOjJh9&pageName=ReportSection178b88bf34b0c2545b93>

Tervise Arengu Instituut (2023). Tervishoiuteenuse osutajate investeringud põhivarasse aastatel 2004-2021.
<https://www.tai.ee/sites/default/files/2023-05/Tervishoiuteenuste-investeeringud.pdf>

Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Roováli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Responding to the Challenge of Financial Sustainability in Estonia's Health System. Tallinn: Maailma Terviseorganisatsioon, Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium. –
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345416>

Thomson, S., Habicht, T., Roováli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2011). Responding to the Challenge of Financial Sustainability in Estonia's Health System: One Year on. Tallinn: Maailma Terviseorganisatsioon, Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium. –
https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/WHO_analuus_ENG.pdf

Thomson, S., Cylus, J., Evetovits, T. (2019). Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>.

Thomson, S., Sagan, A., Mossialos, E. (toim.) (2020). Private Health Insurance. History, Politics and Performance. The European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge University Press <https://doi.org/10.1017/9781139026468>

Vörk, A., Habicht, T. (2018). Can People Afford To Pay For Health Care? New Evidence On Financial Protection in Estonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. –
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/373576/Can-people-afford-to-pay-for-health-careEstonia-WHO-FP-004.pdf?ua=1

Vörk, A., Jesse, M., Roostalu, I., Jüristo, T. (2005). Eesti Tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs. Poliitikauuringute Keskus Praxis.
<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1148/1/Praxis2005.pdf>

Vörk, A., Piirits, M. (2021). Eesti tervishoiu rahastamise ebavõrdsus. Riigikogu Toimetised, 43, 181–190.

- Võrk, A., Piirits, M. (2020). Tervishoiu Rahastamise Ebavõrdsus Ja Omaosaluse Mõju vaesusele. Arenguseire Keskus. –
https://www.riigikogu.ee/wpcms/wp-content/uploads/2020/12/2020_tervishoid_Rahastuse-ebav%C3%B5rdsus-ja-omaosaluse-m%C3%B5ju_aruanne.pdf
- Võrk A., Saluse J., Habicht J. (2009). Income-Related Inequality in Health Care Financing and Utilization in Estonia 2000–2007. Health Financing Technical Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. –
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78903/e92952.pdf [LU4] [K5] [MP6]
- Võrk A., Habicht J., Xu, K., Kutzin, J. (2010). Income-Related Inequality in Health Care Financing and Utilization in Estonia Since 2000. – Health Financing Policy Paper, No. 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. –
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/118276/E94130.pdf
- Võrk, A., Saluse, J., Reinap, M., Habicht, T. (2014). Out-of-Pocket Payments and Health Care Utilization in Estonia, 2000–2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Võrk, A. (2018). Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kasutamisega Eesti Terviseuuringu 2014 andmetel. Uurimisraport. Sotsiaalministeerium.
- World Bank (2020). Taxes on Sugar-Sweetened Beverages; Taxes on Sugar-Sweetened Beverages : Summary of International Evidence and Experiences. World Bank, Washington, DC.
<https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/9498c3ef-b425-54f1-aafd-d3d3b8411674> License: CC BY 3.0 IGO
- World Health Organization (2022). WHO manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets. Geneva:. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Xu, K. (2005). Distribution of health payments and catastrophic expenditures. Methodology. Geneva: World Health Organization (Discussion Paper 2-2005)
(http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_2-distribution_of_health_payments.pdf, accessed 13 December 2013).

Lisad

Lisa 1. Maksubaasi laiendamine - tervisemaksuga maksustatavad tulud FIDEKi põhjal

FIDEK	Deklaratsioonide arv	Summa	Sotsiaalmaksuga maksustatud	Ei ole SM maksustatud ega ka tervisemaksuga	Tervisemaks
Palk ja muu tasu millelt on TM kinni peetud (Rida 5.1) I osa	710 706	12 546 572 423	-	-	-
Palk ja muu tasu millelt ei ole TM kinni peetud (Rida 5.1) II osa	1 935	2 016 127	-	-	-
Vabatahtlik kogumispension (Rida 5.2)	33 916	291 561 164	-	1	-
Elukindlustus (Rida 5.3)	588	436 189	-	1	-
Rendi ja üüritulu, millelt TM on kinni peetud (Rida 5.4) I osa	27 335	42 056 557	-	-	1
Rendi ja üüritulu, millelt TM ei ole kinni peetud (Rida 5.4) II osa	11 435	43 955 892	-	-	1
Tulu isikuteühenduses või varakogumis (Rida 5.5.)	9	23 848	-	-	1
Muu maksustatav tulu, millelt TM ei ole kinni peetud (Rida 5.6.)	5 115	13 571 305	-	-	1
Kasu väärtpaberite vöörandamisest (Rida 6.1)	15 508	69 277 595	-	1	-
Kahju väärtpaberite vöörandamisest (Rida 6.1)	2 766	-3 133 917	-	1	-
Kasu metsa raieõiguse vöörandamisest (Rida 6.2)	1 928	16 526 225	-	-	1

FIDEK	Deklaratsioonide arv	Summa	Sotsiaalmaksuga maksustatud	Ei ole SM maksustatud ega ka tervisemaksuga	Tervisemaks
Kasu muu vara võõrandamisest (Rida 6.3)	4 959	129 333 881	-	-	1
Omakapitali vähend., aktsiate tagasiostm. (Rida 6.4)	542	-33 771 789	-	-	1
Investeeringukonto tulu (Rida 6.5)	2 198	7 157 959	-	1	-
Äriühinguga ühinemisel saadud tulu (Rida 6.6.)	8	13 638	-	-	1
Eesti äriühingult saadud dividendid (Rida 7.1)	41 820	567 678 464	-	-	1
Ettevõtlustulu lihtsustatud maksustamise seaduse alusel (Rida 7.2)	3 315	6 669 962	-	1	-
Laevapere liikmele tehtud väljamaksed (Rida 7.3)	127	5 061 566	1	-	-
Palk, rent, dividendid, intressid jm. tulu (Rida 8.1)	13 185	103 215 462	-	-	-
Kasu väärtpaberite võõrandamisest (Rida 8.2)	5 976	93 345 884	-	1	-
Kahju väärtpaberite võõrandamisest (Rida 8.2)	1 858	-2 242 694	-	1	-
Kasu muu vara võõrandamisest (Rida 8.3)	753	25 533 039	-	-	1
Kapitali vähend., aktsiate tagasiostm. (Rida 8.4)	21	8 076 704	-	-	1
Elukindlustus (Rida 8.5)	<5*	19 960	-	1	-
Pensionikindlustus (Rida 8.6)	37	416 132	-	1	-
Osaniku või liikme tulu (Rida 8.7)	21	1 375 024	-	-	1

FIDEK	Deklaratsioonide arv	Summa	Sotsiaalmaksuga maksustatud	Ei ole SM maksustatud ega ka tervisemaksuga	Tervisemaks
Eluruumi üürimine (Rida 8.7.1)	556	3 279 494	-	-	1
Palk jm., mida Eestis ei maksustata (Rida 8.8)	14 312	143 859 980	-	1	-
EL liikmesriigi residendi Eestist väljas saadud maksustatav tulu (Rida 8.9)	1 797	20 726 923	-	1	-
Väärtpaberikasud (R.6.1+R.8.2-VPkahju2020 > 0)	18 885	179 900 514	-	-	1
Väärtpaberikahju (R.6.1+R.8.2-VPkahju2020 < 0)	3 592	-48 348 730	-	-	1
Edasikantav 2020.a. väärtpaberikahju	14 017	69 598 422	-	1	-
Ettevõtlustulu (E-vormi kokkuvõttes)	11 374	60 718 821	1	-	-
TABEL 5.1. I OSA					
Palk	574 980	8 789 530 176	1	-	-
Palk, välisriigi A1/E101	1 390	12 236 967	-	1	-
Kõrgete ametiisikute palgatulu	2 170	23 240 550	1	-	-
Seaduse või muu õigusakti alusel töö tegemise eest makstud tasu	3 973	1 926 842	1	-	-
Muu palgatulu	71 085	16 059 700	1	-	-
Töövõtu-, käsundus-, või muu lepingu alusel makstud tasu	100 349	219 645 442	1	-	-
Töövõtu-, käsundus-, või muu lepingu alusel makstud tasu, välisriigi	146	297 816	-	1	-

FIDEK	Deklaratsioonide arv	Summa	Sotsiaalmaksuga maksustatud	Ei ole SM maksustatud ega ka tervisemaksuga	Tervisemaks
A1/E101					
Juhtimis- või kontrollorgani liikme tasu	22 725	329 392 364	1	-	-
Juhtimis- või kontrollorgani liikme tasu, välisriigi A1/E101	66	412 132	-	1	-
Tööandja makstud haigushüvitis	216 702	41 592 205	-	1	-
Tööandja III pensionisamba sissemaksed	4 180	4 840 681	1	-	-
Kõrgete ametiisikute eest tasutud III pensionisamba sissemaksed	6	13 460	1	-	-
Juhtimis- või kontrollorgani liikme III pensionisamba sissemaksed	85	193 325	1	-	-
Juhtimis- või kontrollorgani liikme III pensionisamba sissemaksed, välisriigi A1/E101	<5*	3 462	-	1	-
Tööõnnetus- või kutsehaigushüvitis	867	3 880 064	-	1	-
Töö või teenistussuhte lõpetamise hüvitis	10 784	25 179 648	1	-	-
Töö või teenistussuhte lõpetamise hüvitis, välisriigi A1/E101	16	42 673	-	1	-
Haigekassa ajutise töövõimetuse hüvitis	247 275	206 871 312	-	1	-
Töötuskindlustushüvitis	39 998	99 983 171	-	1	-
Kindlustushüvitis koondamise korral	5 590	11 946 883	1	-	-
Tööandja maksejõuetuse	1 133	3 311 287	1	-	-

FIDEK	Deklaratsioonide arv	Summa	Sotsiaalmaksuga maksustatud	Ei ole SM maksustatud ega ka tervisemaksuga	Tervisemaks
hüvitis					
Seaduse alusel Eesti pension ja kohustuslik kogumispension	114 361	750 239 327	-	1	-
Loovisiku lähetuse, spordilähetuse või muu lähetuse maksustatav summa	117	59 754	-	1	-
Abikaasatasu	217	2 262 171	1	-	-
Vanemahüvitis	36 454	269 858 888	-	1	-
Intressid	277 467	17 983 331	-	-	1
Muu tulu, k.a. stipendium, toetus, preemia, hasartmänguvõit	23 315	28 755 250	-	-	1
Kohustusliku kogumispensioni väljamakse enne pensioniiga (20%)	133 052	1 311 239 545	-	1	-
Täiendava kogumispensioni väljamakse enne pensioniiga (20%)	4 065	9 244 032	-	1	-
Topeltmaksustamise vältimine	<5*	131	-	1	-
Mitteresidendi tulu	6 606	40 764 072	-	1	-
TABEL 8.1 VÄLISTULU - KUULUB EESTIS MAKSUSTAMISELE					
Dividend	3 727	5 344 559	-	-	1
Intressid	2 206	1 770 100	-	-	1
Litsentsitasu (va ettevõtlus)	198	1 654 459	-	-	1

FIDEK	Deklaratsioonide arv	Summa	Sotsiaalmaksuga maksustatud	Ei ole SM maksustatud ega ka tervisemaksuga	Tervisemaks
Eraviisiline teenistus (va ettevõtlus)	100	1 058 002	-	-	1
Palk ja muu tasu	2 133	48 624 922	-	1	-
Erisoodustus	<5*	112 083	-	1	-
Töövõimetuse hüvitis	17	183 544	-	1	-
palk, Eesti A1/E101, töö välisriigis	1 439	21 997 872	1	-	-
tasu VÕS lepingu alusel, töö välisriigis, Eesti A1/E101	128	2 250 072	1	-	-
tööandja III samba sissemaksed, Eesti A1/E101	<5*	5 143	1	-	-
töö- või teenistussuhte lõpetamise hüvitis, Eesti A1/E101, töö välisriigis	8	12 923	1	-	-
juhtimis- ja kontrollorgani liikme tasu	54	1 658 268	-	1	-
juhtimis- ja kontrollorgani liikme tasu, Eesti A1/E101	65	775 106	1	-	-
esinemistasu kunstnikule või sportlasele	27	1 200 226	-	1	-
pension seaduse alusel või kohustuslik pension	3 292	6 221 189	-	1	-
muu pension	150	1 585 279	-	1	-
riigiteenistus	5	24 201	-	1	-
riigiametniku pension	<5*	30 192	-	1	-
stipendium	8	41 610	-	1	-
kultuuri-, spordi- ja teaduspreemia	<5*	10 102	-	1	-
toetus, abiraha	36	277 590	-	1	-

FIDEK	Deklaratsioonide arv	Summa	Sotsiaalmaksuga maksustatud	Ei ole SM maksustatud ega ka tervisemaksuga	Tervisemaks
hasartmänguvõit	<5*	6 199	-	1	-
muu tulu	360	8 079 406	-	1	-
Venemaa sõjaväepension, tululiik, mida saab deklareerida ainult valides riigiks Venemaa	49	276 028	-	1	-
Intress	492	723 885	-	1	-
Tasu teenuse eest	120	401 403	-	1	-
Võidud/kingitused	7	1 327	-	1	-
III pensionisamba negatiivne muutus	1 168	30 894	-	1	-
Toetus	36	92 955	-	1	-
Palk, millelt ei ole maksu kinni peetud	122	605 116	-	1	-
Palk A1/E101	<5*	160 548	1	-	-