



UURING

EESTI SOTSIAALKINDLUSTUSSÜSTEEMI JÄTKUSUUTLIKU RAHASTAMISE VÕIMALUSED



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks



2011

Koostaja:



Tellija:



Projekti partner:



Uuringu tellis Rahandusministeerium koostöös Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa, Eesti Töötukassa, Eesti Kindlustusseltside Liidu, Eesti Panga, Eesti Ametiühingute Keskliidu ja Eesti Tööandjate Keskliiduga. Uuring on valminud Euroopa Sotsiaalfondi kaasrahastamisel.

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale. Korrektne viide: Poliitikauuringute Keskus Praxis. *Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused*. Tallinn: Praxis, 2011.

ISBN 978-9985-9667-6-1

Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus
10145 Tallinn
tel 640 8000
www.praxis.ee
praxis@praxis.ee

Autorid tähestikulises järjekorras:**Ain Aaviksoo (Praxis)**

Roll projektis: projektijuht
Panus peatükkides 4.5, 4.6

Priit Kruus (Praxis)

Roll projektis: analüüsimeeskonna juht
Panus peatükkides 4.5, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10

Lauri Leppik (Tallinna Ülikool)

Roll projektis: ekspert
Panus peatükkides 4.2, 4.3, 4.9, 4.10

Riina Sikkut (Praxis)

Roll projektis: analüütik
Panus peatükkides 4.4, 4.6

Vootele Veldre (Praxis)

Roll projektis: analüütik
Panus peatükis 4.9

Andres Võrk (Praxis)

Roll projektis: analüütik
Panus peatükkides 3, 4.1, 4.2, 4.4, 4.5, 4.7

Külalisuurijad:**Hans Maarse** (välisekspert, Maastrichti Ülikool)

Panus peatükkides 4.6, 4.8

Ralf-Martin Soe (külalisuurija, Maastrichti Ülikool)

Panus peatükis 4.3

Harles Luts (külalisuurija, Tartu Ülikool)

Panus peatükis 4.7

Mikk Medijainen (külalisuurija, Tartu Ülikool)

Panus peatükis 4.2

Käesoleva töö valmimise on andnud olulise panuse ka:

Meelis Arumägi, Romualdas Buivydas, Hannes Danilov, Reelika Ermel, Kertu Fedotov, Triin Habicht, Mart Jesse, Mare Jõeorg, Silja Kask, Tarmo Kriis, Vilja Kuzmin, Anne Lauringson, Chien Earn Lee, Reelika Leetmaa, Pille Liimal, Tõnu Lillelaid, Merle Malvet, Eneli Mikko, Kristjan Niinemaa, Kirsti Nurmela, Lemmi Oro, Andres Piirsalu, Lii Pärj, Liis Rooväli, Ole Settergren, Hede Sinisaar, Liidia Soontak, Veiko Tali, Harri Taliga, Siiri Tõniste, Krista Vaikmets, Kristi Villsaar

Korrektuur: Meeli Pajula, Katrin Raid, Kristel Ress (OÜ Päevakera)

Küljendaja: Kristjan Kaljund

Sisukord

1. Sissejuhatus	5
2. Meetodika kirjeldus	6
2.1. Sotsiaalkindlustus kui sotsiaalkaitse süsteemi osa	6
2.2. Muudatuse ulatus ja hindamiskriteeriumid	12
I OSA. BAASSTENAARIUMI ANALÜÜS	14
3. Sotsiaalkindlustussüsteemi rahastamise ülevaade	14
3.1. Sotsiaalkindlustussüsteemi kulude ja rahastamise struktuur	14
3.2. Sotsiaalkindlustuse peamiste kulude ja tulude arengu baasstsenaarium	19
3.2.1. Rahvastiku ja tööturu baasstsenaarium	19
3.2.2. Pensionikindlustuse baasstsenaarium	23
3.2.3. Ravikindlustuse baasstsenaarium	30
3.2.4. Tööpoliitika meetmete baasstsenaarium	36
II OSA. POLIITIKAVARIANTIDE KVANTITATIIVNE JA KVALITATIIVNE ANALÜÜS	42
4. Poliitikavariantide kvalitatiivne ja kvantitatiivne analüüs	42
4.1. Sotsiaalmaksumäära muutmisega seotud poliitikavariandid	44
4.2. Pensioniparameetrite muutmisega seotud poliitikavariandid.....	58
4.3. Automaatsete kohandatismehhanismide rakendamine pensionisüsteemis	95
4.4. Töötuskindlustuse ja töötushüvitistega seotud poliitikavariandid	125
4.5. Ravikindlustuse rahastamisallikatega seotud poliitikavariandid	151
4.6. Tervishoiuteenuste osutajatega seotud poliitikavariandid.....	183
4.7. Ravikontode ja individuaalsete eelarvete rakendamisega seotud poliitikavariandid.....	192
4.8. Erakindlustuse kaasamine ravikindlustuses	209
4.9. Ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitamisega seotud poliitikavariandid.....	232
4.10. Tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud poliitikavariandid	260
III OSA. KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED	287
5. Poliitikavariandid muudatuse ulatuse lõikes	288
6. Poliitikavariandid sotsiaalkindlustuse valdkondade lõikes	293
7. Edasised uurimisvajadused ja lõppjärelused	308
Töös kasutatud lühendid	311
Kirjanduse loetelu	312
Lisad	319
LISA 1. Poliitikavariantide loetelu muudatuse ulatuse lõikes	319
LISA 2. Ravikontode rahvusvahelise kogemuse ülevaade	321
LISA 3. Eraravikindlustuse rakendamise näited Euroopas	331

1. Sissejuhatus

Olulisima osa Eesti sotsiaalkaitse korraldusest moodustab sotsiaalkindlustussüsteem, mille rahastamine sõltub peamiselt töötavate inimeste arvust ning palkade tasemest. Demograafilistest muutustest tingituna aga toimub tööealiste inimeste arvu vähenemine, mis seab ohtu sotsiaalkindlustuse eri skeemide (ravikindlustus, pensionikindlustus, töötuskindlustus) tulubaasi. Seevastu sotsiaalkindlustuse kulud tervikuna suurenevad ning nimetatud muutused võivad kaasa tuua tõsiseid probleeme seoses süsteemi finantsilise ja sotsiaalse jätkusuutlikkusega.

Uuringu **eesmärk** on anda hinnang Eesti praeguse sotsiaalkindlustussüsteemi pikaajalise jätkusuutlikkuse kohta ning analüüsida võimalikke poliitikamuudatusi, et algatada ühiskonnas **diskussioon** muudatuste vajaduse ja sisu üle. Raportis kirjeldatakse võimalike muudatuste mõjusid sotsiaalkindlustuse finantsilisele ja sotsiaalsele jätkusuutlikkusele.

Uuringu tulemused esitatakse raportis, mis sisaldab valikut sotsiaalkindlustussüsteemi arendamiseks sobilikest meetmetest (edaspidi *poliitikavariandid*), iga poliitikavariandi süstemaatilist kirjeldust ning kvalitatiivset ja võimaluse korral kvantitatiivset mõjude analüüsi vastavalt hindamiskriteeriumitele.

Töö on tehtud Rahandusministeeriumi tellimisel riigihanke „Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused“ (registreerimisnumber 119233) raames.

2. Metoodika kirjeldus

2.1. Sotsiaalkindlustus kui sotsiaalkaitse süsteemi osa

Sotsiaalne kaitse on ühiskonna erinevate sotsiaalsete riskide maandamise süsteemide ja mudelite kogum, mida rakendatakse mitmete riskide ilmnemisel. Sotsiaalsed riskid on juhtumid, mis võivad põhjustada sissetulekute kaotuse või suurendada vajadust täiendavate sissetulekuallikate järele, nt haigus, puue, lapse sünniga seotud seisund, vanadus, kutsehaigus või tööõnnetus, surm või töötus. Sotsiaalkaitse on kindlad funktsioonid, milleks on (Medar, E. & Medar, M. 2007):

- toetuste tagamine eriliste ja eluliste sündmuste põhjustatud kulutuste katmiseks;
- sissetulekute säilitamine neile, kes ei ole ajutiselt või alaliselt võimelised töötama;
- baasmiinimumi kindlustamine inimestele, kes ei ole võimelised end sissetulekuga kindlustama.

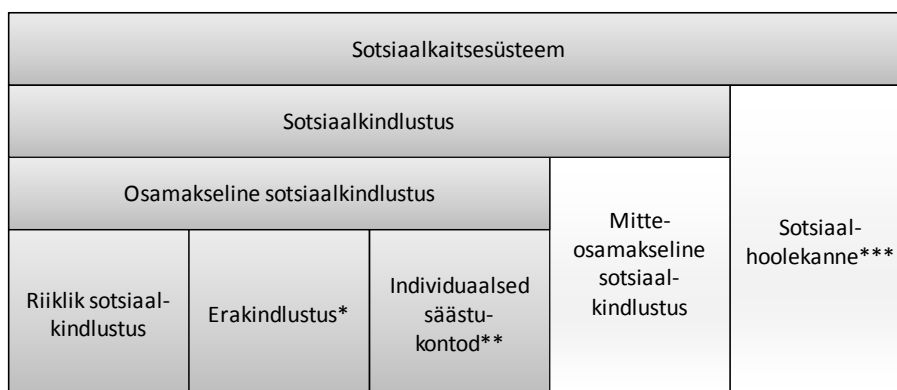
Sotsiaalse kaitse süsteemi all mõeldakse tavaliselt kahte valdkonda – sotsiaalkindlustust ja hoolekannet, mis erinevad teineteisest nii eesmärkide, põhimõtete kui ka meetmete poolest.

Sotsiaalkindlustus. Sotsiaalkindlustussüsteemi finantseeritakse nii kohustuslikest kindlustusmaksetest, sihtotstarbelistest maksudest kui ka vabatahtlikest maksetest. Sotsiaalkindlustus haarab eelkõige rahalisi hüvitisi ja toetusi, kuid sotsiaalkindlustuse vahenditest osutatakse sageli ka teenuseid (näiteks tervishoiuteenuseid, rehabilitatsiooni, ümberõpet või töökohtade kohandamist). Rahaliste hüvitiste puhul võib hüvitise suurus korreleeruda kindlustusmaksega.

Sotsiaalkindlustus jaguneb **osamakselisteks** ja **mitteosamakselisteks** süsteemideks. Esimese puhul on hüvitise saamiseks nõutav varasem töötamine ja sissemaksete tegemine (vastavalt sotsiaalmaksu ja töötuskindlustusmaksu maksmine). Teisel juhul ei finantseerita skeemi (näiteks erinevaid peretoetusi) personaalsetest maksetest, vaid tööandja või riigi üldisest tulust. Sotsiaalkindlustusega kaetud sotsiaalsete riskide hulka ei loeta vaesust või puudust, see risk on hõlmatud sotsiaalhoolekandega. Samuti ei sõltu sotsiaalkindlustusõigused abivajadusest ega muudest sissetulekutest. (Sotsiaalministeerium 2011, Eesti sotsiaalkaitse süsteemi ... 2011, Sotsiaalhoolekande kontseptsioon 2004, Praxis 2004)

Sotsiaalhoolekanne. Sotsiaalhoolekanne on sotsiaalteenuste, -toetuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi osutamise või määramisega seotud toimingute süsteem. Sotsiaalhoolekande seaduses on hoolekanne defineeritud kui individuaalne, konkreetsele vajadusele suunatud abi, mida finantseeritakse riigi või kohalike omavalitsuste (KOV) eelarvest. Sotsiaalhoolekande ülesanneteks on abi osutamine isikule või perekonnale toimetulekuraskuste ennetamiseks, kõrvaldamiseks ja kergendamiseks ning sotsiaalsete erivajadustega isiku turvalisusele, arengule ja ühiskonnas kohanemisele kaasa aitamine. (Medar, E. & Medar, M. 2007) Tüüpiliselt osutab sotsiaalabi isikule kõige lähem riigi tasand, s.o kohalik omavalitsus, keskvõimul on seejuures kohustus välja töötada üldine riiklik sotsiaalkaitse poliitika. (Eesti sotsiaalkaitse süsteemi ... 2011) Sotsiaalhoolekandena pakutavad teenused ja toetused erinevad sotsiaalkindlustushüvitistest eelkõige selle poolest, et neid makstakse puuduse korral ja vastavalt individuaalsele abivajadusele.

Käesolevas töös vaadeldakse osamakseliste sotsiaalkindlustuse vormidena riiklikku sotsiaalkindlustust ning samuti erakindlustust kui sotsiaalkaitse riskide võimalikku maandajat. Lisaks sellele vaadeldakse ka individuaalseid kogumiskontosid kui osamakselisi süsteeme ja sotsiaalsete riskide maandajaid (riskid hajutatakse teatud ajaperioodile). Analüüsis **jäid vaatluse alt välja sotsiaalkindlustuse mitteosamakselised süsteemid ja sotsiaalhoolekanne**. Tuleb märkida, et viimati nimetatud sotsiaalkaitse riskide hüvitamise meetmed **võivad olla mõne riski katmisel väga olulised** – seega tuleb selles uuringus välja toodud poliitikavariantide puhul arvestada, et need ei pruugi olla ainukesed võimalikud meetmed mingi konkreetse sotsiaalse riski maandamiseks.

Joonis 1.2.1 Raportis vaadeldavad sotsiaalkaitse riskide hüvitamise skeemid (hallil taustal)

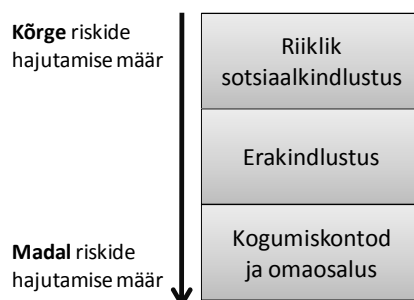
* Erakindlustust võib liigitada sotsiaalkindlustuse osaks tulenevalt sellest, et riik määrab olulises osas raamistiku, mis ulatuses erakindlustus saab tegutseda, samas kehtib ka kindlustusprintsip (riskide hajutamine konkreetse riskigrupi lõikes).

** Individaalsete kogumiskontode puhul kindlustusprintsip puudub, samas on tegemist isikupoolsete maksetega. Kontode puhul ei toimu riskide hajutamist isikute vahel, vaid säästude kogumine tulevikus realiseeruvate võimalike riskide katmiseks. Kontode süsteem võib olla ka riikliku sotsiaalkindlustuse osa.

*** Kuigi Eestis vaadeldakse sotsiaalhoolekande all tavapäraselt KOVide osutatavat sotsiaalhoolekannet, siis võib olulises mahus vajaduspõhiste sotsiaalabi osutada ka riik. Kuigi sotsiaalhoolekannet käesolevas raportis põhjalikult ei vaadata, võib see omada teatud süsteemide puhul sotsiaalse jätkusuutlikkuse tõstmisel olulist rolli.

Allikas: autorite koostatud

Nii riiklik sotsiaalkindlustus, erakindlustus kui ka individaalsed kogumiskontod on spetsiifilised rahastamise süsteemid, mis hõlmavad nii raha kokkukogumist kui ka selle kasutamist. Sisult on riiklik sotsiaalkindlustus, erakindlustus ja individaalsed kogumiskontod ka erineva riskide hajutamise astmega (vt joonis 2).

Joonis 1.2.2. Riikliku sotsiaalkindlustuse, erakindlustuse ja individaalsete kogumiskontode riskide hajutamise määr

Allikas: autorite koostatud

Sotsiaalkindlustusel ja erakindlustusel on mitmeid kontseptuaalseid sarnasusi. Mõlemad kasutavad sarnaseid mõisteid, näiteks kindlustatu, kindlustusjuhtum, kindlustusandja ja kindlustusmaks. Erakindlustus võib täita sotsiaalkindlustusega sarnast funktsiooni – leevendada sissetulekute langust või korvata suurenenud kulutusi. Samas on erakindlustusel ja sotsiaalkindlustusel olulisi erinevusi. Sotsiaalkindlustus erineb erakindlustusest eelkõige oma laiemate eesmärkide poolest ning oluliseks erinevuseks on riskide kollektiivne jagamine ja teatava sotsiaalse kaitse taseme tagamine kogu ühiskonnas. Erakindlustuse individaalne lähenemine tähendab muu hulgas, et reeglina hindab kindlustusselts riske individaalselt ning kindlustusmaksed on diferentseeritud sõltuvalt riskiastmest. Sotsiaalkindlustuses reeglina individaalset riski aga ei hinnata ning kindlustusmaks määr on kõigile kindlustatutele ühesugune, väljendades nii solidaarsust kindlustatute vahel. Kuigi ka erakindlustuse puhul võib kindlustusskeemis esineda erinevaid ümberjaotusi, ei ole kindlustatute solidaarsus eesmärk omaette. (Praxis 2004)

Eesti sotsiaalkindlustuse väljakutsed

Sotsiaalkindlustussüsteemi kui terviku jätkusuutlikkus kätkeb nii finantsilist kui ka sotsiaalset jätkusuutlikkust. Esimese puhul peetakse silmas süsteemi rahastamisvõimaluste ja kulutuste tasakaalu ning teise puhul süsteemi võimet rahuldada ühiskonna erinevate gruppide ootusi ja vajadusi.

Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi sotsiaalkindlustuse kolm suuremat skeemi (pensioni-, ravi- ja töötuskindlustus) põhinevad osamaksetel ehk on suures osas sõltuvad süsteemi panustajate arvust ja nende sissetulekute tasemest (vt täpsemat ülevaadet ptk-s 3). Neid kaht tegurit mõjutavad aga oluliselt süsteemivälised muutujad – rahvastiku vanuskoosseis ja majandusolukord.

Rahvastiku vanuskoosseis määrab suures osas süsteemi panustajate ja süsteemist kasu saajate suhte, sest rahvastiku vananemise tingimustes väheneb tööealiste inimeste arv ning see mõjutab omakorda sotsiaalkindlustussüsteemi tulubaasi. Riigi majanduslik olukord aga mõjutab inimeste sissetulekute taset ja tööhõive kaudu sotsiaalkindlustussüsteemi panustajate arvu. Nii rahvastiku- kui ka majandusareng sõltuvad mitmetest erinevatest teguritest ning nende arengute alusel koostatud sotsiaalkindlustussüsteemi tulude ja kulude prognoosid on tundlikud aluseks võetavate eelduste suhtes.

Samas omab sotsiaalkindlustussüsteem omakorda mõju riigi majanduse arengule. Näiteks hästi toimiv ravikindlustussüsteem hoiab inimesed tervena ja seega töövõimelisena (vt näiteks Ottawa Harta 1986). Samuti võib sotsiaalkindlustussüsteemi ülesehitus mõjutada inimeste või ettevõtete riskikäitumist. Lisaks on erinevate poliitikalikute rakendatavuse juures oluline roll laiemal kultuurilisel kontekstil.

Sotsiaalkindlustuse jätkusuutlikkusest

Sotsiaalkindlustussüsteemi keskseks ülesandeks on tagada ühiskonnaliikmete sotsiaalne kaitse oluliste sotsiaalsete riskide korral. Sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikkus laiemas tähenduses on seega lihtsalt sotsiaalkindlustussüsteemi võime jätkuvalt oma põhifunktsioone täita. See võime kätkeb endas nii finantsilist kui ka sotsiaalset aspekti.

Finantsilist jätkusuutlikkust võime kirjeldada kui süsteemi kohustuste ja võimaluste tasakaalu ehk aktive ja passivate tasakaalu. Jätkusuutlikkuse mõiste osundab, et süsteemi kohustusi ja võimalusi tuleks hinnata üle pikema ajaperioodi, mitte üksikul eelarveaastal.

Finantsilise jätkusuutlikkuse kõrval on oluline sotsiaalkindlustussüsteemi sotsiaalne jätkusuutlikkus kui süsteemi võime tagada ühiskonna poolt aktsepteeritav sotsiaalse kaitse tase sotsiaalsete riskide korral. Süsteemi finantsiline ja sotsiaalne jätkusuutlikkus on omavahelises sõltuvuses ja vastasmõjus.

Sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikkust võime seega vaadelda kui süsteemi kvalitatiivset omadust, kui süsteemi võimet tulla toime erinevate ohuteguritega. Jätkusuutlikkuse suurendamise strateegia peab seega adresseerima erinevaid süsteemi ohustavaid tegureid.

Kõige laiemas plaanis on jätkusuutlikkuse suurendamise strateegiaid kahesuguseid: mõjude neutraliseerimine ja mõjudega kohandumine. Majanduse tsüklilisuse ja lühiajaliste majandusriskide mõjude neutraliseerimiseks on üheks peamiseks võimaluseks puhvrite/reservide loomine, mille eesmärgiks on stabiliseerida süsteemi tulusid kriisiperioodidel. Puhvritest võib olla abi ka väiksemate demograafiliste muutuste mõjudega toimetulekul (nt sünnikohortide suuruste mõningasest erinevusest tulenevad muutused kulutasemes aastate lõikes). Tinglikult võime siin rääkida sotsiaalkindlustussüsteemi edasikindlustusest – turvameetmetest, mis tagaksid sotsiaalkindlustussüsteemi toimimise väiksemate rahvastiku või majandusolude muutuste korral.

Suuremate demograafiliste ja majanduslike muutustega toimetulek eeldab aga struktuurseid muutusi sotsiaalkindlustussüsteemis, süsteemi ümberkohandamist vastavalt muutunud oludele. Selliste muutuste möödapääsmatus tuleb asjaolust, et suurte demograafiliste ja majandusmuutuste vastu ei ole sotsiaalkindlustussüsteemi võimalik edasi kindlustada. Sellist süsteemi kohandamist on võimalik läbi viia süsteemi parameetrite muutmisega poliitiliste otsustega või nn automaatsete kohanemismehhanismidega, mille puhul sotsiaalkindlustussüsteemi teatud parameetrid seotakse demograafiliste ja majanduslike parameetritega.

Kohanemisvajaduse võivad aga tingida ka süsteemisisesed asjaolud. Tuleb arvestada, et välistegurite muutumisel võib süsteemi osapoolte käitumine ja reageerimine süsteemi parameetritele muutuda. Ehkki sotsiaalsete riskide esinemine (nt haigestumine, töötus) ei sõltu üksnes kindlustuse osapoolte käitumuslikest teguritest, on jätkusuutlikum selline sotsiaalkindlustussüsteem, mille parameetrid ja tingimused toetavad riske vähendavat käitumist.

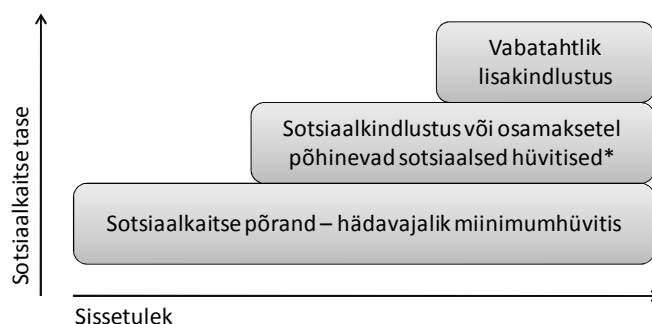
Sotsiaalkindlustussüsteemi areng ja terviklikkus

Rahvusvaheline kogemus näitab, et ei ole olemas ühte õiget sotsiaalkindlustuse mudelit või teekonda finantsiliselt ja sotsiaalselt jätkusuutliku süsteemi loomiseks. Iga süsteem areneb demograafilise, majandusliku ja sotsiaalkultuurilise arengu kaudu ning riikide sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalkaitse korraldus on seetõttu väga erinevad.

Enamikus eri arengufaasides olevates riikides on toimumas muudatused seoses sotsiaalkaitse korraldusega. Ühelt poolt püütakse arengumaades laiendada sotsiaalsete hüvitiste ja sotsiaalse kaitse osakaalu, teisalt toimuvad muutused ka kõrgelt arenenud riikides, kus otsitakse võimalusi vananeva rahvastiku probleemiga toime tulemiseks. Lääne-Euroopas on süsteemide jätkusuutlikkus probleemiks, kuid eksisteerivad olulised erinevused riikide vahel, mille puhul mängib demograafilistest muutustest rohkem rolli konkreetsete süsteemide finantseerimine, abikõlblikkus ja toetuste andmise heldekäelisus (ILO 2010).

Nimetatud muutuste kohta parema ülevaate saamiseks ning eesmärkide seadmiseks on Rahvusvaheline Tööorganisatsioon ILO välja töötanud kolmetasandilise raamistiku sotsiaalkaitse põrand (*Social Protection Floor*, SPF), mille eesmärk on välja arendada sotsiaalkaitse selliselt, et igale inimesele on tagatud hädavajalik sotsiaalne kaitse (sotsiaalkaitse põrand ehk I tasand). Sissetuleku tekkides on isikul võimalik tagada ka täiendav sotsiaalne kaitse sotsiaalkindlustuse või osamaksetel põhinevate sotsiaalsete hüvitiste näol (II tasand). Sissetuleku edasisel kasvul on võimalik kasutada ka vabatahtlikku lisakindlustust (III tasand). Nimetatud raamistik aitab kirjeldada kõikides arenguetappides olevate riikide sotsiaalkaitse ja sotsiaalkindlustuse süsteeme.

Joonis 1.2.3. Sotsiaalkaitse põranda kontseptsioon ILO sotsiaalkaitse arhitektuuris



* Sotsiaalkindlustus võib olla ka kohustusliku erakindlustuse vormis.

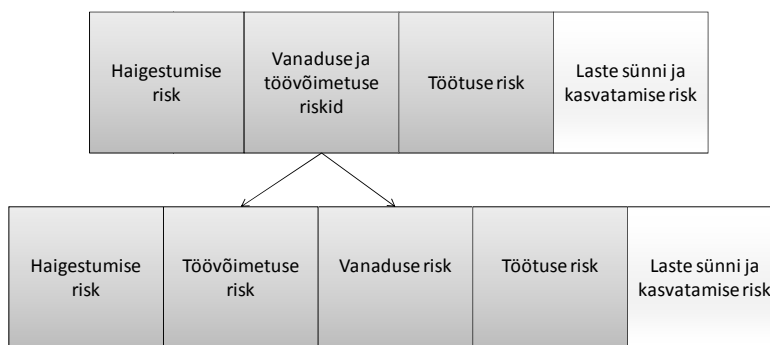
Allikas: ILO 2010

ILO eristab seejuures nelja sotsiaalkaitse valdkonda, mille on sõnastanud järgnevate eesmärkidega. Hädavajalik tervishoiuteenus kõigile, minimaalne sissetuleku kaitse aktiivsetele (tööalistele) vanusegruppidele, vanemate ja puudega isikute sissetulekute sotsiaalne kaitse ning laste sissetuleku (toimetuleku) kaitse (ILO 2010). Kuivõrd käesolevas uuringus vaadeldakse sotsiaalkindlustust, tuletatakse nimetatud eesmärkidest vastavalt järgnevad sotsiaalsed riskid (vt joonis 1.2.4):

- haigestumise risk,
- vananemise ja töövõimetuse risk,
- töötuse risk,
- laste sünni ja kasvatamise risk.

Sotsiaalsete riskide ja sotsiaalkindlustushüvitiste loetelu ei ole lõplik ega ajas muutumatu. Sotsiaal-majandusliku olukorra, tööelu, perevormide ja soorollide muutumisega võivad kaasneda uued sotsiaalsed riskid ja vajadus uute sotsiaalkindlustushüvitiste järele (Praxis 2004). Käesoleva analüüsi puhul ning lähtudes Euroopa arengust püsiva töövõimetuse hüvitamise osas (vt täpsemalt pkt 4.9) vaadeldakse eraldi töövõimetuse riski. Käesoleva analüüsi piiridest jääb aga välja laste sünni ja kasvatamisega seotud riskide maandamise poliitikavariantide väljatöötamine (mis puudutavad lastetoetusi, vanemahüvitist, sünnitus- ja hooldushüvitisi, toitjakaotust jms).

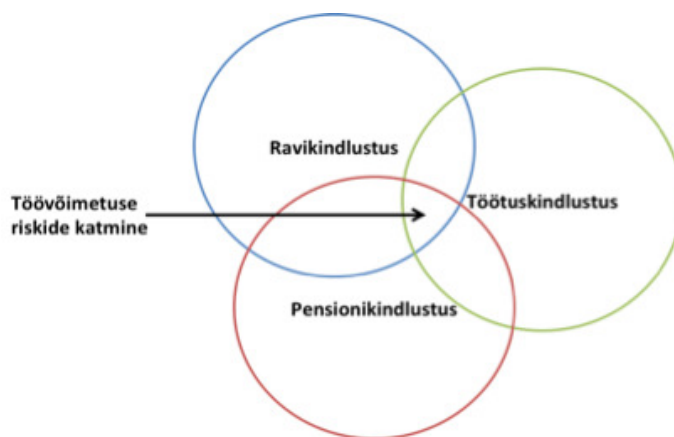
Joonis 1.2.4. Sotsiaalsete riskide liigitus (uuringus vaadeldavad sotsiaalsed riskid hallil taustal)



Allikas: autorite koostatud

Raportis keskendutakse eelkõige sotsiaalkindlustussüsteemi suuremate olemasolevate skeemide jätkusuutlikkusele, kuid kuna sotsiaalkindlustussüsteem sisaldab mitmeid n-ö alasüsteeme, mida võib olla ajalooliselt vaadeldud koos teiste süsteemidega, kuid mille iseloom võib tegelikus tähendada selle praktika muutmise vajalikkust. Selle näitena võib tuua töövõimetuse riski, mille hüvitamine toimub hetkel mitme erineva olemasoleva süsteemi kaudu (vt joonis 1.2.5).

Joonis 1.2.5. Spetsiifiliste riskide katmine toimub praegu erinevate sotsiaalkindlustuste liikide kaudu



Allikas: autorite koostatud

Seega on teatud sotsiaalkindlustuse riskide katmiseks mõeldud muudatusi vaadeldud analüüsis eraldi peatükkidena, mitte konkreetse laiema sotsiaalkindlustussüsteemi osana. Analüüsis toodud poliitikavariandid on liigitatud loetavuse huvides teemaplokkidesse, mille aluseks on kas konkreetne risk, soovitud eesmärk või ka muudatuse iseloom.

Käesoleva uuringu puhul ei ole tegemist tüüpilise probleem-lahendus uuringuga. Pigem on see sotsiaalkindlustuse jätkusuutlikkuse mitmete erinevate aspektidega tegelemiseks koostatud poliitikavariantide mõjuanalüüs. Teisisõnu on tegemist sotsiaalkindlustuse jätkusuutlikkuse tööriistakastiga – antakse ülevaade sellest, missuguseid probleeme on võimalik konkreetsete poliitikavariantidega lahendada, kuid ei esitata kindlapiirilisi seisukohavõtte, milliseid konkreetseid muudatusi praeguste ja ettenähtavate kitsaskohtade lahendamiseks teha tuleks.

Tuleb arvestada, et tegemist on väga suure valiku erinevate poliitikavariantidega ning analüüsitud **ei ole läbivalt sarnase metoodikaga** ning erinevate poliitikavariantide puhul on kasutatud vastavalt rohkem või vähem kvantitatiivseid¹ või kvalitatiivseid meetodeid. Mõnede analüüsitud poliitikavariantide mõjude kohta on olemas ulatuslikult empiirilist kirjandust, mõne puhul on sisendinfo puudulik (näiteks vähese

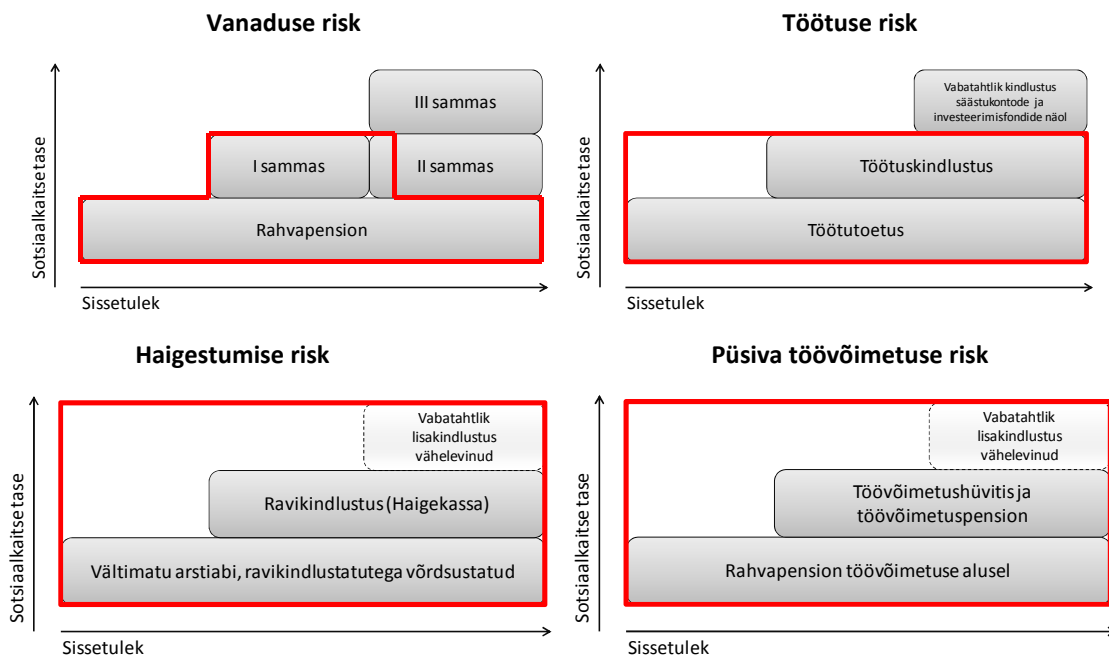
¹ Raportis on algandmete eripäradest tulenevalt kasutatud nii eurosid kui ka kroone. Võimalusel on toodud summad mõlemas valuutas.

kogemuse tõttu). Mitmel juhul polnud poliitikavariandi rakendamise mõjusid Eesti kontekstis võimalik kvantitatiivselt analüüsida andmete kättesaamatus tõttu või andmete hankimise ja mõtestatud seostamise eeldatava ajalise mahukuse tõttu.

Uuringu fookuse valdkondlik piiritlemine

Uuringu piiritlemine sotsiaalkaitse sekkumise meetmete ning sotsiaalsete riskide lõikes tehti eelnevalt koostellija ning teiste sotsiaalkaitse süsteemi osapooltega (tööandjate ja töövõtjate esindajad, sotsiaalkaitset korraldavad riiklikud ja erainstituutsioonid) tööpüstituse täpsustamise käigus. Lähtudes ILO sotsiaalkaitse põranda kontseptsioonist, on võimalik välja tuua ka konkreetsed uuritavad tasandid erinevate sotsiaalsete riskide (v.a laste ja sünni ja kasvatamise risk, mida käesolevas raportis ei analüüsita) hüvitamise valdkondade kaupa (vt joonis 1.2.6).

Joonis 1.2.6. Uuringu piiritus sotsiaalsete riskide hüvitamise valdkondade kaupa (uuritavad valdkonnad piiritletud punase joonega)²



Allikas: autorite koostatud

Väga olulise osa sotsiaalkindlustussüsteemi rahastamisest moodustab kohalike omavalitsuste pakutav sotsiaalhoolekanne. Kuivõrd KOVide teenusepakkumine on hetkel riigi poolt vähe reguleeritud ning KOVide võimalused väga erinevad, on selle valdkonna analüüsimiseks vajalikud täiendavad uuringud, mis vaatavad kõigi KOVide teenusepakkumise praktikat. Käesolevas analüüsis KOVide osutatavaid teenuseid eraldi ei vaadelda, kuid kuna teema on üldise sotsiaalkaitse süsteemi seisukohast oluline, pööratakse aspektidele tähelepanu jooksvalt erinevate variantide juures ning tuuakse välja täpsemaid uuringuid vajavad aspektid.

Kuigi tegemist on eelkõige rahastamise uuringuga, on mõningal määral puudutatud ka tervishoiuteenuste osutamise poolt. Samas ei ole süüvitud eraldi ravimipoliitika valdkonda. Ravimipoliitika korralduse puhul on tegemist olulise ravikindlustuse pikaajalist jätkusuutlikkust mõjutava teemaga ning see vajab kindlasti tulevikus eraldi analüüsi. Ravimite kulutusi puudutatakse põgusalt erakindlustuse kaasamise seisukohast. Edasistes analüüsid on aga tarvilik vaadelda ravimipoliitikat tervikuna (mis hõlmaks kõiki ravimituru osapooli ning regulatsioonide komplekti).

Analüüsi põhiraskus on sotsiaalkindlustussüsteemi rahastamisel ning korralduslik-administratiivseid meetmeid puudutatakse põgusalt, kuid nende vaatlemine poliitikavariantide edasistes täpsustatavates analüüsid on oluline.

² Kastide suurused ei ole proportsionaalsed saadavate hüvitiste suuruse või mahuga.

Raporti ülesehitus

Raport on jaotatud kolmeks osaks.


I osas tuuakse välja peamised väliskeskonnast tulenevad ohud sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikkusele ning esitatakse baasstsenaariumi finantsilise jätkusuutlikkuse modelleerimise olulisemad tulemused. Uuringu esimeses osas saadakse vastused küsimustele, millele, kui palju ja kuidas me sotsiaalkindlustussüsteemis raha kulutame ning kust me seda raha saame.


II osas esitatakse poliitikavariantide kvantitatiivne ja kvalitatiivne analüüs vastavalt uuringu fookusele. Lähtutakse olemasoleva süsteemi probleemidest (välja toodud iga peatüki alguses) ning teiste riikide kogemusest. Poliitikavariantide analüüsi kaasamisel on võetud arvesse eri riikide sotsiaalkindlustussüsteemide rahastamismudeleid ja jätkusuutlikkust parandavaid reformikavasid, mis võiksid Eesti konteksti sobida. Empiirilise kogemuse puudumisel konkreetse poliitikavariandi puhul toetutakse võimalusel rahvusvahelistele eksperthinnangutele. Analüüsi kaasatavate poliitikavariantide valikus lähtuti nii algsest hankedokumentidest, projekti osapoolte ettepanekutest, analüüsitud võimalustest kui ka Eesti konteksti sobivusest ning praeguse süsteemi nõrkuste ja puuduste adresseerimisest.


III osas esitatakse uuringu kokkuvõtte ja lõppjärgelused. Tuuakse välja mõjud sotsiaalkindlustuse valdkondade ja muudatuse ulatuse lõikes ning diskussiooni lähtekohad. Samuti märgitakse ära edasist uurimist vajavad teemavaldkonnad või konkreetsed poliitikavariandid.


2.2. Muudatuse ulatus ja hindamiskriteeriumid

Uuringu algaasis jaotati sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikkusega seotud poliitikavariandid ära võimaliku **muudatuse ulatuse** alusel: lisaks baasstsenaariumile ka parameetiline muudatus, struktuurne muudatus ja erakindlustuse kaasamine. Muudatuse ulatuse liigituse definitsioonid on toodud järgnevalt.

 **Baasstsenaarium** – kehtivas süsteemis muudatusi ei tehta. Kirjelduses ja modelleerimisel prognoositakse praeguse olukorra jätkumisega kaasnevaid tulevikutrende (relevantsed baasstsenaariumi arvutuste tulemused on esitatud vastavate sisupeatükkide alguses).

 **Parameetiline muudatus** – muudetakse praeguse süsteemi olemasolevaid nn tehnilisi parameetreid (näiteks maksu- ja hüvitiste määrad), mis võivad omada mõju süsteemi tulude suurusel ja kogumisviisile, kuid ei muuda süsteemi rahastamise põhiprintsiipe.

 **Struktuurne muudatus** – tehakse sisulisi muudatusi Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi rahastamise struktuuris, maksubaasis, maksumaksjates ja/või raha kasutamises, kuid säilitatakse avaliku sektori juhtiv roll. Stsenaarium sisaldab muudatusi, nagu ressursside ümbersuunamine sotsiaalkaitse valdkondade vahel ja sees.

 **Erakindlustuse kaasamine** -- sotsiaalkindlustuse rahastamisse kaasatakse finantssektor, näiteks kindlustuspõhiste lahendustena ravikindlustuses, tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuses, töövõimetuse riskide katmisel või pikaajalise hoolduse puhul. Muudatus võib tähendada nii olemasoleva süsteemi ümberstruktureerimist kui ka täiendust praegusele riiklikule süsteemile.

Selline lihtsamalt-keerukamale-printsiip oli kasutusel poliitikavariantide analüüsiloetelusse kaasamisel ja läbiarutamisel sotsiaalkindlustuse korraldamisega seotud osapoolte vahel. Raportis on aga poliitikavariandid liigitatud loetavuse huvides **teemablokkidesse**, mille aluseks on kas konkreetne risk, soovitud eesmärk või ka muudatuse iseloom. Muudatuse ulatuse lõikes koondaülelaade on esitatud raporti III osas.

Iga poliitikavarianti hinnati laiemalt **hindamiskriteeriumite** abil. Järgnevalt on välja toodud hindamiskriteeriumide definitsioonid. Kriteeriumid on üldiseks raamistikuks, kuid nende rakendamine võib poliitikavariantide puhul varieeruda tulenevalt iga poliitikavariandi spetsiifikast.

Poliitikavariant – meede, mille rakendamisel võib kasvada süsteemi rahaline ja sotsiaalne jätkusuutlikkus.

Hindamiskriteeriumid – parameetrid, mille alusel on võimalik ligikaudselt hinnata konkreetse poliitikavariandi mõjusid erinevatele süsteemi aspektidele ja osapooltele.

Finantsiline jätkusuutlikkus – süsteemi rahaline tasakaal kesk- ja pikas perspektiivis.

- **Tulude-kulude vahe süsteemis teatud perioodi jooksul (pikaajaline mõju)** – muudatuse tulemusena mõju konkreetse sotsiaalkindlustuse süsteemi tulude ja kulude vahele (rahalisele tasakaalule) pikaajalises perspektiivis.
- **Tulude-kulude vahe süsteemis teatud perioodi jooksul (lühiajaline mõju)** – muudatuse tulemusena mõju konkreetse sotsiaalkindlustuse süsteemi tulude ja kulude vahele (rahalisele tasakaalule) lühiajalises perspektiivis.

Sotsiaalne jätkusuutlikkus – süsteemi võime tagada ühiskonna poolt aktsepteeritav sotsiaalse kaitse tase sotsiaalsete riskide korral. Sealhulgas:

- **põlvkondadesisene solidaarsus** – muudatuse mõju põlvkondade sisesele solidaarsusele (suurema sissetulekuga isikud panustavad süsteemi suhteliselt rohkem ja väiksema sissetulekuga suhteliselt vähem);
- **põlvkondadevaheline solidaarsus** – muudatuse mõju põlvkondadevahelisele solidaarsusele (töötavad inimesed panustavad süsteemi rohkem kui tööturult lahkunud isikud, näiteks keskmise asendusmäära muutus).

Mõju majandusele – sotsiaalkindlustussüsteemi puudutavate muudatuste mõju maksukoormusele ja majanduslikule efektiivsusele.

- **Maksukoormus** – muudatuse mõju tööjõu, tarbimise või kapitali maksukoormusele (sotsiaalmaks, tulumaks, dividendid, käibemaks, aktsiisid, muud tarbimismaksud).
- **Majanduslik efektiivsus** – muudatuse mõju ettevõtete konkurentsivõimele ja tühikulule (maksude mõju ilma efektita, isik kasutab sotsiaalteenuseid rohkem kui tegelikult vaja jms).

Mõju osapoolte käitumisele – muudatuse mõju süsteemi osapoolte (indiviid, ettevõtte, teenuse pakkuja) käitumisele.

- **Mõju inimeste ja ettevõtete käitumisele riski vähendada** – muudatuse mõju inimese või ettevõtte käitumisele riski vähendada (näiteks: isik parandab tulenevalt teatud stiimulist oma tervisekäitumist või ettevõtte muudab töökeskkonda ohutumaks).

Kohanemisevõime välisriskidega

- **Kohanemisevõime välisriskidega** – süsteemi kohanemisevõime väliskeskonna teguritega nagu rahvastiku vanuskoosseisu muutused, majandustsüklid.

Tehniline teostatavus

- **Tehniline teostatavus** – konkreetse poliitikavariandi tehnilise teostatavuse lihtsus (sh rahaline ja poliitiline teostatavus ning üleminekukulud).

Raporti II osas tuuakse iga poliitikavariandi juures **ülevaatlik tabel**, millist hindamiskriteeriumit antud poliitikavariant puudutab. Hindamiskriteeriumite kaardistuse näidis on toodud alljärgneva tabelina. Tabelis on märgistatud halliga need kriteeriumid, millele antud poliitikavariandi puhul on **võimalik oluline mõju** – see, kas mõju on positiivne või negatiivne ning milline on mõju ulatus, pole kaardistuses määratud, vaid tuuakse välja analüüsitava poliitikavariandi tekstis. Kaardistus on iga poliitikavariandi mõtestamisel eelkõige **abitööriistaks** ning ei indikeeri konkreetse poliitikavariandi positiivseid või negatiivseid mõjusid ega poliitikavariandi suutlikkust lahendada spetsiifilisi probleeme või saavutada seatud eesmärged.

Näidistabel (poliitikavariandi puhul on võimalik oluline mõju finantsilisele jätkusuutlikkuse lühiajalises perspektiivis ning mõju inimeste käitumisele):

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondadevaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Vastavat tüüpi tabel esitatakse iga poliitikavariandi pealkirja järel.

I OSA. BAASSTSENAARIUMI ANALÜÜS

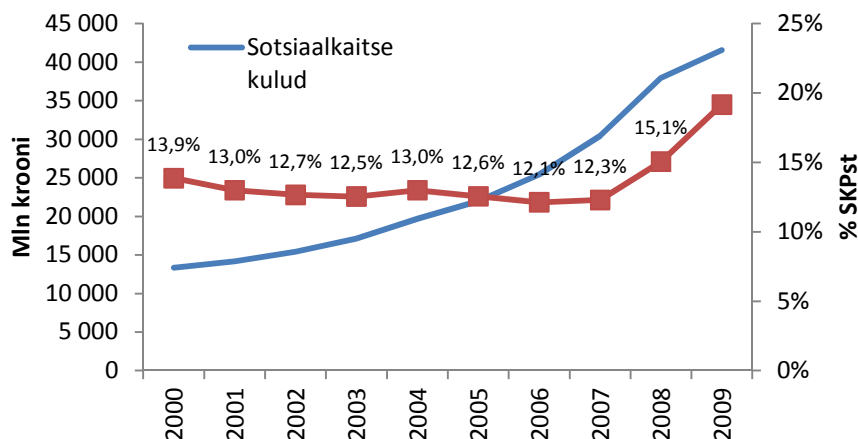
3. Sotsiaalkindlustussüsteemi rahastamise ülevaade

3.1. Sotsiaalkindlustussüsteemi kulude ja rahastamise struktuur

Sotsiaalvaldkonna jätkusuutliku rahastamise seisukohast on oluline sotsiaalkaitsekulutuste tase ja nende struktuur, kulutuste rahastamise allikateks olevate maksutulude tase ja struktuur ning nende kõigi tundlikkus rahvastiku vananemise ja tööturuarengute suhtes. Käesolevas alapunktis antakse lühiülevaade avaliku sektori sotsiaalkaitsekulutustest ja nende rahastamise praegusest olukorrast. Järgmises alapunktis 3.2 on esitatud peamised prognoosid tulevikuks.

Eesti avaliku sektori tehtud sotsiaalkaitsekulutused on kasvanud eelneva kümne aastaga nominaalväärtuses kolm korda (vt joonis 3.1.1). Aastatel 2000–2007 olid kulutused stabiilselt 12–14% sisemajanduse koguproduktist (SKPst) ja majanduskriisi perioodil 2008–2010 tõusid suhtarvuna oluliselt, ulatudes esialgsel andmel ligi 19%ni 2009. aastal. Kogu valitsussektori kuludest moodustasid sotsiaal- ja tervishoiukulud veidi alla poole: aastatel 2000–2007 ca 40% ja majanduskriisi ajal 2009. aastal 47% (vt tabel 3.1.1).

Joonis 3.1.1. Sotsiaalkaitse kulud ja osakaal SKPst kroonides



Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused, sisaldab sotsiaalvaldkonna administreerimiskulusid, 2009. aasta kohta esialgsed arvutused

Tabel 3.1.1. Valitsussektori tulud, kulud ja kulutused sotsiaalvaldkonnale (% SKPst), 2000–2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Valitsussektori tulud	35,9	34,7	36,0	36,5	35,6	35,2	36,0	36,9	37,0	43,4
Valitsussektori kulud	36,1	34,8	35,8	34,8	34,0	33,6	33,6	34,4	39,9	45,2
Maksukoormus	31,0	30,3	31,1	30,8	30,4	30,4	30,4	31,6	31,9	35,7
Valitsussektori kulutused sotsiaalkaitsele ja tervisele (COFOGi klassifikatsioon**)	14,9	14,2	14,1	14,0	14,2	13,9	13,6	13,9	16,9	21,3
Osakaaluna valitsussektori kuludes	41,4	40,8	39,4	40,1	41,8	41,3	40,4	40,3	42,4	47,1
Sotsiaalkaitse kulutused (ESSPROSe definitsioon***)	13,9	13,0	12,7	12,5	13,0	12,6	12,1	12,3	15,1	19,2*

* Esialgne hinnang.

** Classification of the functions of the government.

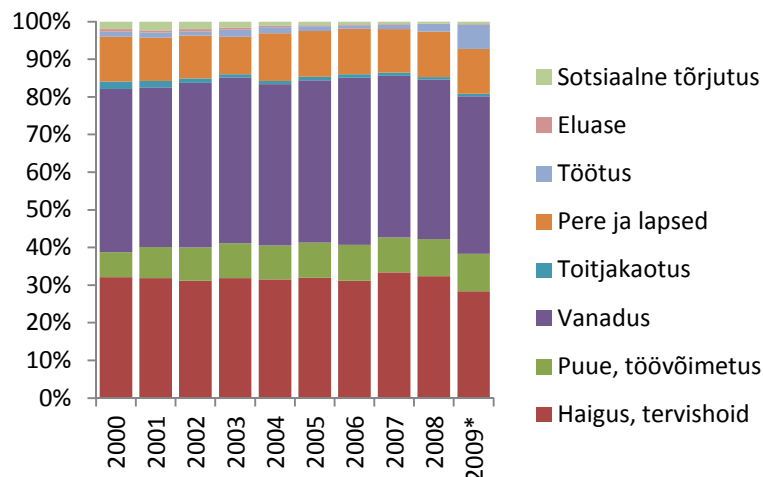
*** European system of integrated social protection statistics.

Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

Valdkondade lõikes on sotsiaalkaitsekulutuste struktuuris kõige suuremaks kategooriaks vanadusega seotud kulud, mis on moodustanud 42–44% sotsiaalkaitsekulutustest aastatel 2000–2009 (vt ka joonis 3.1.2). Enamik sinna kategooriasse kuuluvatest kuludest on vanaduspensionid, lisanduvad kulud erinevatele hooldusteenustele. Järgmine suur valdkond sotsiaalkaitsekulutustest on seotud haigestumise ja tervishoiuga. Sinna alla kuuluvad kõik meditsiiniteenused ja rahalised haigushüvitised. Kulutused lastega peredele on olnud ca 11–12% sotsiaalkaitse kulutustest, millest omakorda ligi 96% on erinevad rahalised hüvitised, nagu peretoetused ja vanemahüvitis.³ Puude ja püsiva töövõimetusega seotud kulud, nt puuetega inimeste toetused ja teenused ning töövõimetus pensionid, moodustavad sotsiaalkaitse kuludest ligi kümnendiku. Töötuse valdkonna kulude osakaal, nii kulutused aktiivsetele kui passiivsetele tööpoliitikameetmetele, olid väga madalad kuni 2007. aastani, moodustades vaid 1–2% sotsiaalkaitsekulutustest. Majanduskriisi ajal aga kasvasid kulud antud valdkonnale mitmekordselt ja olid esialgsel andmetel ca 6% sotsiaalkaitse kogukuludest 2009. aastal.

Sotsiaalkaitsekulutuste struktuuri põhjal saab järeldada, et ligi kolmveerand kulutustest rahvastiku vananedes pigem kasvavad: vanaduspensionid, töövõimetus pensionid, puudega inimeste toetused ja tervishoiukulud. Ajutise töövõimetus hüvitised ja tööpoliitika kulutused on seotud tööealise elanikkonna suurusega ning palju ei muutu rahvastiku vananedes ja vaid kulutused lastega peredele rahvastiku vananedes vähenevad.

Joonis 3.1.2. Sotsiaalkaitsekulutuste struktuur 2000–2009



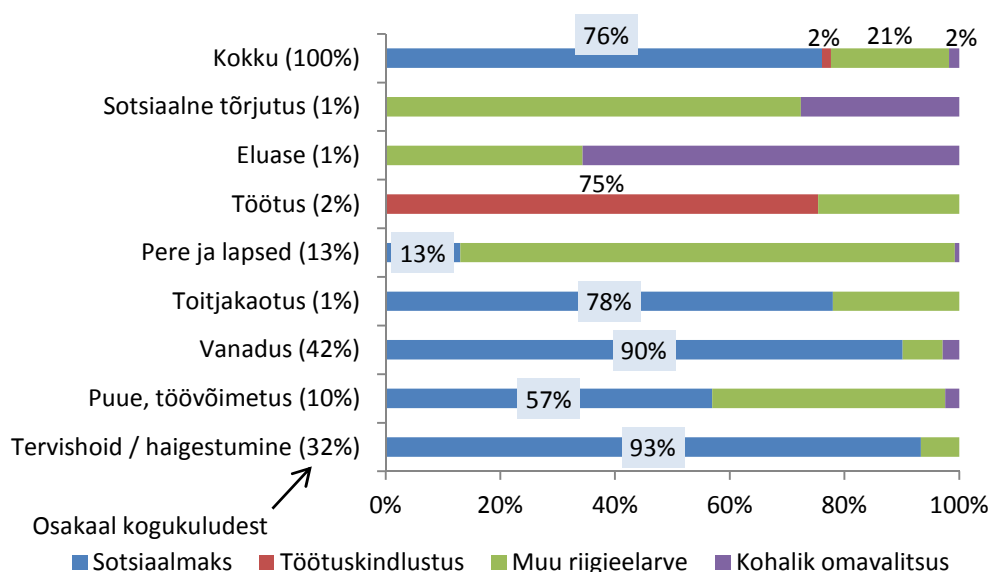
* Esialgsed hinnangud.

Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused, ei sisalda administreerimiskulusid

Sotsiaalkaitse valdkonna avaliku sektori kulutuste rahastamisest tuli 2008. aastal hinnanguliselt ligi 76% sotsiaalmaksust, 2% töötuskindlustusmaksest, 21% muudest riigieelarve tuludest (st muud maksutulud, Euroopa Struktuurifondide siirded, tulu majandustegevusest jm) ja ca 2% kohalike omavalitsuste eelarvetest (mille tuludest suur osa on omakorda siirded riigieelarvest, mis on eelnevalt kogutud maksutuludest).

³ Enamikku lasteaiakuludest ei loeta sotsiaalkaitsekulutuste, vaid hariduskulutuste alla. Kui siiski arvestada ka neid kulusid sotsiaalvaldkonna all, siis on ligi kolmveerand lastega peredele suunatud kuludest rahalised.

Joonis 3.1.3. Sotsiaalkaitse rahastamise struktuur 2008



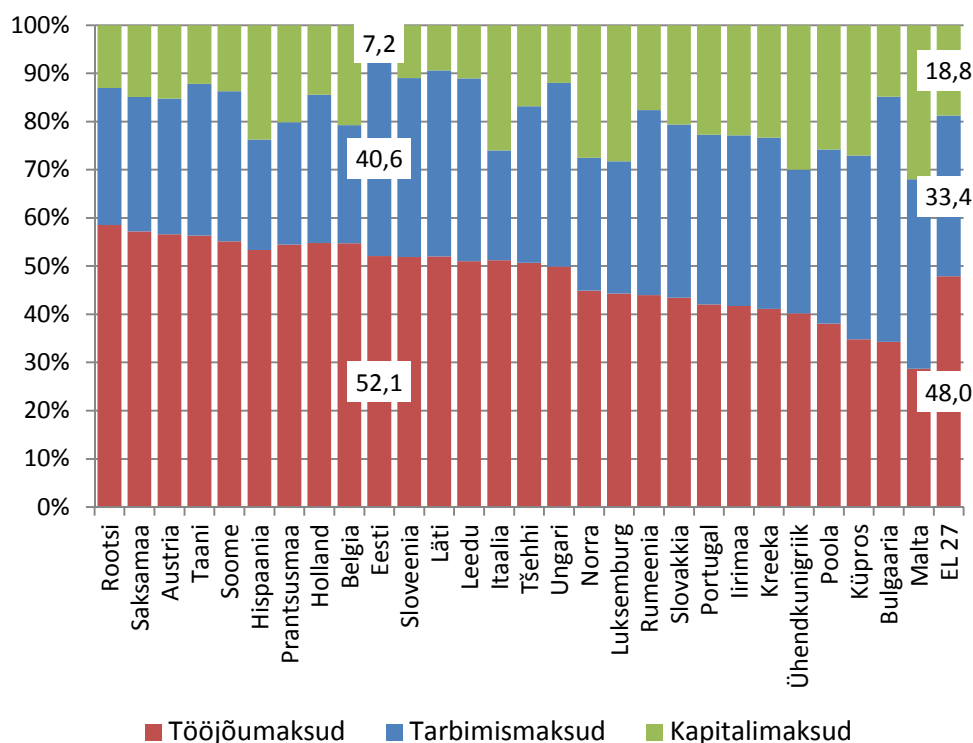
Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused ja eeldused

Sotsiaalvaldkonna rahastamise koormuse jaotus mõjutab läbi rahastamiseks kasutatud maksude struktuuri inimeste ja ettevõtete käitumist, tarbimisvõimaluste jaotust, rahastamise lühiajalist stabiilsust ja pikaajalist arengut rahvastiku vanuskoosseisu muutudes. Seega, kui planeerida muutusi avaliku sektori rahastatud sotsiaalkaitsekulutuste rahastamisallikates, peab arvestama kaasnevate sotsiaalsete ja majanduslike mõjudega.

Maksude klassifitseerimisel maksubaasi järgi kasutatakse sageli Eurostati metoodikat (vt Eurostat 2011, Annex B), mis püüab jagada maksud sellele järgi, kes kõige tõenäolisemalt kannab maksukoormat. Näiteks on sotsiaalmaks loetud töötaja kanda, käibemaks tarbija kanda ja juriidilise isiku tulumaks kapitali omaniku kanda. Lisaks kasutatakse järgmistes arvutustes Rahandusministeeriumi (2011) leitud jaotust üksikisiku tulumaksu jagunemisel töötasu, sotsiaaltoetuste ja kapitalitulule vahel.

Eesti maksutuludest moodustavad seni kõige suurema osa maksud tööjõule ja sotsiaalsetele siiretele (nt sotsiaalmaks, töötuskindlustusmaks, enamik füüsilise isiku tulumaksust), mis moodustasid 2009. aastal 52% maksutuludest. Tarbimismaksud (nt käibemaks, aktsiisid) moodustasid 41% ning maksud kapitalitulule (nt tulumaks dividendidelt, maamaks) moodustasid 7%.

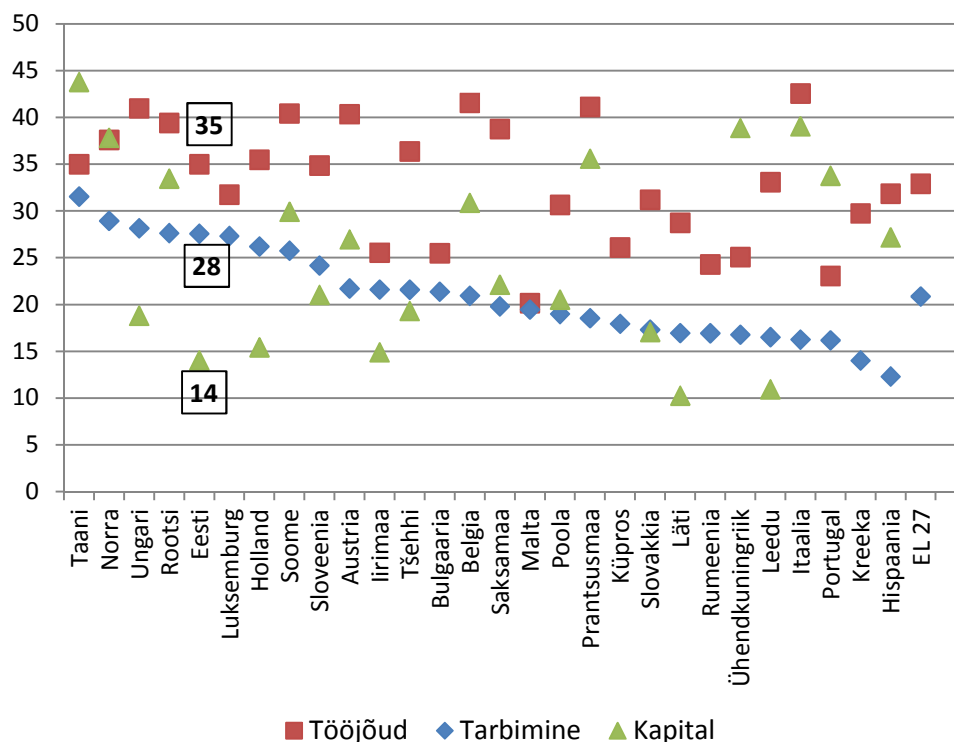
Joonis 3.1.4. Maksude struktuur majandustegevuse liikide lõikes Euroopa riikides, 2009



Allikas: Eurostat

Maksude struktuuri erinevus riikide vahel ja ka muutused üle aastate sõltuvad nii maksubaasi kui ka maksumäärade muutusest. Maksukoormust majandusfunktsioonide lõikes iseloomustab tegelike maksutulude ja tegelike maksubaaside suhe ehk tegelik maksukoormus (*implicit tax rates*, ITR, vt järgmine joonis). Eesti tööjõu tegelik maksukoormus oli 2009. aastal ligi 35% (EL 27 aritmeetiline keskmine oli 33%), tarbimise maksukoormus 28% (EL 27 – 21%) ja kapitalitulu maksukoormus 14% (EL 25 – 25%). Seega võrreldes teiste Euroopa riikidega on Eestis suhteliselt kõrgelt maksustatud tarbimine (2009. aastal oli Eesti maksude tasemelt viiendal kohal EL 27 riikide seas), keskmiselt maksustatud tööjõud (Eesti oli 13. kohal) ja madalalt maksustatud kapitalitulu (Eesti oli 20. kohal 22 riigi seas, kelle kohta olid olemas andmed).

Joonis 3.1.5. Maksukoormuse (implicit tax rate) struktuur majandusfunktsioonide lõikes Euroopa riikides protsentides, 2009



Märkus: kapitali tegeliku maksumäära andmed puudusid Kreekal, Küprosel, Luksemburgis, Maltal ja Rumeenial.

Allikas: Eurostat

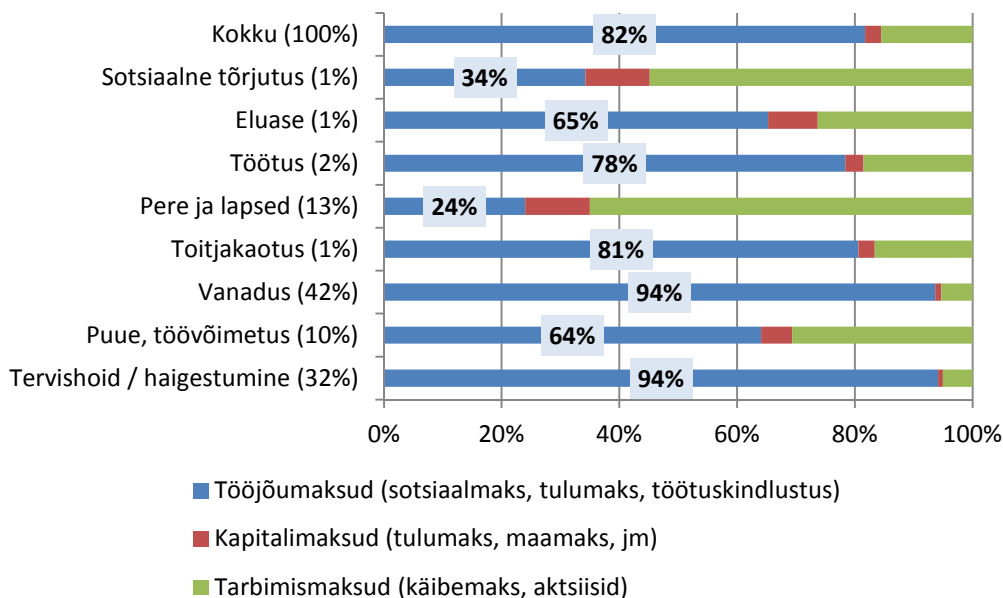
Võttes aluseks sotsiaalkaitsekulutuste rahastamise struktuuri ja omakorda rahastajate maksutulude struktuuri ning osade maksude märgistamise (nt kütuseaktsiis, sotsiaalmaks) saab tuletada tingliku maksutulude jaotuse sotsiaalkaitsekulutuste senises rahastamises.⁴ Niisugune lähenemine võimaldab anda hinnangu, millistele maksudele Eesti sotsiaalvaldkonna rahastamine senini tugineb ja millised võiksid olla potentsiaalsed muudatused tulevikus. Järgmistes peatükkides pakutakse välja ka võimalikud täiendused, arvestades nii maksude senist taset võrreldes teiste riikidega, maksude võimalikku mõju majandusagentide käitumisele ja selle läbi maksubaasile ning rahvastiku vananemise mõju maksubaasi muutusele.

Analüüs näitab, et sotsiaalvaldkonna rahastamise avaliku sektori osa tugineb eelkõige tööjõumaksudele või ka sotsiaaltoetuste maksustamisele, nagu sotsiaalmaksu pensionikindlustuse ja ravikindlustuse osa, üksikisiku tulumaks palgatulule, pensionidele, vanemahüvitisele ja töötuskindlustusmaks. Tarbimismaksud (nt käibemaks, aktsiisimaksud) ja maksud kapitalilt (nt üksikisiku tulumaks ettevõtetuludele ja finantstuludele, maamaks või juriidilise isiku tulumaks) moodustavad väiksema osa sotsiaalkaitsekulutuste rahastamises. Analüüs näitab, et 82% sotsiaalkaitsekulutustest on rahastatud tööjõumaksudest. Ligi 16% tuleb tarbimismaksudest ja ligi 2–3% kapitalimaksudelt. Keskkonnatasude ja keskkonnamaksude osakaal, mida on samuti nähtud ühe potentsiaalse allikana sotsiaalkaitse rahastamisel tulevikus, oli 2008. aastal ca 0,7%.

⁴ Analüüsis on jagatud kulutused kasutades maksude osakaale eelarves:

$$s_i = \sum_j w_j \times f_{ij}$$
 kus s_i on maksu osakaal sotsiaalkulude rahastamises, w_j on institutsiooni (Haigekassa, Töötukassa, riigieelarve, kohalikud eelarved) osakaal sotsiaalkaitse rahastamises ning f_{ij} on konkreetse maksu osakaal institutsiooni tuludes, mis ei ole märgistatud muuks otstarbeks.

Joonis 3.1.6. Sotsiaalkaitse rahastamise struktuur maksude majandusliku sisu lõikes, 2008



Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused ja eeldused

Seega võib kõige üldisemas plaanis tuua praeguse sotsiaalkaitse rahastamise kohta välja järgmised aspektid:

- Sotsiaalkaitse rahastamine on väga suures osas seotud tööajoomaksudega. See on tingitud nii tööajoomaksude sihtotstarbelisest suunamisest sotsiaalvaldkonda kui ka tööajoomaksude suurest osakaalust valitsussektori tuludes.
- Tööajoomaksudest sõltuvad kõige enam just rahvastiku vananemise suhtes kõige tundlikumad valdkonnad nagu kulutused vanaduspensionidele ja tervishoiule.
- Sotsiaalvaldkonna rahastamisel on väga väike roll kapitalimaksudel, sest viimaste osakaal tuludest on väga madal, ja ka keskkonnamaksudel, mis on märgistatud keskkonnaotstarbeliste kulutuste jaoks.

Järgmises alapeatükis antakse ülevaade kolme peamise sotsiaalkaitse valdkonna – pensionid, tervishoid ja tööpoliitika – kulude ja tulude seostest rahvastiku- ja tööturuprotsessidega, kasutades Praxise sotsiaalvaldkonna simulatsioonimudelit.

3.2. Sotsiaalkindlustuse peamiste kulude ja tulude arengu baasstsenaarium

Sotsiaalvaldkonnakulutuste prognoosimisel kasutatakse Praxise sotsiaaleelarvemudelit (SEM), mis võtab sisendiks demograafilised projektsioonid ja prognoosid reaalmajanduse (tööjõu produktiivsuse kasv, tööhõivemäärade muutused, reaalpalga kasv) ning nominaalmajanduse (hindade kasv, pensionifondide tulusus) kohta aastani 2060. Koos täiendavate eeldustega sotsiaalvaldkonna tulude ja kulude sõltuvuse kohta majandus- ja demograafilistest näitajatest simuleeritakse sotsiaalkindlustussektori pikaajalised tulude ja kulude muutused. Alljärgnevalt antakse ülevaade prognoositud rahvastiku ja tööturuarengute kohta ning seejärel nende mõjudest pensionikindlustuse, ravikindlustuse ja tööpoliitika rahastamisele. Detailsemad eeldused ja täpsem metoodika on kättesaadavad raporti autoritelt.

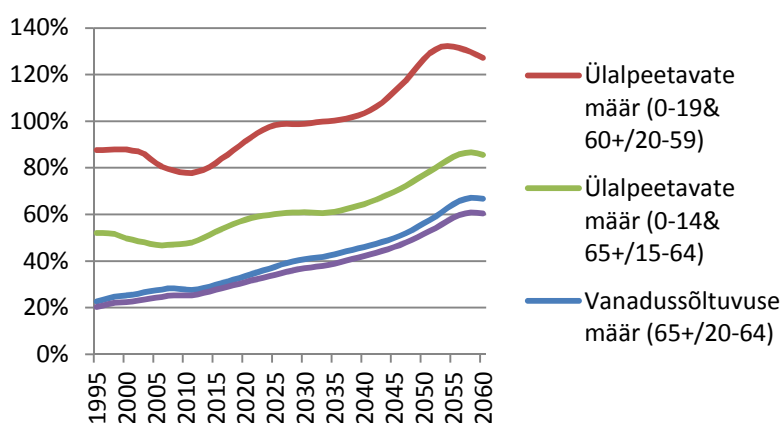
3.2.1. Rahvastiku ja tööturu baasstsenaarium

Selles alapunktis antakse lühike ülevaade rahvastikuprognoosist, millele tuginevad nii sotsiaalkaitse panustajate prognoosid kui ka sotsiaalkaitse teenuste kasutajad ja rahaliste hüvitiste saajad. Rahvastikuprognoosi detailsed eeldused on toodud raporti lisa. Peamisteks eeldusteks on, et oodatav

eluiga sünnihetkel pikeneb 2060. aastaks meestel praeguselt 70 aastalt 81 aastani ja naistel praeguselt 80 aastalt 88 aastani. Summaarne sündimuskordaja suureneb 1,7ni 2060. aastaks ja netomigratsioon on null. Rahvastiku lähteseisuna kasutatakse Statistikaameti avaldatud Eesti rahvastiku koosseisu 2010. aasta alguse seisuga, mis ei arvesta rännet.

Sotsiaalvaldkonna jätkusuutliku rahastamise seisukohalt on oluline rahvastiku vanuskoosseis ja selle muutus. Seda iseloomustatakse vanadussõltuvuse määra ja ülalpeetavate määra abil (vt joonis 3.2.1). Vanadussõltuvuse määr (65-aastaste või vanemate ning 20–64-aastaste suhe) kasvab 28%-lt 2010. aastal prognooside kohaselt 33%ni 2020. aastal, 46%ni 2040. aastal ja 67%ni 2060. aastal. Ehk teistpidi, kui aastal 2010 tuleb ühe üle 65-aastase kohta 3,6 tööelist, siis aastaks 2060 on see langenud 1,5-le. Sarnaselt kasvab ülalpeetavate määr, mis iseloomustab laste ja eakate ning tööeliste suhet. Kui 2010. aastal tuli iga potentsiaalselt tööelise (vanuses 15-64) kohta 0,48 ülalpeetavat, siis 2060. aastaks on see kasvanud 0,86ni. Defineerides tööelise vanuses 20-59, siis toimub muutus 0,87lt 1,27ni.

Joonis 3.2.1. Ülalpeetavate määr ja vanadussõltuvuse määr 1995–2060

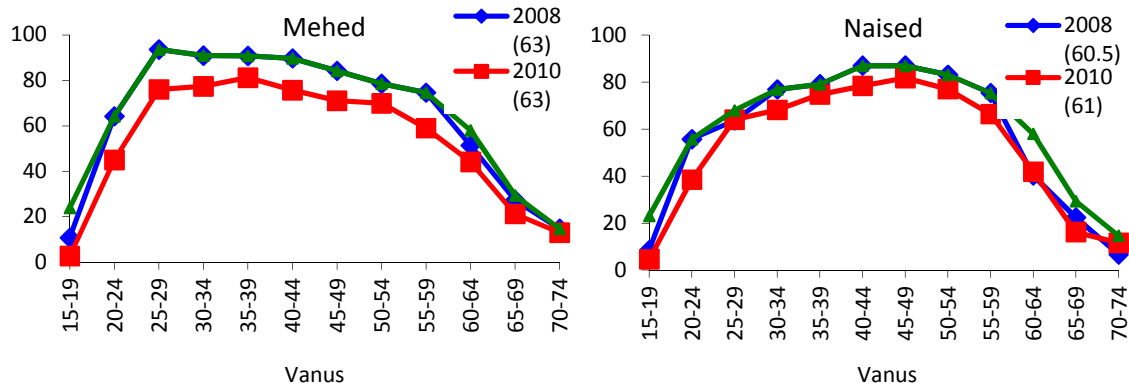


Allikas: Statistikaamet, autorite eeldused ja arvutused

Rahvastiku vanuskoosseis mõjutab otseselt tööeliste inimeste arvu. Tööelised inimesed jagatakse mudelis hõivatuteks, mitteaktiivseteks ja töötuteks. Tööturuseisundi prognoosimisel võetakse aluseks Eesti Tööjõu-uuringu andmed, mis jagab inimesed kasutades Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni (ILO) definitsioone. Sotsiaalkindlustusse panustajate arv prognoositakse omakorda, kasutades mineviku seoseid registriandmete ja hõivatute vahel.

Praxise mudelis eeldatakse baasstsenaariumi kohaselt, et 2030. aastaks saavutavad hõivemäärad soovuserühmades seni kogetud hõivemääradest kõrgeima, s.o 2008. aasta taseme ning lisaks, et hõivemäärad vanuserühmades 60–64 ja 65–69 isegi kasvavad võrreldes 2008. aastaga tulenevalt pensioniea tõusust. Suuremat hõivemäärade kasvu eeldatakse naistel, kuna nende pensioniiga tõuseb enam. Pikaajaliselt eeldatakse, et eakate hõivemäärad on meestel ja naistel võrdsed, sest pensionieelses eas (vanuserühmades 55–59) on need olnud sarnased ja pensioniiga võrdsustub aastaks 2016.

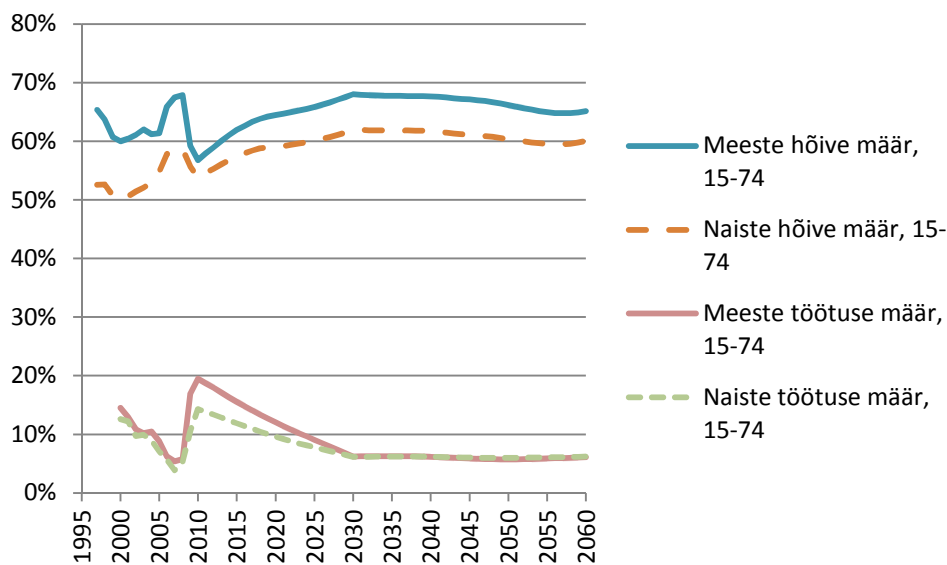
Joonis 3.2.2. Tegelikud ja eeldatud hõivemäärad soo ja vanuserühmade lõikes protsentides (aastaarvu järel sulgudes pensioniiga)



Allikas: Statistikaamet, autorite eeldused

Mudeli eeldustest tuleb, et hõivemäär tõuseb vanuserühmas 15–74 aastat 2030. aastaks 64,9%ni (meestel 68,0 ja naistel 61,9). Pikemas perspektiivis hõivemäär pisut langeb, sest rahvastikus kasvab eakamate vanuserühmade osakaal, kelle hõivemäärad on madalamad. Töötuse määr langeb vanuserühmas 15–74 aastat 2030. aastaks 6,2 protsendini, mis edaspidi muutub väga vähe, tulenevalt üksnes vanuskoosseisu muutusest.

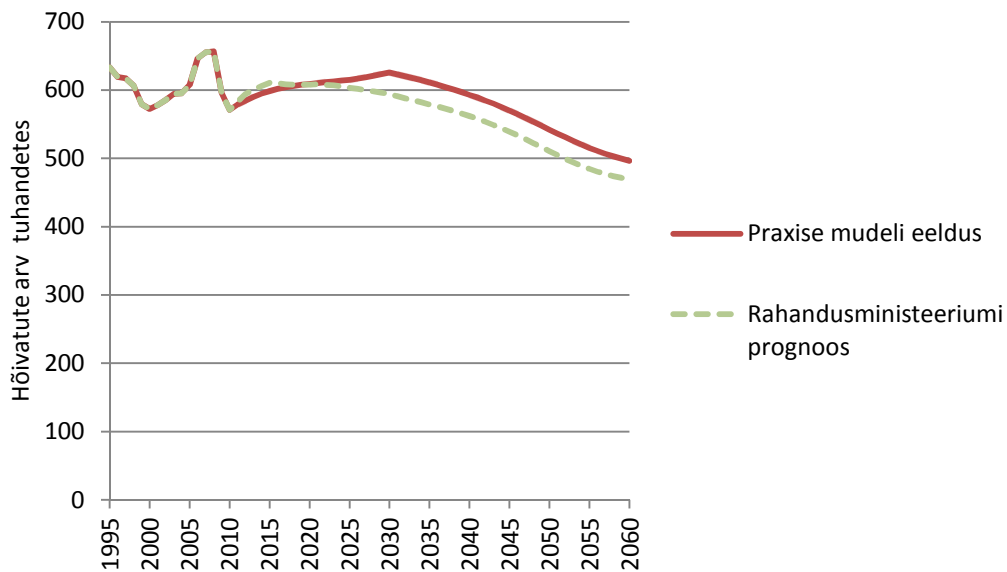
Joonis 3.2.3. Meeste ja naiste hõive määrad ning töötuse määrad 1995–2060



Allikas: Statistikaamet, autorite eeldused

Tuleb tähele panna, et Praxise mudelis kasutatud hõivemäärade arengu puhul on tegemist optimistliku stsenaariumiga, kus hõivemäärad lähenevad ajalooliselt seni kõige kõrgematele väärtustele ning eakate puhul tõusevad isegi tasemeni, mida ei ole seni kordagi jälgitud. Samuti on hõivemäärade konvergeerumine stabiilne ning eeldatakse, et mingeid majandustsükleid tulevikus ei esine. Võrreldes rahandusministeeriumi 2011. aasta kevade pikaajaliste hõiveprognoosidega on Praxise mudelis kasutatud baasstsenaariumi hõivemäärad lühiajaliselt veidi madalamad ja pikaajaliselt kõrgemad. Hindamaks tulemuste tundlikkust, viiakse baasstsenaariumi puhul läbi analüüs ka konstantsete 2010. aasta hõivemääradega.

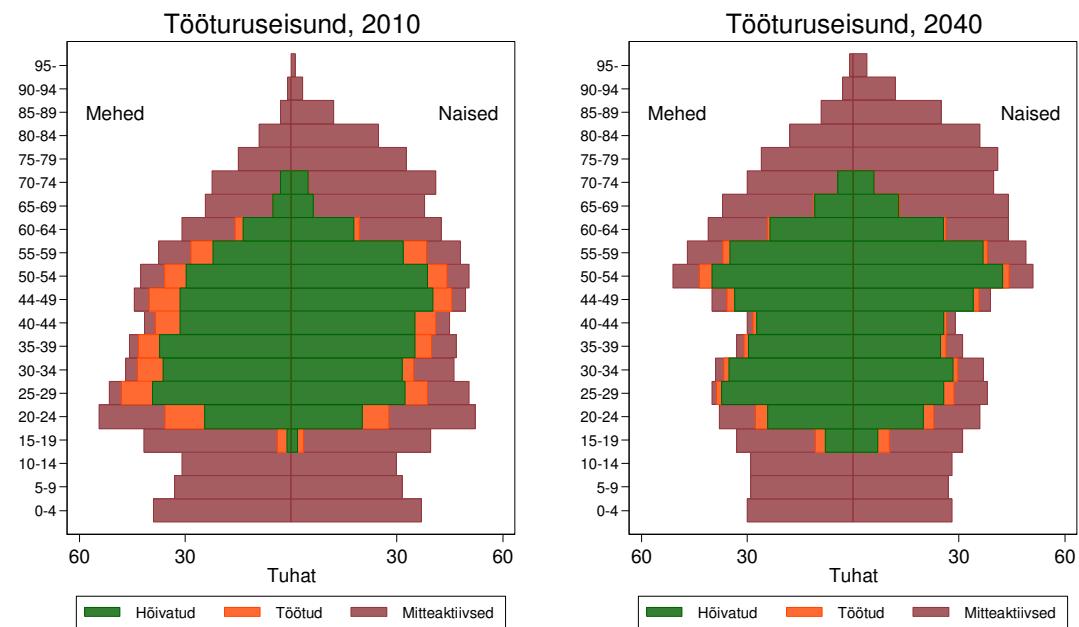
Joonis 3.2.4. Hõivatute arvu prognoos Praxise mudeli ja Rahandusministeeriumi prognoosi järgi aastani 2060



Allikas: Rahandusministeeriumi prognoos 2011, autorite arvutused

Rahvastikueelduste ja tööturueelduste koosmõju on näha järgmiselt joonisel, mis võrdleb 2010. ja 2040. aasta tööturupüramiide, kus on toodud soo ja vanuse lõikes hõivatud, töötud ja mitteaktiivsed inimesed.

Joonis 3.2.5. Meeste ja naiste tööturuseisundid 2010. ja 2040. aastal



Allikas: Statistikaamet, enda arvutused

Allikas: Praxise prognoos

Lisaks rahvastiku ja tööturuarengutele kasutatakse mudelis sisendina prognoose tööjõu produktiivsuse (defineeritud kui sisemajanduse koguprodukt töötaja kohta), SKP deflaatori, tarbijahinnaindeksi (THI), pensionifondide tulususe, reaalpalkade jm kohta. Need eeldatakse olevat sõltumatud rahvastiku, tööturu ja sotsiaalkindlustussektori enda arengust. Pikaajalised makromajandusnäitajad võetakse kooskõlas Rahandusministeeriumi pikaajalise prognoosiga 2011. aasta kevadest. Sotsiaalkindlustuse võimalikku mõju fundamentaalsete majandusnäitajate arengule (nt produktiivsusele) või hindadele (nt kaudsete maksude

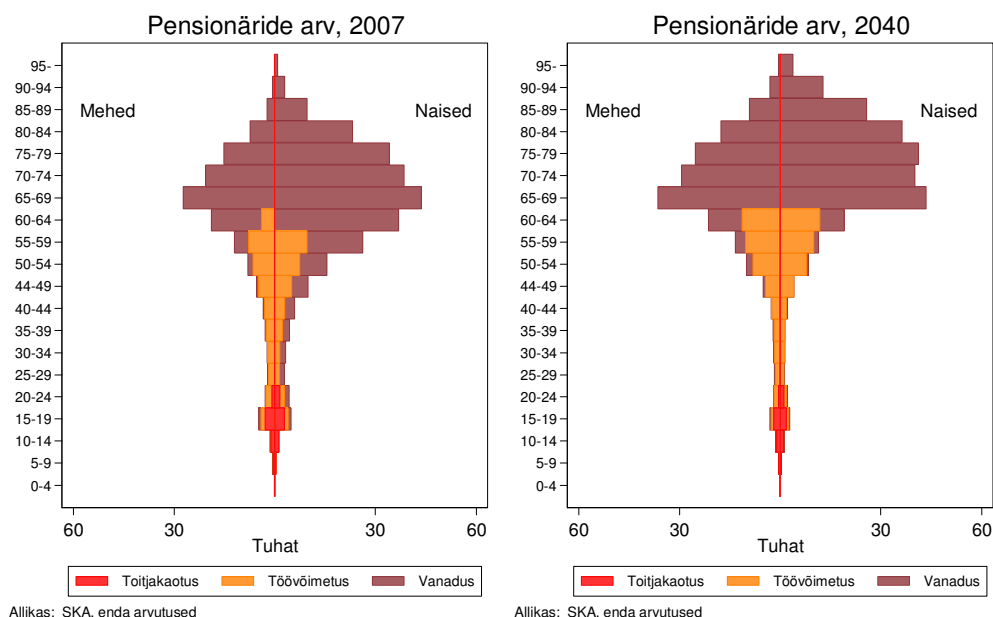
tõstmise vajaduse korral) diskuteeritakse vajadusel eraldi. Pikaajaliselt ei arvestata ka võimalikku uut majanduskriisi või majandusbuumi, mille tulemusena kasvaks töötus või kiireneks palkade kasv.

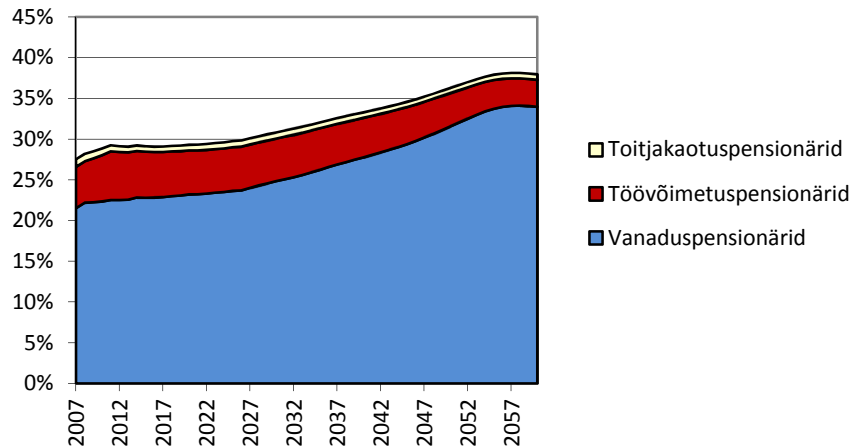
3.2.2. Pensionikindlustuse baasstsenaarium

Pensionisüsteemi prognoosimisel vaadatakse riiklikku pensionikindlustust ja kohustuslikku kogumispensionit (I ja II sammast). Riikliku pensionikindlustuse finantsilist jätkusuutlikkust ühelt poolt ja pensionide adekvaatsust teiselt poolt mõjutavad pensioni saavate inimeste arv, nende pensioni suurus, sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa maksvate inimeste arv ja sotsiaalmaksustatava tulu areng. Riikliku pensionikindlustuse puhul käsitletakse eraldi vanaduspensionit, töövõimetus pensioni ja toitjakaotuspensionit. Riikliku pensionikindlustuse tulude ja kulude puhul ei analüüsita pensione, mida ei maksta sotsiaalmaksu tuludest (nt eripensionid). Baasstsenaariumis eeldatakse, et vanaduspensioniga tõuseb vastavalt kehtivatele seadustele ning see jõuab 2026. aastaks meestel ja naistel vanuseni 65 ja püsib seejärel muutumatuna. Kogumispensionit puhul käsitletakse agregeeritult kõike fonde ja prognoosimisel eeldatakse keskmist tulumäära. Kogumispensionit väljamaksed tehakse annuiteedina riikliku vanaduspensioniea saabudes.

Prognoosi tulemused näitavad, et pensionäride osakaal rahvastikus kasvab. Kuni aastani 2026 tuleb kasv nii töövõimetus pensionäride arvu mõningasest kasvust, sest toimub vanaduspensionide asendamine töövõimetus pensionidega, kui ka olemasolevate pensionäride oodatava eluea pikenedes. Kui pensioniea tõus seiskub 2026. aastal, siis hakkab kasvama üksnes vanaduspensionäride arv oodatava eluea pikenedes tõttu. Mudeli eeldustest tuleb, et kui 2010. aasta alguses moodustasid pensionärid kokku rahvastikus ca 29% inimestest, siis 2030. aastal on see ca 31%, 2040. aastaks 33% ja 2060. aastaks 38%. See omakorda paneb surve riiklikule pensionisüsteemile, sest pensionäride arv ühe töötava inimese kohta tõuseb.

Joonis 3.2.6. Pensionäride arv ning vanus-sooline koosseis 2007. ja 2040. aastal

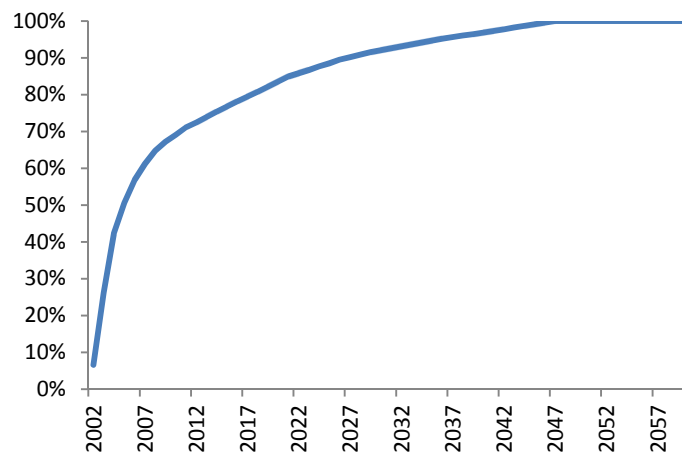


Joonis 3.2.7. Pensionäride osakaal rahvastikus 2007–2060

Märkus: ei sisalda rahvapensione ja eripensione, mis lisavad juurde mõne protsendipunkti SKPst.

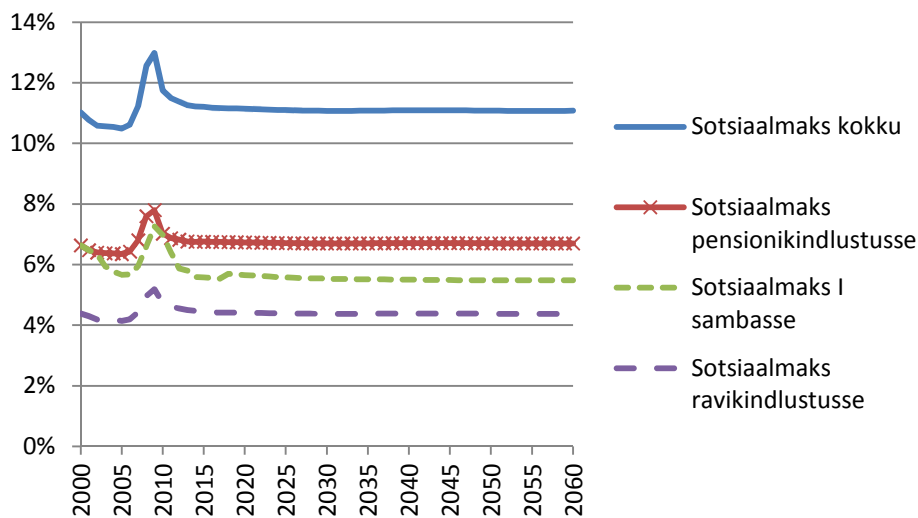
Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Riikliku pensionikindlustussüsteemi panustajate arv on otseses sõltuvuses hõivatute arvust, mille prognoosid toodi eelmises alapunktis. Tulude seisukohalt on veel oluline kogumispensioniga liitunud isikute arv, mis määrab, kui paljude inimeste eest maksatakse 20% ja kui paljude eest 16% sotsiaalmaksust riiklikku pensionikindlustussüsteemi. Prognooside kohaselt jõuab kogumispensioniga liitunute arv 2028. aastaks 90%ni 18–63-aastaste seas ja 2048. aastaks on see 100%. Suurem kogumispensioniga liitunute arv tähendab väiksemat laekumist riiklikusse pensionikindlustuskeemi, kuid ka väiksemaid õigusi riiklikule pensionile tulevikus.

Joonis 3.2.8. Kohustusliku kogumispensioniga liitunute osakaal 18–63-aastastest, 2003–2060

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, autorite eeldused ja arvutused

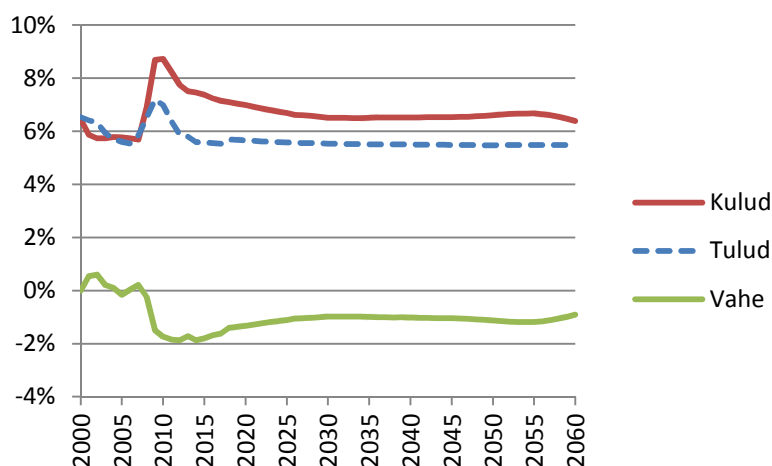
Pannes kokku rahvastiku, tööturu, makromajanduse ja pensionikindlustussüsteemi kohta tehtud eeldused ja prognoosid, saab leida pensionikindlustussüsteemi tulud ja kulud. Sotsiaalmaksu laekumise pikaajaline dünaamika on toodud järgmisel joonisel. Eelduste kohaselt moodustab sotsiaalmaks pikaajaliselt 11,1% SKPst, sealjuures sotsiaalmaks pensionikindlustusse 6,7% ja ravikindlustusse 4,4%. Sotsiaalmaks pensionikindlustuse I sambasse on pikaajaliselt 5,5% SKPst ja II sambasse koos töötajate endapoolse sissemaksuga 2,2% SKPst.

Joonis 3.2.9. Sotsiaalmaks ja selle komponendid 2000–2060, % SKPst

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemuudel, autorite arvutused

Riikliku pensionisüsteemi kulud sõltuvad olemasolevate pensionide suurusest, mida indekseeritakse vastavalt kehtivale pensioniindeksile, ning uute pensionäride omandatud õigustest läbi inimeste poolt makstud sotsiaalmaksu. Pensioniindeksi puhul eeldatakse, et 2010. aastal ja 2011. aastal pensionide mittelangetamise tasaarveldus tehakse täiel määral 2012. aastal.

Kõrvutades riikliku pensionikindlustuse prognoositud tulusid prognoositud kuludega, siis näeme, et baasstsenaariumi kohaselt kulud stabiliseeruvad tasemel ca 6,5–6,6% SKPst ja tulud ca 5,5% SKPst. Selle tõttu jääb riiklik pensionikindlustus iga-aastasse defitsiiti ca 1–1,1% SKPst. Defitsiit on kõrgeim lähiaastatel, ulatudes 1,9%ni SKPst, kui on taastunud II samba maksed ja seejärel tuleb täiendav II samba maksete vahepealse peatamise kompenseerimine aastatel 2014–2017. Seejärel aastatel 2017–2026 defitsiit väheneb tulenevalt pensioniea tõusust ja hiljem kulude tase stabiliseerub, sest õigused riiklikule pensionikindlustusele hakkavad muutuma väiksemaks, kuna aina enam pensionäre on liitunud kogumispensioni skeemiga.

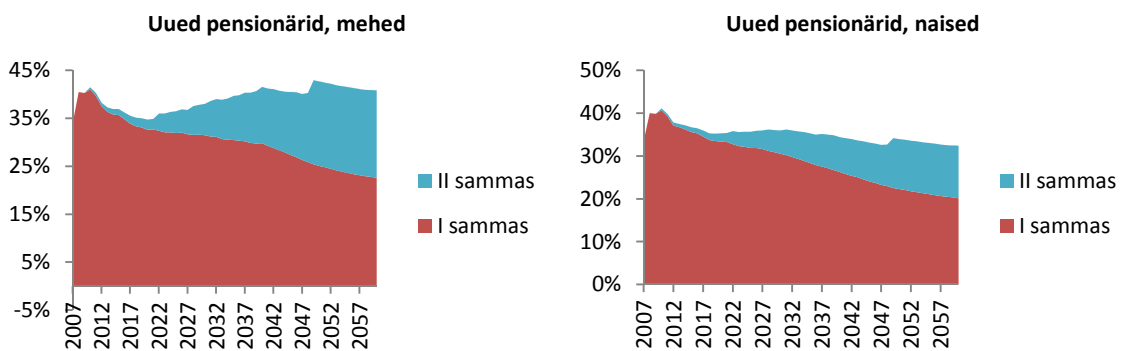
Joonis 3.2.10. Riikliku pensionikindlustuse kulud, tulud ja vahe 2000–2060, % SKPst

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemuudel, autorite arvutused

Riikliku pensioniea vanuses pensionile jäävate inimeste keskmine pension kokku I ja II sambast on alguses

ca 40% keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatud tulust (vt järgmine joonis). I sambast asendusmäär pikas perspektiivis langeb tulenevalt pensioniindeksist, mis kasvab aeglasemalt kui keskmine palk. Järk-järgult kasvab pensionis kogumispensioni mõju. Seega toob praegune pensionisüsteem kaasa solidaarse komponendi osa vähenemise ning inimese enda poolt kogutud osa suuremise. Keskmine pension I ja II sambast kokku vanaduspensionile jääjatel normaalvanaduspensionieas võrreldes keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud tuluga on 2060. aastal meestel ca 41% ja naistel 32%. Kogu pensionist moodustab I samba pension meestel ca 55% ja naistel ca 62%. Meeste kõrgem pension on tingitud nii kõrgemast I samba pensionist tänu suurematele aastakoeffitsientidele kui ka suurematest maksetest kogumispensioniskeemi. Tuleb lisada, et juba pensionil olles asendusmäär keskmisesse palka langeb ja I samba pensioni osa suureneb, sest I samba pensioneid tõstetakse koos palkade ja hindade kasvuga vastavalt pensioniindeksile, kuid II samba pensioni suurus on fikseeritud annuitedimakse ja seetõttu ei muutu.

Joonis 3.2.11. Keskmine brutoasendusmäär pensionikindlustussüsteemist uutel vanaduspensionäridel pensionile jäämise hetkel vanaduspensionieas.

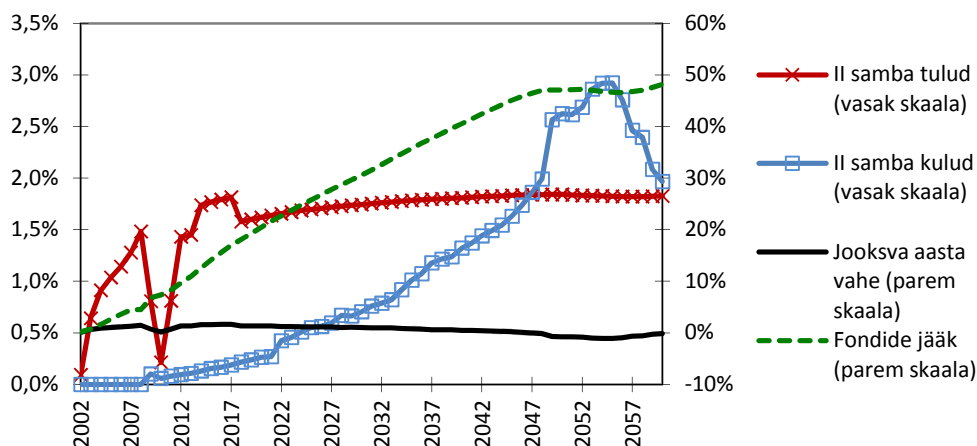


Märkus: brutoasendusmäär on leitud sotsiaalmaksuga maksustatava keskmise tulu suhtes

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Sissemaksed kogumispensioniskeemi (II sambasse) ületavad väljamakseid prognooside kohaselt kuni aastani 2050. Siis hakkavad pensionile jääma esimesed põlvkonnad, kes on kogu oma hõiveperioodi teinud kogumispensioniskeemi sissemakseid ja kes said täiendavalt kasu majanduskasvu perioodil (2014–2017) tehtavatest täiendavatest sissemaksetest enda kogumisperioodi alguse ajal.

Joonis 3.2.12. II samba tulud ja kulud, % SKPst



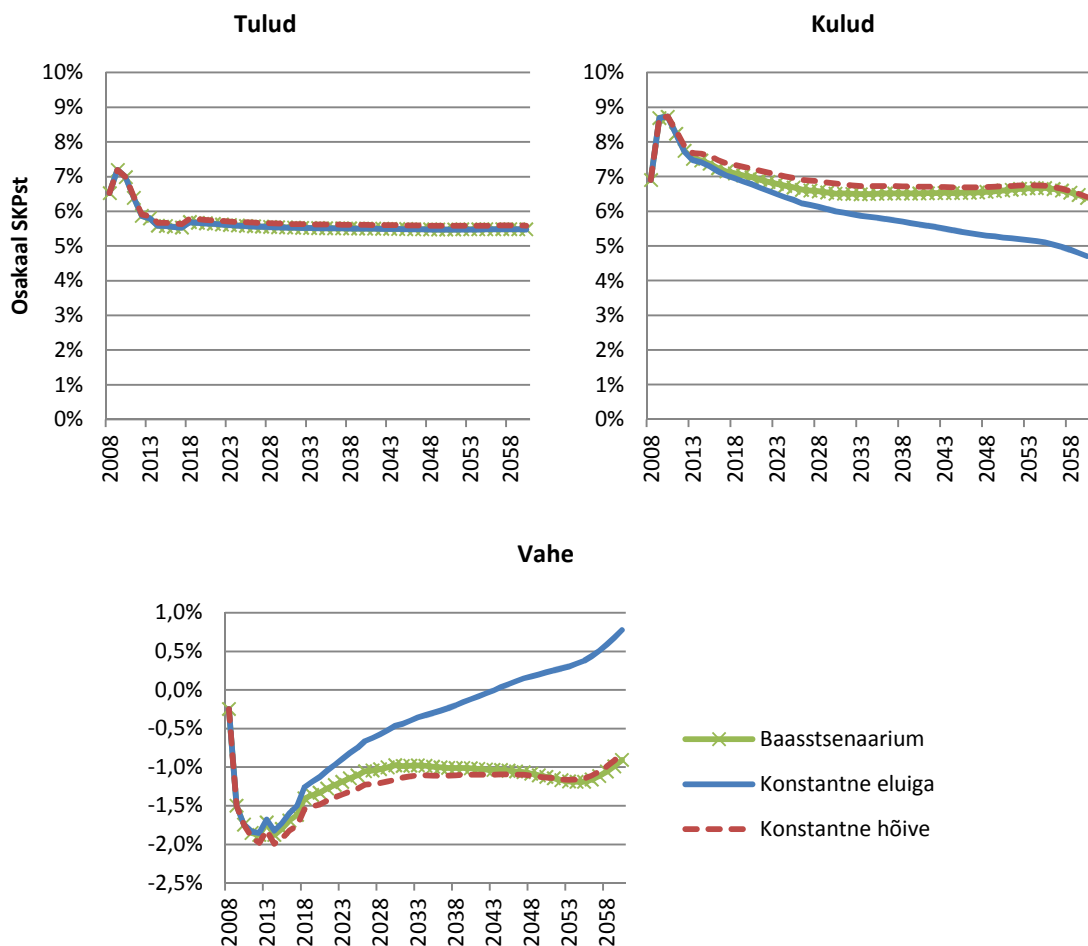
Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Tulemuste tundlikkuse analüüsimiseks rahvastikuprotsesside ja tööturueelduste suhtes on esitatud riikliku pensionikindlustuse tulud ja kulud ning asendusmäärad kahel juhul: a) kui oodatav eluiga ei pikene ehk säilivad 2009. aasta oodatav eluiga ja vastavad suuremustõenäosused, b) kui säilivad 2010. aasta hõivemäärad ja hõive ei kasva.

Kui oodatava eluiga ei pikene, siis see vähendab oluliselt I samba kulusid võrreldes SKPga (vt järgmine joonis stsenaarium „Konstantne eluiga“). Kulude vähenemine on tingitud sellest, et pensionäride arv, kellele pensioni välja makstakse, on väiksem, võrreldes baasstsenaariumiga. Oodatava eluea muutumise mõju ei mõjuta sotsiaalmaksulaekumist osakaaluna SKPs, sest vähenevad nii sotsiaalmaksulaekumine kui ka SKP. Kokkuvõttes jõuab I samba iga-aastane defitsiit oodatava eluea mitte kasvades nulli ca 30 aastaga.

Hõive mittekasvamine suurendaks riikliku pensionisüsteemi defitsiiti võrreldes baasstsenaariumiga. Küll on mõju väiksem kui eluea muutumisel, sest hõive langedes vähenevad samaaegselt nii riikliku pensionikindlustuse tulud kui ka kulud. Madalam hõive küll vähendab sotsiaalmaksulaekumisi ja seetõttu defitsiit lühiajaliselt suureneb, kuid väiksemad sotsiaalmaksulaekumised tähendavad omakorda ka väiksemaid omandatud pensioniõigusi tulevikuks, mistõttu suhteline defitsiit on pikemas perspektiivis sarnane, mis baasstsenaariumi kohaselt. (Märkusena olgu lisatud, et absoluutne defitsiit ja SKP on mõlemad madalama hõive korral väiksemad, lihtsalt nende suhe ei muutu.)

Joonis 3.2.13. I samba tulud, kulud ja vahe erinevate eelduste korral, % SKPst



Märkus: joonise tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada, et hõivemäärade ja oodatava eluea muutudes muutub ka sisemajanduse koguprodukt, mille suhtes on tulud ja kulud leitud.

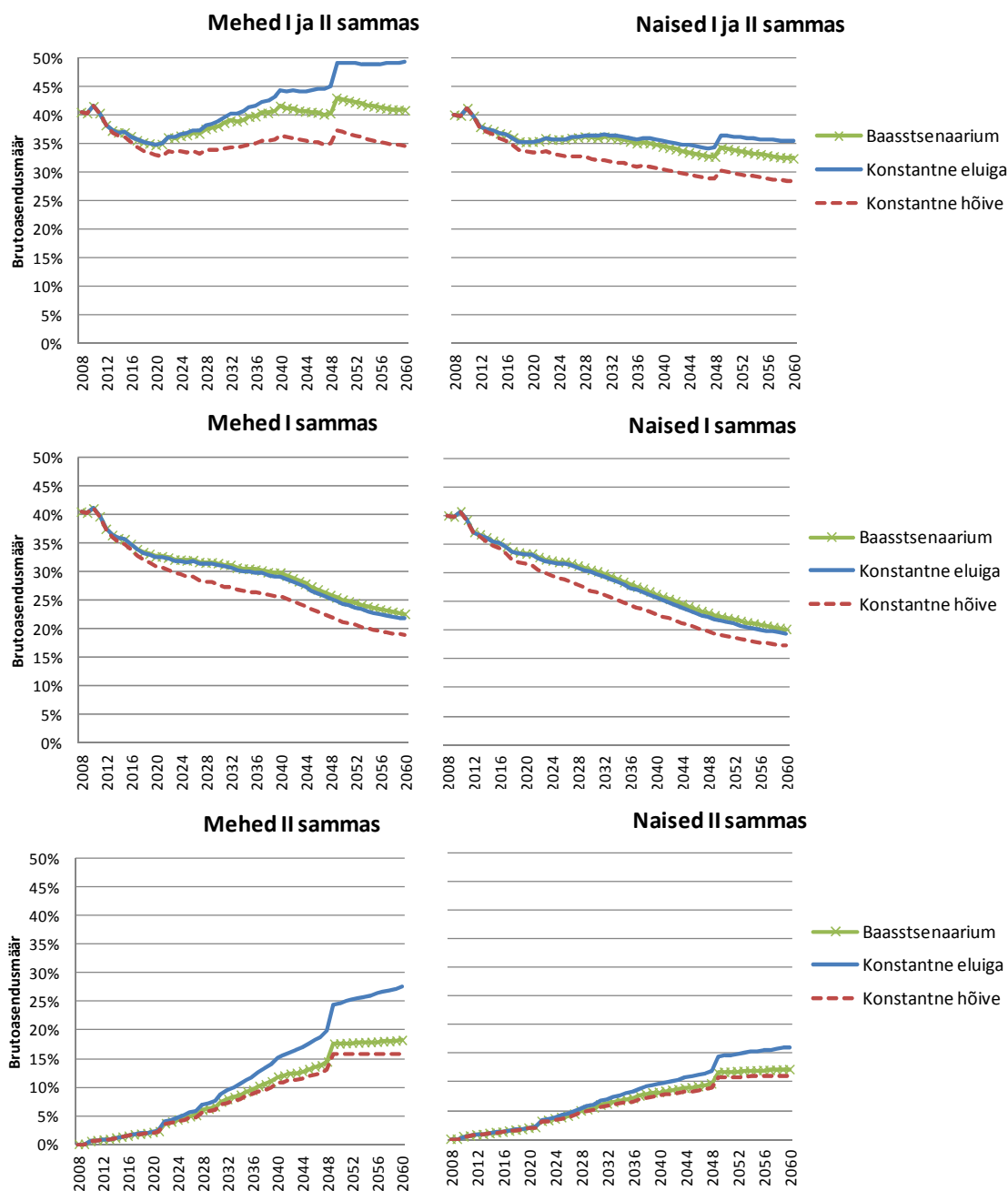
Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemuudel, autorite arvutused

Oodatava eluea ja hõive muutused mõjutavad ka pensionide asendusmäärade muutumist. Kui oodatav eluiga ei kasva, vaid jääb 2009. aasta tasemele, siis uute pensionäride jaoks pensionide asendusmäär

võrreldes baasstsenaariumiga kasvab. Lühem oodatav eluiga pensionile jäämise hetkel võimaldab saada suuremat pensioni II sambast. Ehkki vastukaaluks vähendab kõrgem suremus ka tööjõu hulka, mis vähendab sotsiaalmaksu laekumist ja seetõttu I samba pensioniindeksi kasvu, on viimase mõju väiksem. Prognoosiperioodi lõpus on meestel ligi 9 protsendipunkti kõrgemad asendusmäärad II sambas ja ca 1 protsent madalamad asendusmäärad I sambas kui baasstsenaariumi kohaselt. Kokkuvõttes tähendaks oodatava eluea mittepikenemine meestele ligi 8 protsendipunkti kõrgemat asendusmäära ulatudes 2060. aastal meestel 49%ni keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatud tulust. Naistele on kogumõju ligi 3 protsendipunkti (ehk asendusmäär jõuab ligi 36%ni), sealjuures II sambast kasvab asendusmäär 4 protsendipunkti võrra ja I sambast väheneb 1 protsendipunkti võrra võrreldes baasstsenaariumiga. Meestele on mõju suurem, sest meestel on II sambast saadav pension oluliselt suurem ja samuti kasvab meestel oodatav eluiga rohkem kui naistel baasstsenaariumi kohaselt.

Hõivemäärade muutumine avaldab samuti mõju pensionide suurusele. Esiteks toob madalam hõive kaasa väiksema I samba pensioniindeksi väärtuse ja seega on pensionid I sambast madalamad. Madalam hõive tähendab ka seda, et inimesed on vähem kogunud II pensionisambasse, mistõttu on ka pensionid II sambast madalamad. Kui hõivemäärad ei kasvaks, vaid jääksid 2010. aasta tasemele, siis on meeste pensionide asendusmäärad 2060. aastaks võrreldes baasstsenaariumi tulemustega madalamad ligi 6 protsendipunkti võrra (35%) ja naistel 4 protsendipunkti võrra (28%). Väheneb nii I samba pensioni asendusmäär, mudeli simulatsioonide järgi meestel 3,7 ja naistel 2,9 protsendipunkti kui ka II samba pensioni asendusmäär, meestel 2,4 ja naistel 1,1 protsendipunkti.

Joonis 3.2.14. Keskmine brutoasendusmäär pensionikindlustussüsteemist uutel vanaduspensionäridel pensionile jäämise hetkel erinevate eelduste korral I sambast, II sambast ja kokku



Märkus: brutoasendusmäär on leitud sotsiaalmaksuga maksustatava keskmise tulu suhtes.

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvumudel, autorite arvutused

Kokkuvõttes näitab baasstsenaariumi analüüs ja täiendav tundlikkusanalüüs, et pensionisüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust ja asendusmäärade arengut mõjutavad nii oodatava eluea muutused kui ka tööhõivemäärade areng. Kui oodatav eluiga kasvab nii, nagu rahvastikuteadlased seda prognoosivad, siis isegi kui hõivemäärad saavutavad kõige kõrgema senise taseme, ületavad riikliku pensionikindlustussüsteemi kulud tulused, kui ei toimu muutusi pensionide suuruses või pensionile jäämise vanuses.

Simulatsioonid näitavad, et pensionisüsteem on tundlikum just oodatava eluea muutuste suhtes. Kõrgem oodatav eluiga suurendab riikliku pensionikindlustuse kulusid, sest pensioni peab maksma kauem, ja vähendab samaaegselt oluliselt kogumispensionisüsteemist saadavad igakuist pensioni, sest kogutud

summad jagunevad pikema pensionil oleku aja peale. Madalam tööhõive suurendab samuti riikliku pensionikindlustuse defitsiiti ja toob kaasa madalamad pensionid, kuid vähem, kui mõjutab oodatava eluea kasv.

Pensionikindlustuse jätkusuutlikkuse seisukohast on seega esmatähtsad reformid, mis tagavad, et pensionisüsteemi tulud ja kulud oleksid suutelised reageerima oodatava eluea muutustele. Lisaks aitavad pensionikindlustuse olukorda parandada tööhõivet soodustavad meetmed, mis suurendavad sotsiaalmaksu laekumist ja inimeste enda panust kogumispensioniskeemi.

3.2.3. Ravikindlustuse baasstsenaarium

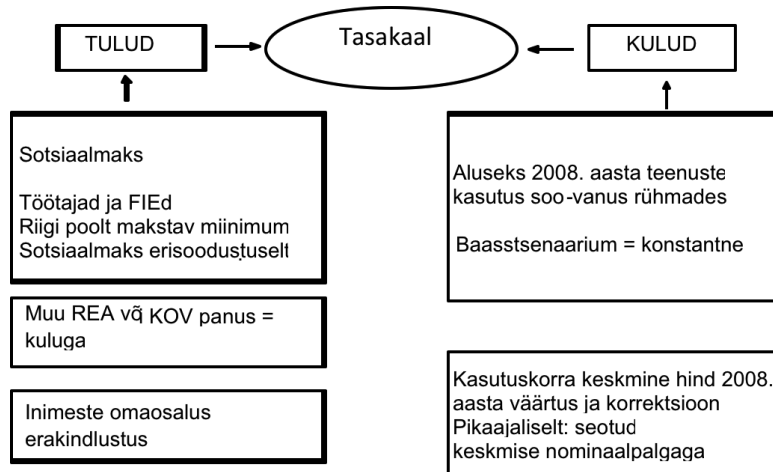
Tervishoiu rahastamise analüüsi fookuses on Eesti Haigekassa (edaspidi Haigekassa) rahastatavad teenused ja hüvitised, sest esiteks moodustavad need kõige suurema osa tervishoiukuludest ja teiseks sõltuvad täiendavad tervishoiukulud riigieelarvest või kohalike omavalitsuste eelarvest ja inimeste endi tehtud tervishoiukulud otseselt sellest, millised teenuseid Haigekassa korraldatud solidaarne ravikindlustus katab või ei kata. Tervishoiu rahastamisel prognoositakse alljärgnevalt eraldi Haigekassa kulude ja tulude võimalikud arengud aastani 2060. Baasstsenaariumis ei prognoosita tervishoiu valdkonna vahendeid riigieelarvest ja kohalike omavalitsuste eelarvest, kus arvestuslik tulu on võrdne pakutavate teenuste kuluga.

Ravikindlustuse tulude poolel on peamiseks allikaks sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, mille pikaajaline prognoos on analoogne pensionikindlustuse tulude prognoosiga. Kulude poolt mõjutavad rahvastiku vananemine läbi teenuste kasutamise muutuse ning teenuste hindade muutuse. Haigekassa tervishoiuteenuste ravijuhtude arv prognoositakse kasutades 2008. aasta tervishoiukulude suurust ja teenuste kasutamist ühe inimese kohta soo ja vanuse lõikes ning eeldatakse vastavate suhtarvude püsimumist prognoosiperioodi lõpuni.

Pikas perspektiivis on võimalikud muutused tervishoiukorralduses või uute tehnoloogiate ja teenuste kasutuselevõtt ning sellest tulenev kulude muutus, kuid nende ettearvestamine prognoosimudelil on praktiliselt teostamatu. Teenuse hinda tõstavad ka tervishoiutöötajate vabast liikumisest tulenev väline palgasurve ning kapitaliinvesteeringute potentsiaalne vajadus.

Kulusid võib mõjutada ka nn surmalähedus. Tervishoiukulutused sõltuvad sellest, kui lähedal on isik surmale, mitte bioloogilisest vanusest, kuna oodatava eluea kasv toob kaasa ka vastava terviseseisundi muutuse igas vanusegrupis. Sellest tulenevalt võib puhas demograafiline prognoos kulusid üle hinnata. Teisalt aga on tõenäoline, et rahuldamata vajadused ehk tegelik nõudlus on suurem kui pakutavate teenuste tegelik hulk ning see võib tähendada ka survet kulude suurenemisele. Lisaks tuleb arvestada ka eri generatsioonide harjumuste erinevusi (praeguste vanemaealiste tervise- ja raviteenuste kasutamise käitumine võib olla erinev tulevaste vanemaealiste käitumisest) ja epidemioloogiliste trendide võimalikku mõju. (Euroopa Komisjoni raport 2009 Aging Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060).)

Joonis 3.2.15. Tervishoiu rahastamise prognoosimise loogika



Tervishoiukulud prognoositakse järgnevate seoste alusel:

$$q_{g,a,t,h} = \frac{q_{g,a,2008,h}}{pop_{g,a,2008}} pop_{g,a,t}$$

kus

$q_{g,a,t,h}$ = soost g ja vanuses a inimeste teenuste h ravijuhtude arv aastal t,

$q_{g,a,2008,h}$ = soost g ja vanuses a inimeste teenuste h ravijuhtude arv aastal 2008,

$pop_{g,a,2008}$ = soost g ja vanuses a inimeste arv aastal 2008,

$pop_{g,a,t}$ = soost g ja vanuses a inimeste prognoositud arv aastal t.

Raviteenuse ühiku hinna muutuse prognoosimiseks seotakse baasaasta kulu sobiva hinnaindeksiga.

$$c_{g,a,t,h} = c_{g,a,2008,h} pi_{t,h}$$

kus

$c_{g,a,t,h}$ = tervishoiuteenuste ravijuhu keskmine kulu soost g ja vanuses a inimese kohta aastal t,

$c_{g,a,2008,h}$ = kulu g soost ja a vanuses inimese kohta aastal 2008,

$pi_{t,h}$ = tervishoiuteenuste h hinnaindeksi väärtus aastal t.

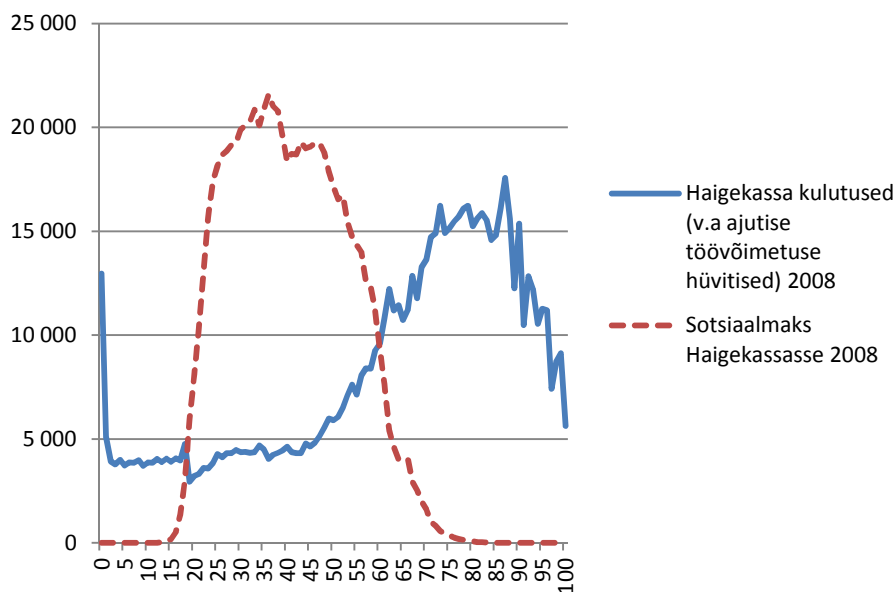
Kulu $S_{g,a,t,h}$ = soo, vanuse ja teenuse lõikes igaks aastaks leitakse kui teenuste hulga ja teenuste ühikuhinna korrutis:

$$S_{g,a,t,h} = c_{g,a,t,h} q_{g,a,t,h}$$

Baasstsenaariumis muutuvad tervishoiukulud pikaajaliselt kõikide teenuste puhul samas tempos, mis keskmine palk ehk kiiremini kui tarbijahinnaindeks või SKP deflaator. Selle peamiseks põhjenduseks on see, et tööjõukulu moodustab Haigekassa andmete kohaselt tervishoiukuludest ca 50% (üldarstiabi kuludest ca 65%, ennetusest ca 70%, eriarstiabist ca 45%, hooldusravist ca 56% ja hambaravist ca 62%). Samuti kasvab suur osa ülejäänud kulusid (ravimid, seadmed, instrumendid) tehnoloogia arengu tõttu pigem kiiremini kui üldine hinnatase majanduses. Samuti eeldatakse, et tervishoiuteenuste hind tulevikus areneb ühte moodi kõikide soo-vanuserühmade jaoks. Siiski perioodil 2011–2015 kohandatakse tervishoiuteenuste hindasid erinevalt keskmisest palgast tagamaks kooskõla Haigekassa hinnamuutuste prognoosidega vastavaks perioodiks.

Eesti ravikindlustuse rahastamise solidaarsust ja võimalikku tundlikkust rahvastiku vanuskoosseisu suhtes iseloomustab järgmine joonis (vt joonis 3.2.16), mis näitab, milline on Haigekassa rahastatud tervishoiuteenuste kulud ühe konkreetse vanuses inimese kohta ja milline on laekuv sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa inimese kohta. On selgelt näha, et kõige suuremad kulud inimese kohta on lapseas ja vanemas eas ning kõige rohkem panustatakse tööeas.

Joonis 3.2.16. Haigekassa kulutused ja sotsiaalmaks haigekassasse ühe inimese kohta vanuserühmades kroonides, 2008



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, Haigekassa, autorite arvutused

Mudelis prognoositakse eraldi järgmiste teenuste rühmad soo ja vanuse lõikes: ambulatoorne eriarstiabi, statsionaarne eriarstiabi, päevastatsionaar, hooldusravi, hambaravi (peamiselt lapsed), kindlustatutele kompenseeritavad ravimid. Vanuse lõikes, ilma sugu eristamata, vaatame üldarstiabi kulusid, sest väga suure osa haigekassa kuludest üldarstiabile moodustab perearstidele makstav tasud, nt pearaha, mis ei sõltu kindlustatute soost. Tervise edendamise kulud võetakse proportsioonina kõikidest muudest kuludest mineviku proportsioonide alusel. Ajutise töövõimetuse hüvitiste kulud prognoositakse baasstsenaariumis juurdekasvude meetodil, kus kulude muutus sõltub keskmise palga muutusest, hõivatute arvu muutusest ja sünnitushüvitiste puhul laste arvu muutusest. Prognoosimise meetoodika detailid on kättesaadavad autoritelt.

Kasutatud prognoosimetoodika tulemusena järeldub, et üldarstiabi visiitide arv rahvastiku vananemise tulemusena muutub vähe. Kui eakamate vanuserühmade arvel visiitide arv kasvab, siis laste arvu vähenemise tõttu visiitide arv omakorda väheneb, mistõttu rahvastiku vananemine vajadust üldarstiabi järele ei pruugi suurendada pikas perspektiivis. Siiski on eakate patsientide kulu inimese kohta kõrgem kui lastel, mistõttu kulud inimese kohta keskmiselt kasvavad.

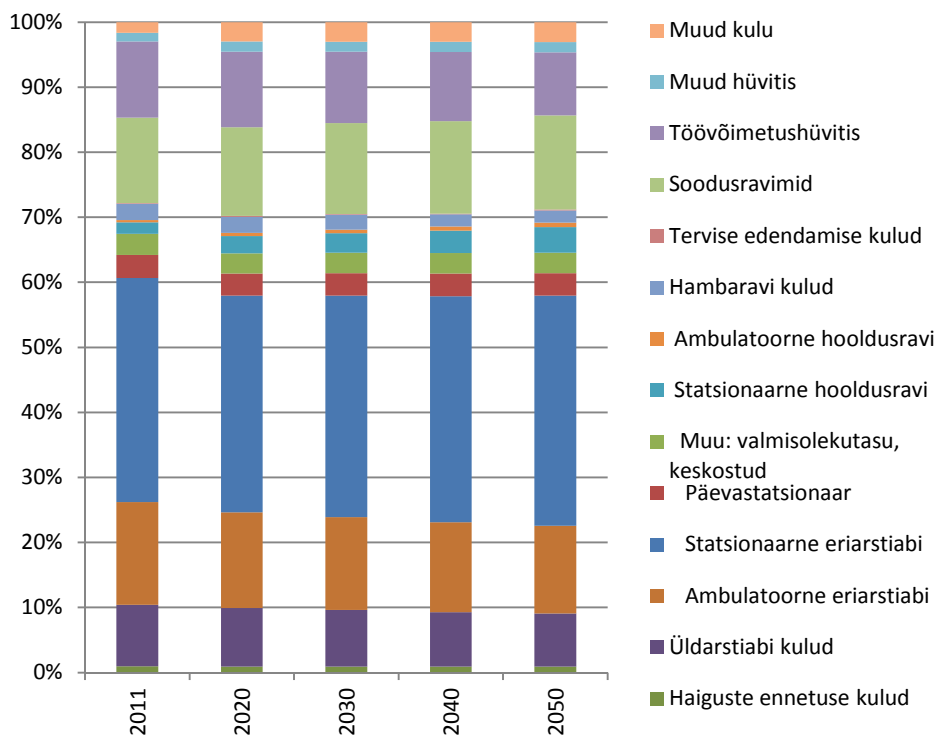
Eriarstiabis on suured erinevused soo ja vanuse lõikes teenuste kasutamises ja ka ravijuhu hinnas, mistõttu rahvastiku vananemine mõjutab seda tunduvalt rohkem kui üldarstiabi. Statsionaarsete eriarstijuhtude arv pisut kasvab, päevastatsionaari juhtude arvu demograafilised muutused praktiliselt ei muuda. Kõige enam mõjutab rahvastiku vananemine hooldusravi juhte, mis 50 aastaga kahekordistuvad tingituna üksnes vanuserühmade arvu muutusest. Hambaravi juhtude arv kirjeldab eelkõige laste arvu muutust, mistõttu lähiaastatel juhtude arv kasvab ja seejärel hakkab langema. Retseptiravimite puhul on taas demograafial oluline mõju. Näiteks 90%lise soodusmääraga ravimite tarbimine on suur kõrgemas vanuses inimeste seas ja nende arvu kasvamine toob kaasa ka olulise retseptide arvu kasvu.

Ajutise töövõimetuse hüvitiste puhul eristame hooldushüvitist, tööõnnetustrauma hüvitist, rasedushüvitist sünnitushüvitist ja haigus- või vigastushüvitist. Kõigil juhtudel on töövõimetushüvitiste päevamaksumuse muutus seotud keskmise palga arenguga. Hooldushüvitise, töötrauma hüvitise ja haigus- või vigastushüvitise juhtude arv on seotud hõivatute arvuga, rasedushüvitist sündinud laste arvu ja 20–44-aastaste naiste hõivemääruga. Rahvastiku vananemine ja sellest tulenev hõive vähenemine vähendab ka töövõimetushüvitiste juhtude arvu pikas perspektiivis. Juhtude arvus toimub absoluutselt kõige suurem langus haigus- ja vigastushüvitiste seas, kulude struktuuris kahaneb enim rasedushüvitiste osakaal.

Rahvastiku vanuskoosseisu muutuse mõju ravikindlustuse kulude struktuuri muutusele on kokkuvõttes väike, ulatudes paari protsendini osakaalude muutuses. Tuleb välja, et pikaajaliselt kasvab soodusravimite

osakaal (13%lt 15%le), hooldusravi osakaal kahekordistub (2%lt 5%le), pisut kasvab statsionaarne eriarstiabi. Vähenevad töövõimetushüvitiste osakaal (12%lt 9%le), ambulatoorne eriarstiabi ja hambaravi osakaal. Tulemused on sarnased Thomson *et al.* (2010) raportis toodud tervishoiukulude struktuuri muutusega (vt nende raportist tabelid 22 ja 23).

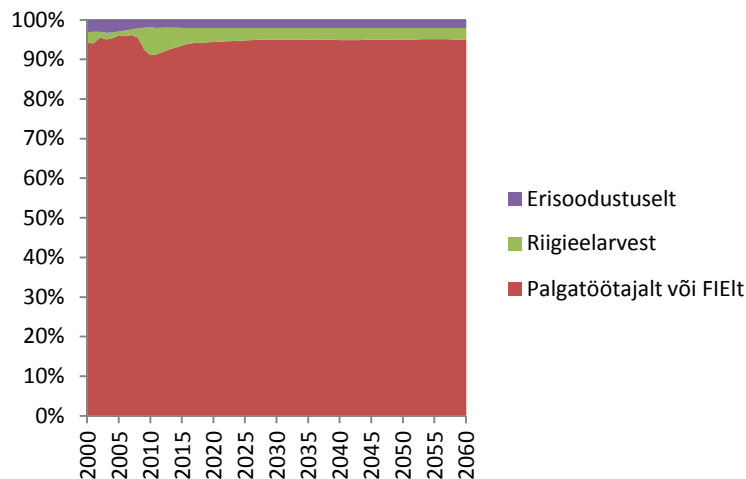
Joonis 3.2.17. Ravikindlustuse kulude struktuuri prognoos 2011–2060



Allikas: Haigekassa andmed, Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Ravikindlustuse tulud sõltuvad sotsiaalmaksu laekumisest. Et sotsiaalmaksu, eriti selle ravikindlustuse osa, makstakse ka riigieelarvest mitmete sotsiaaldemograafiliste gruppide eest, siis arvestatakse suuremate rühmade puhul ka seda. Järgmine joonis iseloomustabki sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa struktuuri muutumist. Tulenevalt praegusest kõrgest tööpuudusest, on lähiaastatel riigieelarvest makstud sotsiaalmaksu osakaal tavapärasest kõrgem, ulatudes 6–7%ni, pikaajaliselt see langeb 3%ni, sest väheneb nii töötute arv kui ka lapsehoolduspuhkusel olevate vanemate arv. Erisoodustustelt makstava ravikindlustuse osakaaluks on eeldatud ca 2% laekumistest.

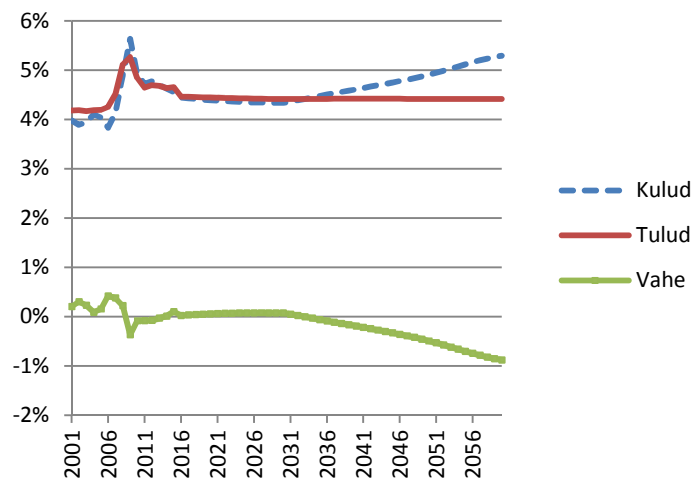
Joonis 3.2.18. Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa struktuur, 2000–2060



Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Pannes kokku sotsiaalmaksu laekumise ja haigekassa kulud osakaaluna SKPs, näeme, et baasstsenaariumi kohaselt on tulud ja kulud järgmised 20 aastat tasakaalus, kuid alates aastast 2030 hakkab defitsiit kasvama, kuna hõivemäärad on saavutanud selleks ajaks maksimumtaseme ja edasi enam ei kasva ning rahvastiku vananemine hakkab suurendama kulusid.

Joonis 3.2.19. Eesti ravikindlustuse tulud, kulud ja vahe 2011–2060, % SKPst



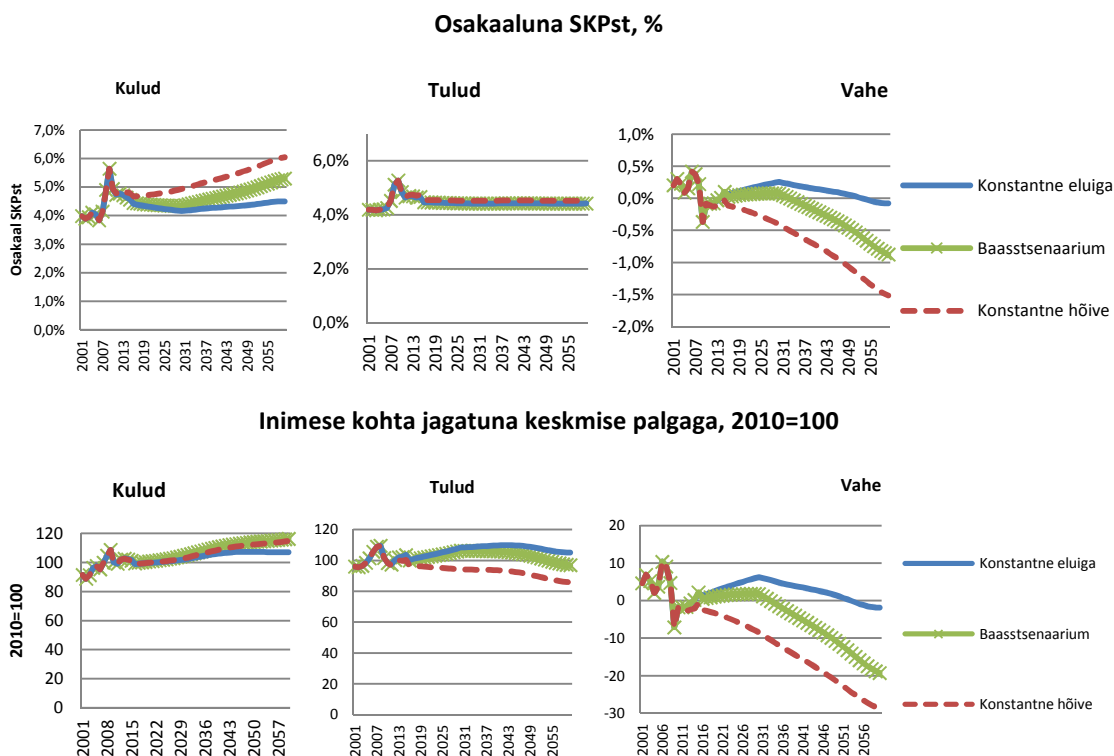
Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Sarnaselt eelmises alapunktis läbi viidud tundlikkusanalüüsiga on allpool esitatud ravikindlustuse tulud ja kulud juhul, kui oodatav eluiga ei pikene ja säilivad 2009. aasta suremustõenäosused või kui hõivemäärad ei muutu ja jäävad 2010. aasta tasemele. Kui oodatav eluiga ei pikeneks ja inimesed ei elaks kauem, siis oleksid kulud osakaaluna SKPst 0,8% madalamad ja seega defitsiit 0,8% SKPst väiksem. (Tulud SKPs ei muutuks, sest inimeste arvu vähendamine mõjutab samaaegselt nii SKPd kui ka sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa.) Haigekassa oleks ülejäägis peaaegu 20 aastat kauem kui baasstsenaariumi korral. (Vt joonise 3.2.20 ülemine pool.)

Kui vaadata kulusid ja tulusid ühe elaniku kohta, jagatuna läbi keskmise palgaga, siis juhul, kui oodatav eluiga ei kasva, on pikas perspektiivis kulud inimese kohta ca 8% madalamad ja tulud ca 8% kõrgemad (vt joonise 3.2.20 alumine pool).

Kui aga hõivemäärad ei kasvaks ja jääksid 2010. aasta tasemele, siis kasvaks haigekassa defitsiit kohe (eeldades, et hinnad muutuvad sarnaselt keskmise palgaga nagu eelnevalt). Kulud ja defitsiit on pikemas perspektiivis 0,6% SKPst kõrgemad. Kulud ühe elaniku kohta on ca 1% võrra väiksemad (sest töövõimetushüvitiste kulu väheneb), kuid tulud on ligi 10% väiksemad.

Joonis 3.2.20. Ravikindlustuse kulud, tulud ja vahe erinevate eelduste korral



Märkused: ülemise joonise tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada, et hõivemäärade ja oodatava eluea muutudes muutub ka sisemajanduse koguprodukt, mille suhtes on tulud ja kulud leitud. Alumise joonise tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada, et oodatava eluea muutudes muutub ka inimeste arv, mille suhtes on tulud ja kulud leitud.

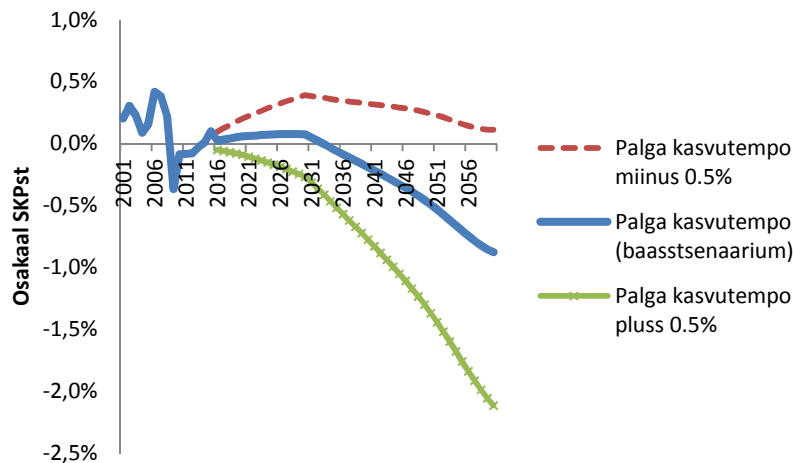
Allikas: Praxise sotsiaaleelarvumudel, autorite arvutused

Seega on ravikindlustuse tulude-kulude vahe tundlikum hõivemäärade muutumisele kui näiteks riikliku pensionikindlustuse tulude-kulude vahe, tulenevalt sellest, et hõivatute vähenedes vähenevad ravikindlustuse tulud palju, kuid kulud väga vähe.

Ravikindlustuse puhul mõjutab tulude ja kulude tasakaalu oluliselt tervishoiuteenuste hindade areng. Kui baasstsenaariumis eeldati, et hinnad muutuvad pikas perspektiivis samas tempos keskmise palga kasvuga, on võimalik nii hindade kiirem kui ka aeglasem kasv. Nii näiteks piisab sellest, kui tervishoiu kasvaksid kõik hinnad igal aastal pool protsendipunkti aeglasemalt kui keskmine palk, et ravikindlustusega oleks võimalik katta täiendavad kulud, mis tekivad üksnes demograafilistest muutustest (vt järgmine joonis). Teisest küljest tähendaks pool protsendipunkti kiirem hindade kasvutempo, et defitsiit kasvaks oluliselt kiiremini.

Kiirem hindade kasvutempo sama kasutuse juures on samaväärne suurema kasutamisega hindade samaks jäädes. Seega saab allolevat joonist tõlgendada ka kui tervishoiuteenuste kasutamise kasvu kõikides vanuserühmades 0,5% aastas ning nende mõju tulude ja kulude vahele. (Tegemist on analoogse juhuga nagu varasemas tervishoiu jätkusuutlikkuse uuringus Thomson *et al.* (2010) peatükis 4 toodud konvergenstsenaariumiga, kus hinnad ja kasutamine lähenesid ELi keskmisele tasemele.

Joonis 3.2.21. Ravikindlustuse tulude ja kulude vahe erinevate hindade muutumise eelduste korral, % SKPst



Allikas: Praxise sotsiaaleelarvumudel, autorite arvutused

Siiani keskenduti üksnes Haigekassa tuludele ja kuludele. Muud võimalikud tervishoiu tuluaallikad, nt kohalike omavalitsuste panus, täiendavad siirded riigieelarvest või inimeste suurem omaosalus, sõltuvad otseselt ravikindlustuse osutatud teenuste paketist, mistõttu ei ole nende pikaajaline prognoosimine iseseisvalt mõttekas. Erinevate poliitikavariantide all käsitletakse mitmeid alternatiivseid tuluaallikaid.

3.2.4. Tööpoliitika meetmete baasstsenaarium

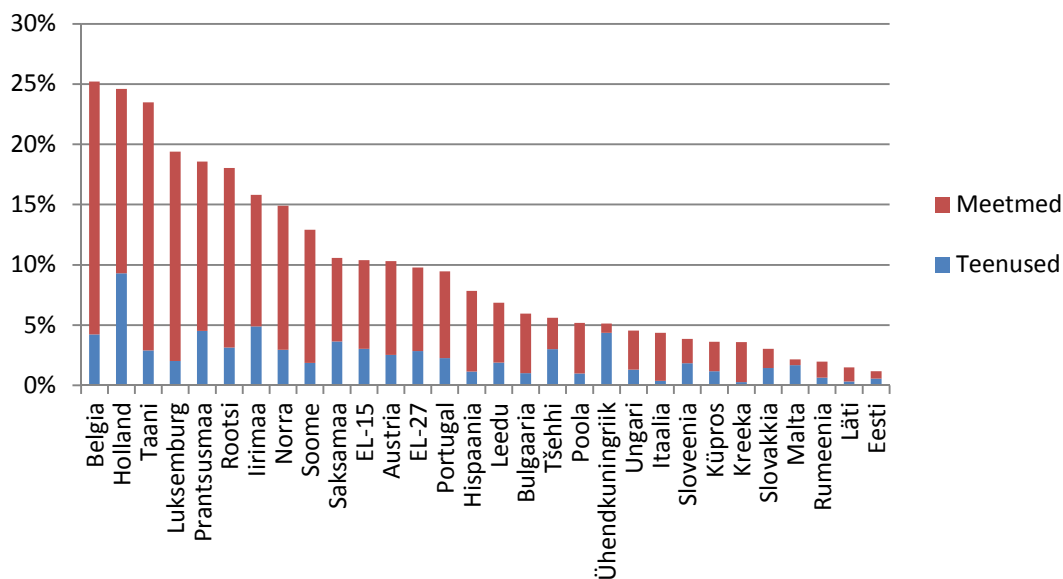
Aktiivse tööpoliitika kulud

Kulutuste suurus aktiivsele tööpoliitikale on prognoositud lähtudes kulutustest ühe töötada sooviva isiku kohta ning kulutuste suurus muutub proportsionaalselt SKPga inimese kohta. Baasstsenaariumis vaadatakse kahte varianti:

- säilitada 2010. aasta kulutuste tase ühe töötada sooviva isiku kohta,
- saavutada ELi riikide keskmine tase 2030. aastaks.

Euroopa Liidu 27 (ja ka EL 15) riigi puhul on aktiivse tööpoliitika kulutused ühe töötada sooviva isiku kohta suhtena SKPsse ühe inimese kohta keskmiseks tasemeks ca 10% 2008. aastal. Eestis oli see samal aastal 1,2% (vt joonis 3.2.22). Seega tähendaks konvergeerumine Euroopa Liidu keskmisele tasemele ligilähedaselt 8–9-kordset kasvu aktiivse tööpoliitika kuludes võrreldes 2008. aasta tasemega ning ligi 4–5-kordset kulutuste kasvu võrreldes 2010. aasta tasemega.

Joonis 3.2.22. Aktiivse tööpoliitika meetmete ja teenuste kulu ühe töötada sooviva isiku kohta võrreldes SKPga inimese kohta ELi riikides protsentides, 2008

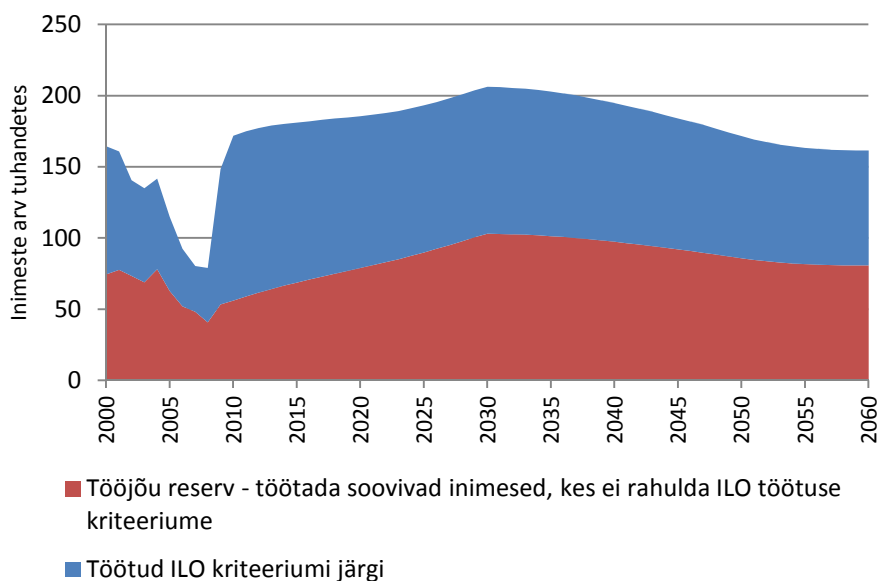


Märkus: osade riikide kohta kasutati 2007. aasta andmeid.

Allikas: Eurostat, autorite arvutused

Aktiivse tööpoliitika sihtrühmana on kasutatud baastsenaariumis töötada soovivaid inimesi, kes on laiem rühm kui töötud inimesed. Töötada soovivad inimesed sisaldavad kõiki töötuid vanuses 15–74 Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni (ILO) definitsiooni kohaselt ja lisaks neid mitteaktiivseid inimesi vanuses 15–74, kes sooviksid küll töötada, kuid kes ei ole ise tööd otsinud või ei saa mingil põhjusel kohe tööd vastu võtta. Viimastel aastatel on neid mitteaktiivseid olnud 50–80 000 inimest. Pikaajalisel prognoosimisel on võetud eelduseks, et iga ILO definitsiooni kohaselt töötatu kohta tuleb täiendavalt üks töötada sooviv inimene. Viimane on aastate 2000–2010 keskmine suhe (vt ka joonis 3.2.23).

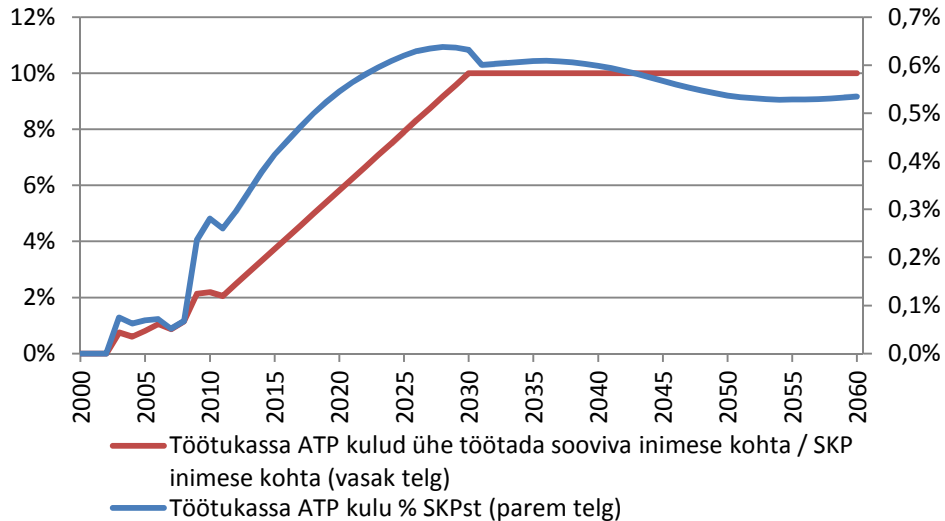
Joonis 3.2.23. Töötud ja töötada soovivad inimesed



Allikas: Eurostat, autorite prognoos aastast 2011

Võttes kokku eeldused töötute ja töötada soovivate inimeste arvu kohta, SKP muutused ja aktiivse tööpoliitika kulutuste soovitud sihttaseme, saab leida, kuidas ATP kulud võiksid pikas perspektiivis võrreldes SKPga areneda. Eelduste kohaselt saavutab Töötukassa aktiivse tööpoliitika kulu 2030. aastaks taseme ca 0,6% SKPst. ELi keskmine oli 2007. aastal ca 0,7% SKPst (vt joonis 3.2.24).

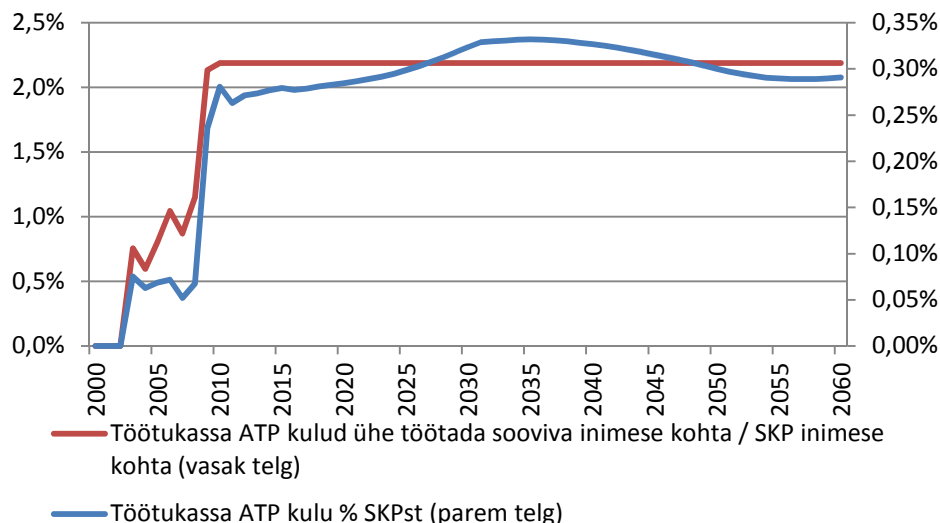
Joonis 3.2.24. Töötukassa aktiivse tööpoliitika kulude prognoos – konvergenst ELi keskmisele tasemele



Allikas: Eurostat, autorite prognoos aastast 2010

Kui aktiivse tööpoliitika kulude puhul säilitataks 2010. aasta kulutuste tase ühe tööd sooviva inimese kohta, siis on ATP kulud vastavalt madalamad. Osakaaluna SKPst nad pikaajaliselt vähenevad 2030. aastani, kuna baasstsenaariumi eelduste järgi hõivemäärad kasvavad ja töötuse määrad vähenevad 2030. aastani ja püsib seejärel sellel tasemel prognoosihorisondi lõpuni.

Joonis 3.2.25. Töötukassa aktiivse tööpoliitika kulude prognoos – konstantne stsenaarium, 2010. aasta tase



Allikas: Eurostat, autorite prognoos

Passiivse tööpoliitika kulud

Töötushüvitiste puhul vaadatakse järgmisi rahalisi hüvitisi: töötuskindlustushüvitis, koondamishüvitis, kollektiivse koondamise hüvitis, maksejõuetuse hüvitis ja töötutoetus. Passiivse tööpoliitika kuludele lisatakse ka töötute eest tasutav sotsiaalmaks. Hüvitiste kulud sõltuvad töötute arvust, hüvitistele

kvalifitseeritud töötute osakaalust, hüvitiste kestusest ja hüvitiste asendusmäärast. Hüvitiste saajate arvu prognoosimisel lähtutakse mineviku hüvitiste saajate ja töötute (ILO definitsiooni järgi) suhtarvust. Hüvitiste keskmise suuruse prognoosimisel lähtutakse hüvitise ja keskmise palga suhtest minevikus ja prognoositud poliitikareeglite muutusest (nt töötutoetuse planeeritud tõus alampalgani). Keskmise palk ja töötute arv tuleb eelmises alapeatükides toodud eeldustest makromajanduse ja tööturu arengute kohta. Töötute arvu puhul võetakse arvesse töötuid vanuserühmas 20–64.

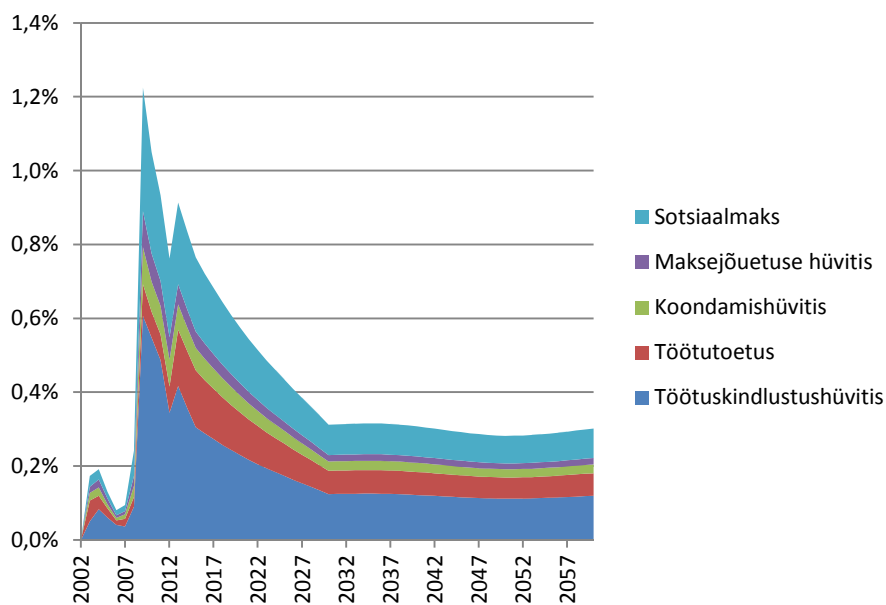
Hüvitiste kulud aastas ι = hüvitiste saajate arv ι × hüvitiste keskmine kestus (aastates) ι × hüvitiste keskmine suurus s_{ι}

Hüvitiste saajate arv ι = $\frac{\text{hüvitiste saajate arv}_{\text{baas}}}{\text{ILO töötute arv}_{\text{baas}}} \times \text{ILO töötute arv}_{\iota}$

Hüvitiste keskmine suurus ι = $\frac{\text{hüvitiste keskmine suurus}_{\text{baas}}}{\text{keskmise palk}_{\text{baas}}} \times \text{keskmise palk}_{\iota}$

Töötushüvitiste pikaajaliste kulude areng baasstsenaariumi kohaselt, mis eeldab hõivemäärade tõusu, on toodud järgmisel joonisel. Hüvitiste kulude pikaajalised prognoosid näitavad, et kulud moodustavad ca 0,3% SKPst. 2013. aastal toimuv hüvitiste saajate ringi laiendamine vabatahtlikult töölt lahkuvatele inimestele ilmselt suurendab kulutusi. Mudelis eeldatakse, et see suurendab hüvitiste saajate osakaalu töötutest 10 protsendipunkti võrra.

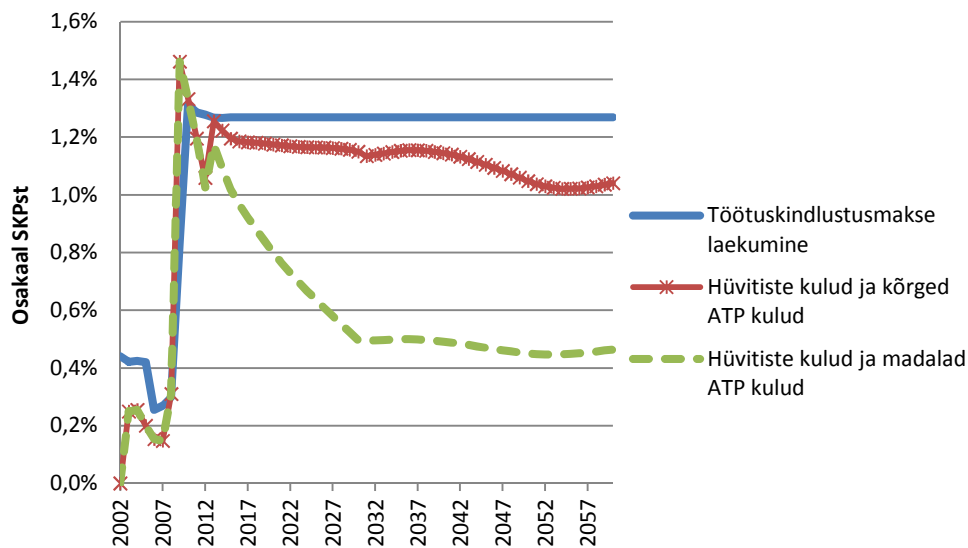
Joonis 3.2.26. Töötushüvitiste pikaajalised kulud, % SKPst



Allikas: Töötukassa, Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite eeldused

Kokku moodustavad seega aktiivsed ja passiivsed meetmed baasstsenaariumi eelduste kohaselt ca 0,4–0,5% SKPst, kui aktiivse tööpoliitika kulud jäävad 2010. aasta tasemele ühe tööd sooviva isiku kohta, ning ligi kaks korda rohkem, ca 1% SKPst, kui aktiivse tööpoliitika kuludega soovitakse jõuda ELi keskmisele tasemele. Töötuskindlustusmaks laekumine on seniste maksemäärade juures ca 1,3% SKPst. Seega, kui Töötukassa peaks rahastama heldelt aktiivse tööpoliitika meetmeid ja kõiki töötushüvitisi, siis optimistlike tööturuarengute korral piisab praegusest maksemäärast madalamast maksemäärast. Et katta iga-aastased aktiivse ja passiivse tööpoliitika kulud, siis tööandja ja töötaja maksemäärad võiksid 2020. aastal olla kokku ca 4%, 2040. aastal 3,8% ja 2060. aastal 3,4% brutopalgast. Kui aktiivse tööpoliitika kulud aga ei soovita oluliselt suurendada, vaid piisab nende säilitamisest 2010. aasta tasemel ühe töötada sooviva inimese kohta, siis on võimalik töötuskindlustusmaks määra pikas perspektiivis enam kui kaks korda langetada. Näiteks 2020. aastal võiksid need olla kokku ca 2,7%, 2040. aastal 1,6% ja 2060. aastal 1,5% brutopalgast. Kui osa tööpoliitika kuludest tuleb riigieelarvest, nt töötutoetus või aktiivse tööpoliitika meetmete kulu, siis on vajalik töötuskindlustusmaks määr vastavalt väiksem.

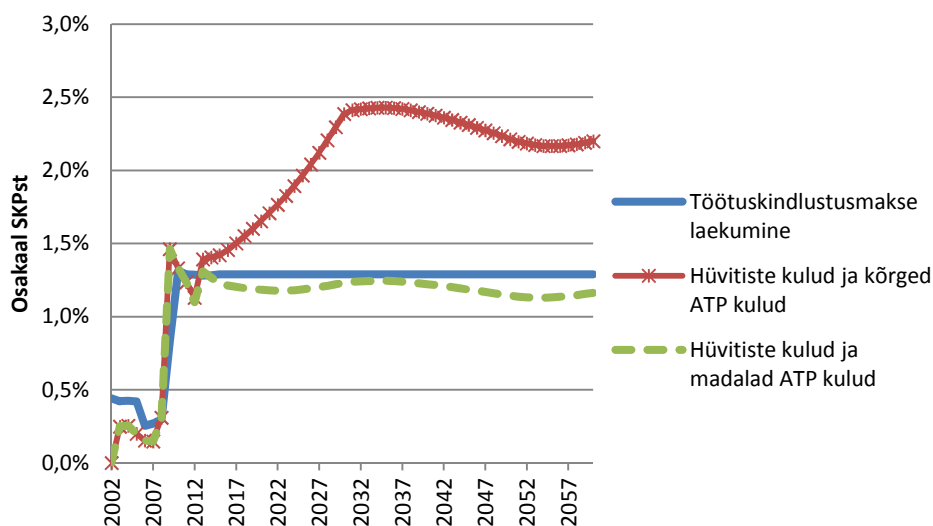
Joonis 3.2.27. Tööpoliitika tulud ja kulud pikaajaliselt, % SKPst



Allikas: Töötukassa, Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Pikaajalistest teguritest mõjutavad tööpoliitika kulude ja tulude tasakaalu vähem demograafilised tegurid ja rohkem tööturu areng. Elanikkonna vananemine vähendab samaaegselt nii töötukassa tulusid kui ka kulusid, seega mõju tulude-kulude tasakaalule on väike. Küll on töötukassa tulude-kulude tasakaal väga tundlik hüvituste ja töötute arvu muutusele. Näiteks kui hüvitemäärad jääksid 2010. aasta tasemele ja kui aktiivse tööpoliitika kuludega soovitaks samal ajal saavutada ELi keskmise tase, siis ületavad tööpoliitika kulud töötuskindlustusmaksest saadava laekumise pikas perspektiivis ca 1,7-kordselt. Küll oleks töötuskindlustusmaksede laekumine piisav, et katta ära töötushüvitiste prognoositud kulud ja 2010. aasta tasemel aktiivse tööpoliitika kulud.

Joonis 3.2.28. Tööpoliitika tulud ja kulud pikaajaliselt 2010. aasta hüvitemäärade püsimise korral, % SKPst



Allikas: Töötukassa, Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Kokkuvõttes osutavad pensionikindlustuse, ravikindlustuse ja tööpoliitika kohta tehtud simulatsioonid, et Eesti pensionikindlustuse ja ravikindlustuse tulude ja kulude tasakaal on tundlik pikaajaliste demograafiliste

arengute suhtes. Ravikindlustus, töötuskindlustus ja pensionikindlustuse finantsiline jätkusuutlikkus on kõik mõjutatud ka tööhõive arengust, pensionikindlustus mõnevõrra vähem, ravikindlustus ja tööpoliitika enam.

Loomulikult tuleb arvestada, et kõik ülaltoodud simulatsioonid sisaldavad palju eeldusi, mistõttu ei tohiks neid käsitleda kui täpseid numbrilisi prognoose. Pigem on need mõeldud selleks, et neid kasutada erinevate poliitikavariantide juures võrdlusbaasina, et anda hinnang võimalike poliitikamuudatuste kvantitatiivsete mõjude suuruse kohta. Nii näiteks muudetakse osades poliitikavariantides pensionide indekseerimise valemit, baasosa ja aastakoeffitsientide vahetorda või sotsiaalmaksumäära, kehtestatakse täiendav ravikindlustusmaks sotsiaalkindlustushüvitistele või dividendidele. Neil juhtudel on võimalik anda hinnang muudatuste mõjust sotsiaalkindlustuse tulude ja kulude muutusele ning teenuste ja hüvitiste tasemele.

II OSA. POLIITIKAVARIANTIDE KVANTITATIIVNE JA KVALITATIIVNE ANALÜÜS

4. Poliitikavariantide kvalitatiivne ja kvantitatiivne analüüs

Poliitikavariantide kvalitatiivne ja kvantitatiivne analüüs seisneb eelkõige poliitikavariandi täpses kirjeldamises, taustainfos ning mõjude analüüsis, kus võetakse arvesse praeguse süsteemi tugevusi ja nõrkusi, rahvusvahelist kogemust (muuhulgas viidatakse rahvusvahelise kogemuse ülevaadetele, mis on toodud raporti lisades) ning lähtutakse hindamiskriteeriumitest.

Lisas 1 esitatud poliitikavariandid muudatuse ulatuse lõikes on järgnevalt välja toodud konkreetsete teemade lõikes. Iga teema puhul võib esineda erineva ulatusega poliitikavariante (parameetriline muudatus, struktuurne muudatus kui ka erakindlustuse kaasamine) ning vastav liigitus tuuakse iga teemaploki alguses välja vastavas tabelis:

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
...	• ...
	• ...

Poliitikavariantide kokkuvõttev loetelu

Sotsiaalmaksu määra muutmise seotud poliitikavariandid

- 1) Sotsiaalmaksu määra tõstmine
- 2) Isiku kogumispensioni (II samba) makse tõstmine
- 3) Sotsiaalmaksule lae seadmine
- 4) Sotsiaalmaksu pöranda langetamine või kaotamine

Pensioniparameetrite muutmise seotud poliitikavariandid

- 5) Pensionide indeksi komponentide osakaalude muudatused
- 6) Baasosa ja aastakoefitsientide indekseerimise kiiruse kohandamine
- 7) Pensioniindeksi paindlikkuse suurendamine: indeksi kohandamine negatiivse majanduskasvu korral
- 8) Vanaduspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani.
- 9) Rahvapensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani; rahvapensioni suurus muutub proportsionaalseks Eestis elatud aastatega
- 10) Töövõimetus- ja toitjakaotuspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine paralleelselt vanaduspensioni staažinõude pikenemisega, lõppeesmärgiks staažinõude kahekordistumine
- 11) Aastakoefitsientide arvutamisel arvestuslikult (deklareeritud) sotsiaalmaksult üleminek tegelikult makstud sotsiaalmaksule
- 12) Aastakoefitsientide arvutamisel keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatud tulult üleminek sotsiaalmaksu mediaanile
- 13) Aastakoefitsiendi pöranda ja lae kehtestamine
- 14) Laste kasvatamise perioodide eest maksab riik sotsiaalmaksu keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatavalt summalt kuni lapse 3-aastaseks saamiseni (kui ei maksta sotsiaalmaksu muudel alustel)
- 15) Vanemapensioni rakendamine
- 16) Ennetähtaegse vanaduspensioni võimaluste piiramine - perioodi lühendamine 3 aastalt 2 aastale
- 17) Ennetähtaegse vanaduspensioni piiramine – aktuaarselt neutraalse vähendusprotsendi rakendamine
- 18) Osalise pensioni kehtestamine, mis laieneb ka ennetähtaegsele vanaduspensionile
- 19) Töötava pensionäri pensioni summeerumine sotsiaalmaksuga maksustatud tuluga

Automaatsete kohandamise süsteemide rakendamine pensionikindlustuses

- 20) Määratavatele pensionidele rakendatakse oodatava eluea tegurit
- 21) Pensioniea kohandamine sõltuvalt oodatava eluea muutustest (nii et konstantseks jääb kas keskmine pensioniloleku aja ja töötamise aja suhe või keskmine pensioniloleku aeg)
 - a) Keskmise pensioniloleku aja fikseerimine
 - b) Pensioniea ja töösuhte fikseerimine

- 22) Tasakaaluindeksi rakendamine sõltuvalt pensionisüsteemi varade ja kohustuste tasakaalust
- 23) Kulubaasi (pensionäride arvu) muutuse arvestamine pensionindeksis
- 24) Arvestuslike kontode süsteemi rakendamine (NDC) koos pensioni suuruse sõltuvusega kohordi keskmisest oodatavast elueast pensionile siirdumise vanuses

Töötuskindlustuse ja töötushüvitistega seotud poliitikavariandid

- 25) Töötuskindlustushüvitise ja töötutoetuse suuruse ning maksmise perioodi muutmine
- 26) Töötutoetuse maksmise menetluse lihtsustamine ja õigustatud subjektide ringi laiendamine
- 27) Töötutoetuse tõstmine minimaalsele töötuskindlustushüvitise tasemele
- 28) Aktiivsete ja passiivsete tööturumeetmete sidumine
- 29) Töötuskindlustushüvitise maksimisega jätkamine, kui töötu asub ajutisele või osalise ajaga tööle
- 30) Koondamishüvitise määramise aluseks võetakse isiku kogu tööstaaž erinevate tööandjate juures
- 31) Töötuskindlustuse rahastamise vastutsükliliseks muutmine ning hüvitise pikkuse kohandamine töö leidmise tõenäosusega
- 32) Arvestusliku kontosüsteemi rakendamine töötuskindlustuses
- 33) Kohustuslike sissemaksetega töötushüvitiste kogumiskonto loomine

Ravikindlustuse rahastamisallikatega seotud poliitikavariandid

- 34) Sotsiaalmaksu jagamine komponentideks
- 35) Ravikindlustatutega võrdsustatud isikute eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksmine riigieelarvest.
- 36) Ravikindlustuse osaline finantseerimine riigieelarvest (teistest maksutuludest)
- 37) Põhivara tasu ja kapitalikulu komponendi mehhanismi rakendamine
- 38) Kindlustamata isikute ravikindlustusega katmine
- 39) Üldarstiabi rahastamine riigieelarvest

Tervishoiuteenuste osutajatega seotud poliitikavariandid

- 40) Hinnaga konkureerimise ja tulemuspõhise teenuste ostmise võimaluste suurendamine lepingute sõlmimisel teenuseosutajatega
- 41) Perearstide/esmatasandi vastutusala laiendamine

Ravikontode ja individuaalsete eelarvete rakendamisega seotud poliitikavariandid

- 42) Kohustusliku ravikonto rakendamine
- 43) Raha liikumise võimaldamine erinevate kogumiskontode vahel
- 44) Teatud raviteenuste pakkumine individuaalselt eelarvestatud pakettidena

Erakindlustuse kaasamine ravikindlustuses

- 45) Erakindlustuse kaasamine asenduskindlustusena teatud raviteenuste puhul
- 46) Erakindlustuse kaasamine täiendava kindlustusena teatud teenuste puhul
- 47) Erakindlustuse kaasamine lisakindlustusena
- 48) Pikaajalise hoolduse kindlustuse rakendamine

Ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitamisega seotud poliitikavariandid

- 49) Ajutise ja püsiva töövõimetuse samaaegse hüvitamise kaotamine
- 50) Tööandja vastutuse oluline suurendamine isiku töövõimetuse korral
- 51) Ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitise skeemi ühendamise
- 52) Erakindlustuse kaasamine töövõimetuse riskide katmisel täiendava kindlustusena

Tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamisega seotud poliitikavariandid

- 53) Ajutise töövõimetuse hüvitiste maksimiseks tööõnnetuste puhul tööandja vastutuse suurendamine
- 54) Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine avalik-õigusliku või riikliku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu
- 55) Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine erakindlustusel põhineva tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu

NB! Analüüsi kaasatavate poliitikavariantide loetelu ei ole ammendav ning ei sisalda kõiki võimalusi sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikkuse tõstmiseks (vt meetodika ptk 2, teistest sotsiaalkaitse riskide katmise meetmetest).

4.1. Sotsiaalmaksumäära muutmisega seotud poliitikavariandid

Sotsiaalmaksumäära muutmisega seotud poliitikavariantide alla kuuluvad sellised valikud, mis on suunatud Sotsiaalmaksumäära muutmisega seotud poliitikavariantide alla kuuluvad sellised valikud, mis on suunatud maksumäära tõstmisele selliselt, et suurendada inimeste solidaarset ja individuaalset panust pensionikulude ja tervishoiukulude rahastamisel. Osad variandid on illustratiivsed, mille eesmärgiks on lihtsalt selgitada erinevate poliitikaalternatiivide mõju ulatust. Mitmed poliitikavariandid on sellised, mis püüavad makse muutes mõjutada inimeste töötamist. Lisaks on veel variandid, mis on otseselt seotud põlvkondadevahelise või sisese solidaarsuse muutmisega. Poliitikavariantide puhul on toodud välja eesmärk, tausta selgitavad arvutused ning võimalusel iseloomustatud võimalikke kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid mõjusid.

Kokkuvõtlikult on käesoleva peatüki poliitikavariandid välja toodud allolevas tabelis:

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Parameetriline muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Sotsiaalmaksu määra tõstmine (poliitikavariant 1) Isiku kogumispensioni (II samba) makse tõstmine (poliitikavariant 2) Sotsiaalmaksule lae seadmine (poliitikavariant 3) Sotsiaalmaksu pöranda langetamine või kaotamine (poliitikavariant 4)

Sotsiaalmaksumäära tõstmine (poliitikavariant 1)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus

Eesmärgid

- Suurendada pensionisüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust
- Suurendada ravikindlustuse finantsilist jätkusuutlikkust

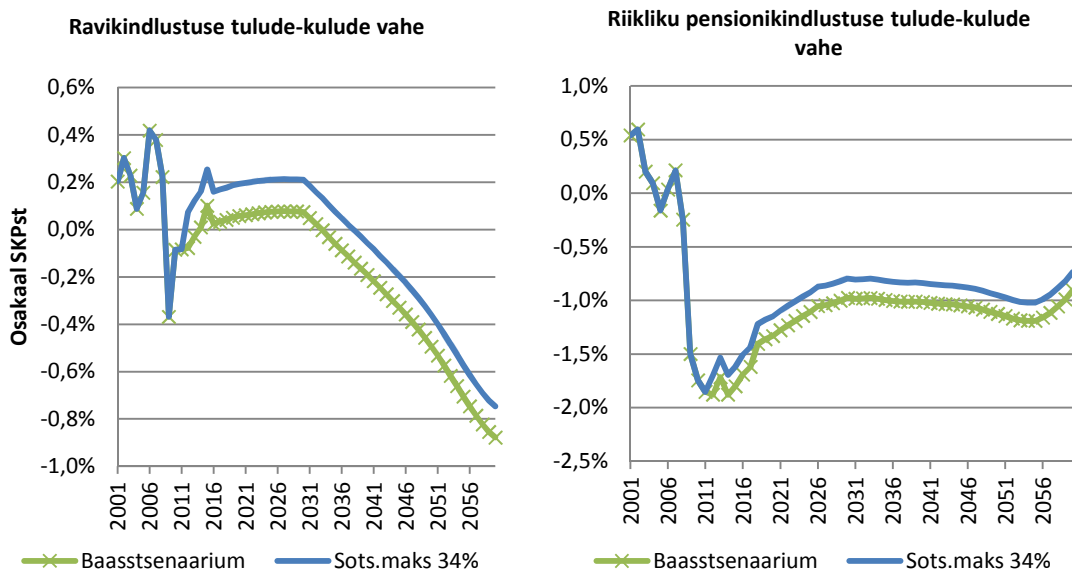
Sotsiaalkindlustuse tulud

Alljärgnevalt viiakse läbi kaks arvutust. Esiteks tõstetakse sotsiaalmaksu 1 protsendipunkti võrra ja täiendav tulu jaguneb proportsionaalselt riikliku pensioni- ja ravikindlustuse vahel. Uus sotsiaalmaksu määr oleks 34%, sellest ravikindlustuse osa 13,45%, riikliku pensionikindlustuse osa 16,55% ja kogumispensioni riigipoolne makse endiselt 4%. Teine arvutuskäik püüab leida sellise sotsiaalmaksu määra, et säilitada vanaduspensionide asendusmäärad, mis kehtisid 2010. aastal. Viimase puhul on tegemist pigem illustratiivse arvutusega iseloomustamaks, kui palju peab sotsiaalmaks muutuma, et asendusmäär jääks samaks.

Sotsiaalmaksumäära tõustes ravikindlustuse ja riikliku pensionikindlustuse laekumine eeldatavalt lühiajaliselt kasvab vastavalt sotsiaalmaksu tõusu määrale. Eesti senine kogemus tööjõumaksude (töötuskindlustusmaks) tõstmisega on näidanud, et väike maksumäärade muutus ei mõjuta lühiajaliselt tööturu osapoolte käitumist oluliselt ning toob kaasa maksulaekumise kasvu, nt töötuskindlustusmaks tões 2009. aastal tõi kaasa maksulaekumise suurenemise.

Maksu- ja Tolliameti andmetel oli sotsiaalmaksu laekumine 2010. aastal 26 562 miljonit krooni, sellest ravikindlustusse 10,8 miljardit ja pensionikindlustusse 15,8 miljardit krooni. 2012. aastaks prognoosime hõive kasvu puhul sotsiaalmaksu laekumist suurusjärgus 30,6 miljardit krooni. 0,45 protsendipunktiline sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa tõus suurendaks laekumist arvestuslikult 420 miljonit krooni aastas. 0,55 protsendipunktiline sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa tõus suurendaks I samba pensionikindlustuse tulusid arvestuslikult ca 510 miljonit krooni ehk ca 0,2% SKPst. Arvestades, et riikliku pensionikindlustuse defitsiit on lähiaastatel ca 1% SKPst (vt baasstsenaariumi analüüsi tulemusi eespool), siis sellisest sotsiaalmaksu tõstmisest üksi ei piisa, et tasakaalustada I samba defitsiiti. (Vt ka järgmine joonis.)

Joonis 4.1.1. Sotsiaalmaksu 1% tõstmise arvestuslik mõju ravikindlustuse ja riikliku pensionikindlustuse tulude ja kulude vahele, % SKPst



Märkus: riikliku pensionikindlustussüsteemi puhul eeldatakse, et sotsiaalmaksulaekumise suurenemist sotsiaalmaksumäära tõstmise tulemusena ei arvestata pensioniindeksis. Samuti ei arvestata võimalikku mõju hõivele.

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Mõju hõivele

Sotsiaalmaks on suurim tööjõumaksude komponent. Sotsiaalmaksu tõstmine suurendab tööjõu maksukiilu (tööjõu kogukulude ja inimese kättesaadava summa vahet), mis võib omakorda vähendada hõivet. Kas selle tulemusena keskpikas perspektiivis sotsiaalmaksu kogulaekumine väheneb või kasvab, on empiiriline küsimus.

Sotsiaalmaksu tõstmine 1% võrra suurendab tööjõu maksukiilu keskmise palga (ca 12 000 krooni) juures 0,43%. EL 15 riikide paneelanalüüsi tulemustest on selgunud, et maksukiilu suurenemine ühe protsendipunkti võrra vähendab keskmiselt tööhõive määra 0,25 protsendipunkti võrra (European Commission 2004). Seega võiks sotsiaalmaksu määra tõstmine 1% võrra vähendada tööhõive määra suurusjärgus 0,1 protsendipunkti. Tegemist on väikese mõjuga, arvestades et 20–64-aastaste tööhõive määr on Eestis kõikunud suurusjärgus 76,6% 2008. aastal kuni 66,4% 2010. aastal. Seega on potentsiaalne täiendav mõju maksumäära tõusust ilmselt väike.

Sotsiaalkindlustuse kulud

Sotsiaalmaksu määra tõstmine pensionikindlustuse aastakoefitsientide kujunemist ei mõjuta, sest kindlustatute isikustatud sotsiaalmaksu summad ja keskmine sotsiaalmaks suurenevad samas proportsioonis. Seega puudub mõju pensionikuludele läbi töötavate inimeste aastakoefitsientide. Samas suureneks riigieelarve kulu riigi poolt makstava sotsiaalmaksu tasumiseks nii riigieelarvest töötasu saavate inimeste eest kui ka riigi poolt kindlustatute eest (nt lapsehoolduspuhkusel lapsevanemad), samuti kasvab Eesti Töötukassa kulu töötute eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksmisel. Seega toimub siire muude maksutulude arvelt ravikindlustuse ja pensionikindlustuse eelarvesse ning töötuskindlustusmaks arvelt ravikindlustuse eelarvesse.

Samuti mõjutaks maksumäära tõusust tingitud sotsiaalmaksu laekumise ühekordne kasv pensioniindeksi kujunemist, mis tooks kaasa pensionide indekseerimisel pensionikulude kasvu. Sotsiaalmaksu määra tõus 1 protsendipunkti võrra suurendaks 2012. aastal pensioniindeksit ca 2,2% võrra, mistõttu ühekordselt pensionikulud kasvaksid ca 400 mln krooni võrra. Sõltuvalt sotsiaalmaksu tõstmise aastast ning sellest, kas ja kuidas rakendatakse varasematest aastatest jäänud indeksi tasaarvestamise jääki, kandub selle mõju osaliselt edasi ka järgmistele aastatele. Tehniliselt oleks siiski võimalik maksumäära tõusu ühekordset mõju pensioniindeksile ka elimineerida, võttes arvesse maksubaasi, mitte maksulaekumise muutust.

Ravikindlustuse kulud kasvavad läbi tervishoiutöötajate palgakulude eeldusel, et keskmine brutopalk ei alane. Haigekassa eeldab kulude prognoosimisel, et tööjõukulu moodustab tervishoiukuludest ca 50% (üldarstiabi kuludest ca 65%, ennetusest ca 70%, eriarstiabist ca 45%, hooldusravist ca 56% ja hambaravist ca 62%). Sotsiaalmaksu tõus 1 protsendipunkti võrra tooks kaasa tööjõukulude kasvu ca 0,75% ning seetõttu tervishoiukulude tõusu ca 0,3–0,4%, mis 2011. aasta kulude põhjal oleks ca 30 miljonit krooni.

Ümberjaotus

Pölvkondadevaheline ümberjaotus tervishoiu ja riikliku pensionikindlustuse rahastamises kasvab vastavalt jooksvale rahastamisel baseeruva (*pay-as-you-go*, PAYG) süsteemi põhimõttele. Pölvkondade sisene ümberjaotus samuti suureneb nii tervishoius kui ka pensionisüsteemis. Madalama palgaga inimeste haigestumine on enamasti kõrgem, mistõttu nad kasutavad ka enam tervishoiuteenuseid. Riiklikus pensionisüsteemis on solidaarne pensioni baasosa, mistõttu kasvanud sotsiaalmaksu laekumisest saavad kasu ka need, kelle enda väljateenitud pension eluea jooksul on madalam võrreldes nende panusega.

Sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa tõstmine ulatuses, et säilitada senine (2010. aastal kehtinud) keskmise riikliku vanaduspensionari ja keskmise palga maksude-eelne suhe

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Järgmise prognoosi tegemisel arvutatakse keskmine riiklik vanaduspension kui riiklike vanaduspensionide (I sambast) kogusumma ja riiklikku vanaduspensionari saavate inimeste arvu jagatis. Keskmise brutopalka all mõistetakse Statistikaameti leitud keskmist täistööajale taandatud töötaja palka. Võttes aluseks jooksvale rahastamisele tugineva pensionikindlustuse tasakaalu valemi, kus jooksvad kulud riiklikele pensionidele võrduvad sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa jooksva laekumisega, saab leida, kui suur peaks olema sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa maksumäär, et tagada pikaajaliselt samasugune asendusmäär kui 2010. aastal.

Vaatamata pensioniea tõusule kasvab vanaduspensionäride arv ning 2020. aastal on prognoositav vanaduspensionäride koguarv ligi 295 000, 2040. aastal ligi 342 000. Samaaegselt kasvab ka eelduste kohaselt töövõimetuspensionäride arv, kui ei toimu põhimõttelist muutust töövõimetuspensionide määramisel (vt töövõimetuspensionide puudutavaid poliitikavariante ptk 4.9) ning jõuab 81 000 inimeseni 2020. aastal ja 85 000ni 2040. aastal. Keskmine töövõimetuspension eeldatakse olevat jätkuvalt 60% keskmisest I samba vanaduspensionist, nagu see on viimastel aastatel stabiilselt olnud. Toitjakaotuspensionäride arvu prognoosid on vastavalt 10 000 ja 9000, keskmine toitjakaotuspension võetakse võrdseks 48% keskmisest I samba vanaduspensionist.

Hõivatute arv baasstsenaariumi kohaselt on 2020. aastal on 606 000, 2040. aastal 591 000. II samba maksumaksjate osakaal neist on eri aastatel vastavalt 80% ja 93% hõivatutest.

Keskmise riikliku (I samba) vanaduspensionari ja keskmise brutopalka suhe on 2010. aastal 38% (vt veerg (a)), millele vastab pensionikindlustuse sotsiaalmaksu määr 20% ja seda olukorras, kus viiendik pensionikindlustuse tuludest tuleb muudest riigieelarve tuludest.⁵ Kui selline asendusmäär 38% säiliks, kuid kaoksid ära siirded riigieelarvest, peab ülaloodud eelduste puhul riikliku pensionikindlustuse sotsiaalmaksumäär (20%) tõusma 26,7%ni 2020. aastaks ja 31,3%ni 2040. aastaks. Pensionikindlustuse osast läheks endiselt 4% II sambasse neil, kes on sellega liitunud.

⁵ See maksemäär ja asendusmäär vastavus 2010. aastal on väga tinglik, sest:

- a) II samba maksete ülekandmise tõttu ei ole I samba enam juba definitsiooni kohaselt tasakaalus, kus jooksvad pensionikulud võrduvad sotsiaalmaksu riikliku pensionikindlustuse osa määraga;
- b) ka II samba makseid arvestamata (lähtudes sotsiaalmaksu kogu pensionikindlustuse osa laekumistest) olid pensionikindlustuse tulud ja kulud 2010 tasakaalust väljas ehk asendusmäär 38% tagamiseks oleks maksemäär pidanud olema tunduvalt kõrgem;
- c) riigieelarve siirded ei ole n-ö avatud subsidium, vaid konkreetsete pensioniliikide või lisade maksmiseks. Siirete säilimine peaks olema loogilises seoses vastavate pensioniliikide/lisade säilimisega.

Tabel 4.1.1. Riikliku pensionikindlustusest saadava pensioni keskmise asendusmäära säilimiseks vajalik sotsiaalmaksumäär pensioni osa aastatel 2020 ja 2040

	(a)	(b)	(c)	(d)
Aasta	2010	2020	2040	2040
Pensionäride arvu prognoos (tuhandetes)				
Vanaduspensionärid	288	295	342	342
Töövõimetuspensionärid	73	81	85	85
Toitjakaotuspensionärid	11	10	9	9
Asendusmäära eeldused (keskmisesse brutopalka)				
Vanaduspensionärid	38%	38%	38%	38%
Töövõimetuspensionärid	23%	23%	23%	23%
Toitjakaotuspensionärid	18%	18%	18%	18%
Keskmine asendusmäär	34%	34%	35%	35%
Tööturu eeldused				
Hõivatud	570	606	591	591
h II sambaga liitunud	382	485	550	550
I sambasse maksemäär	0%	4%	4%	4%
Muude maksutulude osakaal pensionikindlustuse kogutuludes	20%	0%	0%	20%
Tulemus				
PAYG sotsiaalmaksu pensionikindlustuse arvutuslik efektiivne maksumäär	18,7%	25,0%	29,3%	25,0%
Korrigeeritud arvutuslik maksumäär	20,0%	26,7%	31,3%	26,7%

Allikas: autorite eeldused ja arvutused

Seega selleks, et aastaks 2040 säiliks sotsiaalmaksu pensionikindlustuse maksumäär 20% ja ka pensionide asendusmäär keskmisesse palka, siis täiendavate riigieelarve siirete säilimise korral tähendaks see, et pensionäride koguarv peaks vähenema ca veerandi võrra või vanaduspensionäride koguarv lausa kolmandiku võrra võrreldes veerus (d) toodud pensionäride arvuga.

Kõrgem vajalik sotsiaalmaksumäär või oluliselt madalam pensionäride arv näiteks pensioniea tõusu tulemusena on tingitud sellest, et võrreldes 2010. aastaga on 2040. aastaks peaaegu kõik hõivatud liitunud II sambaga ja taastunud on riigipoolne siire 4% II sambasse, mistõttu on riiklikku pensionikindlustusse sotsiaalmaksu laekumine väiksem. Samuti kasvab pensioniea tõusu tõttu eeldatavalt töövõimetuspensionäride arv võrreldes praegusega.

Isiku kogumispension (II samba) makse tõstmine (poliitikavariant 2)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Suurendada kohustuslikku säästmist pensionieaks, et tagada pensionide adekvaatsus ajaks, kui riikliku pensioni suurus väheneb tulenevalt hõivatute osakaalu vähenemisest

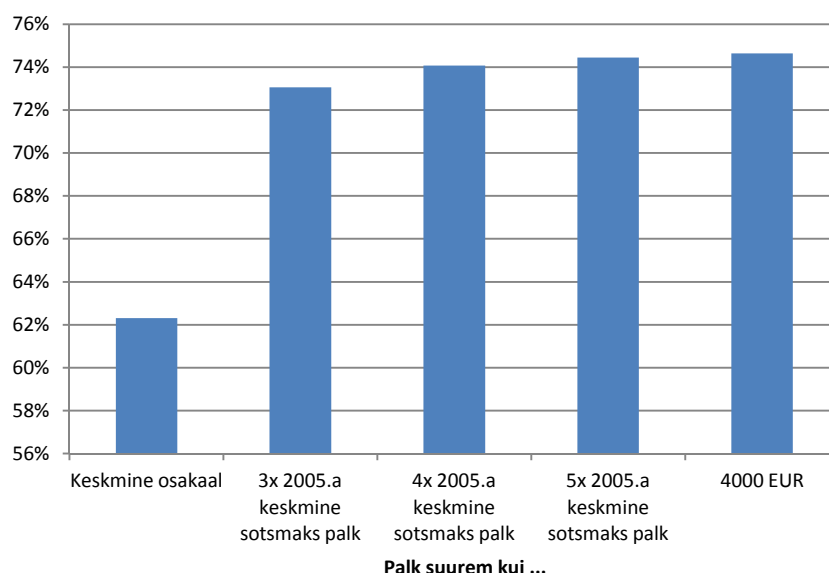
Selle poliitikavariandi puhul vaadatakse inimese tehtava täiendava kogumispensionimakse suurendamist 4%ni ning riigipoolse makse suurendamist 6%ni. Põhimõtteliselt on võimalik eristada, kas kõrgem täiendav maksemäär kehtib kõigile või ainult neile, kellele liitumine kogumispensionisüsteemiga oli kohustuslik. Samuti on võimalik panna sisse makse suurus sõltuma laste olemasolust või nende arvust või lubada makse tegemise jätkamist peale pensionile jäämist. Lisaks on võimalik arvestada samaaegse lae kehtestamisega kogumispensionimaksele.

Mõjud

Isiku kogumispensioni makse tõstmine suurendab kohustuslikku säästmist pensionieaks, vähendades inimeste maksudejärgset töötasu nende töötamise ajal, kuid suurendab tulevast oodatavat pensioni. Kogumispensioni makse vabatahtliku tõstmise võimaldamine oleks samaväärne vabatahtliku kogumispensioniga, kui mõlemale rakendub sarnane tulumaksuvabastus. Kogumispensioni makse tõstmine võib osaliselt vähendada vabatahtliku kogumispensioni makset III sambasse, kui toimub asendatavus II samba sisse makse osas. Arvestades, et vabatahtliku kogumispensioniga liitunute osakaal hõivatutest on kõigest ligi kümnendik, siis on võimalik asendusefekt siiski väike. Kogumispensioni makse kohustuslik tõstmine vähendab inimestele kättesaadavat töötasu, suurendades sellega vaesusriski madalapalgaliste seas. Makse tõstmine suurendab ka tööjõu maksukiilu, mis võib mõjuda negatiivselt tööhõivele. Põlvkondadevaheline ja põlvkondade sisene solidaarsus väheneb juhul, kui suurem kogumispension võimaldab hiljem langetada riikliku pensioni asendusmäära.

Võimalik samaaegne sotsiaalmaksu lagi ka kogumispensioni maksele mõjutab täiendavat asendusmäära ja kohustuslikku säästmist üksnes kõrgepalgaliste puhul. Et II sambaga liitunute osakaal on suurem kõrgepalgaliste seas (vt ka joonis allosas), siis lagi II samba maksele vähendab II sambasse siirdeid proportsionaalselt rohkem kui sotsiaalmaksu üldist laekumist. Teisest küljest on vabatahtliku kogumispensioniga liitunute seas enam kõrgepalgalisi, mistõttu lagi II samba maksele on osaliselt kompenseeritud sisse maksega vabatahtliku kogumispensioni skeemi.

Joonis 4.1.2. II sambaga liitunute osakaal 2007. aastal (sünniaasta 1943-1990) töise palgataseme järgi



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, autorite arvutused

Kui lubada, et töötamise jätkamisel pärast II samba pensioni saamist, jätkuvad endiselt ka sisse maksed II sambasse, siis on tegemist marginaalse muutusega pensionisüsteemi jätkusuutlikkuse ja pensionide adekvaatsuse seisukohast. Pigem on inimese seisukohalt oluline, et kogumispensioni väljavõtmise aeg oleks paindlik, et inimene ei peaks realiseerima enda kogutud sääste majanduslanguse või väga madalate intresside tingimustes, vaid võiks soovi korral lükata kogumispensioni saamise alguse edasi.

Pensionikindlustuse makse sõltuvusse panekut laste arvust on põhjalikult käsitlenud Leppik ja Veidemann (2006), kes pakuvad ka välja võimaliku pensionikindlustusmakse määra ja laste arvu vahelise seose, kasutades alusena Sinn (2005) ja Fenge ja von Weizsäckeri (2006) teadusartikleid. Autorid leiavad, et optimaalne pensionisüsteem peaks sisaldama nii varasemast töötasust kui ka laste arvust sõltuvat komponenti ning paralleelselt riiklikus pensionisüsteemis (I sambas) laste arvust sõltuva pensionilisa kehtestamisega võiks rakendada kohustuslikus kogumispensionisüsteemis (II sambas) sisse maksete diferentseerimist sõltuvalt laste arvust. Seega oleks mõistlik laste arvust sõltuvat kogumispensionimakse suurust käsitleda koos laste arvu mõjuga pensionile riiklikus pensionisüsteemis. Suurendades inimeste

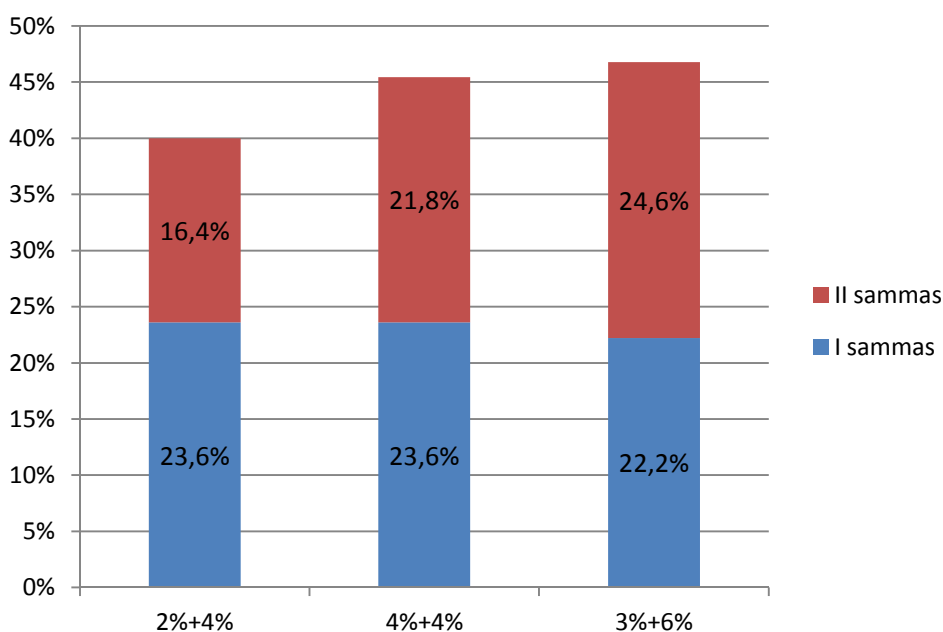
kogumispensionimakset ja vähendades samaaegselt inimese õigusi saada pensioni riiklikust pensioniskeemist, suurendab see pensionisüsteemi sees ümberjaotust lastega vanemate kasuks.

Leppik ja Veidemann (2006) toovad välja, et kogumispensioni makse diferentseerimist sõltuvalt laste arvust oleks võimalik küll rakendada kohe vastava reformi käivitumisest, ent seda siiski ainult nende isikute suhtes, kes liituvad II sambaga kohustuslikult peale reformi käivitumist, s.t vähemalt 18-aastased tööturule sisenevad noored. Seda ei ole võimalik teha tagasiulatuvalt nende isikute suhtes, kes tegid liitumisotsuse vabatahtlikult – kuivõrd see tähendaks nende liitumislepingu tingimuste muutmist, ent teistsuguste tingimuste korral need isikud ei oleks pruukinud liituda. Samuti tuleb arvestada, et maksemäärade diferentseerimine sõltuvalt laste arvust võib põhjustada rea praktilisi probleeme ettevõtete raamatupidajatele, kes makseid realselt töötasust kinni peavad.

Arvutusnäide

Arvestuslikult suurendab keskmise palga saaja jaoks kohustusliku säästmise suurendamine tema pensionide brutoasendumäära I ja II sambast ca 8 protsendipunkti võrra pensionile jäämise hetkel, kui rakendada skeemi 4% (inimene) + 4% (sotsiaalmaksu ümbersuunamine). Kui rakendada skeemi 3% + 6%, siis asendusmäär võrreldes eelmise variandiga esimesest sambast väheneb, kuid teisest sambast suureneb. Sõltuvalt kogumisperioodi pikkusest jääb ka asendusmäär muutus II sambast väiksemaks.

Joonis 4.1.3. II samba maksemäärade tõstmise mõju individuaalsele brutoasendumäärale pensionile jäämise hetkel keskmise palga saaja jaoks



Allikas: autorite arvutused

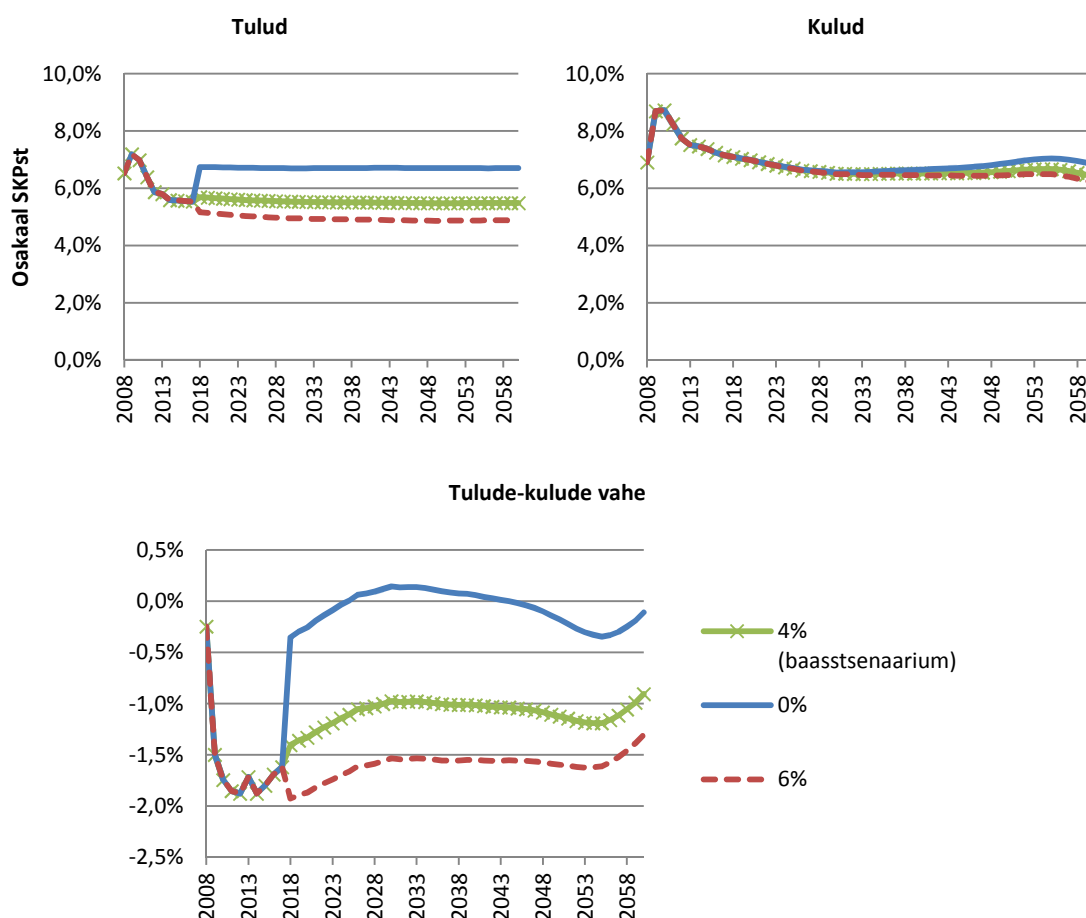
Eeldused: keskmise palga saaja 40 aastat, kogumisperiood 40 aastat (2011–2050), jääb pensionile 65-aastaselt vanaduspensionieas, keskmine II samba nominaalne tulumäär 4,93%, keskmine hõive kasv – 0,36%, keskmine nominaalpalga kasv 4,80% aastas, keskmine THI kasv 2,37%, annuiteet 3%, oodatav eluiga pensionile jäämise hetkel 65-aastasena on 19 aastat.

Kui kohustusliku kogumispensionimakse tõstmisega kaasneb täiendav sotsiaalmaksu siire II sambasse, siis vähendab see lühiajaliselt laekumisi riikliku pensionikindlustuse tuludesse. Näiteks 3% + 6% skeemi korral oleks täiendav siire võrreldes 2% + 4% skeemiga 2012. aastal ca 1,3–1,4 miljardit krooni (ehk ca 0,5% SKPst ehk ca 7–8% riikliku pensionikindlustuse laekumistest). Pikaajaliselt vähenevad küll ka riikliku pensionikindlustuse kulud, sest kogutud aastakoefitsientide summa väheneb (arvestuslikult 12,5% madalam aastakoefitsientide summa toob nt keskmise palga teenija puhul kaasa ca 6% madalama pensioni I sambast), kuid et sotsiaalmaksutuludest makstakse välja ka töövõimetuspensione ja toitjakaotuspensione,

kus aastakoefitsientide mõju pensionile on väiksem, siis toob riigipoolse siirde suurenemine kogumispensioniskeemi siiski kaasa defitsiidi suurenemise.

Järgmine joonis iseloomustab riikliku pensionikindlustuse tulude ja kulude muutumist, kui sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osast läheks kogumispensioniskeemi 0% (ümbersuunamise ära kaotamine), 4% (praegune olukord ehk baasstsenaarium) või 6%. Kui kaotada üldse kogumispensioniskeemi siirded ära, siis sellise hüpoteetilise stsenaariumi korral oleksid riikliku pensionikindlustuse tulud ja kulud praktiliselt tasakaalus. Tulude ja kulude vahe varieerub 0,1% SKPst ülejäägist kuni 0,3% SKPst defitsiidini. Kui kogumispensioniskeemi siirdetakse 6% sotsiaalmaksust, siis suureneb riikliku pensionikindlustuse defitsiit täiendavalt ca 0,5% võrra SKPst võrreldes baasstsenaariumiga ja moodustab pikaajaliselt ca 1,5% SKPst.

Joonis 4.1.4. Sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osast kogumispensioniskeemi suunatava maksemäära mõju riikliku pensionikindlustussüsteemi tuludele ja kuludele



Märkus: reformiaastaks on võetud aasta 2018.

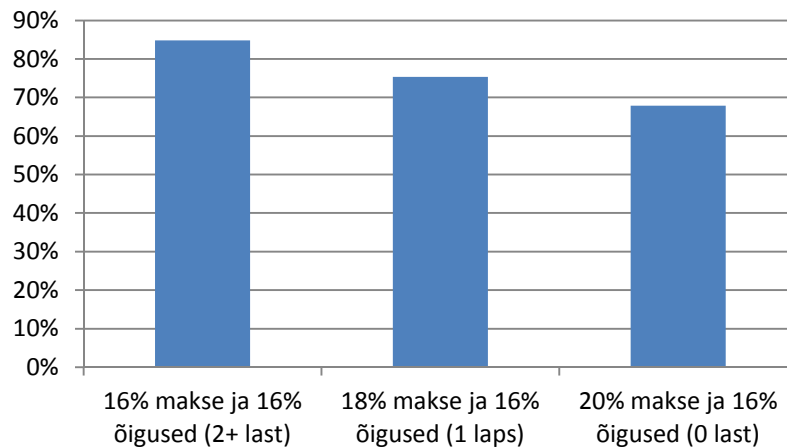
Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Üks tellija pakutud poliitikaalternatiiv oli panna riikliku pensionikindlustuse pensioniõigused sõltuma laste arvust. Selleks, et saada riiklikust pensionikindlustusskeemist samasuguseid õigusi, peab lastetu töötaja maksma rohkem sotsiaalmaksu kui lasteta töötaja. Näiteks 16% sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osale vastava aastakoefitsiendi saamiseks peaks lastetu täiskasvanu maksma I sambasse 20% sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa, ühe lapsega täiskasvanu 18% ja kahe või enama lapsega 16% (praegune olukord). Niisuguse poliitikaalternatiivi rakendamise peamiseks tulemuseks on pensionisüsteemis suurenev ümberjaotus lastega inimeste kasuks. Lastetu töötaja peaks tegema veerandi võrra suuremaid sissemaksid I sambasse, et saada sealt samaväärne vanaduspension kui kahe või enama lapsega töötaja.

Seda võib näiteks iseloomustada riiklikust pensioniskeemist saadava pensionide kogusumma ja tehtud sissemaksete suhte muutusega (vt järgmine joonis). Kui lasteta inimene peab maksma I sambasse 20% sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa, kuid talle omistatakse vaid 16%le vastav pensionikindlustuse

aastakoeffitsientide kogusumma, siis moodustab tema pensioni kogusumma I sambast võrreldes tema sissemaksega ca 68%. Ühe lapsega vanema puhul oleks see 75% ja kahe või enama lapsega vanema puhul 85%. Samaväärse pensionide asendusmäära saamiseks vanaduspensionieas peab lasteta või ühe lapsega täiskasvanu tegema seega täiendavaid sissemaksid vabatahtlikku kogumispensioniskeemi.

Joonis 4.1.5. Riiklikusse pensionikindlustussüsteemi väljamaksete ja sissemaksete suhe erinevate pensioniõiguste korral

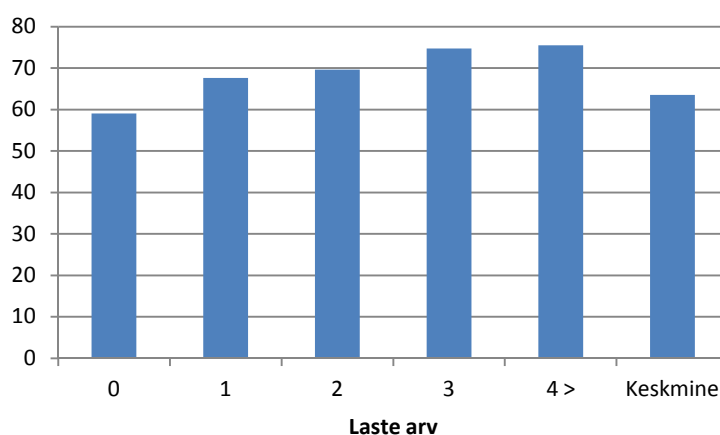


Eeldused: Simulatsioonides on võetud tarbijahinnaindeksi kasv nulliks; muud eeldused samad mis eelmisel joonisel.

Allikas: autorite arvutused

Eesti Sotsiaaluuringu andmete põhjal oli 2008. aastal kogumispensioniga liitunudte osakaal suurem nende inimeste seas, kelle leibkonnas elas ka rohkem lapsi (vt joonis 4.1.6). Nii oli II sambaga liitunud 59% 30–50-aastastest täiskasvanutest, kellel ei olnud leibkonnas lapsi. Nendest, kellel oli leibkonnas üks laps, oli liitunud II sambaga 68%; neist, kellel oli leibkonnas kaks last, oli liitunud II sambaga 70% ning neist, kellel kolm või enam last, oli liitunud ca 75%. Seega, kui riiklik pensioni suurus siduda enam laste arvuga, siis tähendaks see seda, et lastega inimeste pension tuleks suurem nii I kui ka II sambast.

Joonis 4.1.6. II sambaga liitunudte osakaal laste arvu järgi vanuses 30-50, 2008. aasta seisuga



Allikas: Eesti Sotsiaaluuring 2008, autorite arvutused

Kui I sambast muutub asendusmäär positiivselt sõltuvaks laste arvust, siis samaväärse pensionide asendusmäära saavutamiseks kokku eri pensionisammastest saaks kasutada suuremat sissemakset kohustuslikku või vabatahtlikku kogumispensioniskeemi. Samas on vabatahtliku kogumispensioniga liitumine tagasihoidlik, vaid ca kümnendik tööealisest elanikkonnast. Kogumispensionide sissemaks või

riikliku pensionikindlustuse aastakoefitsientide suuruse sidumist laste arvuga on mõistlik vaadata koos nn vanemapensioni sissetoomise ideega, kus I samba pension või inimese enda või riigipoolsed sissetoomised II sambasse hakkavad vahetult sõltuma laste arvust. Vanemapensioni võimalikke alternatiive on käsitletud peatükis 4.2.

Sotsiaalmaksule lae seadmine (poliitikavariant 3)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Vähendada kõrgepalgalise töötaja maksude osakaalu töötajate kogumaksus ja töötaja maksukiulu
- Soodustada kõrgepalgaliste töötajate tööhõivet

Poliitikavariandi kirjeldus

Sotsiaalmaksu lagi tähendab seda, et teatud töötasu summast alates sotsiaalmaksu maksubaas enam ei suurene. Sotsiaalmaksuga maksustatava tulu ülempiiriks on kaalutud kehtestada 3 korda, 4 korda või 5 korda üle-eelmise kalendriaasta keskmine sotsiaalmaksuga maksustatud tulu või seada fikseeritud summa, näiteks 4000 eurot kuus, mida muudetakse ühekordsete otsustega. Ülempiir võib laieneda kas mõlemale sotsiaalmaksu komponendile või ainult ühele neist: ravikindlustusele või pensionikindlustusele. Paralleelselt võib ülempiir rakenduda inimese kogumispensionimaksule või ka töötuskindlustusmaksule.

Maksja ja maksu kinnipidaja ei muutuks võrreldes praegusega. Sotsiaalmaksu lae arvutamisele on küll vaja kehtestada tehnilised rakendamisreeglid üle aja (kas tegemist on arvestusega kuises või aastases arvestuses, kas ja kuidas toimub tasaarvestus) ja üle ettevõtete (kuidas jaguneb saadav kasu mitme töötaja juures töötavate inimeste vahel) ning kas toimub summeerimine erinevate kohustuste korral, nt kui täiendavalt maksatakse inimese eest sotsiaalmaksu riigieelarvest (nt alla kolme-aastase lapse korral) või inimene on korraga FIE ja palgatöötaja.

Sotsiaalmaksu ülempiiri mõjude ulatus sõltub ülempiiri suuruselt. Mida madalam on ülempiir, seda suuremad on kõik mõjud. Alljärgnevas näitearvutuses on eeldatud, et tegemist on aastase arvestusega, s.t toimub kuise tulu suure varieeruvuse korral tasaarvestus aasta lõikes.

Mõjud

Maksulae kehtestamine vähendaks vähemalt lühiajaliselt ravikindlustuse ja pensionikindlustuse tulusid. Lõplik mõju sõltub sotsiaalmaksu lae mõjudest pikaajalisele hõivele ja palgale. Sotsiaalmaksu lagi suurendab potentsiaalselt tööhõivet alandades töötajate kiulu (maksude osakaalu töötajate kogumaksust). Mõju hõivele sõltub kõrgepalgalise töötaja tööhõive elastsusest. Eesti kohta kahjuks puuduvad teadaolevalt empiirilised uuringud, kus oleks eraldi vaadatud tööhõive elastsust töötajate kogumaksust suhtes palgajaoatuse ülemises osas.

Riikliku pensionikindlustuse kulud vähenevad kõrgepalgaliste pensionide maksimise pikas perspektiivis, kuna vähenevad töötajate väljateenitud õigused. Teisest küljest toob aga sotsiaalmaksu lagi kaasa selle, et keskmine sotsiaalmaksuga maksustatud tulu langeb ehk kõigi sotsiaalmaksuga maksustatud inimeste aastakoefitsiendid suurenevad. Alljärgnev arvutusnäide 2007. aasta andmete põhjal näitab, et kogukohustused suurenevad. Teisest küljest tingituna ühekordsest sotsiaalmaksu vähenemisest väheneks ka pensioniindeksi valemis kasutatav sotsiaalmaksu laekumine ning selle tulemusena tuleks pensioniindeks ja seega pensionide kasv väiksem.

Ravikindlustuse kulud muutuvad läbi palgakulude, kui palgakulud vähenevad (st brutopalk ei tõuse sotsiaalmaksulae tulemusena). Palgakulude osakaal moodustab tervishoiuteenuste kuludest ligi poole, millest omakorda ca poole moodustab arstide palk. Et viimane on keskmisest palgast kaks või enam korda kõrgem, siis on potentsiaalne mõju kulude vähenemisele olemas, kui sotsiaalmaksu lagi tuleb madal (vt ravikulude võimaliku vähenemise kohta sotsiaalmaksu lae korral Kruus, Kaarna 2010). Ravikindlustuse kulud muutuvad ka juhul, kui sotsiaalmaksu laele vastab ka ajutiste töövõimetushüvitiste lagi, ehkki mõju on eeldatavalt väiksem, sest väga kõrge palgaga inimesed, keda sotsiaalmaksu lagi võiks mõjutada, kasutavad suhteliselt vähem haigushüvitisi.

Sotsiaalmaksu lae tulemusena põlvkondadevaheline ümberjaotus väheneb, sest praegune põlvkond rahastab vähemas ulatuses jooksvale rahastamisele baseeruvat pensionikindlustust ja ravikindlustust. Põlvkondade sisene ümberjaotus väheneb samuti oluliselt, sest sotsiaalmaks muutub oluliselt regressiivsemaks, st kõrgema sissetulekuga inimesed maksavad suhteliselt vähem sotsiaalmaksu. Samas seda kompenseerib see, et ka kõrgepalgalise aastakoefitsiendid vähenevad, mistõttu on tulevane riiklik pension ühtlasema jaotusega.

Arvutusnäide

Kasutades 2007. aasta palgajaotuse andmeid on välja leitud, kui palju oleks võimaliku sotsiaalmaksu lae mõju sotsiaalmaksu laekumise vähenemisele. Näiteks kolmekordne üle-eelmise aasta sotsiaalmaksuga maksustatud tulu ulatuses sotsiaalmaksu lae kehtestamine vähendaks sotsiaalmaksu laekumist suurusjärgus 9,1%. Kõrgem lagi vähendab sotsiaalmaksulaekumist vastavalt vähem. Pikaajaliselt on tegelik vähenemine väiksem, kui sotsiaalmaksu langetamine suurendab kõrgepalgaliste hõivet ja vähendab töötasu väljavõtmist dividendituluna. Nende positiivsete efektide mõju suurust aga täpselt hinnata ei ole võimalik.

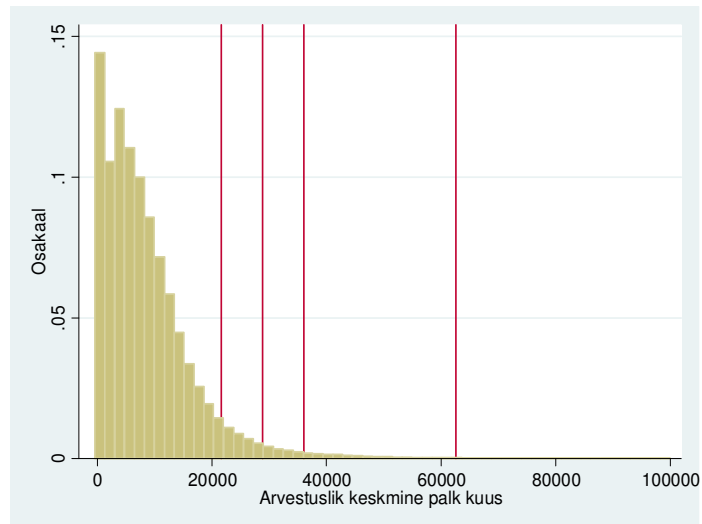
Pensionisüsteemi kulusid mõjutab sotsiaalmaksu lae arvutuslik mõju keskmisele sotsiaalmaksuga maksustatud tulule ja selle kaudu kõikidele aasta jooksul teenitud koefitsientidele. Nii näitab 2007. aasta andmete põhjal läbi viidud simulatsioon, et sotsiaalmaksu kogusumma vähendamisele vastab praktiliselt proportsionaalne samaväärne keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud tulu langus. Selle tulemusena suurenevad ka kõikide inimeste aastakoefitsiendid, kelle sotsiaalmaksu kohustust ei piirata. Kokkuvõttes suurenevad paljude madalapalgaliste aastakoefitsiendid natuke ja vähenevad väheste kõrgepalgaliste aastakoefitsiendid palju.

2007. aasta arvutuste järgi on netoeffekt aastakoefitsientide kogusumma suurenemine, st pensionikohustused tuleviku jaoks suurenevad, kuid pensionikoefitsientide jaotus on kitsam. Samas tuleb arvestada palga ja vanuse seost. Kõrgepalgaliste pealt kokkuhoitud pensionikoefitsientide mõju avaldub alles mõne aja pärast, sest kõrgepalgalised on nooremad inimesed (vanuses 35–45). Samas pensionieelses eas on enamasti just madalama palgaga inimesed, kelle suuremad pensionikoefitsiendid tõstavad pensionisüsteemi kulusid varem.

Tabel 4.1.2. Võimalike sotsiaalmaksulagude esimest järku mõju sotsiaalmaksu laekumisele ja riikliku pensionikindlustuse aastakoefitsientide kogusummale 2007. aastal palgajaotuse põhjal

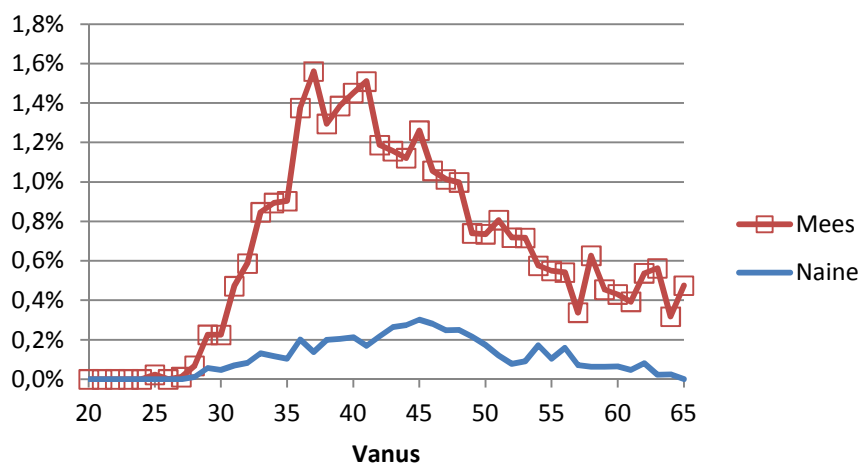
Ülempiir	Piiri suurus (kr)	Palga-töötajate arv keda mõjutatakse 2007. aastal	Osakaal palga-töötajatest	Kaotus sotsiaalmaksu tuludes (mln kr)	Ühekordne kaotus sotsiaal-maksu tuludes (%) (=muutus sots-	Muutus keskmises sotsiaal- maksu summas	Muutus aasta-koefitsientide kogusummas
3 × 2005. aasta keskmine sotsiaalmaksustatud palk	21 624	48 840	6,6%	2449	-9,1%	-10,5%	0,34%
4 × 2005. aasta keskmine sotsiaalmaksustatud palk	28 832	22 703	3,1%	1487	-5,5%	-6,9%	0,20%
5 × 2005. aasta keskmine sotsiaalmaksustatud palk	36 040	12 350	1,7%	1007	-3,7%	-5,1%	0,14%
4000 eurot	62 586	2506	0,3%	396	1,5%	-2,8%	0,06%

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused



Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Joonis 4.1.8. 4000-eurosest sotsiaalmaksulaest kasu saavate sotsiaalmaksu maksvate inimeste osakaal soo ja vanuse lõikes 2010. aasta sotsiaalmaksu andmete põhjal



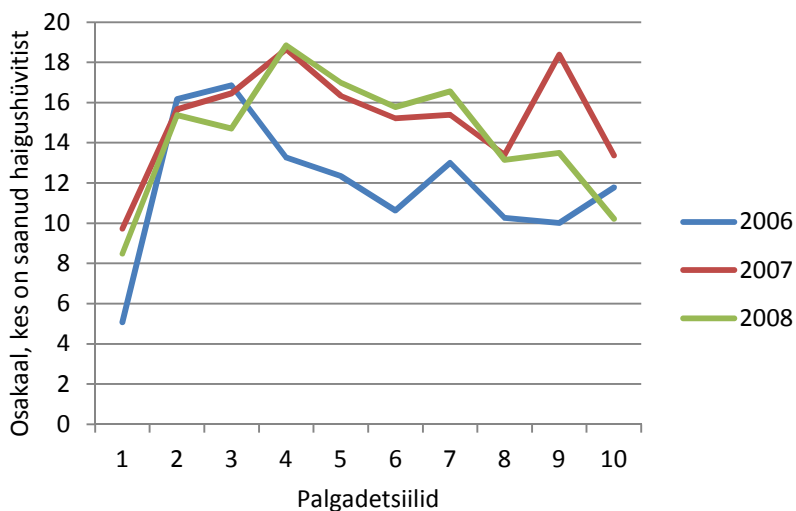
Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Kui lagi laieneb ka isiku kogumispensioni (II samba) maksele, siis see ei oma olulist mõju riikliku pensionikindlustussüsteemi jätkusuutlikkusele. Kõrgepalgaliste jaoks mõjutab isiku kogumispensioni maksele lae seadmine tulevast asendusmäära II sambast. Osaliselt saavad isikud seda ise kompenseerida täiendavate sissemaksetega III sambasse, mis on teatud ulatuses tulumaksust vabastatud.

On võimalik, et sotsiaalmaksu lagi laieneb ainult rahalistele hüvitistele (pensionid ja ajutise töövõimetuse hüvitised) vastavatele sotsiaalmaksu osadele. Pensionikindlustuses sissemaksetele lae seadmine tähendab seda, et inimeste pensioni aastakoefitsiendid vähenevad automaatselt koos sotsiaalmaksu laega. Ajutise töövõimetuse hüvitised on seevastu seotud haigestumise riskiga. Eesti Sotsiaaluuringu andmetel on seos palga ja haigushüvitiste saamise tõenäosuse vahel pigem negatiivne. Korrelatsioon palgasumma ja ajutise töövõimetuse hüvitise summa vahel on peaaegu null (vt järgmine joonis).

Kõige suurema tõenäosusega saavad haigushüvitisi 3. ja 4. palgadetsiili kuuluvad töötajad. 10. detšiili kuuluvatest töötajatest, keda sotsiaalmaksulagi võiks mõjutada, sai iga kümnes mõnda ajutise töövõimetuse hüvitise liiki. Seega lae kehtestamine nii sotsiaalmaksu ravikindlustuse osale kui ka ajutise töövõimetuse hüvitistele on pigem regressiivne, s.t sellest võidavad enam kõrgepalgalised, sest nende palgakulud vähenevad sotsiaalmaksu lae tulemusena rohkem kui nad kaotavad ajutise töövõimetushüvitise laes.

Joonis 4.1.9. Ajutise töövõimetus hüvitist saavate inimeste osakaal palgadetsiilide lõikes



Allikas: Eesti Sotsiaaluuring 2006, 2007, 2008 (mikroandmed), autorite arvutused

Sotsiaalmaksu põranda vähendamine või kaotamine (poliitikavariant 4)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Langetada madala kvalifikatsiooniga tööjõu maksukoormust, et suurendada nende töötamise võimalusi

Praegune olukord

Sotsiaalmaksu põranda kehtestamise eesmärk on suurendada maksutulu ja vähendada maksudest kõrvale hoidumist, sidudes õiguse sotsiaalkindlustuse kaitsele minimaalse sotsiaalmaksu kohustusega. 2007. aasta aastaste mikroandmete analüüs näitab, et tööpoolest esineb töötasu saajate seas koondumine sotsiaalmaksu miinimumkohustuse ja alampalga suuruse juurde. FIEde puhul on koondumine sotsiaalmaksu miinimumkohustuse juurde veelgi tugevam. (Vt joonised allosas.)

Mõju hõivele ja sotsiaalvaldkonna rahastamisele

Põranda kaotamise eesmärk on vähendada maksukoormust madalapalgaliste jaoks, et suurendada tööjõust väljas olevate töötajate hõivet. Põranda kaotamisel on mitu efekti sotsiaalvaldkonna laekumisele:

- positiivne efekt, mis tuleneb võimalike uute töötajate makstavast sotsiaalmaksust,
- negatiivne efekt, mis tuleneb olemasolevate töötajate väiksemast sotsiaalmaksukohustusest.

Muutuv sotsiaalmaksu minimaalne kohustus toob kaasa ka muutused pensionikindlustuse tulevastes kohustustes ja ajutise töövõimetus hüvitiste kohustustes. Täpsem mõju sõltub madalapalgaliste hõive tundlikkusest tööjõukulude suhtes, mille kohta arvilised mõjuhinnangud kahjuks Eestis puuduvad.

Palgatöötajate sotsiaalmaks, kelle eest makstakse aastases arvestuses sotsiaalmaksu summalt alla alampalga, moodustab ca 5% kogu palgatöötajate sotsiaalmaksust. Ja see on olnud väga stabiilne üle aastate, hoolimata sotsiaalmaksu miinimumkohustuse muutusest. Seega võib väita, et palgatöötajate puhul mõjutab sotsiaalmaksu laekumist rohkem alampalk ja vähem sotsiaalmaksu miinimumkohustus.

FIEde puhul oleks sotsiaalmaksu põranda kaotamisel teoreetiline maksimaalne kaotus 2007. aasta andmete järgi ca kolmandik nende makstud sotsiaalmaksust, mis moodustaks kogu teisest sotsiaalmaksust alla 0,5%.

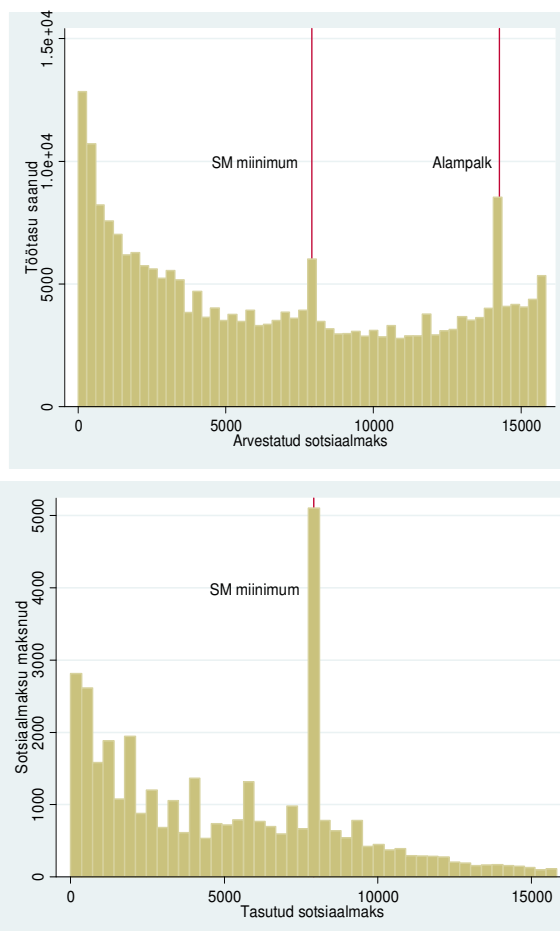
Alla alampalga pealt sotsiaalmaksu maksvate FIEde sotsiaalmaks moodustas lausa poole kogu FIEde tasutud sotsiaalmaksust. 2006. ja 2007. aasta andmete põhjal, kui sotsiaalmaksu miinimumi osakaal alampalgast kasvas oluliselt, FIEde arvu kasv pidurdus ja pöördus langustrendile. Seega on just FIEde sotsiaalmaksu miinimumkohustuse suhtes tundlikud.

Tabel 4.1.3. Palgatöötajate ja FIEde jaotus aastas tasutud sotsiaalmaksu järgi

Palgatöötajate sotsiaalmaksu osakaal kogu palgatöötajate tasutud sotsiaalmaksust		FIEde sotsiaalmaksu osakaal kogu FIEde tasutud sotsiaalmaksust				
Kuni sotsiaalmaksu miinimumkohustus	Kuni alampalk	Kuni sotsiaalmaksu miinimumkohustus	Kuni alampalk	FIEde tasutud sotsiaalmaksu osakaal kogu töötavate inimeste sotsiaalmaksust	FIEde arv, kes on maksnud sotsiaalmaksu	
2001	1,0%	4,9%	19,1%	57,6%	0,8%	34 911
2002	0,9%	5,1%	22,2%	52,6%	1,5%	36 340
2003	0,7%	5,3%	20,6%	52,0%	1,1%	38 582
2004	0,6%	5,9%	19,6%	51,1%	1,2%	40 955
2005	0,5%	5,3%	17,0%	49,5%	1,2%	43 807
2006	1,3%	5,0%	25,4%	51,2%	1,2%	43 898
2007	1,8%	4,9%	32,3%	56,1%	1,3%	41 081

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti (SKA) mikroandmed, autorite arvutused

Joonis 4.1.10. Palgatöötajate (ülemine joonis) ja FIEde (alumine joonis) aastase sotsiaalmaksu (SM) jaotus 2007. aastal, jaotuse alumine osa



Allikas: SKA mikroandmed, autorite arvutused

Mõju madalapalgaliste pensionile

Sotsiaalmaksu minimaalne kohustus võiks tagada sotsiaalmaksu maksnutele ka vanaduspension, mis vastaks kokkulepitud minimaalsele tasemele. Kui lugeda minimaalseks pensionide tasemeks 40% leibkonnaliikme aasta ekvivalentnetosissetulekust, siis arvutused näitavad, et pensionid peaksid moodustama minimaalselt 25% keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatud tulust. Kui madalapalgaliste eest makstaks 40 aasta jooksul sotsiaalmaksu üksnes minimaalselt kohustuselt, mis moodustab pikas perspektiivis 37% keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatud tulust, siis kui jätta kõrvale II samba võimalik panus, koguks inimene kokku *ca* 15 aastakoefitsienti (40 korda 0,37), mis tagaks orienteeruvalt vanaduspension, asendusmääraks 19% keskmisest palgast (vt järgmine tabel veerg (a)), samas kui rahvapension, suuruseks oleks *ca* 12% keskmisest palgast. Seega ei taga praeguselt alampalgalt tasutatav I samba makse pensioniks soovitatavat 25% keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatavst tulust. Kui inimene maksab alampalgalt lisaks ka kogumispension, siis I ja II samba koos tagavad peaaegu soovitud miinimumtaseme. Kui langetada sotsiaalmaksu maksamise miinimumkohustust veelgi, nt pooleni alampalgast, siis tooks see kaasa I sambast asendusmääraks *ca* 16% keskmisest palgast.

Tabel 4.1.4. Sotsiaalmaksu minimaalse kohustuse mõju pensioni brutoasendusmääradele

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
Sotsiaalmaksu kohustus (kr kuus)	4350	4350	2175	11 779	11 779
Vastav aastakoefitsient	0,37	0,295	0,185	1	1
Tulevase I samba pensioni suhe keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud tulusse	18,5%	17,4%	16,0%	27,7%	24,8%
II samba pensioni suhe keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud tulusse		6,0%			16,4%
Kokku asendusmäär	18,5%	23,4%	16,0%	27,7%	41,2%
Rahvapensioni suhe keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud tulusse	12%				
Minimaalse pensioni sihttase (40% keskmisest ekvivalenttulust ehk 25% keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatud tulust)	25%				

Eeldused: kogumisperiood 40 aastat 2011–2050, jääb pensionile 65-aastaselt vanaduspensionieas, keskmine II samba nominaalne tulumäär 4,93%, keskmine hõive kasv –0,36%, keskmine nominaalpalga kasv 4,80% aastas, keskmine THI kasv 2,37%, annuiteedi intressimäär 3%, oodatav eluiga pensionile jäämise hetkel 65-aastasena on 19 aastat.

Allikas: autorite arvutused

Seega näitavad arvutused, et sotsiaalmaksu minimaalse kohustuse langetamine praeguselt tasemelt allapoole toob kaasa riski, et inimeste pension tulevikus jääb madalamaks kui minimaalselt adekvaatseks peetav pensionide tase.

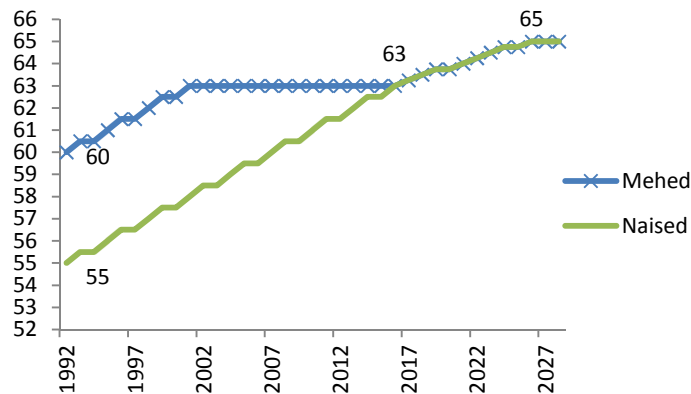
4.2. Pensioniparameetrite muutmisega seotud poliitikavariandid

Pensioniparameetrite muutmisega seotud poliitikavariantide alla kuuluvad sellised variandid, mis on suunatud pensionisüsteemi muutmisele selliselt, et suurendada inimeste motivatsiooni kauem töötada ja vähendada riikliku pensionikindlustussüsteemi defitsiiti pikaajaliselt.

Taust

Riikliku pensionikindlustuse finantsilist jätkusuutlikkust ühelt poolt ja pensionide adekvaatsust teiselt poolt mõjutavad pensioni saavate inimeste arv, pensioni suurus, sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa maksvate inimeste arv ja maksubaasi suurus. Pensioni saavate inimeste arvu mõjutab esmajärjekorras rahvastiku vanuskoosseis ja pensioniiga. Praeguste seaduste kohaselt jõuab vanaduspensioniiiga 2026. aastaks nii meestel kui ka naistel vanuseni 65. Pensioniea tõusul on mitmesugused mõjud:

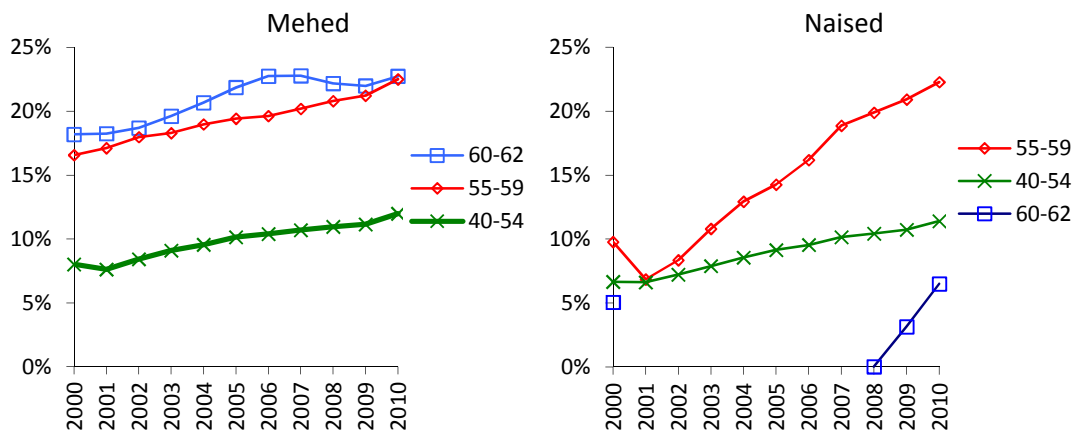
- väheneb vanaduspensionii saavate inimeste osakaal vanuserühmas 60–64,
- kasvab muid pensioniliike, eelkõige ennetähtaegset vanaduspensionii ja töövõimetuspensionii saavate inimeste osakaal vanuses 60–64,
- suureneb töötavate inimeste osakaal vanuserühmas 60–64 ja 65–69.

Joonis 4.2.1. Pensioniea muutus meestel ja naistel 2026. aastani

Allikas: autorite koostatud

Et pensioniea tõus suurendab eakate hõivet pensioniea tõusust mõjutatud vanusrühmades ning samaaegselt suurendab ka ennetähtaegse vanaduspensionari ja töövõimetuspensionari saavate inimeste arvu, on tingitud vanemaealiste inimeste töövõime suurest varieeruvusest. Suurem osa vanemaealistest inimestest on suutelised töötama ja nende hõivemäärad on suurenenud tulenevalt pensioniea tõusu survest ja nad jätkavad töötamist ka pensionieas, sest pensioni ja töötasu on võimalik saada koos. Seetõttu peale pensioniea tõusu ongi Eesti eakate keskmised hõivemäärad tõusnud ja nad olid majandusbuumiaegadel ühed kõrgeimad Euroopa Liidus. Teisest küljest need eakad, kes juba on töötud või mitteaktiivsed, või kelle suutlikkus töötada kõrgema vanuseni on piiratud, kasutavad teisi võimalusi tööturult lahkuda, kui pensioniiga tõuseb. See selgitab kiiresti kasvanud töövõimetuspensionäride arvu Eestis viimastel aastatel.

Eesti senine kogemus on kinnitanud, et eakate hõivemäärad tõusid oluliselt peale pensioniea tõusu. Meeste hõivemäär vanuserühma 60–64 kasvas 36%st 1995. aastal 51%ni 2002. aastal. Samal ajal tõusis pensioniiga 61lt 63le aastale. Peale seda meeste pensioniea tõus peatus ja ka hõivemäärade kasv pidurdus. Naiste puhul oli kasv veelgi märkimisväärsem. Vanuserühmas 55–59 tõusis naiste hõivemäär 42%lt 1995. aastal 62%le 2008. aastal, paralleelselt pensioniea tõusuga samal ajal. Nende eakate puhul, kes ei suutnud leida sobivat tööd, tähendab pensioniea tõus, et vaadatakse muid pensionile jäämise võimalusi. Joonis 4.2.2 näitab, et töövõimetuspensionäride osakaal kasvas meestel vanuserühmas 60–62 18%st 2000. aastal 22%ni 2009. aastal ja vanuserühmas 55–59 17%st 21%ni. Naistel oli kasv veelgi kiirem. Vanuserühmas 55–59 kasvas töövõimetuspensionäride osakaal 10%st 2000. aastal 21%ni 2009. aastal.

Joonis 4.2.2. Töövõimetuspensionäride osakaalud soo-vanusrühmades meestel ja naistel 2000–2009

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, Statistikaamet, autorite arvutused

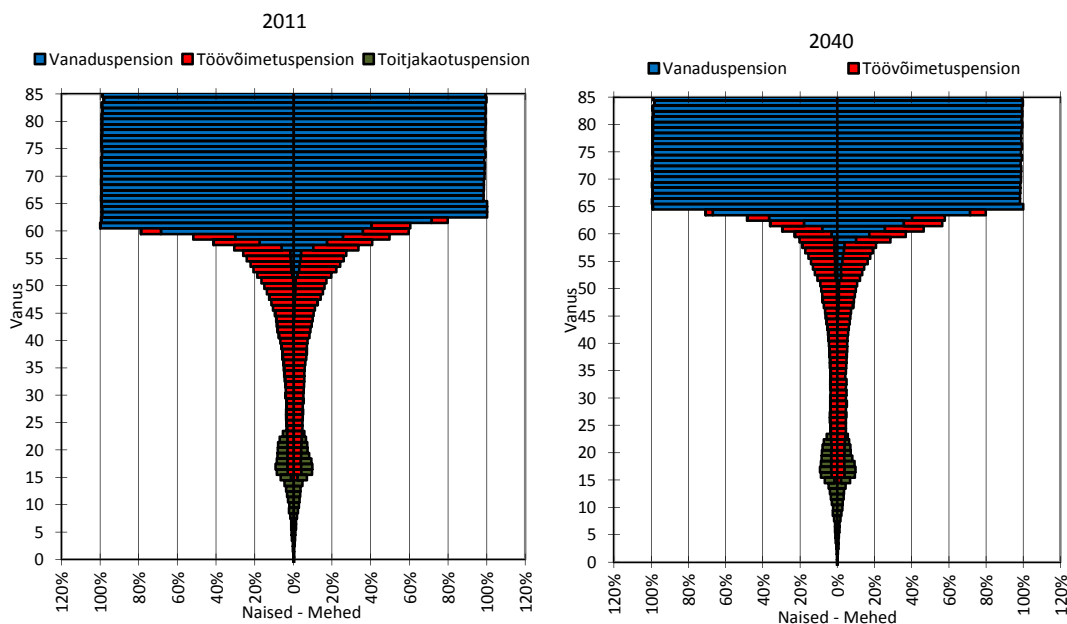
Vanaduspensionäride osakaal, kes kasutab ennetähtaegset vanaduspensionari langes pisut ajavahemikul 2000–2009. Ennetähtaegsete pensionide sisseviimisel 2000. aastal said 24% kõikidest uutest

vanaduspensionäridest ennetähtaegset vanaduspensionile. Viimastel aastatel on see olnud 17–19%. Uudeküll ja Võrk (2004) näitavad, et peale ennetähtaegsete vanaduspensionide sisseviimist 2000. aastal, enamik inimesi (60%), kes hakkasid neid kasutama, olid olnud töötud juba kaks aastat enne pensionile jäämist ja nad hakkasid kasutama ennetähtaegset pensioni kohe, kui neil see võimalus avanes. Seega ei avaldanud ennetähtaegsed vanaduspensionid iseenesest negatiivset mõju eakate hõivemääradele, vaid pakkusid asendust väga madalatele ja lühikese kestusega töötushüvitistele. Võrk ja Habicht (2001) jõuavad analoogselt järeldusele, analüüsides invaliidsuspensionide kasutamist 1990. aastate teisel poolel. Nad väidavad, et vähemalt osalt olid invaliidsuspensionäride kõrge osakaal rahvastikus seotud madalate töötushüvitistega.

Tuginedes ülaltoodud analüüsidele, võib eeldada, et pensioniea tõusu tõttu küll vanaduspensionäride osakaal pensionieast mõjutatud vanusrühmades küll väheneb, kuid seevastu vähemalt osaliselt kasvab töövõimetuspensionäride osakaal.

Sotsiaalkindlustusameti andmed näitavad, et töövõimetuspensionäride osakaal kuni kolm aastat enne pensioniiga oli 2011. aasta alguses nii meestel kui ka naistel ca 20–25%. Kõige kõrgemad (kuni 25%) on need osakaalud kolm-neli aastat enne pensioniiga, kui inimestel veel puudub võimalus kasutada ennetähtaegset vanaduspensionile, seejärel langevad 20%ni. Alljärgnevatel pikaajalistest prognoosides eeldatakse, et töövõimetuspensionäride osakaal vanaduspensioniea eelsetes vanusrühmades säilib sellise mustriga ka tulevikus. Nooremate vanuserühmade kohta eeldatakse, et oodatav eluea tõus toob kaasa töövõimetuspensionäri saajate osakaalu vähenemise. Täpsemat käsitlust töövõimetuspensionide ja laiemalt töövõimetuse trendide ja võimalike muudatuste kohta vt ptk 4.9.

Joonis 4.2.3. Pensionäride osakaal rahvastikus soo-vanuse lõikes, 2011 ja 2040



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, Statistikaamet, autorite arvutused ja eeldused

Lisaks töövõimetuspensionäridele suurendab pensionäride arvu enne vanaduspensioniea ka ennetähtaegse vanaduspensionile, erinevate soodustustingimustel vanaduspensionide ja väljateenitud aastate pensioni kasutamine. Neid kokku saab aasta enne ametlikku pensioniiga ca 40% meestest ja 30% naistest. Pikaajaliste prognooside puhul eeldatakse, et see muster jääb paika, välja arvatud juhul, kui muudetakse just ennetähtaegsete vanaduspensionide kasutamise reegleid.⁶

⁶ Et teisest küljest toimub samal ajal hõive kasv pensionieelses vanusrühmas, siis kokkuvõttes on analüüsi eelduste kohaselt 2040. aastaks meestest vanuserühmas 60–64 vanaduspensionäre 23%, töövõimetuspensionäre 27% ja hõivatuid 58%. Seega ca kümnendik pensionäridest selles vanusrühmas ka töötab. Samad osakaalud naiste jaoks on 16% vanaduspensionäre, 27% töövõimetuspensionäre ja 58% hõivatuid.

Alljärgnevat andmetes ei käsitleta pensione eriseaduste alusel (nt kohtuniku eripension, riigikontrolli eripension, kaitseväelase eripension, politseiametniku eripension, prokurööri eripension). Ühest küljest on teada, et eripensioni saajate osakaal kasvab tulevikus praeguste seaduste järgi, sest pensioniõiguslike arv kasvab, teisest küljest on oodata eripensionide reformi, mis peaks seda kasvu pidurdama. Rahvapensioni saajate osakaalu puhul eeldatakse samuti, et see püsib pikaajaliselt muutumatuna, välja arvatud juhul, kui eraldi analüüsitakse rahvapensioni puudutavat poliitikat.

Järgnevalt analüüsitakse erinevaid pensionisüsteemi parameetrite muudatusi, mis mõjutavad pensioni saavate inimeste arvu ja pensioni suurus eesmärgiga suurendada pensionikindlustuse finantsilist jätkusuutlikkust. Esmalt käsitletakse pensioniindeksi komponentide muudatusi, seejärel erinevate õiguste muudatusi pensioni saamiseks, aastakoefitsientide väärtuse kujunemisega seotud muudatusi, laste kasvatamisega seotud lisapensionide muutusi, ennetähtaegse ja edasilükatud vanaduspensioniga seotud muudatusi ning viimaks pensioni saamist samaaegselt töötamisega.

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Parameetiline muudatus	<ul style="list-style-type: none"> • Pensionide indeksi komponentide osakaalude muudatused (poliitikavariant 5) • Baasosa ja aastakoefitsientide indekseerimise kiiruse kohandamine (poliitikavariant 6) • Pensioniindeksi paindlikkuse suurendamine: indeksi kohandamine negatiivse majanduskasvu korral (poliitikavariant 7) • Vanaduspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani (poliitikavariant 8) • Rahvapensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani; rahvapensioni suurus muutub proportsionaalseks Eestis elatud aastatega (poliitikavariant 9) • Töövõimetus- ja toitjakaotuspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine paralleelselt vanaduspensioni staažinõude pikenemisega, lõppeesmärgiks staažinõude kahekordistumine (poliitikavariant 10) • Aastakoefitsientide arvutamisel arvestuslikult (deklareeritud) sotsiaalmaksult üleminek tegelikult makstud sotsiaalmaksule (poliitikavariant 11) • Aastakoefitsientide arvutamisel keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatud tulult üleminek sotsiaalmaksu mediaanile (poliitikavariant 12) • Aastakoefitsiendi pörandi ja lae kehtestamine (poliitikavariant) • Laste kasvatamise perioodide eest maksab riik sotsiaalmaksu keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatavalt summalt kuni lapse 3-aastaseks saamiseni (kui ei maksta sotsiaalmaksu muudel alustel) (poliitikavariant 14) • Vanemapensioni rakendamine (poliitikavariant 15) • Ennetähtaegse vanaduspensioni võimaluste piiramine – perioodi lühendamine 3 aastalt 2 aastale (poliitikavariant 16) • Ennetähtaegse vanaduspensioni piiramine – aktuaarselt neutraalse vähendusprotsendi rakendamine (poliitikavariant 17) • Osalise pensioni kehtestamine, mis laieneb ka ennetähtaegsele vanaduspensionile (poliitikavariant 18) • Töötava pensionäri pensioni summeerumine sotsiaalmaksuga maksustatud tuluga (poliitikavariant 19)

Pensionindeksi komponentide osakaalude muudatused (poliitikavariant 5)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Suurendada pensionisüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust

Senine olukord

Vastavalt RPKSi § 26 lg-le 1 indekseeritakse riiklikke pensione iga kalendriaasta 1. aprillil indeksiga, mille väärtus sõltub 20% tarbijahinnaindeksi aastasest kasvust ja 80% sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa laekumise aastasest kasvust.

Poliitikavariandi kirjeldus

Alljärgnevalt analüüsitakse olukorda, kui muudetakse pensionindeksi komponentide osakaale. Esitatud on tulemused praeguse olukorra ja kolme alternatiivse võimaliku pensionindeksi tarvis:

- praegune olukord, kus indeks sõltub 80% sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa laekumise aastasest kasvust ja 20% tarbijahinnaindeksi aastasest kasvust;
- indeks sõltub 100% sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa laekumise aastasest kasvust;
- indeks sõltub 50% tarbijahinnaindeksi aastasest kasvust ja 50% sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa laekumise aastasest kasvust;
- indeks sõltub 100% tarbijahinnaindeksi aastasest kasvust.

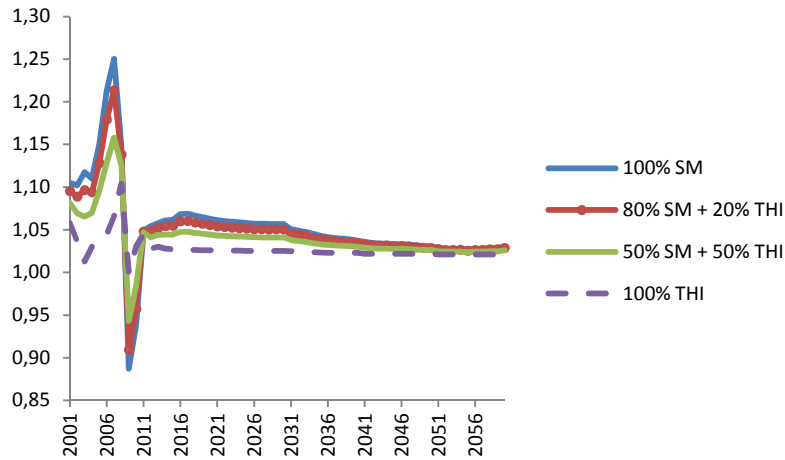
Mõjud

Pensionide suurendamise korrast sõltub pensioni kui sotsiaalpoliitilisi siirdeid saavate inimeste kaitse hinnatõusust tuleneva elukalliduse riski vastu, samuti nende osasaamine riigi majanduskasvust ja heaolu tõusust. Pensionide tõstmist on võimalik läbi viia kas eelnevalt kindlaksmääratud ja seadustatud reeglite järgi regulaarse indekseerimisega või igakordse eraldi poliitilise (*ad hoc*) otsusega. Tinglikult võib ka viimasel juhul rääkida indekseerimisest, ainult et sel juhul määratakse indeksi väärtus kindlaks iga kord eraldi ning kõiki pensione ei pruugita suurendada sama protsendi võrra.

Pensionide indekseerimisel võetakse enamasti arvesse majanduskasvu või elukallidust iseloomustavaid indikaatoreid. Rahvusvahelises praktikas indekseeritakse pensione sagedamini hinnaindeksi, palga või keskmise sissetuleku indeksi või mingi kombinatsiooniga neist teguritest, sh on võimalikud erinevate tegurite erinevad kaalud. Hindade, palkade ja sissetulekute dünaamika määravad ära mitmesugused makromajandusprotsessid, mis on (eriti lühiajaliselt) siirderiikides tunduvalt muutlikumad kui arenenud majandusega riikides. Erinevad pensionindeksid käituvad erinevalt nii majandustsükli ajal kui ka pikaajaliselt.

Nagu näitas hiljutine majandusbuum ja järgnenud majanduslangus, siis on hõive ja nominaalpalgad majandustsükli ajal paindlikumad kui hinnad, mistõttu sotsiaalmaksu laekumisele suurema kaalu andmine pensionindeksis kiirendab majandusbuumi ajal pensionide kasvu, kuid langetab neid rohkem ka majanduslanguse ajal. Tarbijahinnaindeksiga sidumine tagaks kõige stabiilsema pensionide arengu läbi majandustsükli, kuid pikaajaliselt annab siiski sotsiaalmaksu laekumisega sidumine kõrgema pensionindeksi väärtuse, vähemalt niikaua, kui reaalpalkade kasv on kiirem kui hõivatute arvu langus rahvastiku vananemise tõttu.

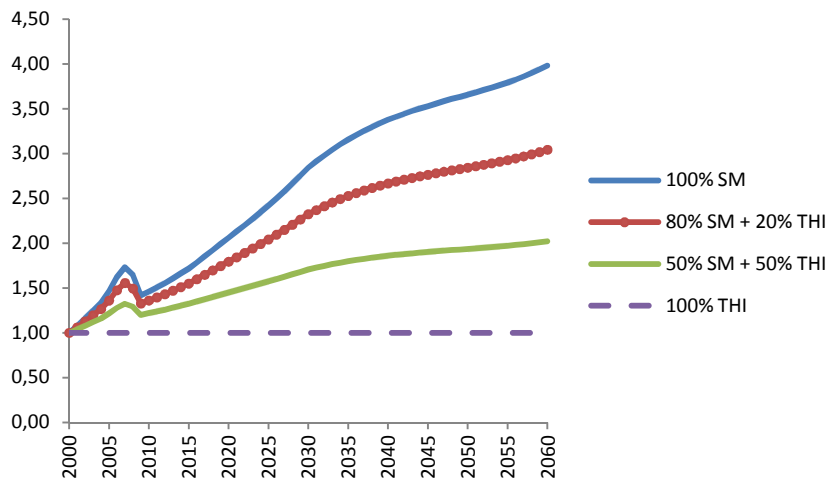
Joonis 4.2.4. Erineva kompositsiooniga pensioniindeksite prognoositud väärtused (SM – sotsiaalmaks, THI – tarbijahinnaindeks)



Allikas: Praxise sotsiaaleelarvumudel, autorite arvutused

Kui vaadata üksnes erineva koosseisuga indekseid ja jättes esialgu kõrvale mõju I samba tuludele ja kulude, siis pikas perspektiivis tagaks kõige kõrgema pensionide kasvu nende indekseerimine täies mahus sotsiaalmaksu laekumisega (vt joonis 4.2.5), mille tulemusena juba määratud pension kasvaks hüpoteetiliselt ligi neli korda 60 aastaga. Samas, kui indekseerimine tarbijahinnaindeksiga aitaks säilitada definitsiooni kohaselt pensionide reaalkasvatuse.

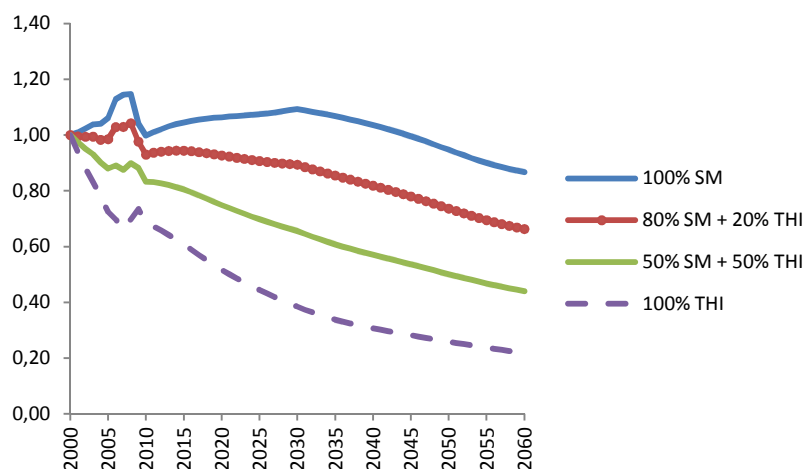
Joonis 4.2.5. Määratud pensionide reaalkasvatuse dünaamika erinevate hüpoteetiliste indeksite korral (2000 = 1)



Allikas: Rahandusministeerium, autorite arvutused

Teisest küljest pensionide asendusmäär (suhe keskmisesse brutopalka) ei säiliks pikas perspektiivis ka siis, kui indekseerida täiel määral sotsiaalmaksu laekumisesse, sest mingil hetkel hakkab hõivatute arv langema, mis toob kaasa sotsiaalmaksu laekumise vähenemise. Baasstsenaariumi eelduste kohaselt juhtub see alates 2030. aastaks, kui hõivemäärad on saavutanud enda maksimaalse taseme ja kust edasi mõjutavad tööturгу üksnes rahvastiku vanuskoosseisu muutused.

Joonis 4.2.6. Määratud pensionide asendusmäär dünaamika erinevate hüpoteetiliste indeksite korral (2000 = 1)



Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

On võimalik leida ligilähedane sotsiaalmaksu määr, mis puhtalt indekseerimise valemist lähtuvalt tagaks selle, et pensionide brutoasendusmäär ei vähene. See tähendab, et on võimalik leida, kui palju peaks sotsiaalmaksu määr kasvama, et kaasnev sotsiaalmaksu laekumise kasv tooks läbi pensioniindeksi kaasa pensionide asendusmäärade säilimise. Keskmise pensioni brutoasendusmääraks baasaastal on võetud 0,38.

Sotsiaalmaksu määra muutust aitab leida järgmine valem:

$$\tau = \frac{\pi}{w} / \left(a \cdot \frac{1}{rw} + (1-a) \cdot e \right) = 0.38 / \left(a \cdot \frac{1}{rw} + (1-a) \cdot e \right),$$

kus

τ = sotsiaalmaksu efektiivse määra kasvutempo,

a = THI kaal pensioniindeksis,

π = pensionide kasvutempo,

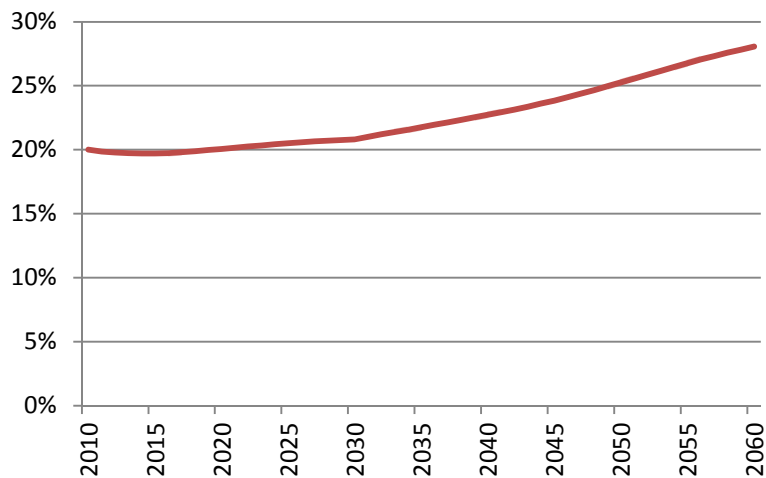
w = nominaalpalga kasvutempo,

e = hõivatute kasvutempo,

rw = reaalsuhte kasvutempo (mis on võrdsustatud pikaajaliselt võrdsustatakse suhte SKP töötaja kohta kasvutempoga).

Simulatsioonanalüüs näitab, et selleks, et säilitada juba määratud pensionide keskmine asendusmäär brutopalgas suhtes üksnes indeksi muutust aluseks võttes, peaks sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa kasvama 23%ni aastaks 2040 ja 28%ni aastaks 2060.

Joonis 4.2.7. Indekseerimisest tulenev vajalik sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa maksumäära areng, et säilitada määratud pensionide keskmine asendusmäär



Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

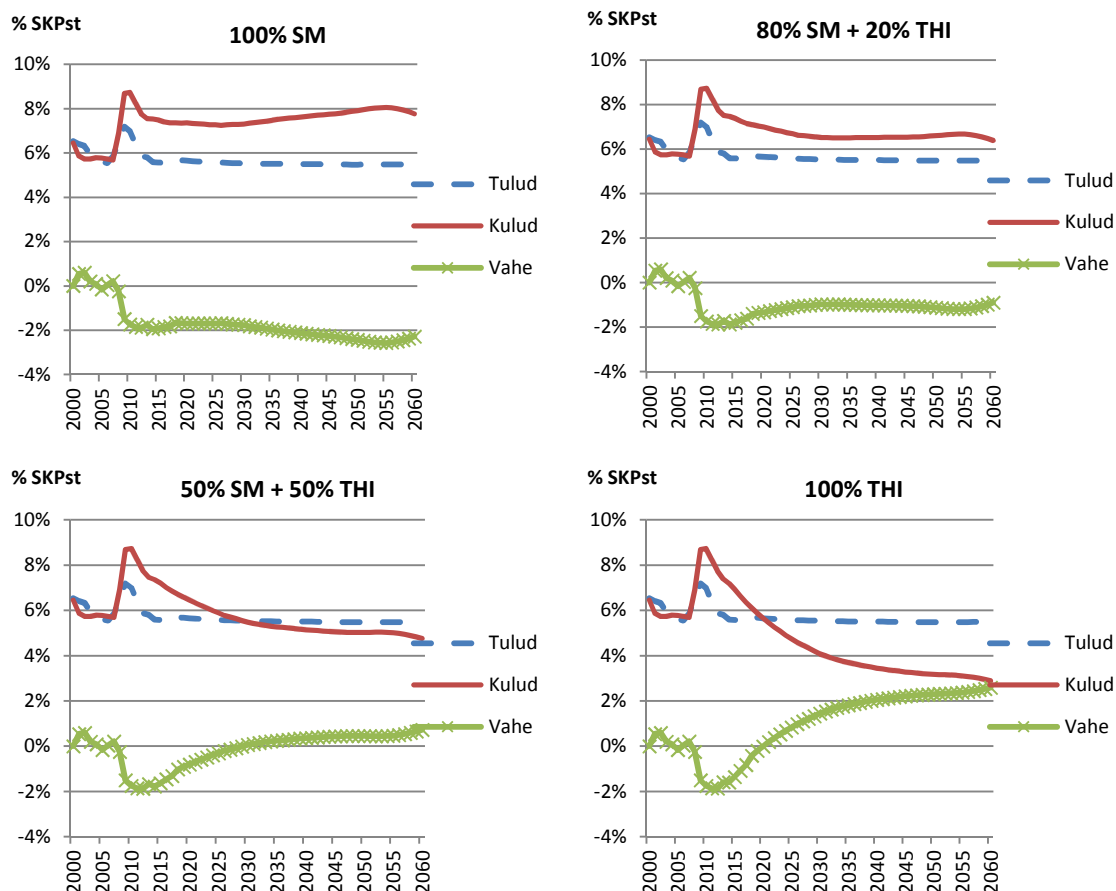
Meenutuseks, et peatükis 4.1 leiti, et kui võtta arvesse ka tegelikud võimalikud laekumised pensionisüsteemi ja kui kaoksid ära siirded riigieelarvest, peab uute pensionide asendusmäära säilimiseks ning tulude ja kulude tasakaalustamiseks riikliku pensionikindlustuse sotsiaalmaksumäär (20%) tõusma 2040. aastaks ja 31,3%ni.

Eelnev analüüs iseloomustas ainult hüpoteetiliste olemasolevate pensionide reaalkaalu ja asendusmäära muutust vaadates üksnes indeksi muutust. Riikliku pensionisüsteemi kogutulud ja -kulud sõltuvad lisaks sotsiaalmaksust tehtavatest ülekannetest kogumispensioni süsteemi, pensionäride arvu muutusest, sh töövõimetuspensionide ja toitjakaotuspensionide saajate arvust, mille ülaltoodud arvutus jättis kõrvale, ning praeguste ja uute pensionäride omandatud pensioniõigustest. Alljärgnevatel joonistel esitavad tulemused erinevate indeksite korral, võttes samas arvesse kõiki neid tegureid. Pensioniindeksi muutuse aastaks on võetud aasta 2011 ehk indeks mõjutab esmakordselt 2012. aasta pensionide muutmist.

Järgnevatel joonistel on esmalt toodud riikliku pensionikindlustuse tulude ja kulude areng ning aastane tulude ja kulude erinevus erinevate indeksite korral. Analüüs näitab, et praeguse indekseerimise korra põhjal säilib riikliku pensionikindlustuse defitsiit kogu prognoosiperioodi jooksul, prognoositav aastane defitsiit on aastas keskmiselt 1% SKPst. Kui pensioniindeks sõltuks täiel määral sotsiaalmaksu kasvust, siis suureneb aastane defitsiit 2,4%ni SKPst.

Tarbijahindade suurem osakaal pensioniindeksis vähendab pikaajaliselt riikliku pensionisüsteemi kulusid märgatavalt. Pensioniindeks, kus pensionide muutus sõltub 50% ulatuses tarbijahindade muutusest, tooks riikliku pensionisüsteemi aastased tulu ja kulud tasakaalu paarikümne aastaga, ca aastaks 2030. Täies ulatuses tarbijahindadest sõltuv pensioniindeks tasakaalustaks pensionisüsteemi juba aastaks 2020.

Joonis 4.2.8. Riikliku pensionikindlustussüsteemi tulud, kulud ja vahe erinevate pensioniindeksite korral 2000–2060



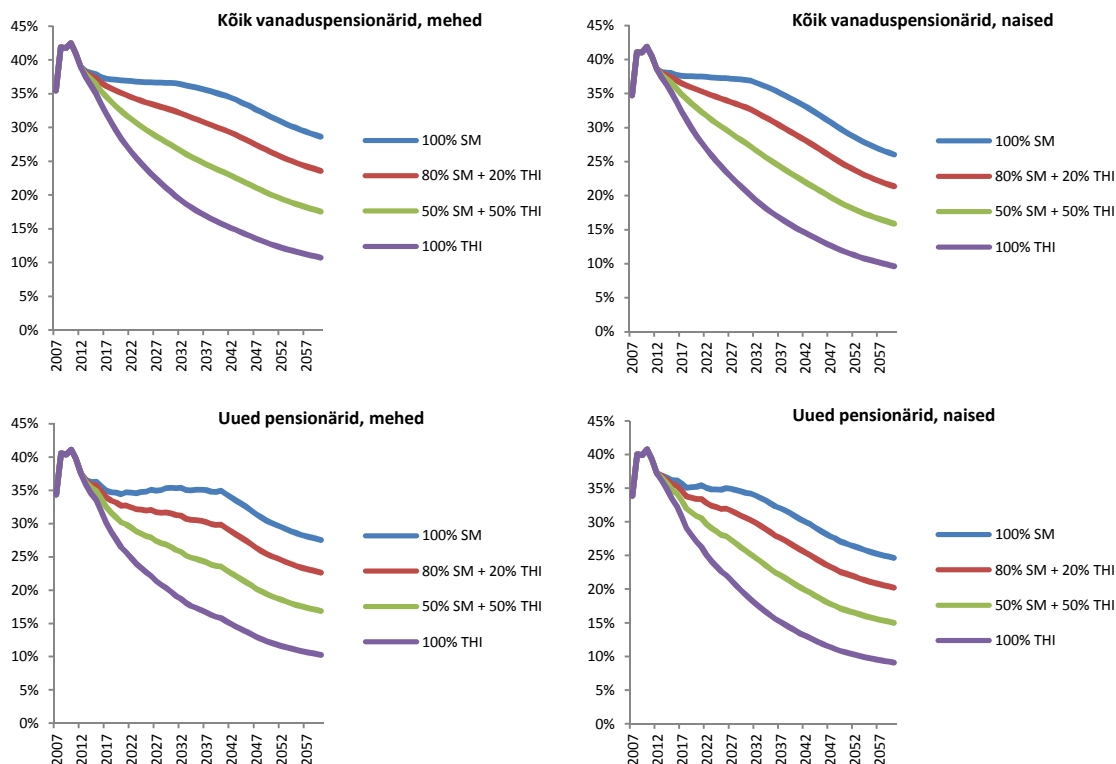
Märkus: pensionide indekseerimise muutus mõjutab esimest korda pensione 2012. aastal.

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Eri pensioniindeksid tähendavad ka keskmiste brutoasendusmäärade muutust tegelike pensionäride puhul. Järgnevatel joonisel on toodud vanaduspensionäride keskmise vanaduspensioni asendusmäär keskmisesse sotsiaalmaksuga maksustatud tulusse erinevate pensioniindeksite korral meestel ja naistel ning eraldi uutel antud aastal vanaduspensionaeriks jõudnud vanaduspensionäridel ja kõikidel sel aastal vanaduspensioni saavatel pensionäridel. Erinevalt joonisel 4.2.6 toodud hüpoteetilistest pensionidest, võetakse joonisel 4.2.9 arvesse pensioniõiguste tegelikku kogunemist.

Kõige kõrgema brutoasendusmäära tagaks indekseerimine üksnes sotsiaalmaksulaekumisse, kõige madalama asendusmäära toob kaasa indekseerimine tarbijahinnaindeksisse. Kui indekseerimise muutus toimuks 2012. aastal, siis oleks 2060. aastaks pensionide asendusmäär sotsiaalmaksu laekumise kasvuga sidumisel meestel 29% ja naistel 26%. Indekseerimisel tarbijahinnaindeksiga oleksid väärtused vastavalt 11% ja 10% (vt joonis 4.2.9 ülemine rida). Kombineeritud indeksite puhul jääksid väärtused äärmuste vahele. Uutel vanaduspensionäridel (kes siirduvad pensionile 63–65-aastaselt sõltuvalt pensioniea arengust), on asendusmäär veidi väiksem, sest neil on kogutud vähem pensioniõiguslikke aastakoefitsiente, kuna nende seas on rohkem olnud liitujaid kogumispensionidega. 2060. aastaks oleks uutel pensionäridel pensionide asendusmäär sotsiaalmaksu laekumise kasvuga sidumisel meestel 28% ja naistel 25% (vt joonis 4.2.9 alumine rida).

Joonis 4.2.9. Brutoasendusmäär riiklikust pensionikindlustussüsteemist erinevate pensioniindeksi korral 2007–2060



Märkus: pensionide indekseerimise muutus mõjutab esimest korda pensione 2012. aastal.

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvumudel, autorite arvutused

Baasosa ja aastakoeffitsientide indekseerimise kiiruse kohandamine (poliitikavariant 6)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada pensionisüsteemi finantsilise jätkusuutlikkust
- Vähendada I samba pensionide ebavõrdsust

Senine olukord

Vastavalt riikliku pensionikindlustuse seadusele indekseeritakse praegu baasosa väärtust kiiremini kui aastakoeffitsientide väärtust. Baasosa juurdekasvutempo on 10% kõrgem ja aastakoeffitsientide juurdekasvutempo 10% madalam kui arvestuslik pensioniindeks.

Poliitikavariandi kirjeldus

Alljärgnevalt analüüsitakse olukorda, kui muudetakse baasosa ja aastakoeffitsientide juurdekasvutemposid selliselt, et pension I sambast muutuks kõikidele inimestele võrdseks selleks ajaks, kui pensionile jäävad need põlvkonnad, kellel liitumine II sambaga oli juba kohustuslik.

Praegune olukord

Tulenevalt sellest, et pensionide baasosa väärtust indekseeritakse kiiremini kui aastakoeffitsientide väärtust, baasosa roll vanaduspensionis kasvab. Kui 2011. aastal moodustas see arvestuslikust 44-aastase staažiga inimese riiklikust pensionist 37,5%, siis 2060. aastaks moodustab baasosa 46,9%. Et tulevikus on

keskmine aastakoefitsientide summa pensionile jääjatel tegelikult väiksem kui 44, tingituna liitumisest kogumispensionisüsteemiga, siis on baasosa roll keskmise pensionäri I samba pensionis tulevikus veelgi suurem. 2060. aastal 65-aastaselt pensionile jäävatel meestel on see ligi 54% ja naistel 61%.

Mõjud

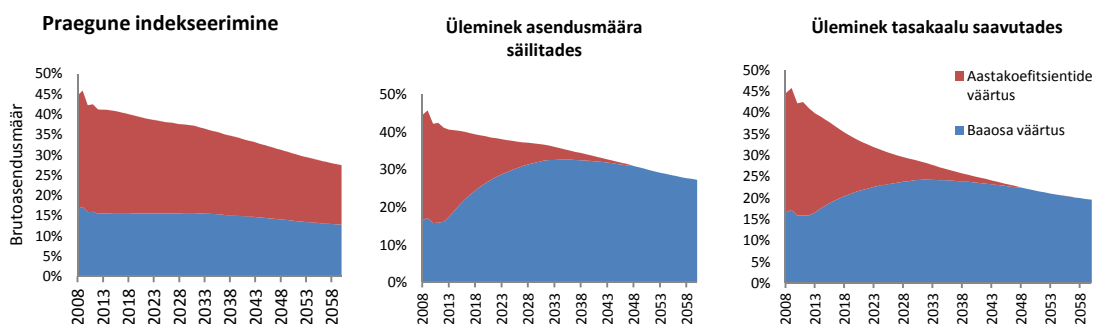
Üks võimalik pensionisüsteemi reforme oleks kiiremini suurendada pensionide baasosa rolli ja seega saavutada kiiremini I samba pensionide suuruse ühtlasem jaotus pensionäride seas.

Kohustuslikus korras pidid liituma kogumispensionisüsteemiga 1983. aastal ja hiljem sündinud ning nemad saavad 65-aastaseks 2048. aastal. Kui soovida, et baasosa moodustaks selleks aastaks 100% riiklikust vanaduspensionist, siis see tähendab, et kindlustusosaku väärtus peab jõudma selleks aastaks nulli, ehk selle väärtusele rakendatakse hoopis negatiivset koefitsienti.

Baasosale üleminek võib suurendada või vähendada oluliselt riiklike pensionide kogukulusid võrreldes praeguse indekseerimise korraga. Kas kulud suurenevad või vähenevad, sõltub sellest, kui suure asendusmäära peaks baasosa tagama ja kas riikliku pensionikindlustussüsteemi kulud peavad jõudma süsteemi muutes tasakaalu.

Järgmistel joonisel on esitatud kolmel juhul brutoasendusmäär inimese jaoks, kelle hüpoteetiline aastakoefitsientide summa on 44 (praegune keskmine): a) praeguse indekseerimise korral, b) täielikult baasosale üleminekul säilitades vaadeldava inimese brutoasendusmäära sellisena, mis praeguse indekseerimise korral, c) lubades asendusmääral langeda, et saavutada I samba tulude ja kulude tasakaal.

Joonis 4.2.10. Brutoasendusmäära struktuur riiklikust pensionikindlustussüsteemist baasosale ülemineku korral

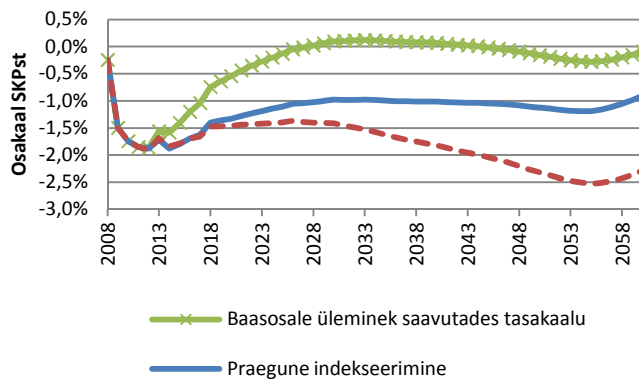


Märkus: pensionide indekseerimise muutus mõjutab esimest korda pensione 2012. aastal. Asendusmäär on leitud sotsiaalmaksuga maksustatava keskmise tulu suhtes.

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Asendusmäära säilitamine I sambast (ülemisel joonisel keskmine variant) suurendab tunduvalt riikliku pensionikindlustuse defitsiiti (vt järgmine joonis), ulatudes kuni 2,5%ni SKPst. Samas, lubades asendusmäära I sambast langeda ca 20%ni, on võimalik saavutada tulude ja kulude tasakaal (vt järgmine joonis).

Joonis 4.2.11. Riikliku pensionikindlustuse tulude ja kulude vahe baasosa ja aastakoefitsientide vahekorra võimaliku muutumise korral



Märkus: pensionide indekseerimise muutus mõjutab esimest korda pensione 2012. aastal.

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Kui lugeda minimaalseks pensionide tasemeks, mida I samm peab ära katma, 40% Eesti keskmise leibkonnaliikme aasta ekvivalentnetosissetulekust, siis sellele vastab praegu ligikaudu 25% keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatavast tulust.

Seega saab analüüsi kohaselt järeldada, et ühtlustades I samba pensione baasosa väärtust tõstes, kuid aastakoefitsientide väärtust langetades, tagades samal ajal I samba pensionide minimaalse aktsepteeritud taseme, on võimalik I samba defitsiiti võrreldes praegusega oluliselt vähendada või lausa tasakaalu jõuda. Vähenemine tuleb selle arvelt, et I sambast kaovad ära kõrged vanaduspensionid, mida praegune aastakoefitsientide süsteem potentsiaalselt kaasa tooks.

Ühtlasem vanaduspension I sambast võib küll vähendada töötamise stiimuleid, sest täiendav tööaasta enam ei suurenda vanaduspensionid I sambast, kuid kui pensionis hakkavad suuremat rolli mängima panusest sõltuvad II ja III samm, siis need tasakaalustavad osaliselt selle negatiivse mõju.

Pensionindeksi paindlikkuse suurendamine: indeksi kohandumine negatiivse majanduskasvu korral (poliitikavariant 7)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriiskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Kohandada lühiajaliselt pensionisüsteemi tulusid ja kulusid

Senine olukord

Pensionide indekseerimises on toodud võimalus, et pensione ei muudeta täpselt nii, nagu näeb ette arvutuslik pensioniindeks, mis kujuneb tarbijahinnaindeksi ja sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa laekumise juurdekasvude kaalutud keskmisena. Tegelik pensioniindeks võib olla madalam, kui sama aasta eeldatav sisemajanduse koguprodukti reaalkasv on negatiivne või riikliku pensionikindlustuse prognoositav defitsiit on suurem kui 1% prognoositavast SKPst. Kui pensione ei muudeta täpselt nii, nagu näeb ette pensioniindeks, siis on võimalik tekkinud vahe (protsendipunktides) kompenseerida viie järgmise aasta jooksul.

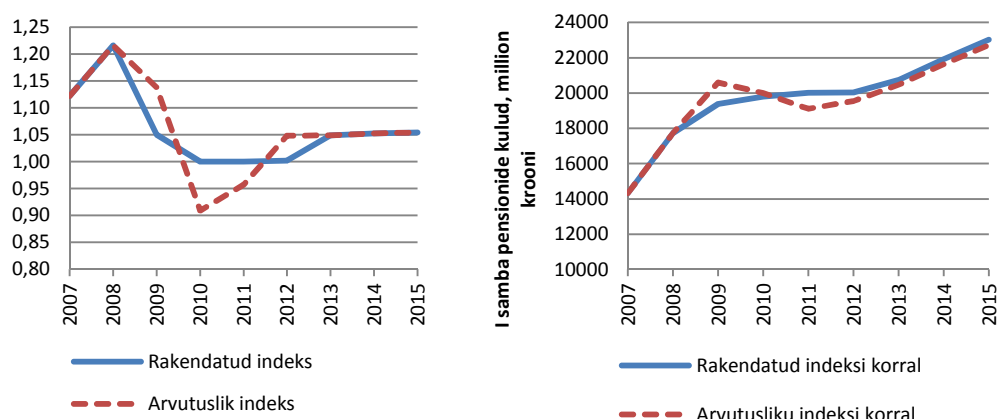
Kas ja kui palju pensione muuta ning kuidas seda hiljem kompenseerida, sõltub seega lühiajalistest võimalustest riikliku pensionikindlustuse süsteemi defitsiiti rahastada ja valikutest, milline peaks olema pensionäride sissetulek võrreldes teiste ühiskonnaliikmetega.

Et aga mitme aasta lõikes ei anna juurdekasvude korrutis (nt tavapäraselt rakendatud pensioniindeks järjestikustel aastatel 0,95 korda 1,09) sama tulemust, mis juurdekasvutempode summa (1 korda 1,04), siis on võimalik indeksit muutes sobivalt vähendada riigieelarve kulusid või suurendada pensione.

Lisaks matemaatilisele efektile, mis tuleneb baasi muutusest, mida indekseeritakse, võib vahepealsetel aastatel, kui indeksit kohandatakse, muutuda ka pensioni saavate inimeste arv ja pensionide kogusumma. See tähendab, et pensionide langetamata jätmine võib toimuda ajal, kui pensionäre on vähem, nt majanduskriisi algusaastatel, ja pensionide langetamine toimub ajal, kui pensionäride arv on suurem, nt majanduskriisi lõpuaastatel.

Aastatel 2008–2012 toimunud kohandused näivad olevat pikaajaliselt soosinud pigem pensioni saavaid inimesi ja suurendanud kulutusi. Majanduskriisist väljudes on pensionide kogukulud ja juba pensioni saava inimese pensioni väärtus suurem, kui see oleks olnud olukorras, kus pensionid oleksid võinud ka langeda.

Joonis 4.2.12. Arvutuslik ja rakendatud pensioniindeks ning kaasnenud pensionide kogukulud 2007–2015



Märkus: arvutuslik indeks tähendab pensioniindeksit, mis sõltub ilma piiranguteta sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa laekumisest ja THSt vastavalt kehtivatele kaaludele. Rakendatud indeks on tegelik pensioniindeks. Arvestustes on eeldatud, et tasaarveldus tehakse ära esimesel võimalusel.

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Antud majanduskriisi puhul suurendas see pensionikulusid pikaajaliselt ca 1,4%, kui aga arvestada juurde võimalik finantstulu ja -kulu, siis on see mõju veelgi väiksem. Kui tasaarveldust ei tehtaks ära esimesel võimalusel, nagu ülaltoodud joonisel, vaid jaotatakse ühtlaselt viie aasta peale, siis pensionide ja pensionikulude muutus on selle võrra lihtsalt ühtlasem. Seega olulist pikaajalist mõju pensionisüsteemi jätkusuutlikkusele pensioniindeksi kohandamine majanduskriisi tõttu ei oma. Pigem on tegemist lühiajaliste valikutega, kuidas avaliku sektori defitsiiti katta ning kuidas peaks erinevate sotsiaal-majanduslike rühmade tulu muutuma läbi majandustsükli.

Vanaduspensionari kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani (poliitikavariant 8)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus

Eesmärgid

- Motiveerida isikuid kauem töötama, soodustada legaalselt töötamist ja suurendada tööjõu pakkumist
- Piirata ligipääsu vanaduspensionile lühikese tööstaažiga isikutel

Senine olukord

Riikliku pensionikindlustuse seaduse (RPKS) § 7 lg 1 p 2 kohaselt on vanaduspensionile õiguse tekkimise üheks tingimuseks ehk nn kvalifikatsiooniperioodiks 15 aastat Eestis omandatud pensionistaaži.

Poliitikavariandi kirjeldus

RPKSi § 7 lg 1 p-s 2 viidatud kvalifikatsiooniperioodi pikendatakse 15 aastalt 30 aastani. Kvalifikatsiooniperioodi pikendamine saab toimuda järk-järgult, mis tingib küllalt pika üleminekuperioodi. Kui staažinõue seotakse sünniaastaga, pikeneb kvalifikatsiooniperiood (vähemalt esialgu) paralleelselt pensionieaga. Eraldi otsustamist vajaks, millisest aastast kvalifikatsiooniperioodi pikenedamine algab ja millise sammuga/kiirusega kvalifikatsiooniperiood pikeneb.

Mõjud

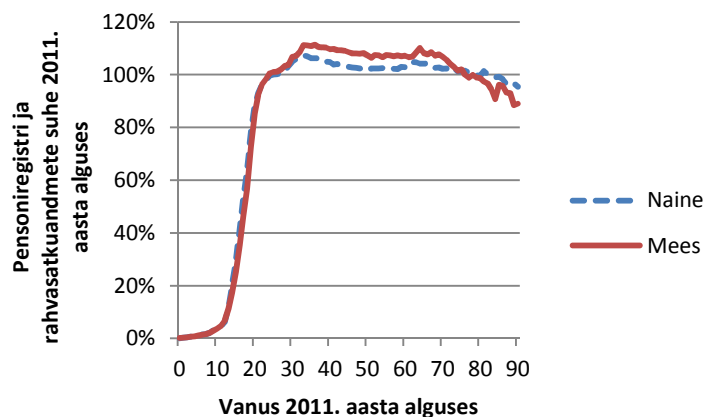
Käsitledes majanduslikult aktiivse eana vanusevahemikku 20–65 ehk 45 aasta pikkust perioodi, tähendaks 30-aastane kvalifikatsiooniperiood seda, et töötatud aastate osakaal kogu aktiivsest east peaks moodustama vähemalt 2/3. Seejuures lisanduvad töötatud aastatele perioodid, mil omandatakse pensionikindlustustaaži sotsiaalmaksuseaduse (SMS) § 6 alusel riigi poolt makstud sotsiaalmaksu alusel (nt lg 1 p 1 alusel tasub riik sotsiaalmaksu ühe alla 3-aastast last kasvatava vanema eest).

Kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani tähendaks niisiis, et inimesed, kes aktiivses eas on enam kui 15 aastat (ehk enam kui kolmandiku aktiivsest east) töötud või mitteaktiivsed (muul põhjusel kui SMSi §-s 6 loetletud juhud), ei täidaks vanaduspensioni saamiseks vajalikku kvalifikatsiooniperioodi. Vanaduspensioniiikka jõudmisel tekiks neil õigus rahvapensionile vanuse alusel.

Hindamaks kui suurel osal inimestest võiks tekkida probleem praeguse staažinõudega ja tõstetud staažinõudega vaadatakse järgnevalt, kui palju on Sotsiaalkindlustusameti andmetel pensionikindlustatud isikud omandanud pensionistaaži aastatel 1999–2010 ehk 12 aasta jooksul. Isikute osakaal, kes on omandanud staaži vähe, näiteks vähem kui 2/3 maksimaalsest võimalikust, iseloomustab kontingendi suurust, keda planeeritav poliitikamuudatus võiks mõjutada

Järgnevas analüüsis kasutatakse inimesi, kes 2011. aasta alguses olid vanuses 30–65 ehk vaatlusaluse perioodi alguses 1999. aastal 19–54-aastased. Pensionikindlustusregistris olevate inimeste kaetus, kas olemasolevate isikustatud sotsiaalmaksuandmete tõttu või pensioni saamise tõttu, on selles vanusrühmas peaaegu täielik (vt järgmine joonis).

Joonis 4.2.13. Aastatel 1999–2010 pensionikindlustuse registrisse kantud inimeste ja rahvastiku arvu suhe soo-vanusrühmade lõikes



Märkus: andmed sisaldavad infot inimeste kohta, kelle kohta oli vähemalt üks kord sotsiaalmaksukanne aastatel 1999–2010 ja kes olid elus 2011. aasta alguses või kes said riiklikku pensioni 2011. aasta alguse seisuga.

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed sotsiaalmaksu maksmise või pensioni saamise kohta; rahvastikuprognos 2011. aasta alguse seisuga, autorite arvutused

Analüüs näitab, et 16% inimestest, sh 12% naistest ja 21% meestest, vanuses 30–65 (2011. aasta alguses) on eelneva kahe teistkümnega aastaga 1999–2010 kogunud vähem kui neli pensionistaaži aastat ehk vähem kui kolmandiku maksimaalsest võimalikust.

Tabel 4.2.1. 30–65-aastaste meeste ja naiste jaotus kogutud staažiaastate järgi aastatel 1999–2010

Kogutud staažiaastad aastatel 1999–2010	Naised	Mehed	Keskmine	Kumulatiivne Naised	Kumulatiivne Mehed	Kumulatiivne Keskmine
0,000–0,999	3,6	7,1	5,3	3,6	7,1	5,3
1,000–1,999	2,6	4,8	3,7	6,2	11,9	9,0
2,000–2,999	2,8	4,4	3,6	9,0	16,3	12,6
3,000–3,999 (väiksem kui 1/3 ehk praegune nõue)	3,1	4,3	3,7	12,1	20,6	16,3
4,000–4,999	3,2	4,4	3,8	15,3	25,0	20,0
5,000–5,999	3,7	4,4	4,0	19,0	29,4	24,1
6,000–6,999	4,2	4,7	4,5	23,2	34,2	28,5
7,000–7,999 (väiksem kui 2/3 ehk planeeritav muutus)	5,0	5,4	5,2	28,2	39,5	33,7
8,000–8,999	5,9	5,8	5,8	34,1	45,3	39,6
9,000–9,999	7,3	6,7	7,0	41,4	52,0	46,6
10,000–10,999	9,6	8,3	9,0	51,0	60,3	55,6
11,000–11,999	19,6	13,3	16,5	70,6	73,7	72,1
12	29,4	26,4	27,9	100,0	100,0	100,0

Märkus: vanus 2011. aasta alguse seisuga; sisaldab kõiki 2011. aasta alguses olevaid elus inimesi, kelle kohta on aastatel 1999–2010 pensioniregistris kanne sotsiaalmaksu kohta või kes on saanud riiklikku pensioni.

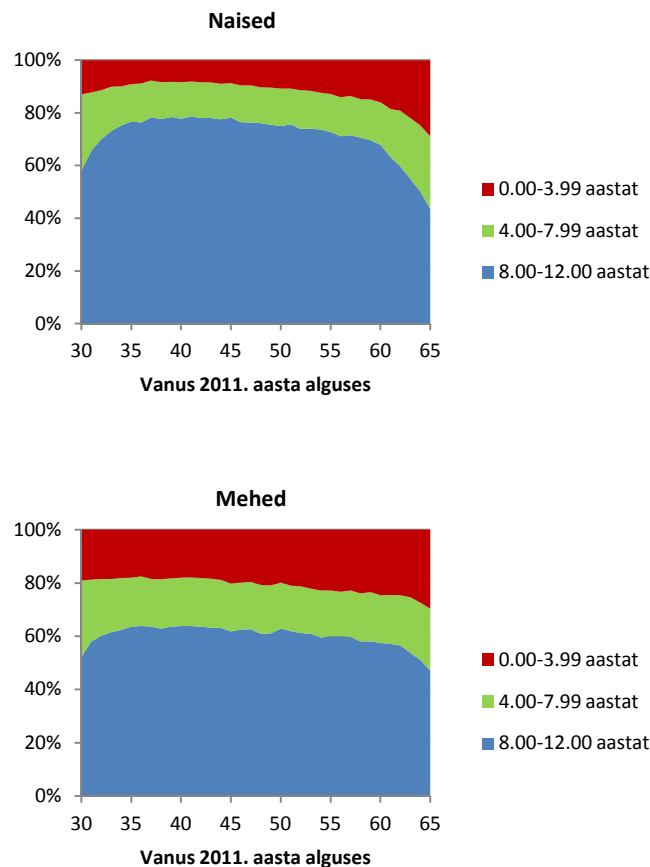
Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Kui aastatel 1999–2010 kehtinud muster 30–65-aastaste inimeste kohta iseloomustab inimeste tööalast karjääri pikemas perspektiivis ja käib ka uute, alates 1999. aastast tööturule sisenenud põlvkondade kohta, siis igal kuuendal inimesel võiks tekkida probleeme juba praeguse 15-aastase kvalifikatsiooniperioodi täitmisega. Kui tõsta vajalik staažiaastate arv 30 aastani ehk 2/3ni aktiivsest vanusest, siis võiks tekkida probleem vajaliku staažiaastate täitmisega igal kolmandal inimesel, sest ligi kolmandik inimesi on 12 aastaga kogunud vähem kui 8 staažiaastat.

Staažiaukude põhjusteks on töötus (sh pikaajaline töötus), mitteaktiivsus (sh õppimise tõttu), mittelegaalne töötamine, ajutine töö välisriigis. Erinevate põhjuste osakaal vajaks täiendavat analüüsi. Välisriigis töötanud isikutel ei pruugi staažinõude täitmisega probleeme tekkida, kuivõrd töötamise korral teistes ELi liikmesriikides rakendatakse kindlustusperioodide liitmist ELi määruse 883/2004 alusel.

Järgmised joonised näitavad detailsemalt üle vanusrühmade inimeste osakaalu, kellel on viimase 12 aastaga kogutud alla kolmandiku võimalikest staažiaastatest (joonisel 0–3,99 aastat), 1/3 kuni 2/3 võimalikest staažiaastatest (joonisel 4,00–7,99 aastat) ning enam kui 2/3 staažiaastatest (joonisel 8,00–12,00 aastat). Joonised lubavad oletada, et staažinõude tõstmisel tekib suurem probleem meestel, ligi 40% meestest omab vähem kui 2/3 maksimaalsest pensionistaažist.

Joonis 4.2.14. Pensionikindlustatute jaotus pensionistaaži aastate lõikes aastatel 1999–2010



Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Eesti poolt ratifitseeritud Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksi V osa (vanadushüvitis) jätab kvalifikatsiooniperioodi kehtestamise osalisriikide pädevusse, kuid sätestab (art 29 p 1 (a) koos art-ga 28 ja art-ga 65 või 66), et 30 osamaksete tegemise või töötamise aasta pikkuse kvalifikatsiooniperioodi täitnud isiku vanaduspensioni netoasendumäär peaks moodustama vähemalt 40%. Samas kohustab koodeks tagama vähendatud hüvitise isikule, kes on täitnud 15-aastase osamaksete tegemise või töötamise alusel määratletud kvalifikatsiooniperioodi.

Poliitikavariandi mõju pensionisüsteemile on väike lühiajalises perspektiivis, kuivõrd kvalifikatsiooniperioodi pikenemine 15 aasta võrra (15lt 30le) saab toimuda järk-järgult. Tehnilisest küljest oleks alternatiivina võimalik kehtestada pikem (30-aastane) kvalifikatsiooniperiood isikutele, kes sisenevad tööturule peale vastava muudatuse jõustumist, kuid see tooks kaasa järjestikuste aastakäikude oluliselt erineva kohtlemise. Sel põhjusel oleks eelistatum kvalifikatsiooniperioodi järk-järguline pikendamine, mis samas tingib pika üleminekuperioodi.

Staažinõude tõstmine avaldab mõju nii kuludele kui ka tuludele. See aitab hoida inimesi kauem tööelus, sest staažinõude täitmine tagab hüppeliselt suurema pensioni. Teisest küljest suurenevad ka pensionikindlustuse kulud tingituna pikemast pensionikindlustusstaažist ja kõrgematest pensionidest. Kogumõju sõltub sellest, kuidas muutub keskmine töötatud aastate ja pensioni saamise aastate suhe ning miinimumpension ja keskmise pensioni suhe.

Rahvapensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani. Rahvapensioni suurus muutub proportsionaalseks Eestis elatud aastatega (poliitikavariant 9)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Rakendada proportsionaalse õigluse printsiipi – rahvapension on seda suurem, mida kauem on isik Eestis elanud
- Kontrollida rahvapensioni kulude kasvu inimeste riikidevahelise mobiilsuse suurenemisel

Senine olukord

RPKSi § 22 lg 1 p 1 kohaselt on õigus rahvapensionile vanuse alusel vanaduspensioniealiseks saanud isikul, kellel ei ole õigust vanaduspensionile ja kes on elanud Eestis alalise elanikuna või tähtajalise elamisloa või tähtajalise elamisõiguse alusel vähemalt viis aastat vahetult enne pensioni taotlemist. Kõigile kvalifikatsiooniperioodi – viis aastat Eestis elamist täitnud isikutele määratakse rahvapension kindlas suuruses (100% rahvapensioni määrast).

Poliitikavariandi kirjeldus

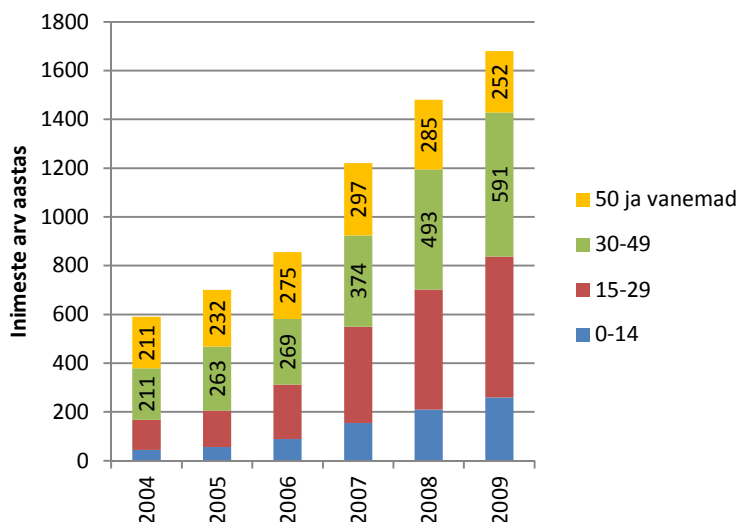
Kvalifikatsiooniperioodi pikendamisel määratakse täissuuruses rahvapension (100% rahvapensioni määrast) üksnes isikutele, kes on elanud Eestis 30 aastat. Lühema elamisperioodiga isikutele määratav pension oleks proportsionaalselt väiksem. Eraldi otsustamist vajaks minimaalne elamisperiood, mille korral rahvapensioni vanaduse alusel määratakse (nt 1, 3 või 5 aastat).

Mõjud

Rahvapensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine ei mõjutaks Eesti alalisi elanikke, samuti nooremas vanuses Eestisse sisserännanud isikuid, kes vähemalt poole oma elust kuni 65-aastaseks saamiseni on elanud Eestis. Rahvapensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine ei mõjutaks ka teistest ELi liikmesriikidest Eestisse elama siirdunud isikute õigust pensionile, sest nende puhul rakendatakse elamisperioodide liitmist ELi määruse 883/2004 alusel. Samas väheneks Eesti pensionisüsteemi koormus, kuivõrd Eesti maksaks rahvapensioni *pro rata* printsiibi alusel vastavalt Eestis elatud aastatele (millele lisanduvad teiste liikmesriikide makstavad osad vastavalt igas riigis elatud aastatele). Rahvapensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine mõjutaks seetõttu vaid kolmandatest riikidest vanemas eas Eestisse sisserännanud isikuid, kui puudub kahepoolne sotsiaalkindlustusleping vastava riigiga. Kui Eestisse asutakse elama peale 35. eluaastat, ei õnnestu neil enam omandada vanaduspensioni saamiseks vajalikku Eesti pensionistaaži ega ka täita täisrahvapensioni saamiseks vajalikku Eestis elamise perioodi ning nende rahvapension arvutatakse proportsionaalselt Eestis elatud aastatega.

Aastatel 2004–2009 on väljastpoolt EL 27 riiki sisserännanud inimeste arv kasvanud, moodustades Statistikaameti andmetel 2009. aastal 1680 inimest. Neist enam kui pooled (843) olid vanemad kui 30-aastased. Vanemaid kui 50-aastaseid sisserändajaid on viimastel aastatel olnud 250–300 inimest.

Joonis 4.2.15. Väljastpoolt EL 27 riike sisse rännanud vanuse lõikes



Allikas: Statistikaameti andmebaas

Kvalifikatsiooniperioodi pikendamine vähendab pensionisüsteemi kulusid, kuid fiskaalmõju on esialgu üsna väike. ELi riikidest sisse rännanud vanemaeliste puhul väheneb Eesti pensionisüsteemi koormus, kuid isikud saaksid osa pensioni ka oma varasematest elukohariikidest. Samas, väljastpoolt ELi sisse rännanud eakate arv ei ole suur. Lühikese Eestis elamise perioodiga isikutel, kelle rahvapension jääks väga väikeseks, tekiks õigus toimetulekutoetusele sotsiaalabi süsteemi kaudu, kus kompenseeritakse ka eluasemekulud normpinna ulatuses. 2011. aastal on rahvapensioni määr 128,45 eurot, samas toimetulekupiir 76,7 eurot (ehk ca 60% rahvapensioni määrast). Seetõttu summaarne mõju riigieelarve kuludele on ilmselt väga väike. Pigem võiks sellise poliitikavariandi puhul näha preventiivset mõju sisserände vältimisele kolmandatest riikidest sotsiaalse heaolu kaalutlustel.

Tabel 4.2.2. Rahvapensioni kvalifikatsiooniperioodid riikides, kus kehtib elamis põhine rahvapension

Riik	Minimaalne rahvapension	Täisrahvapension
Island	3 aastat Islandil elamist 16–66 eluaasta vahel	40 aastat Islandil elamist 16–66 eluaasta vahel
Norra	3 aastat Norras elamist 16–66 eluaasta vahel	40 aastat Norras elamist 16–66 eluaasta vahel
Soome	3 aastat Soomes elamist peale 16-aastaseks saamist	Vähemalt 80% ajast 16–65 eluaasta vahel
Rootsi	3 aastat Rootsis elamist	40 aastat Rootsis elamist
Taani	3 aastat Taanis elamist 15–65 eluaasta vahel	40 aastat Taanis elamist 15–65 eluaasta vahel

Allikas: Missoc 2011

Töövõimetus- ja toitjakaotuspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine paralleelselt vanaduspensioni staažinõude pikenemisega, lõppeesmärgiks staažinõude kahekordistumine (poliitikavariant 10)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriikidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Motiveerida isikuid töötama, soodustada legalset töötamist ja suurendada tööjõu pakkumist
- Piirata ligipääsu töövõimetus pensionile lühikese tööstaažiga isikutele

Senine olukord

Vastavalt RPKSi § 15 lg-le 1 ja § 20 lg-le 4 on töövõimetus- ja toitjakaotuspensionile õiguse tekkeks kehtestatud kvalifikatsiooniperiood, mille pikkus (aastates) sõltub kindlustatu vanusest kindlustusjuhtumi toimumise (püsiva töövõimetususe määramise või toitja surma) ajal.

Poliitikavariandi kirjeldus

Kui vanaduspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendatakse 30 aastani, siis paralleelselt peaks pikenema ka töövõimetus- ja toitjakaotuspensioni kvalifikatsiooniperiood, sõltuvalt vanaduspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikenemise sammust/kiirusest.

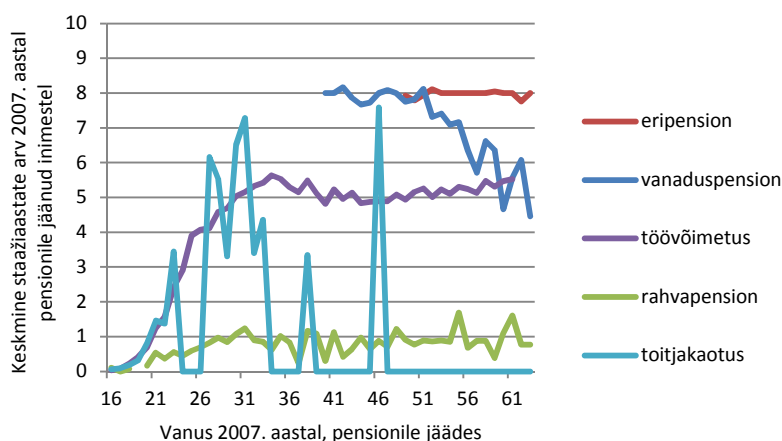
Mõjud

Tabel 4.2.3. RPKSiga seadustatud töövõimetus- ja toitjakaotuspensioni staažinõue (kehtib alates 01.01.2017)

Vanus aastates	Nõutav pensionistaaž aastates
16–24	Staažinõuet ei ole
25–26	1
27–28	2
29–30	3
31–32	4
33–35	5
36–38	6
39–41	7
42–44	8
45–47	9
48–50	10
51–53	11
54–56	12
57–59	13
60–64	14

Senikehtiva kvalifikatsiooniperioodi puhul eeldatakse seega, et inimene siseneb tööturule hiljemalt 24 aasta vanuses, vanusevahemikus 25–35 töötab vähemalt ühe aasta iga 2 kalendriaasta kohta, vanuses 36–59 vähemalt ühe aasta iga 3 kalendriaasta kohta ja vanuses 60–64 vähemalt ühe aasta 5 kalendriaasta kohta. Töövõimetus- ja toitjakaotuspensioni kvalifikatsiooniperioodi skaala ühildub vanaduspensioni kvalifikatsiooniperioodiga, mis 65 aasta vanuses on 15 aastat pensionistaaži.

Joonis 4.2.16. 2007. aastal määratud pensioni saajate 1999.–2006. aastani omandatud keskmine pensionikindlustusstaaž pensioniliikide lõikes



Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Isikutel, kellele 2007. aastal määrati töövõimetuspension, aastatel 1999–2006 omandatud pensionikindlustusstaaži aastate summa moodustas ca 70% samal aastal vanaduspensionile siirdunute staažiaastate summast.

Kui säilitada senine põhimõte, et 16–24 aasta vanuste kindlustatute puhul staažinõuet ei ole, ning rakendada põhimõtet, et vanusevahemikus 25–64 kasvab kvalifikatsiooniperiood koos vanusega ühtlase sammuga, s.t iga aasta kohta peaks isik töötama keskmiselt 9 kuud.

Sarnaselt staažinõude tõstmisele vanaduspensioni saamiseks võib sellegi alternatiivi puhul mõnevõrra suurenda töövõimetus- või toitjakaotuse alusel rahvapensioni saajate arv. Poliitikavariandi mõju pensionisüsteemi kuludele lühiajalises perspektiivis on väike, kuid samas võib sellel olla pikemaajalisem mõju tööjõu pakkumisele ja sedakaudu pensionisüsteemi tuludele.

Aastakoeffitsientide arvutamisel arvestuslikult (deklareeritud) sotsiaalmaksult üleminek tegelikult makstud sotsiaalmaksule (poliitikavariant 11)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus

Eesmärgid

- Seada pensionisüsteemi kohustused üks-ühesesse sõltuvusse pensionisüsteemi laekumistest
- Töötajate kaudu mõjutada tööandjaid täitma sotsiaalmaksu maksmise kohustust

Senine olukord

Vastavalt RPKSi § 12 lg 1 ja 2 p-le 1 ja 2 võetakse pensionikindlustatu aastakoeffitsiendi arvestamisel isikustatud sotsiaalmaksu puhul arvesse sotsiaalmaksu maksja (s.t valdavalt kas tööandja või riigi) arvestatud, s.t deklareeritud sotsiaalmaksu summad. Vaid FIE puhul lähtutakse tegelikust sotsiaalmaksu summast.

Poliitikavariandi kirjeldus

Poliitikavariandi rakendamisel lähtutaks ka töötajast pensionikindlustatu puhul tööandja tegelikult makstud sotsiaalmaksust.

Mõjud

Erinevus arvestusliku (deklareeritud) ja tegeliku sotsiaalmaksu laekumise vahel saab tekkida sotsiaalmaksu võlgade puhul. Senise lahenduse puhul, mil lähtutakse arvestuslikust sotsiaalmaksust, sisuliselt jagatakse sotsiaalmaksu võla risk solidaarselt kõigi pensionikindlustatute vahel (v.a FIEd, kes vastutavad isiklikult sotsiaalmaksu võla eest), kuivõrd arvestuslikust sotsiaalmaksust lähtutakse nii kindlustatu kohta registreeritud sotsiaalmaksu summade kui ka Eesti keskmise sotsiaalmaksu summa puhul.

Alternatiivi mõju pensionisüsteemi kohustustele sõltuks arvestusliku ja tegelikult laekunud sotsiaalmaksu summade erinevusest konkreetsel kalendriaastal.

Maksu- ja Tolliameti andmetel laekus 2009. aastal sotsiaalmaksu riikliku pensionikindlustuse osa 16 500 mln krooni. Kui võtta maha deklareeritud erisoodustusmaksu pensionikindlustuse osa, mis oli ca 336 mln krooni (TSD deklaratsioonide põhjal, eeldades, et need kõik tasuti), siis isikustatud pensionikindlustuse osa laekumine oli suurusjärgus 16 164 mln krooni. Sotsiaalkindlustusameti pensionikindlustuse registrisse kanti 2009. aastal SKA andmetel 16 448,36 mln krooni. Seega 2009. aastal oli laekunud isikustatud sotsiaalmaks väiksem deklareeritud sotsiaalmaksust ca 1,7% võrra. Makrotasandil ei oleks 2009. aasta puhul suurt erinevust, kas aastakoefitsientide arvutamisel lähtuda arvestatud või tegelikult laekunud sotsiaalmaksust.

Õiguslikust aspektist tekiks sellise poliitikavariandi puhul küsimus, et kui sotsiaalmaksu tasumine on tööandja või riigi kohustus, siis kas selle kohustuse mittetäitmise (või mitte-ajakohase täitmise) tagajärgede eest on õiguspärane panna vastutus pensionikindlustatud isikule.

Aastakoefitsientide arvutamisel keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatud tulult üleminek sotsiaalmaksu mediaanile (poliitikavariant 12)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Vähendada sotsiaalset rahulolematust, mis tuleneb asjaolust, et palkade suuruste jaotuse tõttu on enam kui pooltel pensionikindlustatutel aastakoefitsiendid kalendriaasta kohta väiksemad kui 1
- Tagada suuremale osale tänastest töötajatest tulevikus adekvaatne pension ja väärtustada enam töötamist ka keskmisest madalama palga eest

Senine olukord

Vastavalt RPKSi § 12 lg-le 1 pensionikindlustatu aastakoefitsiendi arvutamisel liidetakse kokku pensionikindlustatu isikustatud sotsiaalmaksu riikliku pensionikindlustuse osa summad ning jagatakse isikustatud sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa keskmise suurusega antud kalendriaastal.

Poliitikavariandi kirjeldus

Poliitikavariandi rakendamisel lähtutaks aastakoefitsientide arvutamisel sotsiaalmaksu keskmise suuruse asemel sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa mediaanist.

Mõjud

Küsimus aastakoefitsientide suuruste õiglusest kerkib osaliselt sellest asjaolust, et kalendriaasta jooksul omandatud pensioniõigusi väljendatakse suhtelises väärtuses – isiku eest makstud ja riigi keskmise sotsiaalmaksu summade suhtena. Sarnast nn punktisüsteemi rakendavad omandatud pensioniõiguse väljendamisel Saksamaa, Tšehhi, Slovakkia ja Leedu. Eestis nimetatakse selliseid pensionipunkte aastakoefitsientideks.

Sõltuvalt palgajaotusest tekib keskmisega võrdlemisel olukord, kus ca 2/3 kõikidest palkadest on keskmisest madalamad ja ca 1/3 on keskmisest kõrgemad. See tingib ühtlasi olukorra, kus enamus ühe kalendriaasta eest omandatud aastakoefitsiente on väiksemad kui 1. Madalad aastakoefitsiendid omakorda võivad tuua kaasa selle, et osadel kindlustatutel tekib küll õigus vanaduspensionile (täidavad pensionistaaži nõude), kuid pensioni suurus jääb miinimumtasemele (rahvapensioni määr).

Sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa keskmise suuruse arvutamisel lähtutakse täpsemalt mitte kõigi pensionikindlustatute eest kalendriaasta jooksul tasutud sotsiaalmaksu summade aritmeetilisest keskmisest, vaid pensionikindlustustaaži pikkuse järgi kaalutud keskmisest, võttes arvesse, et osa kindlustatuid ei töötanud täisaastat (nt alustasid töötamist või lõpetasid töötamise aasta kestel).

Üleminek aastakoefitsientide arvutamisel sotsiaalmaksu keskmiselt sotsiaalmaksu mediaanile tooks kaasa olukorra, kus 50% kindlustatute aastakoefitsient on 1,0 või suurem ja 50% kindlustatutel 1-st väiksem. Koefitsientide arvutamise meetodika muutmine võiks tuua kaasa, et koefitsientide jaotust tunnetatakse senisest õiglasemana, selle kaudu väärtustatakse enam sotsiaalmaksu tasumist ning suureneks tulevaste pensionide tase.

Järgnevas tabelis võrreldakse sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa keskmist summat sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa mediaaniga. Analoogse arvutuse on rahandusministeerium läbi viinud 2006. aastal. Allpool on tegemist selle arvutuse uuendatud versiooniga.

Tabel 4.2.4. Keskmine sotsiaalmaks vs. sotsiaalmaksu mediaan 2002–2007

	Keskmine sotsiaalmaks (ametlik)	Keskmine mikroandmete põhjal (teiselt tulult)	Mediaan (töine tulu), staažiaastaga kaalutud	Kaalutud mediaan vs. kaalutud keskmine	Mediaan (töine tulu), staažiaastaga kaalumata	Kaalumata mediaan vs. kaalutud keskmine
2002	12 593	12 508	9030	73,5%	7098	57,7%
2003	13 977	13 906	10 120	74,1%	8124	59,5%
2004	15 353	15 264	11 264	75,3%	8975	60,0%
2005	17 300	17 217	12 787	75,7%	10 233	60,6%
2006	20 168	19 948	15 011	76,6%	12 300	62,8%
2007	24 584	24 271	18 564	77,8%	15 147	63,5%

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Tabelis on kasutatud teiselt tulult makstud sotsiaalmaksu summasid (tööandja arvestatud sotsiaalmaks ja FIE tasutud sotsiaalmaks), mis moodustab 99% keskmisest sotsiaalmaksust. Arvesse ei ole võetud riigi poolt SMSi § 6 alusel makstud sotsiaalmaksu. Lisades ka riigi makstud sotsiaalmaksu, vähenes mikroandmete analüüsi põhjal mediaani osakaal keskmisest ca 0,5%.

Pensionikindlustustaaži alusel kaalutud mediaani arvestamine suurendaks kõikide inimeste koefitsiente ca 30% (1/0,77). Alampalka teeniva inimese aastakoefitsient suureneks sellisel juhul praeguselt 0,3st ca 0,51ni. Kui kasutada pensionistaaži alusel kaalumata mediaani, siis suureneksid koefitsiendid ca 58% ja alampalka saava inimese aastakoefitsient suureneks ca 0,62ni.

Kui aastahinde indekseerimise printsiibid jääsid muutumatuks, siis aastakoefitsientide suurendamine lihtsalt järk-järgult suurendaks määratavaid pensione ja seega ka riikliku pensionikindlustuse kulusid. Esimestel aastatel peale koefitsiendi arvutamise meetodika muudatust oleks täiendav kulu väike, sest suureneksid üksnes sel aastal pensionile siirdunud isikute viimase töötamise aasta eest omandatud koefitsiendid, kuid kulu kasvab aasta-aastalt, sest üha rohkemate pensionäride pension sõltub suurendatud aastakoefitsientidest. Arvestades juba praegust riikliku pensionikindlustuse defitsiiti, ei ole mediaani alusel aastakoefitsientide arvutamine iseseisva poliitikavariandina (s.t teiste parameetrite mittemuutumisel) ilmselt reaalne. Samas on aastakoefitsientide summa vaid üks pensioni suurust määrav tegur. Makstava pensioni suurus sõltub ka aastahinde väärtusest, pensioni baasosa suurusest ning pensionikomponentide indekseerimisest. Kulude kasvu neutraliseerimiseks tuleks sel juhul ümber skaleerida ka aastahinde väärtus ja/või kindlustusosaku suhe pensioni baasossa vastavate pensionikomponentide indekseerimise kaudu.

Mediaanile üleminek ei kaota samas negatiivset kuvandit, mis kaasneb alampalgaga töötamise korral, sest alampalgalt sotsiaalmaksu tasumisel jääb aastakoefitsient ka siis väiksemaks kui 1. Võimalikuks alternatiiviks oleks siis skaleerida aastakoefitsiendid alampalga järgi ja vastavalt skaleerida ümber ka aastahinne.

Aastakoefitsientide jaotuse puhul on tegemist tunnetusliku õigluse probleemiga, mis osaliselt tuleneb ka sellest, et pensioniõiguse väljendamine suhtelises väärtuses (aastakoefitsientide kaudu) muudab pensionisüsteemis omandatud õigused vähe läbipaistaks. Kui pensionikindlustuse registris säilitatakse kindlustatute poolt omandatud pensioniõiguse väärtusi nende eest arvestatud sotsiaalmaksu summades (s.t registris näidatakse kindlustatute pensionikontodel pensionipunktide asemel sotsiaalmaksu summasid), siis Poliitikavariant sotsiaalmaksu keskmiselt sotsiaalmaksu mediaanile üleminekust oleks samaväärne kõikide kindlustatute pensionikontodele riigi poolt teatud summa lisamisega, kusjuures lisatav summa oleks proportsionaalne kindlustatu eest aasta jooksul arvestatud sotsiaalmaksuga, s.t kui alampalga saaja kontole lisaks riik aasta kohta ca 188 eurot, siis keskmise palga saaja kontole enam kui 600 eurot.

Aastakoefitsiendi põranda ja lae kehtestamine (poliitikavariant 13)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada pensionisüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust
- Vähendada riiklike pensionide suuruste erinevusi

Senine olukord

Vastavalt RPKSi § 12 lg-le 1 arvutatakse pensionikindlustatu aastakoefitsient konkreetsel kalendriaastal pensionikindlustatu isikustatud sotsiaalmaksu riikliku pensionikindlustuse osa summade jagamisel isikustatud sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa keskmise suurusega antud kalendriaastal. Aastakoefitsient arvutatakse täpsusega kolm kohta pärast koma. Aastakoefitsiendil puudub seni nii miinimum- kui ka maksimumsuurus.

Poliitikavariandi kirjeldus

Aastakoefitsiendi põranda kehtestamine tähendaks aastakoefitsiendi miinimumsuuruse fikseerimist. Põrand saaks ilmselt laieneda üksnes nendele isikutele, kelle eest on antud kalendriaastal sotsiaalmaksu tasutud. Aastakoefitsiendi lae kehtestamisel on erinevaid võimalusi. Kui kehtestatakse sotsiaalmaksu lagi, siis ühe võimalusena võib aastakoefitsiendi maksimum lihtsalt tuleneda sotsiaalmaksu laest, s.t sisuliselt puudub vajadus eraldi aastakoefitsiendi lae kehtestamiseks. Samuti põhimõtteliselt oleks võimalik kehtestada aastakoefitsiendi lagi ka sotsiaalmaksu laest madalam tasemel. Aastakoefitsiendi lagi oleks aga võimalik kehtestada ka juhul, kui sotsiaalmaksu lagi puudub (sarnaselt töötuskindlustusele, kus töötuskindlustusmaksel lagi puudub, kuid hüvitisele on lagi kehtestatud).

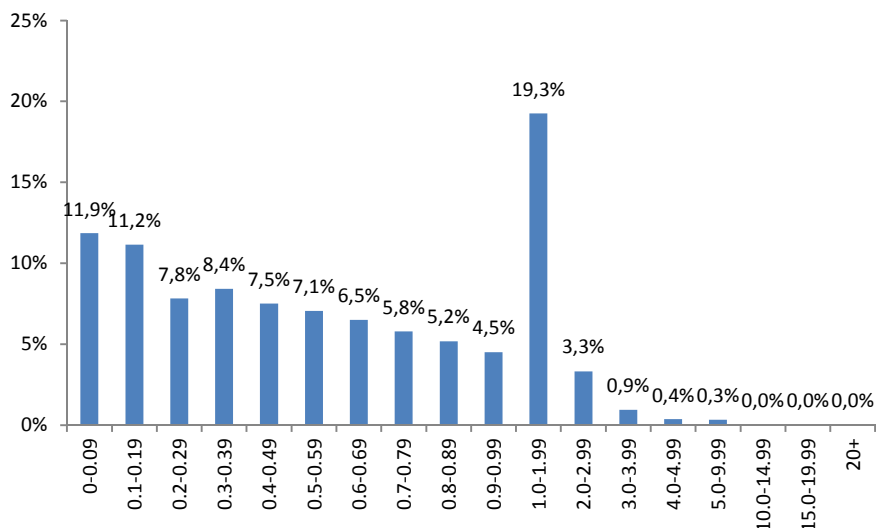
Mõjud

Vastavalt sotsiaalmaksuseadusele on sotsiaalmaks pensionikindlustuseks vajaliku tulu saamiseks maksumaksjale pandud rahaline kohustus. Vastavalt maksukorralduse seadusele on sotsiaalmaks riiklik maks, kusjuures maks on maksumaksjale pandud rahaline kohustus, millel puudub otsene vastutatu maksumaksja jaoks. Teisalt, põhiseaduse § 28 sätestab õiguse riigi abile vanaduse, töövõimetuse ja toitjakaotuse korral, seejuures abi liigid, ulatuse ning saamise tingimused ja korra sätestab seadus. Seega põhiseaduse kohaselt on abi ulatuse sätestamine vanaduse korral seadusandja, s.t Riigikogu pädevuses. Samas maksukorralduse seaduse kohaselt ei pea sotsiaalmaksu tasumine tagama maksumaksjale ega töötajale, kelle eest tööandja sotsiaalmaksu maksab, otsest vastutatu maksu maksmise eest.

Poliitikavariandi mõju sõltub sellest, millisel tasemel aastakoefitsiendi põrand ja/või lagi kehtestada, samuti sellest, kas kehtestatav põrand vastab sotsiaalmaksu minimaalsele kohustusele ja aastakoefitsiendi lagi sotsiaalmaksu laele või on aastakoefitsiendi põrand ja lagi sõltumatud sotsiaalmaksu miinimumkohustusest ja laest. Viimasel juhul toimuks põlvkonnasisene ümberjaotus, kus kõrgemalt töötasult sotsiaalmaksu maksjatele omistatakse arvutuslikust väiksem koefitsient, samas väikestelt töötasudelt sotsiaalmaksu maksjatele omistatakse arvutuslikust suurem koefitsient.

Aastakoefitsiendi pörand ja lae analüüsimiseks kasutame 2007. aasta andmeid, sest pikaajalistes prognoosides eeldame, et töötus väheneb majanduskriisi eelsele tasemele. Vaatame esmalt aastakoefitsientide jaotust, sh detailsemalt just jaotuse alumist ja ülemist otsa.

Joonis 4.2.17. Aastakoefitsientide jaotus 2007. aastal



Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Kui kehtestada aastakoefitsiendi miinimumiks 1, tõstes kunstlikult kõigi nende aastakoefitsiente, kelle arvutuslik koefitsient oli 1,0st väiksem, siis 2007. aastal oleks see mõjutanud koguni 76% sotsiaalmaksuga maksustatud tulu saanud inimestest ehk 597 000 inimest. See oleks tähendanud aastakoefitsientide kogusumma suurenemist ca 347 000 võrra, mis 2011. aasta rahalises väärtuses tähendaks ca 1.5 mln euro suurust täiendavat kohustust. Kui võtta keskmiseks pensionistääžiks 40 aastat ja eeldada, et palgastruktuur ei muutu, siis tähendaks see poliitikavariant (peale täismõju saavutamist) ca 60 mln euro suurust täiendavat pensionikohustust aastas.

Kui jätta kõrvale need inimesed, kelle eest täiesti või osaliselt maksti sotsiaalmaksu riigieelarvest, siis mõjutaks see alternatiiv 68% tulu saanutest ehk 536 000 inimest.

Kui kehtestada aastakoefitsiendi laeks 5,0 (mis vastab ligikaudselt koalitsioonileppega plaanitavale sotsiaalmaksu laele 4000 eurot), siis 2007. aastal oleks see mõjutanud ligi 3000 inimest ehk 0,38% tol aastal sotsiaalmaksuga maksustatud tulu saanud inimesi. Aastakoefitsientide kogusumma oleks sellise koefitsiendi lae puhul vähenenud ca 9000 võrra, millele vastaks aastahinde väärtuses ca 40 000 eurot.

Aastakoefitsientide lae ja pörand kehtestamisega väheneks oluliselt riikliku pensioni varieeruvus. Samas aastakoefitsiendile kunstliku (s.t sotsiaalmaksu miinimumkohustusega mitteseotud) pörand kehtestamine vähendaks keskmisest madalama töötasuga inimeste eest tegeliku tulu deklareerimise motivatsiooni, kuivõrd pensioniõigused oleksid tagatud sõltumata sellest, millisel töötasul sotsiaalmaksu maksti. Kunstliku lae kehtestamine (s.t ilma sotsiaalmaksu laeta või sotsiaalmaksu laest madalamal tasemel) vähendab kõrgepalgaliste motivatsiooni sotsiaalmaksuga maksustatud tulu deklareerida ja soodustab ettevõtluses osalevaid isikuid senisest enam võtma tulu välja dividendina.

Laste kasvatamise perioodide eest maksab riik sotsiaalmaksu (SMSi § 6 lg 1 alusel) keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatavalt summalt kuni lapse 3-aastaseks saamiseni (kui ei maksta sotsiaalmaksu muudel alustel) (poliitikavariant 14)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada lastekasvatamisele pühendatud perioodide arvestamist lapsevanema pensionis
- Väärtustada laste kasvatamist pensionisüsteemis samaväärset tööga
- Vältida lapsevanemate sattumist ebasoodsamasse seisu pensioni arvutamisel võrreldes lastetute töötajatega, kompenseerides lastekasvatamise tõttu tööturult eemal oldud perioode

Senine olukord

Alates 1. jaanuarist 1999 toimub pensioniõiguse arvestus makstud sotsiaalmaksu alusel. Vastavalt SMSi § 6 lg-le 1 maksab riik sotsiaalmaksu kalendriaastaks kehtestatud kuumääralt ühe Eestis elava ja alla 3-aastast Eestis elavat last kasvatava vanema eest (samuti eestkostja või hooldaja eest, kellega on sõlmitud kirjalik perekonnas hooldamise leping, või isiku eest, kes kasutab vanema asemel lapsehoolduspuhkust – nt vanavanem). Sotsiaalmaksu tasumine SMS § 6 lg-le 1 alusel ei sõltu vanema hõivestaatusest. 2011. aastal on riigieelarvega kehtestatud sotsiaalmaksu maksmise aluseks olev kuumäär võrdne alampalgaga, s.t 278 eurot. Sotsiaalmaksu tasumise eest omandab vanem pensionikindlustuse aastakoefitsiendi, mis mõjutab pensionivalemis pensioni suurust kindlustusosaku kaudu. Aastakoefitsiendi 1,0 rahaline väärtus kuupensionis on 4,343 eurot.

Poliitikavariandi kirjeldus

Poliitikavariandi rakendamisel makstaks kuni 3-aastast last kasvatava vanema eest sotsiaalmaksu üle-eelmise aasta riigi keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud tulu alusel. Kui vanema eest kuni lapse 3-aastaseks saamiseni makstakse sotsiaalmaksu ka muudel alustel (nt tööandja töötasult), siis riik tasuks sotsiaalmaksu üksnes sel juhul ja selles ulatuses, mille võrra teiste sotsiaalmaksu maksjate tasutav summa jääb alla keskmise sotsiaalmaksu summa.

Mõjud

Riigi poolt laste kasvatamise perioodide eest tasutud sotsiaalmaksu summad aastatel 2000–2010 on märgatavalt varieerunud, sõltuvalt riigieelarvega kehtestatud sotsiaalmaksu maksmise aluseks olevate kuumäärade muutumisest. See on asetanud eri aastatel lastega kodus olnud vanemad oluliselt erinevatesse olukordadesse. Samas on aastatel 2000–2010 lapsi kasvatanud vanemad erinevas olukorras võrreldes vanematega, kes kasvasid lapsi enne 1999. aastat.

Tabel 4.2.5. Riigi poolt makstud sotsiaalmaksu alusel laste kasvatamise eest aastatel 2000–2010 väljateenitud pensioniõigus kuupensionari arvestuses

	Riigi poolt makstud sotsiaalmaksu arvutamise aluseks olnud kuumäär (kroonides)	Lapsevanema pensionikindlustuse aastakoeffitsient riigi poolt makstud sotsiaalmaksu eest (täisaasta arvestuses)	Antud kalendriaastal last kasvatanud vanema väljateenitud pensioniõigus kuupensionaris (eurodes, arvestades aastahinde väärtust 2011. aastal)
2000	700	0,167	0,725
2001	700	0,150	0,651
2002	700	0,133	0,578
2003	700	0,120	0,521
2004	700	0,109	0,473
2005	700	0,097	0,421
2006	1400	0,167	0,725
2007	2000	0,195	0,847
2008	2700	0,229	0,995
2009	4350	0,387	1,681
2010	4350	0,320	1,390

Allikad: 2000–2010 riigieelarve seadused, Vabariigi Valitsuse määrusega kinnitatud isikustatud sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa keskmised suurused, autorite arvutused

Vastavalt Eesti poolt ratifitseeritud parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta artikli 27 (perekondlike kohustustega töötajate õigus teistega võrdsetele võimalustele ja võrdsele kohtlemisele) § 1 punktile b:

„Et rakendada tulemuslikult perekondlike kohustustega nii nais- kui meestöötajate õigust, mis tagab neile teiste töötajatega võrdsed võimalused ja samaväärse kohtlemise, kohustuvad lepingupoolel:

1. võtma asjakohaseid meetmeid, et:

/.../

b) arvestada nende vajadusi töötingimuste ja sotsiaalkindlustuse tingimuste määramisel“.

Sellest tulenevalt on Eesti kohustunud tagama:

- perekondlike kohustustega nais- ja meestöötajate võrdse kohtlemise sotsiaalkindlustuse tingimuste sätestamisel;
- perekondlike kohustustega töötajate võrdsed võimalused võrreldes perekondlike kohustusi mitteomavate töötajatega sotsiaalkindlustuses.

Esimesest punktist tuleneb muu hulgas, et laste kasvatamisest tulenevate vanemate õiguste sätestamisel sotsiaalkindlustuses ei tohi vanemaid soo alusel erinevalt kohelda. Teisest punktist tuleneb muu hulgas, et pensionisüsteemis tuleb pensioniõiguse kindlakstegemisel ja pensioni suuruse arvutamisel võtta arvesse lapsehoolduspuhkuse perioode, et tagada lapsi kasvatanud vanematele võrdsed võimalused perekondlike kohustusteta töötajatega.

Riigi poolt sotsiaalmaksu maksmine keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatud tulult kõigi kuni 3-aastaste laste arvu pealt tähendaks täiendavat siiret riigieelarvest pensionikindlustusse suurusjärgus kuni 54 mln eurot ja ravikindlustusse 35 mln eurot. Tegelik kulu oleks siiski väiksem, kuivõrd mõnel lapsevanemal on mitu alla 3-aastast last ning osa vanemaid pöördub tagasi tööle enne lapse 3-aastaseks saamist.

Lisaks riigieelarve siirde kasvule on mõjud järgmised:

- lastevanemate pensioniõiguste kasv (täiendav aastakoeffitsient keskmiselt 1,9 lapse kohta ehk $3 \times (1,00 - 0,37)$), millega kaasneb tulevikus suurem pension ja vastavalt ka suuremad pensionikohustused riigile;
- ühekordne täiendav muutus pensioniindeksis (ca 1,05 ehk 5% 2011. aasta seisuga), millega kaasneks kõikide pensionide ühekordne tõus ning vastavalt pensionikulude kasv.

Tabel 4.2.6. Sotsiaalmaksu täiendav laekumine aastate 2009–2011 näitel (summad kroonides)

	2009	2010	2011
Kuni kolmeaastaste laste arv aasta alguses	46 452	47 349	47 387
Keskmine sotsiaalmaksuga maksustatud tulu	11 250	11 179	11 779
Sotsiaalmaksu määr	33%	33%	33%
Kokku arvestuslik kulu aastas (mln kr)	2069,4	2096,0	2210,4
Praegu tasutav sotsiaalmaks			
Sotsiaalmaksu miinimumi baas	4350	4350	4350
Kokku arvestuslik kulu aastas (mln kr)	800,2	815,6	816,3
Täiendav laekumine sotsiaalkindlustusse	1269,3	1280,4	1394,1
Sellest ravikindlustusse	500,0	504,4	549,2
Sellest riikliku pensionikindlustusse	769	776	845
Sotsiaalmaksu laekumine pensionikindlustusse			16 237
Lisanduv sotsiaalmaks laste eest			845
Pensioniindeksi ühekordne muutus tingituna sotsiaalmaksu kasvust			1,05

Sotsiaalmaksu maksmise aluseks oleva kuumäära tõstmine keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud tuluni saaks siiski puudutada vaid neid vanemaid, kelle lapsed on sündinud peale vastava seadusemuudatuse jõustumist (nt 2012 või hiljem). Seega ei lahendaks selline poliitikavariant 1991.–2011. aastal sündinud laste vanemate ebavõrdset kohtlemist võrreldes vanematega, kelle lapsed sündisid enne 1991 või peale 2011. Vastupidi, sotsiaalmaksu tasumise aluseks oleva summa ulatuslik muutmine (üle 15 korra) poliitiliste otsustega eri aastate lõikes suurendaks eri aastatel lapsi kasvatanud vanemate ebavõrdset kohtlemist pensionisüsteemis. Teiseks, riikliku pensionisüsteemi puhul on siiski tegemist jooksva finantseerimise, põlvkondadevahelisele tulusiirdele tugineva süsteemiga. Sotsiaalmaksu summa oluline (ca kolmekordne, võrreldes praeguse olukorraga) suurendamine kasvataks märgatavalt riigieelarve siirdeid tänaste pensionide maksmiseks (samuti haigekassale, kui lähtutakse sellest, et sotsiaalmaks on ühtse määraga maks ja maksubaas on nii pensionikindlustuse kui ka ravikindlustuse osale ühesugune). Samas, suhtelises väärtuses on selline laste kasvatamise õiguste eelfinantseerimine ilmselt märkimisväärselt kallim kui oleks vastavate õiguste finantseerimine jooksvalt sel ajal, kui täna lapsi kasvatavad vanemad ükskord pensioniikka jõuavad (nt osa lapsevanemaid sureb enne pensioniikka jõudmist ja ei kasuta kunagi oma väljateenitud aastakoeffitsiente, mille eest riik on sotsiaalmaksu maksnud)

Vanemapensioni rakendamine (poliitikavariant 15)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Väärtustada pensionisüsteemis laste kasvatamist
- Tagada erinevatel aastatel lapsi kasvatanud vanemate võrdsem kohtlemine pensionisüsteemis

Senine olukord

Vastavalt RPKSi § 28 lg 2 p-le 7 arvatakse pensioniõigusliku staaži hulka emal või isal (aga ka võõrasvanemal, eestkostjal või lapse tegelikul hooldajal) väikelapse eest hoolitsemise aeg kuni lapse 3-aastaseks saamiseni. Lisaks arvestatakse pensioniõigusliku staaži hulka RPKSi § 28 lg 2 p-le 12 alusel ühel vanematest (aga ka võõrasvanemal, eestkostjal või peres hooldajal) 2 aastat iga lapse kohta, keda ta on kasvatanud vähemalt 8 aastat. Pensioniõiguslikku staaži arvestatakse kuni 1998. aasta 31. detsembrini. Seetõttu saab õigus täiendavale kahele staažiaastale vaid nendel vanematel, kelle laps sündis enne 1. jaanuari 1991, sest 1991. aastal või hiljem sündinud laste vanemad ei jõudnud 31. detsembriks 1998 seda last 8 aastat kasvatada. Pensioniõiguslik staažiaastate arv mõjutab pensionivalemis pensioni suurust staažiosaku kaudu. Ühe pensioniõigusliku staažiaasta rahaline väärtus kuupensionis on 4,343 eurot.

Vastavalt kogumispensioni seadusele tasub riik kogumispensioniga liitunud isiku pensionikontole 1% vanemahüvitise summalt iga sündinud lapse kohta.

Poliitikavariant

1. jaanuaril 2013 ja hiljem sündinud lapse ühele vanemale makstakse lapse kasvatamise eest 4% riigi keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatavalt töötasult vanema II pensionisambasse kuni lapse 3-aastaseks saamiseni (v.a vanema tööl käimise aeg). 01.01.1991–31.12.2012 sündinud lapse ühele vanemale makstakse pensionilisa kahe aastahinde väärtuses. 1. jaanuarist 2015 makstakse enne 1. jaanuari 2013 sündinud lapse ühele vanemale täiendavat pensionilisa ühe aastahinde väärtuses.

Mõjud

Senises korras, mille alusel võetakse pensioni arvutamisel arvesse laste kasvatamise perioode, kätkeb ebavõrdne kohtlemine sõltuvalt lapse sünniajast. Vaatleme näitena vanemaid, kes siirduvad pensionile 2011. aastal ja kes on kasvatanud ühte last (lihtsuse huvides). Eeldades kõigi muude tingimuste võrdsust (vanematel on olnud ühesugune töötasu ja ühepikkune töötamise alusel teenitud pensionistaaž), vaatleme ainsa muutujana lapse sünniaega ja sellest tulenevat vanema lapsehoolduspuhkusel olemise aega (lihtsuse mõttes on siin jäetud arvestamata, et rasedus-sünnituspuhkus algab reeglina enne lapse sündi). Analüüsime, kui suur on senisest korras tulenev erinevus vanemate pensionis sõltuvalt lapse sünniajast, muude võrdsete tingimuste juures.

Juhtum 1

Laps on sündinud 31. detsembril 1990. Vanem oli lapsega kodus 1. jaanuarist 1991 kuni 31. detsembrini 1993. Selle lapse kasvatamise eest määratav pensioniosa 2011. aastal on: $5 \times 4,343 = 21,715$ eurot.

Juhtum 2

Laps on sündinud 1. jaanuaril 1991. Vanem oli lapsega kodus 2. jaanuarist 1991 kuni 1. jaanuarini 1994. Selle lapse kasvatamise eest määratav pensioniosa 2011. aastal on: $3 \times 4,343 = 13,029$ eurot.

Juhtum 3

Laps on sündinud 31. detsembril 1999. Vanem oli lapsega kodus 1. jaanuarist 2000 kuni 31. detsembrini 2002. Selle lapse kasvatamise eest määratav pensioniosa 2011. aastal on: $0,45 \times 4,343 = 1,954$ eurot.

Erinevused pensionide suuruses tulenevad üksnes lapse sünniajast ja lapsehoolduspuhkusel olemise aastatest. Õiguslikust vaatenurgast kerkib küsimus, kas taolisel erineval kohtlemisel on objektiivne ja õiguspärane eesmärk ning kui selline eesmärk on olemas, siis kas selle eesmärgi saavutamiseks valitud vahendid on asjakohased ja hädavajalikud. Vastasel korral oleks tegemist samasuguste perekondlike kohustustega töötajate diskrimineeriva kohtlemisega pensionisüsteemis.

Samuti on eripärasel situatsioonis need vanemad, kelle osad lapsed on sündinud enne 1991. aastat ja teine osa 1991 või hiljem. Senikehtiva seaduse järgi on need vanemad saanud 2 aastat lisataaži iga enne 1991. aastat sündinud lapse eest, kuid mitte 1991 või hiljem sündinud laste eest.

Pakutav poliitikavariant koosneb kolmest komponendist, mis rakenduksid eri aegadel:

- pensionilisa 01.01.1991–31.12.2012 sündinud lapse ühele vanemale makstakse kahe aastahinde väärtuses;
- kogumispensioni makse tasumine (4% riigi keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatud tulult) teise pensionisamba fondi 01.01.2013 ja hiljem sündinud lapse ühele vanemale kuni lapse 3-aastaseks saamiseni, v.a vanema tööl käimise aeg;
- täiendav pensionilisa ühe aastahinde väärtuses enne 01.01.2013 sündinud lapse ühele vanemale alates 1. jaanuarist 2015.

Tabel 4.2.7. 1991. aastal ja hiljem sündinud laste arv, kelle vanem on pensionieas või jõuab pensioniikka 2012–2015

	2012	2013	2014	2015
Laste arv	314	528	843	1330

Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

Kulud pensionilisa maksmiseks 1991–2011 sündinud laste vanematele on esialgu väikesed, kuivõrd 1991. aastal ja hiljem sündinud laste vanematest suurem osa on sünniaastatega 1960 ja hiljem ning jõuavad pensioniikka alles peale 2025. aastat. Siiski on Eestis olnud ka üle 40-aastaseid sünnitajaid ja osa nendest vanematest, kelle lapsed on sündinud 1991 või hiljem, on juba jõudnud pensioniikka. 1991. aastal sündinud laste emadest 229 olid 40-aastased või vanemad, need emad kas on juba jõudnud või jõuavad pensioniikka lähimal paaril aastal.

Arvutustes on võetud aluseks Statistikaameti andmed 1991–2009 sündinud laste arvu jaotusest ema vanuse järgi. Nende andmete põhjal on leitud, kui paljude 1991. aastal või hiljem sündinud laste vanemad on jõudnud või jõuavad aastatel 2012–2015 pensioniikka. Tegelik aastane kulu võib olla mõnevõrra suurem, kuivõrd paljulapselistel vanematel on õigus jääda soodustingimustel vanaduspensionile enne üldist pensioniiga. Kõrgemas vanuses sünnitajatel on enamasti ka varem sündinud lapsi. 1991. aastal sünnitanud emadest 147 oli sündinud laps sünnijärjekorralt vähemalt kolmas. Kolme või enama lapse ühel vanemal on aga õigus jääda pensionile soodustingimustel enne üldist pensioniiga. samuti võivad mõned vanemad kasutada ennetähtaegset vanaduspensionit.

Arvestuslik kulu pensionilisa maksmiseks 2013. aastal oleks ca 33 000 eurot. Kulu aasta-aastalt kasvab, kuivõrd pensioniikka jõudvate vanemate arv kasvab. 2015. aasta kulu on ca 140 000 eurot.

Samas tuleb arvestada, et lahkuvate pensionäride arvelt, kelle pensionis on seni laste arvu arvesse võetud RPKSi § 28 lg 2 p 12 alusel, vabaneb sotsiaalmaksu ressurss, kuivõrd neid staažiperioode on seni finantseeritud sotsiaalmaksu vahenditest. Kuna 1990. ja 2000. aastatel sündinud laste arv on väiksem kui varasematel kümnenditel sündinud laste arv, siis on vabanev sotsiaalmaksu ressurss summaarselt suurem kui lisanduv riigieelarve koormus.

Juhul kui 1991. aastal sündinud laste eest hakatakse pensionilisa maksuma alles 2013. aastast, tekib küsimus, kas vanematel, kes jõudsid pensioniikka enne seadusemuudatuse jõustumist, tekib õigus saada vastavat pensionilisa tagasiulatuvalt selle aja eest, mis on möödunud nende pensionile siirdumisest. Õiguslikust aspektist tuleks seda ilmselt teha. Vastasel juhul oleks tegemist olukorraga, kus samal aastal (peamiselt aastatel 1991–2000) sündinud laste vanemaid koheldakse erinevalt sõltuvalt lapsevanema sünniaastast – mõned vanemad saaksid vastavat pensionilisa kogu pensionipõlve jooksul, teised ainult vastava seadusemuudatuse jõustumisest.

Kogumispensioni makse tasumine – 4% riigi keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatud tulult – 01.01.2013 ja hiljem sündinud lapse ühele vanemale kuni lapse 3-aastaseks saamiseni (v.a vanema töö käimise aeg) tagab nimetatud laste vanematele senisest suurema II samba pensioni. Tekib küsimus, kas ja millistel tingimustel on saadav II samba pension samaväärne enne 2013 sündinud laste vanematele I sambast makstava pensionilisaga. II samba pensioni suurus fikseeritud sissemakse korral sõltub kahest tegurist:

- maksete kasvuperioodi pikkusest ehk perioodist lapse sünnist ja sellele järgnevatest riigipoolsetest sissemaksetest pensionile siirdumiseni, mis omakorda sõltub ema vanusest lapse sünni ajal ehk sünni ajastusest;
- pensionifondi tootlusest, mis omakorda sõltub vanema valitud pensionifondi investeerimisstrateegiast.

Laste kasvatamise perioodil riigi poolt tasutavate maksete eest saadav kogumispension on samaväärne I sambast kahele aastahindele vastava pensionilisaga 30-aastase kasvuperioodi puhul kui pensionifondi reaalintriss on vähemalt 2,5%. Seega selline skeem tagab kõrgema pensionilisa vanemale, kelle lapsed sünnivad suhteliselt nooremas vanuses. Seevastu juhul kui vanem on lapse sünni ajal vanem kui 40, ei saa II sambast riikliku pensionilisaga samaväärset hüvitist.

Tabel 4.2.8. Lastevanemate eest kogumispensioni maksete tasumise kulu ja saadav pension, senise korra ja koalitsioonileppes kirjeldatud alternatiivi võrdlus 2010. aasta näitel

	2010	2010
Keskmine vanemahüvitise summa/keskmine sotsiaalmaksuga maksustatud tulu (kr)	11 477	11 179
Arvestuslik riigipoolne makse (%)	1,0%	4,0%
Arvestuslik riigipoolne makse kuus saaja kohta, kr	115	447
Maksete tasumise periood	15	36
Kokku riigipoolne makse inimese kohta	1722	16 098
Keskmine kasvamisperiood (aastat)	30	30
Tulumäär (2,5% reaalne tulu)	2,50%	2,50%
Kogutud summa (reaalväärtus)	3611	33 766
Annuiteedi tulumäär (nominaalne)	3%	3%
Oodatav eluiga pensionieas (aastat)	20	20
Keskmine täiendav pension II sambast	20,03 kr	187,27 kr
Sündide arv	15 711	15 711
Hüvitise saajate arv (eeldusel, et keegi ei tööta)	19 639	47 133
Riigieelarve kulu kokku aastas (tuh kr)	27 048	252 912
Täiendav kulu võrreldes praegusega (tuh kr)		225 864

Samas tuleb arvestada, et II sambaga liitumine oli kohustuslik vaid neile, kes on sündinud 1983 või hiljem. Varasema sünniaastaga inimestele oli liitumine vabatahtlik ja vabatahtliku liitumise võimalus on lõppenud. 2013. aastal ja hiljem sünnib lapsi ka nendel vanematel, kes ei ole teise sambaga liitunud, kuivõrd 1982. aastal sündinud naised on siis alles 30-aastased. 2009. aastal oli sünnitanute hulgas üle 30 aasta vanuseid emasid 6391, neist üle 40-aastaseid oli 441. Kui sündide arv kokku oli 15 763, siis ca 40% kõigi sel aastal sündinud laste emadest olid 30 või vanemad. Nende seas on ka teise sambaga mitteliitunud emasid. Võimalikuks lahenduseks oleks pikendada selliste vanemate suhtes pensionilisa maksmist esimeses

sambas. Ühtlasi tähendaks see aga, et vanemapensioni skeemi n-ö murdejooneks ei ole üksnes lapse sünniaasta, vaid ka asjaolu, kas vanem on liitunud teise sambaga. Kui vanemapensionile on õigus vaid sellel vanemal, kes kasutab lapsehoolduspuhkust, kuid vanemad otsustavad kasutada lapsehoolduspuhkust kordamööda ja üks vanematest on teise sambaga liitunud, kuid teine ei ole, on vaja eraldi lahendada küsimus, kuidas sellisel juhul vanemapensioni arvestada.

Tabel 4.2.9. Lisakulu praegustele pensionäridele täiendava aastahinde maksmisel enne 1999. aastat kasvatatud laste eest

Laste arv praegustel pensionäridel	430 000 last
Ühe lapse eest praegu	2 staažiaastat
Ühe staažiaasta hind kuus	4,343 eurot
Kokku praegu aastas pensionikulu (2 staaži)	430 000 last × 2 staažiaastat × 4,343 eurot × 12 kuud = = 45 mln eurot
Täiendav kulu (1 staažiaasta juurde –50% ülaltoodust)	ca 22 mln eurot
Kokku kulu	45 + 22 = 67 mln eurot aastas

Allikas: autorite arvutused

Ennetähtaegse vanaduspensioni võimaluste piiramine – perioodi lühendamine 3 aastalt 2 aastale (poliitikavariant 16)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Vähendada stiimuleid vara pensionile siirduda

Senine olukord

Vastavalt RPKSi § 9 lg-le 1 on isikul, kellel on vanaduspensioni määramiseks nõutav pensionistaaž, õigus ennetähtaegsele vanaduspensionile kuni 3 aastat enne vanaduspensioniiikka jõudmist.

Poliitikavariandi kirjeldus

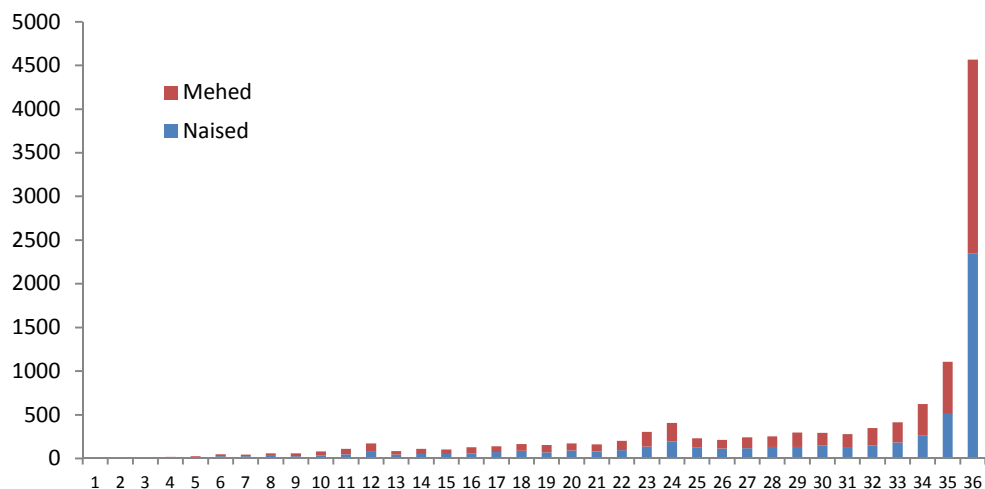
Poliitikavariant piiraks õigust pensionile siirdumiseks enne üldist pensioniiga, ühildudes OECD ja Euroopa Komisjoni poliitikasoovitustega piarata ennetähtaegse pensioni võimalusi Poliitikavariandi rakendamisel säiliks õigus ennetähtaegsele vanaduspensionile isikul, kes on täitnud vanaduspensioniks nõutava kvalifikatsiooniperioodi ja kellel on vanaduspensioni eani kuni 2 aastat.

Mõjud

Võimalus siirduda vanaduspensionile ennetähtaegselt kuni 3 aastat enne pensioniiga sätestati RKPSis aastast 2000. Selle abinõu deklareeritud eesmärgiks oli pehmenada pensioniea tõusu mõju pensionieelses vanuses töötuks jäänud isikutele. Samas ei olnud tollel ajal Eestis veel rakendatud töötuskindlustust.

Aastatel 2001–2007 kasutas ennetähtaegset vanaduspensioni ca 12 000 pensionäri, kellest 39% jäi pensionile 36 kuud enne pensioniiga, st esimesel võimalusel.

Joonis 4.2.18. Ennetähtaegsele vanaduspensionile jäämine aastatel 2001–2007 kuude järgi enne vanaduspensioniga

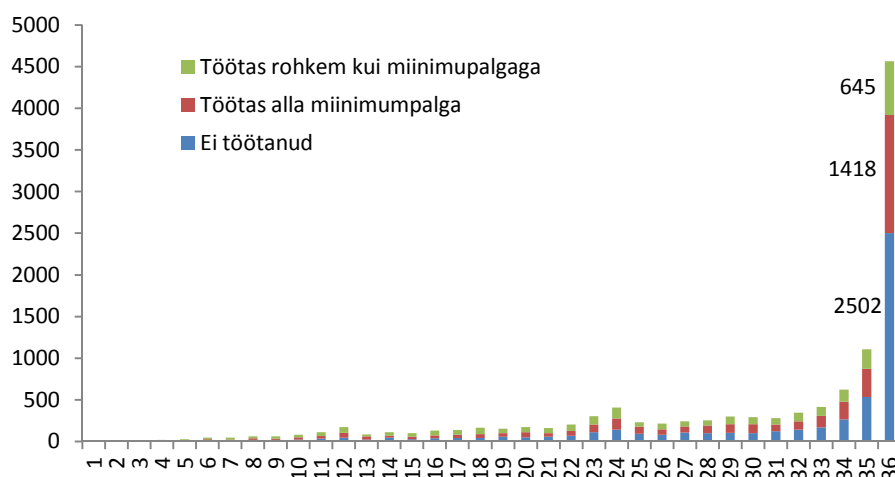


Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Aastatel 2001–2007 ennetähtaegsele vanaduspensionile siirdujatest aasta enne pensionile jäämist 45% inimestest ei saanud sotsiaalmaksuga maksustatud tulu, 31% sai tulu, mis oli väiksem kui alampalk (või väga ebaregulaarne) ning üksnes 24% inimestest sai alampalgast suuremat töötasu. Sealjuures 36 kuud enne tähtaega pensionile jäänud inimestest said alampalgast suuremat töötasu üksnes 14% inimestest.

Seega enamik ennetähtaegsele pensionile jääjatest teeb seda tulles kas töötusest või väga madala töötasuga töökohalt. Ennetähtaegse vanaduspensionijuurdepääsu piiramine ei pruugi seetõttu tuua kaasa olulist kulude kokkuvõtet, eriti kui inimesed kasutavad teisi võimalusi hüvitiste taotlemiseks, nt töövõimetuspension või toimetulekutoetus. Kui see poliitikameede mõjutaks vaid neid inimesi, kes saavad alampalgast suuremat töötasu, ennetähtaegsele vanaduspensionipensionile siirdumist ühe aasta võrra edasi lükkama, oleks aastane kulude kokkuvõtte riigieelarve jaoks ca 9 mln eurot aastas.

Joonis 4.2.19. Ennetähtaegsele vanaduspensionile jäänud inimeste jaotus töötasu saamise järgi aasta enne pensionile jäämist, 2001–2007 kokku



Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Ennetähtaegse vanaduspensioni võimaluste piiramine – aktuaarelt neutraalse vähendusprotsendi rakendamine (poliitikavariant 17)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Tagada hüvitiste samaväärsus pensionilemineku edasilükkamise korral

Kuivõrd igasugune pensionilemineku edasilükkamine on seotud riskiga, et pensioni saamise aeg lüheneb, on vastavates pensioni suuruse kohandustes vaja lisaks tavapärasele raha ajaväärtusele arvestada ka suremuse mõjuga. Seetõttu kasutatakse pensionisüsteemi mõjudest indiviidide käitumisele rääkides sageli kindlustusmatemaatikaga haakuvaid termineid, sh kindlustusmatemaatilist neutraalsust ning hüvitiste samaväärsust.

Hüvitiste samaväärsus (*benefit equivalence*) tähendab, et varem või hiljem pensionile jäädes kohandatakse vanaduspensionihüvitisi sellisel määral, et keskmise inimese pensionivara ei sõltuks pensionile jäämise ajast. See tähendab, et varem pensionile jäänutel on pension madalam (sest neil on rohkem aega seda saada) ning hiljem pensionile jäädes suurendatakse pensionit, et kompenseerida lühemat pensionisaamise aega. Hüvitiste samaväärsuse saavutamiseks peavad pensioni kohandused kompenseerima nelja pensioni edasilükkamisega kaasnevat kulutegurit:

- Vara väärtus väheneb diskonteerimise tulemusel, sest pensionit saadakse ühe aasta võrra hiljem.⁷
- Risk surra selle aasta jooksul, mil pensioni edasi lükatakse.
- Pensioniloleku oodatav aeg lüheneb, mistõttu pensioni saadakse kokku vähem aega.
- Aasta jooksul töötades teenitakse täiendavaid pensioniõigusi (kindlustusosaku väärtus kasvab aasta jooksul).

Hüvitiste samaväärsus on eriti oluline pensioniskeemi seisukohalt, kuna see tagab, et pensionikulud inimese kohta on samad, vaatamata sellele, millal inimene otsustab pensionile jääda. Samuti peaks see tagama, et keskmise inimese jaoks ei ole oodatava rahalise kogupensioni osas vahet, millal pensionit saama hakatakse, mis võimaldab pensionilejäämise aega valida lähtuvalt isiklikest eelistustest.

Eestis on võimalik jääda ennetähtaegsele vanaduspensionile, mida kasutades vähendatakse pensioni suurus 0,4% võrra iga varem pensionile jäänud kuu võrra (4,8% aastas). Maksimaalselt on võimalik pensionit varem välja võtta 3 aastat enne seaduslikku pensioniiga. Ennetähtaegset vanaduspensionit ei maksta töötamise korral. Edasilükatud vanaduspensionit suurendatakse 0,9% võrra iga edasilükatud kuu eest (10,8% aastas). Edasilükkamisel vanuse ülempiiri ei ole. OECD keskmised hüvitiste kohandamise määrad on vastavalt 5,1% ennetähtaegse ja 6,2% edasilükatud vanaduspensionit korral aastas. Käesolevas töös on hüvitiste samaväärsust tagavad kohandused arvatud eraldi meeste ja naiste jaoks ning lisaks tänase olukorra (2011) kajastamisele on arvesse võetud ka pensioniea reformide seisukohalt olulised daatumid – 2016. ja 2026. aasta⁸. Tulemused on toodud järgnevas tabelis.

Tabelist tuleb selgelt välja väheneva suremuse mõju pensionikohandustele. Aastal 2026 on pensionikohandused samasse vanusegruppi kuuluvatele meestele ja naistele oluliselt madalamad kui aastal 2011. Meeste puhul on see mõju tugevam, sest meeste suremus langeb prognooside kohaselt lähiaastatel naistest kiiremini. Samuti võib öelda, et pensioniea reformide mõjust jääb väheseks, et tasakaalustada langevat suremust. Nii meeste kui ka naiste puhul on pensionikohandused ametliku pensioniea saabudes aastal 2026 (mis on naiste ja meeste jaoks 65. eluaastal vastavalt 5,5 ja 8,5%) väiksemad kui ametliku pensioniea saabudes aastal 2011 (vastavalt 7,3% naistele 61. eluaastal ja 11,9% meestele 63. eluaastal). Võrreldes teoreetilisi hüvitiste samaväärsust tagavaid pensionikohandusi seadustes sätestatutega (4,8%

⁷ Sisuliselt kujutab pensionivara edasilükkamine indiviidi jaoks riigile laenu andmist. Seetõttu kasutatakse siinkohal diskonteerimismäärana sageli riigivõla intressimäärasid, eeldades, et riik maksab kõigilt oma kohustustelt sarnast intressimäära.

⁸ 2016. aastaks on meeste ja naiste seaduslik pensioniiga võrdne 63 aastat, 2026. aastaks on see mõlema jaoks tõusnud 65-le eluaastale.

aastas varasema ja 10,8% aastas edasilükatud pensionilemineku puhul), selgub et seadusega sätestatud kohandused ei taga hüvitiste samaväärsust kummagi puhul.

Tabel 4.2.10. Hüvitiste samaväärsust tagavad pensioni suurendamise määrad soo, vanuse ja pensionireformi astme lõikes (%)

Vanus	2011		2016		2026	
	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed
58	6,5	-	-	-	-	-
59	6,7	-	-	-	-	-
60	7,0	10,5	4,9	7,9	-	-
61	7,3	10,8	5,2	8,2	-	-
62	7,6	11,3	5,5	8,6	4,7	7,1
63	8,0	11,9	5,7	9,2	4,9	7,6
64	8,3	12,5	6,0	9,7	5,1	8,0
65	8,8	13,1	6,4	10,2	5,5	8,5
66	9,3	13,8	6,9	10,9	5,9	9,0
67	9,7	14,6	7,3	11,6	6,3	9,7
68	10,2	15,4	7,8	12,3	6,7	10,3
69	10,9	16,4	8,4	13,2	7,1	11,0
70	11,5	17,4	9,0	14,2	7,7	11,8
71	12,3	18,5	9,7	15,1	8,3	12,6
72	13,1	19,7	10,3	16,2	8,8	13,6
73	14,0	21,0	11,1	17,4	9,5	14,6
74	15,0	22,5	12,0	18,6	10,2	15,6
75	16,2	24,2	13,0	20,2	11,1	17,0

Allikas: autorite arvutused

Ennetähtaegse pensioni puhul peaksid kohandused enamasti olema suuremad ning vahe teoreetiliste ja seaduses sätestatud kohustuste vahel tekitab surve varasemaks pensionilejäämiseks. Samas leevendavad seda survet teised tegurid, millest kõige olulisem on nõue ennetähtaegse vanaduspensionini saamise ajaks tööst loobuda. Seetõttu võib eeldada, et ennetähtaegset vanaduspensionini kasutavad pigem väheste töölenaasmise väljavaadetega iniviidid. Varasemad empiirilised uuringud seda ka kinnitavad, leides, et ennetähtaegse pensioni saajate hulgas enamik ei ole vahetult enne pensionile jäämist saanud töötasu. Samuti vähendavad ennetähtaegse vanaduspensionini väiksemad vähendused võrreldes hüvitiste samaväärsust tagavate kohandustega teiste sotsiaalkindlustusprogrammide (eeskätt töötuskindlustus ja invaliidsuspensionid) ja sotsiaalabi (toimetulekutoetus) kulusid. Seetõttu võib ennetähtaegse vanaduspensionini osas olla tähtsamaid kaalutlusi kui hüvitiste samasuse tagamine.

Edasilükatud vanaduspensionini puhul on aga hüvitiste samaväärsuse tagamiseks vajalikud pensionisuurendused praeguses seaduses kehtestatud väiksemad. Uuringu baasstsenaariumi kohaselt on keskmisel inimesel ajend lükata 2016. aastal vanaduspensionile jäämist edasi 70. eluaastani ja 2026. aastal 72. eluaastani. Selline areng viiks ka asendusmäärad oluliselt kõrgemaks, kui need oleks siis, kui reaalne ja ametlik pensioniiga langeks kokku, mis tähendaks kogu süsteemi jaoks suuremaid kulusid.

Sellega seoses võib olla alahinnatud oodatav keskmine tegelik pensionilemineku iga, oodatavad asendusmäärad ning sellega seoses ka pensionisüsteemi üldised kulud. Eesti riikliku vanaduspensionisüsteemi mõjud pensionilejäämise ajenditele on uuringu baasstsenaariumi kohaselt pigem

vastupidised teiste arenenud riikide pensionisüsteemide mõjudele. Kui mujal on probleemiks liiga varane pensionile jäämine, siis Eesti seadustes ette nähtud pensionide suurendus nende edasilükkamise puhul annab pigem ajendi oodata pensionile jäämisega liiga kaua. Et kauem töötamist premeeritakse liiga heldelt, siis võib see viia pensionisüsteemi pakutavad asendusmäärad ning süsteemi üldised kulud oodatust suuremaks. Vanaduspensionisüsteemi kulude sisukohast oleks mõistlik selliseid kõrvalekaldeid vältida. Samas on see üheks võimaluseks pensionisüsteemiväliste probleemide (nt võimalik tööjõupuudus) lahendamiseks. Et aga vanaduspensionisüsteemi täiendavaid kulusid õigustada, peaksid heaoluvõidud mujal olema suuremad.

Osalise pensioni kehtestamine, mis laieneb ka ennetähtaegsele vanaduspensionile (poliitikavariant 18)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Luua võimalusi paindlikuks ja järkjärguliseks pensionilesiirdumiseks

Senine olukord

Seni puudub võimalus osalise pensioni määramiseks. On võimalik lasta määrata ainult kas vanaduspension täies ulatuses või lükata pensionile siirdumist täies ulatuses edasi.

Poliitikavariandi kirjeldus

Poliitikavariant tähendaks, et pensioni taotlejal tekib võimalus lasta endale määrata 25%, 50%, või 75% arvestuslikust vanaduspensionist, lükates samas ülejäänud pensioniosa määramist edasi.

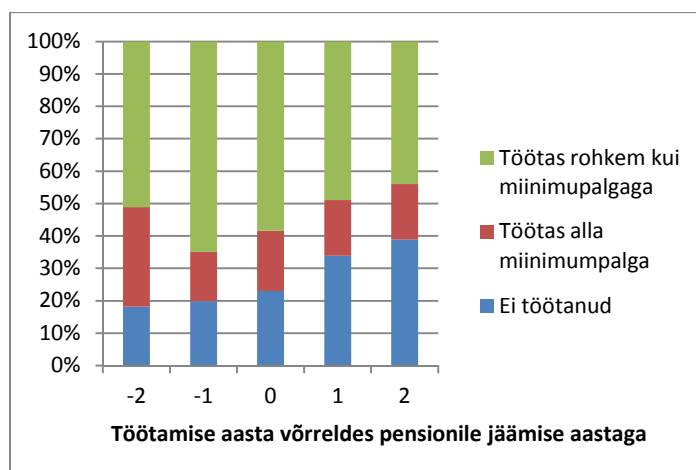
Mõjud

Eli liikmesriikidest on osalise pensioni võimalus sätestatud Saksamaal, Prantsusmaal, Soomes, Rootsis ja Sloveenias.

Eestis ennetähtaegsele vanaduspensionile siirdunud inimeste eelneva tööturuseisundi analüüs viitab, et osalist pensioni võiks selle rühma inimeste seas kasutada ca 10–20%, kuna nendel oli olemas pensionile jäämisele eelneval aastal tõine tulu vähemalt miinimumpalga ulatuses. Kuid kuna nad siiski valisid ennetähtaegse pensioni, ei olnud töötasu seega kas piisav või oli väga ebakindel. Kombineerides osalist pensioni osalise koormusega või madala palgaga töötamisega, võidaksid need inimesed sissetulekus, sh seetõttu, et õiges vanuses pensionile siirdumisel ei rakendata pensioni vähendamist. Üldiseks hüveks oleks tööhõive suurenemine. Võimalik on ka töövõimetuspensionari kasutajate siirdumine ennetähtaegsele vanaduspensionile, kuna ennetähtaegne pension ei ole enam nii karistav töötamise suhtes.

Teisest küljest võiks osalise pensioni lubamine enne üldist vanaduspensionariiga tuua osalise pensioni kasutajateks osa nendest inimestest, kes praeguse korra jätkumisel läheks pensionile normaalvanuses. Osalise pensioni kasutajad selles rühmas suurendaksid pensionide kulusid ja väheneda võib tööjõupakkumine.

Joonis 4.2.20. Pensionäride töötamine kaks aastat enne ja pärast pensionile jäämist, 2001–2005 normaalajal pensionile jäänud inimesed



Märkus: kõik vanaduspensionärid, sh soodustingimustel pensionärid, v.a ennetähtaegsed pensionärid.

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

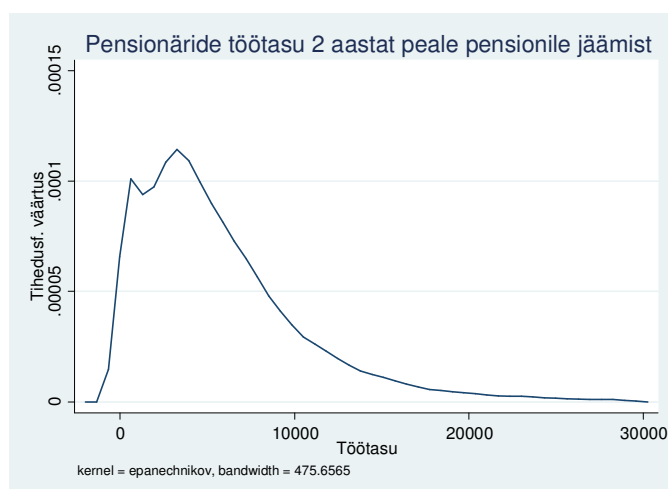
Töötavate pensionäride hulk nende pensionäride seas, kes jäid pensionile normaalajal, olid kaks aastat enne pensionile jäämist ca 80% ja umbes pooled said palka miinimumpalgast enam. Kaks aastat peale pensionile jäämist töötas veel ca 60% ja 44% töötas enam kui miinimumpalgaga.

Osalist pensioni võiksid kasutada ilmselt need, kes töötavad alla miinimumpalgaga enne pensionile jäämist ehk ca 15–30% õigeaegselt pensionile jäänutest.

Seega, osalise pensioni summaarne mõju tööturule ja pensionisüsteemile sõltub sellest, kas domineerib ennetähtaegsete vanaduspensionäride tööhõive kasv või normaalajal pensionile jääjate tööhõive vähenemine.

Neil, kes kaks aastat peale pensionile jäämist saavad töötasu, on töötasu osakaal pensionist mediaanväärtus 84% (aastad 2001–2005 pensionile jäänud). Neist töötavatest pensionäridest ca 70% saab töötasu, mis on suurem kui alampalk.

Joonis 4.2.21. Pensionäride töötasu jaotus kaks aastat pärast pensionile jäämist kroonides, 2001–2005 normaalajal pensionile jäänud inimesed



Märkus: kõik vanaduspensionärid, sh soodustingimustel pensionärid, v.a ennetähtaegsed pensionärid.

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Töötava pensionäri pensioni summeerumine sotsiaalmaksuga maksustatud tuluga (poliitikavariant 19)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Vähendada pensionisüsteemi kulusid

Senine olukord

RPKS kohaselt ei ole piiranguid töötasu ja vanadus- ja töövõimetuspensionide või vanaduse või töövõimetuse alusel makstava rahvapensioni samaaegseks saamiseks. Vastavalt RPKSi § 43 lg-le 11 ei maksta töötamise korral ennetähtaegset vanaduspensionide kuni pensionäri vanaduspensioniealiseks saamiseni.

Poliitikavariandid

- Töötamise jätkamisel pensioni protsentuaalselt vähendatakse.
- Töötamise jätkamisel pensioni vähendatakse alates teatud tulupiirist, säilitades töötamise motivatsiooni. Kõrgemast tulupiirist alates pensioni maksmine peatatakse.

Mõjud

Kõikidest vanaduspensionäridest said 2007. aastal alampalgast suuremat töötasu 15% inimestest (ca 43 000 pensionäri), ca 11% sai töötasu, mis oli alla alampalga ja 74% ei saanud sotsiaalmaksuga maksustatud tulusid.

Kõikidest pensioni saajatest (sh töövõimetuspensionide ja toitjakaotuspensionide saajad), sai enam kui 65 000 inimest alampalgast suuremat töötasu.

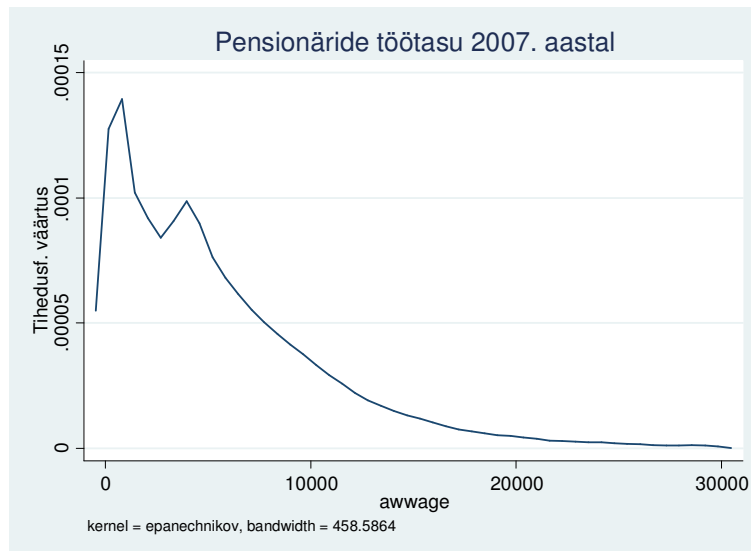
Seega pensionide vähendamine, kui töötasu ületab näiteks alampalga, mõjutaks olulist hulka pensionäre. Arvestades, et pensionäride tööjõupakkumine on väga elastne (sest on olemas garanteeritud pension ning töötamisega seotud kaudsed kulud on halvema tervises seisundi tõttu suured), siis tooks pensionide vähendamine ilmselt kaasa eakate tööhõive olulise vähenemise.

Tabel 4.2.11. Töötasu saanud pensionärid, 2007. Aastal

	Vanaduspensionärid	Osakaal (%)	Kõik pensionärid	Osakaal (%)
Ei töötanud	210 899	73,6	259 001	68,5
Töötasu alla alampalga	32 868	11,5	54 749	14,5
Töötasu rohkem kui alampalk	42 928	15,0	64 547	17,1
Kokku	286 695	100	378 297	100

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

Joonis 4.2.22. Vanaduspensionäride töötasu jaotus kroonides kuus 2007. aastal



Märkus: kõik vanaduspensionärid, sh soodustingimustel pensionärid.

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused

4.3. Automaatsete kohandamismehhanismide rakendamine pensionisüsteemis

Pensionisüsteemi automaatsete kohandamise mehhanismide (AKMide) kesksed eesmärgid on:

- pensionisüsteemi pikaajalise finantsilise ja sotsiaalse jätkusuutlikkuse suurendamine,
- ebatäpsetele prognoosidele tuginevate poliitiliste otsuste mõju vähendamine,
- rahvastiku vananemise koormuse õiglane jagamine põlvkondade vahel.

AKMid kohandavad pensionisüsteemi süsteemiväliste tegurite – rahvastiku vananemise ja majanduskriiside – mõjudega, kusjuures selline kohandamine toimub pideva protsessina, mitte ühekordsete *ad hoc* poliitiliste otsustega. AKMid siirdavad demograafiliste ja majandusriskide mõju süsteemi osapooltele, kuid teevad seda eelnevalt kokkulepitud reeglite alusel, mis jagavad riskide koormust ühtlaselt ja põlvkondade vahel õiglasemalt kui prognoosidele tuginevad ühekordsed poliitilised otsused.

Rahvastiku vananemise üheks põhjuseks on oodatava eluea kasv. Kui keskmine pensionile siirdumise vanus ei muutuks, tooks oodatava eluea tõus kaasa pensionisüsteemi kulude kasvu, sest pikeneb keskmine pensioni saamise perioodi pikkus. Teisisõnu, kui pensioniiga ei muutu, siis saaks iga järgmine pensionile siirduv põlvkond pensioni eelmistest põlvkondadest kauem. Seetõttu täidab pensioniea tõus oodatava eluea tõusu korral lisaks pensionisüsteemi kulude kontrollimisele ka põlvkondadevahelise õigluse eesmärki.

Traditsioonilised sotsiaalpoliitilised võtted rahvastiku vananemisest tingitud koormuse neutraliseerimiseks on olnud pensioniea tõstmine, maksemäära tõstmine (või pensionisüsteemi subsideerimine muudest maksutuludest) või pensionide asendusmäära langus. Ühekordsete poliitiliste *ad hoc* otsustega pensioniea tõstmisel või pensionide asendusmäära kärpimisel on aga ebatäpsete otsuste langetamise risk, mis ühes äärmuses võivad seada mõnele põlvkonnale ebaproportsionaalselt suure koormuse ja teises äärmuses mitte tagada süsteemi finantsstabiilsust. Pensioniea tõstmist puudutavad otsused tuginevad sageli pikaajalistele prognoosidele, samas on selliste prognooside täpsus osutunud küllaltki madalaks ning reaalsuses on tulevikuinfo määramatu. Oodatava eluea arengut ei ole võimalik täpselt prognoosida ning seda iseloomustab ka asjaolu, et eluea prognoosimisel kasutatakse erinevaid – positiivseid ja negatiivseid – stsenaariume (vt näiteks OECD 2011).

AKMide rakendamisel ei ole peale vastavate reeglite kehtestamist vaja igakordseid poliitilisi lisaotsuseid. Pensionisüsteemi parameetrid seostakse teatud demograafiliste ja/või majandusindikaatoritega ning indikaatorite – nt oodatava eluea – muutumisel toimub pensionisüsteemi automaatne kohandamine.

Eesti praeguses pensionisüsteemis on AKMid sisuliselt kasutusel teises sambas. Kui oodatav eluiga tõuseb, siis mõjutab see määratavaid pensione annuiteedi arvutuses kindlustusseltside poolt arvessevõetava eluea kaudu. Viimasel 15 aastal on mitmetes riikides, sh eriti OECD riikides, AKMid kasutusele võetud ka riiklikus pensionisüsteemis, et parandada pensionisüsteemi pikaajalist jätkusuutlikust.

Käesolevas analüüsis vaadeldakse viit poliitikaalternatiivi AKMide rakendamiseks Eesti pensionisüsteemis (vt tabelit 4.3.1). Poliitikavariandid 20, 21 ja 24 puudutavad AKMide rakendamist üksnes vanaduspensionide suhtes. Variandid 22 ja 23 puudutavad AKMide rakendamist pensionisüsteemi esimesele sambale tervikuna. Analüüs hõlmab aastaid 2015–2060, ajavahemiku valikukriteeriume kirjeldatakse konkreetsete poliitikavariantide all. Analüüs koosneb kahest osast: 1) ülevaade kirjandusest koos samasugust mehhanismi rakendavate riikide näidete ja AKMide eeliste ja puuduste analüüsiga ning 2) kvantitatiivne analüüs, kus Praxise pensionimudelile tuginedes projekteeritakse erinevate poliitikavariantide mõju Eesti riikliku pensionikindlustuse eelarvele (finantsstabiilsuse indikaator) ja asendusmääradele (sotsiaalse jätkusuutlikkuse indikaator).

Tabel 4.3.1. Poliitikavariantide ülevaade

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Struktuurne muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Määratavatele pensionidele rakendatakse oodatava eluea tegurit (poliitikavariant 20) Pensioniea kohandamine sõltuvalt oodatava eluea muutustest (nii et konstantseks jääb kas keskmine pensioniloleku aja ja töötamise aja suhe või keskmine pensioniloleku aeg) (poliitikavariant 21) Tasakaaluindeksi rakendamine sõltuvalt pensionisüsteemi varade ja kohustuste tasakaalust (poliitikavariant 22) Kulubaasi (pensionäride arvu) muutuse arvestamine pensioniindeksis (poliitikavariant 23) Arvestuslike kontode süsteemi rakendamine (NDC) koos pensioni suuruse sõltuvusega kohordi keskmisest oodatavast elueast pensionile siirdumise vanuses (poliitikavariant 24)

AKMide olemus ning nende kasutamise erinevad võimalused

Pensionisüsteemi jätkusuutlikkuse probleemiga võitlevad paljud riigid, rahvastiku vananemine on eriti kiire mitmetes OECD riikides. OECD prognoosib, et meeste oodatav eluiga 65 eluaasta vanuses tõuseb järgneva 50 aasta jooksul 15,1lt 18,5ni ning naistel vastavalt 18,7lt 22,2ni (Whitehouse 2007). Vastusena oodatava eluea tõusule on Whitehouse'i sõnul pensionipoliitikas toimumas vaikne revolutsioon – järjest enam OECD liikmesriike on viimase 15 aasta jooksul oma pensionisüsteemi reforminud nii, et tulevikus on kas pensionide suurus või pensioniiga automaatselt seotud oodatava eluea tõusuga. Kolmekümnest OECD liikmesriigist 13s on kasutusel AKMid (vt joonis 4.3.1).

Tabel 4.3.1. AKMide kasutamise võimalused

AKMide rakendamise peamine põhjus	AKMide rakendamise sisuline põhjus
Oodatava eluea tõus (1)	Pensionihüvitiste suuruse, pensioniea või maksumäära indekseerimine oodatava elueaga
Pensionisüsteemi finantsiline jätkusuutlikkus (2)	Igal ajahetkel vastab kohustuste nüüdisväärtus (+reserv) sissetulekute nüüdisväärtusele
AKMide peamine parameeter	AKMide rakendamise käivitaja ehk rakendamise tehniline põhjus
Sõltuvusmäär	Aktiivse töötajaskonna suhe pensionäridesse

Allikas: autorite koostatud, tuginedes Turneri (2009), Whitehouse'i (2007), Penneri ja Steurle'i (2007), Cichoni et al. (2004) ja Vidal-Melia, Boado-Pena ja Settergreni (2009) töödele

Whitehouse (2007) keskendub AKMide kirjeldamisel pensionisüsteemi kohandamisele oodatava eluea muutusega (s.t kohandamine toimub alati, kui oodatav eluiga muutub), Penner ja Steurle (2007) aga keskenduvad oma töös tasakaaluindikaatorile, mis võtab arvesse ka tööhõive ja palkade muutusi. Pensionisüsteemi jätkusuutlikkust mõjutavad nii demograafilised kui ka majandustegurid omavahelises kombinatsioonis, seejuures oodatav eluiga võib tõusta ka siis, kui tööhõive langeb.

Turneri (2009) järgi on AKMide rakendamise oluliseks parameetrigs süsteemisõltuvusmäär – töötajate arvu suhe pensionisaajate arvuga. AKMid käivituvad, kui mõne pensionisüsteemi indikaatori väärtus muutub kriitiliseks, nt pensionisüsteemi eelarvetasakaal satub ohtu töötajate arvu või palkade vähenemise tõttu või pensionäride arv kasvab oodatava eluea tõusu tõttu.

Turner (2009) toob välja kolm peamist võimalust indekseerida pensionisüsteemi parameetreid oodatava elueaga:

- määratavate pensionide indekseerimine oodatava eluea muutustega,
- pensioniea indekseerimine oodatava eluea muutustega,
- maksumäära indekseerimine oodatava eluea muutustega.

Vidal-Melia, Boado-Pena ja Settergren (2009) kirjeldavad AKMe kui seadusega eelnevalt kindlaksmääratud meetmeid, mida rakendatakse automaatselt ja kohe, kui see on vajalik vastavalt jätkusuutlikkuse indikaatorile (näiteks sõltuvusmäär). Sisuliselt kannavad AKMid oodatava eluea tõusust tulenevad finantsriskid pensionisüsteemi haldajalt (riigilt) üle individidele. Kui oodatav eluiga tõuseb, siis jääb inimesele valik, kas aktsepteerida väiksemat pensioni või töötada kauem, et saada eelmiste põlvkondadega samaväärset pensioni (Whitehouse 2007). AKMid iseenesest siiski ei garanteeri, et pensionisüsteemi tulud ja kulud on igal eelarveaastal tasakaalus. AKMide eesmärgiks on jätkusuutlikkuse suurendamine, kuid iga-aastane eelarvetasakaal on harva eesmärgiks seatud. Sageli jäetakse ka teatud manööverdamisruumi eriolukordade jaoks (Tenhunen, Vaitinen 2010).

Mitmed sotsiaalkindlustuseksperdid (Turner, Whitehouse, Sakamoto, Börsch-Supan, Diamond, Settergren) kirjeldavad AKMi mudelnäitena Rootsit. Settergrena (2001) järgi on Rootsi jooksva finantseerimisel põhinev (*pay as you go*) pensionisüsteem finantsiliselt jätkusuutlik, olenemata demograafilistest või majanduslikest muutustest, ning suudab täita oma kohustusi pensionäride ees, samal ajal kui maksumäär on fikseeritud. Sellise süsteemi peamiseks riskiks indiviidi jaoks on aga pensioni võimalik vähenemine väljamaksete perioodil. Rootsi reform on olnud eeskujuks ja inspiratsiooniallikaks mitmete teiste riikide reformidele, sh Jaapani, Saksamaa, Kanada, Soome ja Norra reformidele.

AKMide rakendamine eri riikides

Ülevaade Soome automaatse kohandamise mehhanismist

Soome pensionisüsteem koosneb kahest põhiosast: 1) töötasust sõltuv (*earnings-related*) tööpensionisüsteem ja 2) rahvapension, mis garanteerib minimaalse sissetuleku, kui tööpension on väike või isikul ei ole sellele õigust. Soome tööpensionisüsteem on kohustuslik süsteem ja seda haldavad valdavalt erakindlustusseltsid. Tööpensionisüsteem on osaliselt eelfinantseeritav (s.t märkimisväärne osa maksetest on kapitaliseeritud), samas ei sõltu pensioni suurus pensionivarade investeringute tulususest, vaid arvutatakse varasema töötasu põhjal etteantud valemi järgi. Pensionivarade investeringute tulusus mõjutab vaid pensionikindlustusmaksete määra.

Alates 2010. aastast rakendab Soome määratavate tööpensionide suuruse arvutamisel oodatava eluea kordajat. Pensionide määramisel rakendatava oodatava eluea arvutamise meetoodika võttis Soome olulises osas üle Rootsil. Samaaegselt rakendas Soome ka paindlikku pensioniiga, kus pensioniiga ei ole defineeritud konkreetse vanusega, vaid vahemikuna 63–68 aastat. Soomega sarnast uute määratavate pensionide indekseerimist oodatava eluea kordajaga kasutavad ka Portugal ja Norra. Lindelli (2004) järgi on Soome 2005. aastal seadustatud ja 2010. aastal rakendunud pensionireformi põhieesmärkideks lükata tegelikku keskmist pensionile siirdumise vanust (ehk nn efektiivset pensioniiga) edasi 2–3 aasta võrra, kohandada määratavaid pensione eluea tõusuga ning vähendada vajadust tõsta maksumäära. See tähendab, et kui oodatav eluiga tõuseb, tuleb pensionile minejal leppida kas väiksema pensioniga või lükata töötamist edasi. Tenhunen ja Vaitinen (2010) arvutuste järgi tuleks oodatava eluea kasvamisega kahe aasta võrra eelmise vanusekohordiga samaväärse pensioni saamiseks lükata pensionile minekut edasi ühe aasta võrra (vt tabelit 4.3.2).

Tabel 4.3.2. Eluea kordaja mõju pensionivarale Soome näitel

Oodatava eluea määramise aasta	63-aastaseks saamise aasta	Sünni-aasta	Oodatava eluea suurenemine (võrreldes 63-aastasega 2010. aastal)	Elueakordaja koefitsient	Kui palju tuleb töötamist edasi lükata, et indekseerija mõju kompenseerida*
2009	2010	1947	0 k	1	0 k
2010	2011	1948	2 k	0,9917	1 k
2011	2012	1949	4 k	0,987	2 k
2012	2013	1950	7 k	0,878	3 k
2013	2014	1951	9 k	0,971	5 k
2014	2015	1952	11 k	0,963	6 k
2019	2020	1957	1 a 9 k	0,93	11 k
2024	2025	1962	2 a 7 k	0,902	1 a 4 k
2029	2030	1967	3 a 5 k	0,876	1 a 9 k
2034	2035	1972	4 a 2 k	0,854	2 a 2 k
2039	2040	1977	4 a 11 k	0,833	2 a 6 k
2044	2045	1982	5 a 7 k	0,815	2 a 9 k
2049	2050	1987	6 a 2 k	0,799	3 a 1 k

* Eeldusel, et pensioni asendusmäär on 60% pensionieelsest palgast ning indekseerija mõju korvamiseks teenib isik pensionieelses perioodil palka.

Allikas: Tenhunen, Vaittinen (2010)

Suhe „üks aasta edasitöötamist korvab kaheaastase oodatava eluea tõusu“ sõltub lisaks edasitöötamisele ka uuest pensionivalemist – Soomes arvestatakse vanuses 63–68 töötamist pensionivalemis kolmekordse väärtusega. Pensionide lisandusmäär (*accrual rate*) ehk kui suure protsendi töötasust tagab üks aasta töötamist, sõltub töötaja vanusest:

- 18–53-aastaselt 1,5% aastas,
- 53–62-aastaselt 1,9% aastas,
- 63–68-aastaselt 4,5%.

See tähendab, et kui 63–68-aastane töötab sama palgaga mis 18–53-aastane, siis 63–68-aastase aastapalk suurendab tulevast pensioni kolm korda enam kui 18–53-aastase palk.

Oodatava eluea koefitsiendi (elueakordaja) määrab Soome Sotsiaal- ja Tervishoiuministeerium igal aastal. Koefitsient põhineb Tenhunen ja Vaittineni (2010) järgi kogu rahvastiku meeste ja naiste keskmise (*unisex*) oodatava eluea pikenedel võrreldes baasaastaga, s.o 2009. Vältimaks suuri kohortidevahelisi kõikumisi oodatavas elueas, arvutatakse oodatav eluiga viie aasta suremusstatistika põhjal, nt 2010. aastal pensionile siirdunud 62-aastaste isikute pensioni määramisel rakendatava elueakordaja arvutamisel võrreldi aastate 2005–2009 reaalsel suremusstatistikat aastatega 2004–2008. Lindelli (2004) järgi on suremustabelite kasutamine projektsioonide asemel põhjendatud sellega, et kiiresti langevate suremusmäärade juures on väga raske teha usaldusväärseid projektsioone. Samas oleks ebaõiglane, kui väärad projektsioonid mõjutavad pensionide suurust. Suremusstatistikal põhinev oodatav eluiga kirjeldab siiski eelkõige minevikku, samas võib argumenteerida, et oodatava eluea tegur võiks võtta arvesse ka olevikku ja tulevikku. Suremusstatistikal põhinev oodatav eluiga järgib tegeliku eluea trendi teatava viivitusega, kuid Lindelli (2004) hinnangul ei mängi see PAYG-skeemis olulist rolli.

Elueakordaja arvutatakse välja iga põlvkonna jaoks üksnes vanuse 62 suhtes ning sellega korrigeeritakse pensioni suurust hoolimata tegelikust pensionile mineku vanusest/ajast. Elueakordaja leidmiseks

arvutatakse kõigepealt välja ühikupensioni nüüdisväärtus (näiteks 1000 eurot ühes kuus kogu järelejäänud eluea jooksul tänases väärtuses). Soome annuiteedarvutustes kasutatakse alates 62. eluaastast 2-protsendilist diskontomäära (vt allolev valem). Diskontomäär kasutamisel lähtutakse kapitaliseeritud pensionisüsteemi (DC) arvutamise loogikast. Diskontomäär peegeldab Lindelli (2004) järgi pikaajalist vahet keskmise kapitalitulu ning keskmise pensioniindeksi vahel. See tähendab, et kui kogu pensionivara oleks võimalik pensionile siirdudes riigilt ühekordse väljamaksena kätte saada ja see summa investeerida, siis oleks ühikupensioni suurus nüüdisväärtuses 2 protsenti suurem kui riigi makstav pension. Diskontomääral on ka poliitiline eesmärk: suurendada pensionile siirdumisel esialgset määratavat pensioni (arvestades muu hulgas, et pensioni hilisemat reaolväärtuse arengut mõjutab inflatsioon).

Soome ühikupensioni (*unit pension*) nüüdisväärtuse arvutamise valem:

$$\ddot{a}_x = \sum_{x=0}^{\infty} (L_{62+x} \div l_{62}) \times 1.02^{-x}$$

kus

l_{62} = tõenäosus saada 62-aastaseks (viimase viie aasta keskmise põhjal),

$$L_{62+x} = \frac{(l_x + l_{x+1})}{2} \quad (\text{viimase viie aasta keskmise põhjal}),$$

$x = 0, 1, 2, 3, \dots$,

1,02 = diskontomäär.

Elueakordaja on suhteline, s.t võrreldakse eluea kasvu 62-aastaselt võrreldes fikseeritud kohordi eluea kasvuga. Soome puhul on fikseeritud kohordiks 2009. aastal 62-aastaste kohort – nende pensioni ei vähendata ning nende ühikupensionist lähtuvalt arvutatakse järgnevate kohortide ühikupensionide suurust (vt allolev valem). Seega, teoreetiliselt on alates 2009. aastast sama sissetuleku ja staažiga Soome pensionäridel võrdne pensionivara suurus, mis tagab kohortidevaheline õigluse. Kui pärast 2009. aastat oodatav eluiga (ehk pensioni saamise periood) pikeneb, siis tuleb järgnevatel kohortidel kas kauem töötada, et saada varasemate kohortidega sama suurt pensioni, või leppida väiksema kuupensioniga, mida isik saab siis pikema perioodi.

Kohordipõhine elueakordaja:

$$E_{t,62} = \frac{\ddot{a}_{2009,62}}{\ddot{a}_{t,62}}$$

kus

t = 62-aastaseks saamise aasta.

Turneri (2009) järgi on elueakordaja rakendamise kumulatiivse mõju tulemusel aastaks 2040 Soome pensionikulu ca 12% väiksem võrreldes olukorraga, kui elueakordajat ei oleks rakendatud.

Keskmise pensioniloleku aja fikseerimine Taanis

Taani on seni ainus riik, kus on otsustatud hakata indekseerima pensioniiga oodatava eluea tõusu alusel. Vastav reform toimub siiski üsna pika viiteajaga, rakendudes täielikult alles aastast 2027, peale seda, kui on jõustunud varem otsustatud seadusjärgne pensioniea tõus (65lt 67le). Pensioniea indekseerimine oodatava eluea alusel tähendaks seda, et pensioniiga tõuseb üksüheselt oodatava eluea tõusu võrra vanuses 60 aastat. Teiste sõnadega, reformi tagajärjel peaks erinevate vanusekohortide keskmine pensioni saamise periood muutuma konstantseks ning oodatava eluea tõus tooks kaasa töötamise perioodi pikendamise.

Pensioni saamise ja töötamise perioodi suhte fikseerimine Prantsusmaal ja Suurbritannias

Pensioni saamise ja töötamise perioodi suhet on üritatud fikseerida nii Prantsusmaal kui ka Suurbritannias. Prantsusmaal oli veel hiljuti arutluse all plaan siduda alates 2012. aastast tööaastate ning pensioniaastate

suhe oodatava eluea tõusuga⁹ (baasaastaks oli plaani järgi 2003, mil tööaastate ning eluaastate suhe oli ligikaudu kaks ühele). Esialgse plaani järgi pidi alates 2012. aastast tõusma minimaalne tööperiood, et kvalifitseeruda riiklikule täispensionile oodatava eluea tõusu võrra. Selleks fikseeritakse töötamise ja pensioni saamise perioodide suhe, mis määratakse järgnevalt: oodatava pensioniea pikkus jagatakse täispensioni saamiseks vajalike tööaastate arvuga alates 20. eluaastast. Seega, inimene peab oodatava eluea tõusu võrra kauem töötama või leppima madalama pensioniga. 2008. aastal tuli Prantsusmaal täispensioni saamiseks töötada 40 aastat, 2012. aastal tõuseb see 41 aastale. Turneri (2009) arvutuste järgi tähendaks see neile, kes oodatava eluea tõusule vaatamata piirduvad 40 aasta töötamisega, ca 2,5% võrra väiksemaid pensione, võrreldes inimestega, kes sama töötasu juures töötavad 41 aastat.

2005. aastal esitati Suurbritannias parlamendile plaan hakata indekseerima pensioniiga (seni meestel 65, naistel 60) nii, et tööaastate ja pensioniaastate suhe oleks konstantne ning minimaalne pensioniiga oleks nii naistele kui ka meestele alates 2020. aastast 65 eluaastat. Prognooside järgi oleks see tõstnud pensioniea 2050. aastaks 68 aastale. Parlamendis ei läinud see plaan siiski läbi ning seadustati lihtsalt pensioniea tõus (Whitehouse 2007).

AKMid Rootsi pensionisüsteemis: oodatava eluea tegur ja tasakaaluindeks

Rootsi rakendab alates 1999. aastast riiklikus pensionisüsteemis NDC-skeemi¹⁰. Esimese samba sisse makse on fikseeritud tasemel 16% töötasult, sellele lisandub kohustuslik teine sammad, maksemääruga 2,5%, seega pensionisüsteemi summaarne maksemäär on 18,5%. Igal kindlustatud isikul on individuaalne pensionikonto, kus registreeritakse kõik tema (või tema eest) tehtud sissemaksed. Samas on tegemist jooksvalt finantseeritava süsteemiga ja individuaalsed kontod on arvestuslikud. Süsteemi ülesehituselt aga imiteerib NDC-süsteem reaalseid kontodega täielikult eelfinantseeritavat sissemaksetepõhist (DC) pensionisüsteemi.

Pensioniga on paindlik, kuid on defineeritud minimaalne vanus, s.o 61 aastat, millest alates saab pensioni kas osaliselt (25, 50 või 75%) või täielikult välja võtta (Settergren 2001). Pensionile siirdumisel jagatakse individuaalse konto saldo oodatava elueaga pensionile siirdumise vanuses. Teisisõnu, kogu töötamise perioodi vältel tehtud sissemaksete väärtus jagatakse eeldatava keskmise pensioni saamise perioodi pikkusega.

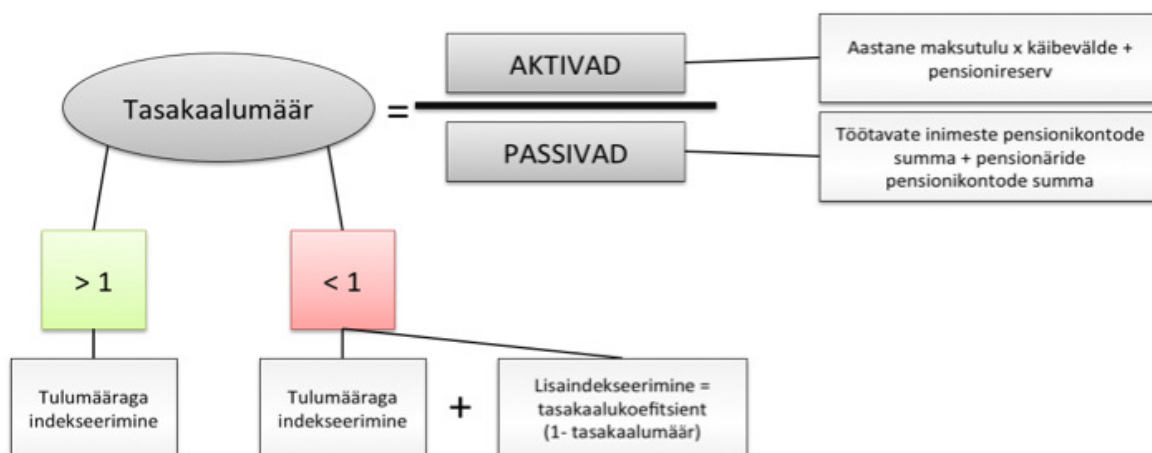
NDC-süsteemis teenib isik pensioniõigust oma individuaalsele kontole seni, kuni tal on maksustatavat sissetulekut, ning pensioniõigusi on võimalik omandada ka kõrges vanuses. Kuivõrd maksemäär on fikseeritud, toimub oodatava eluea tõusul kohanemine pensionile siirdumise vanuse või pensioni suuruse muutuse alusel. Turneri (2009) arvutuste järgi peab keskmise palgaga töötaja 2032. aastal oma pensionile siirdumise vanust kahe aasta ja seitsme kuu võrra edasi lükkama, et vältida asendumäära langust.

Väljamakstavaid pensione ning individuaalsete kontode saldosid indekseeritakse igal aastal tulude kasvu määraga. Lisaks on Rootsi esimesse sambasse sisse ehitatud täiendav automaatse kohandamise mehhanism, mille eesmärgiks on hoida süsteemi varasid ja kohustusi raamatupidamislikus tasakaalus, s.t väljamakstavate pensionide ning töötavate inimeste pensionikontode saldo vastaksid pensionivaradele (süsteemi tulud + reserv) (vt joonis 4.3.2).

⁹ Lähtudes Turneri (2009) ja Whitehouse'i (2007) töödest. Praegu on Prantsusmaa pensionisüsteem segases olukorras: järgmise nelja aasta vältel rakendub üleminekureform (tõuseb pensioniiga); AKMide rakendumine on ebaselge.

¹⁰ NDC (*notional defined contributions*) on fikseeritud sissemaksetega individuaalsete arvestuslike (ehk n-ö virtuaalsete) pensionikontode süsteem.

Joonis 4.3.2. Rootsi AKMi toimimise ülevaatlük mudel



Allikas: autorite koostatud

Kui süsteemi passivad (pensionikohustused) ületavad aktiivaid (pensionivarad), käivitub täiendav tasakaalustusmehhanism ning süsteem hakkab automaatselt ümber hindama süsteemi sisemist tulumäära (IRR), s.t indekseerib pensionikohustusi lisaks tulumäärale tasakaaluindeksiga, et passivad vastaksid jälle aktivele (Settergren 2007). Pensionikohustuste arvutamiseks liidetakse kokku kõigi kindlustatute NDC-kontode saldod ja väljamakstavad pensionid. Aktivate arvutamisel kasutatakse käibevälte kontseptsiooni (vt joonis 4.3.3). Vidal-Melia *et al.* (2009) järgi on käibevälde ajavahemik hetkest, mil isik siseneb süsteemi kui maksumaksja, hetkeni, mil ta lahkub süsteemist pensionärina.

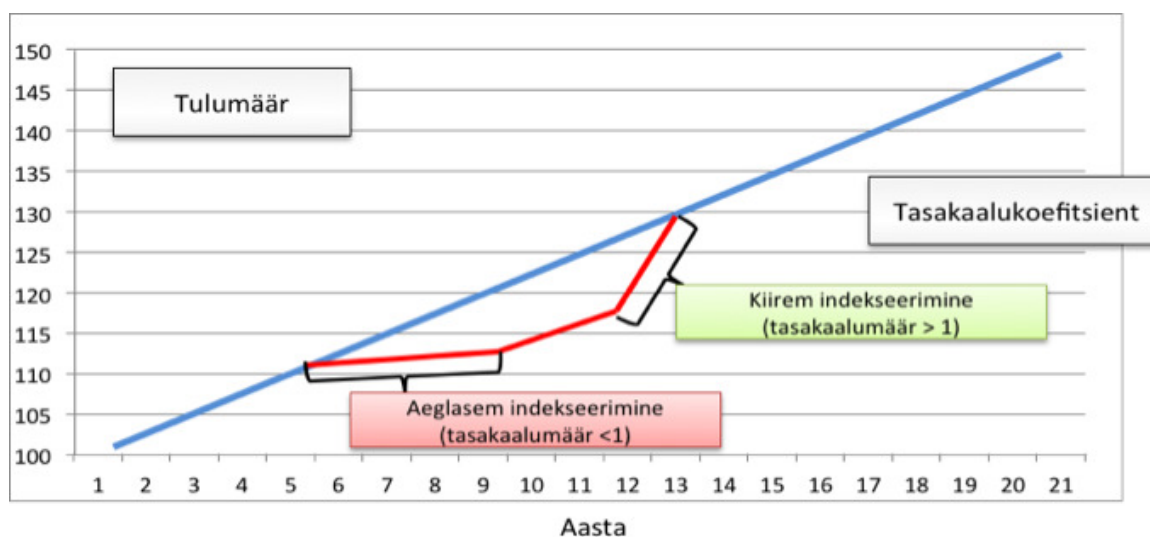
Joonis 4.3.3. Käibevälte kontseptsiooni illustatsioon (Rootsi 1998. a andmete põhjal)



Allikas: Settergren (2001)

Kui tasakaalumäär on suurem kui 1, siis on süsteem ülejäägis ja täidab oma kohustusi. Sellisel juhul on pensionikohustuste (passivad) summa väiksem kui aktiivad (pensioni tulubaas pluss pensionireserv). Kui tasakaalumäär on väiksem kui 1, on süsteem finantsilisest tasakaalust väljas (passivad ületavad aktiivaid), mis toob kaasa pensionireservi vähenemise. Kui tasakaalumäär langeb alla 1, aktiveerub AKM (vt joonis 4.3.4) ning pensionide ja aktiivse töötajaskonna pensionikontode indekseerimisel korrigeeritakse tulumäärarapõhist indeksit tasakaaluindeksiga (1 tasakaalumäär).

Joonis 4.3.4. Tulumäär ja tasakaaluindeks



Allikas: Settergren (2001, 2010), autorite täiendustega

Tasakaalumäär langes Rootsis alla 1 esmakordselt 2008. ja 2009. aastal (vastavalt 0,983 ja 0,955). 31.12.2008 seisuga tasakaalumääraga indekseeritakse pensionikohustust seisuga 31.12.2009, mistõttu oli 2010. aasta esimene aasta, mil pensionid Rootsis realselt langesid. Pensionide langust on mõnevõrra tasakaalustanud poliitilised otsused, mille järgi muudeti indekseerimise raamatupidamisreegleid¹¹ (tuues kaasa väiksema pensionilanguse 2010. aastal, samas suurema kärpe järgnevatel aastatel) ning pensionäridele anti ka täiendav tulumaksuvabastus. Kui indekseerimise järgi oleks pensionid pidanud 2010. aastal vähenema 4,5%, siis raamatupidamisreeglite muutus vähendas selle 3%ni (vt tabel 4.3.3). Pärast maksusoodustusi vähenes keskmine pensionihüvitis 2009. aastal 1% võrra. 2011. aastaks prognoositi pensionide langust 4,3% ning aktiivse töötajaskonna pensionikontode vähenemist 2,7% võrra. Valitsus on kavandanud pensionäride täiendavaid maksusoodustusi, et tasakaalustada kärpe mõju (Settergren 2010).

Tabel 4.3.3. Olulisemate Rootsi pensioninäitajate muutus (aastane muutus protsentides)

	2010	2011
Tulude kasvu määr (A)	0,3	1,9
Tasakaaluindeks (B)	-1,7	-4,5
Aktiivse töötajaskonna pensionikontode indekseerimine (A + B)	-1,4	-2,7
Pensionide indekseerimine (A + B - 1,6)	-3	-4,3

Allikas: Settergren (2010), autorite täiendustega

Settergren (2010) leiab, et majandus- ja finantskriis on suurel määral mõjutanud Rootsi pensionisüsteemi ning vähendanud selles osas pensionäride ja maksumaksjate kindlustunnet. Samas on AKMid Rootsis siiski elanud üle negatiivsete stsenaariumide tuleproovi, vaatamata mõningatele tehnilistele korrektiividele. Rootsi kogemus näitab, et AKMid ei vabasta pensionisüsteemi täielikult n-ö poliitilistest riskidest (kiusatusest poliitilistes huvides reegleid muuta), kuid samas aitavad need realselt süsteemi jätkusuutlikkust parandada ja kriisiolukorras süsteemi kohustusi ja varasid tasakaalu viia. Arvestades poliitilist konteksti (valimiste aasta, riigi range eelarvepoliitika, suhteliselt suur pensionireserv, mõõdukalt positiivne prognoos), võib pigem pidada üllatavaks, et nii valijaskond kui ka erakonnad on aktsepteerinud pensionide langust kahel aastal järjest.

¹¹ Pensionifondi tootlust ei võeta enam arvesse, vaid lähtutakse tasakaalukoefitsiendist (mis omakorda pikendab AKMi rakendumist). 31.12.2008 seisuga oli pensionireservi tootlus -21,6 protsenti, mistõttu otsustati tootluse mõju pehmendada põhjendusega, et ühe päeva bilanss mõjutab liiga intensiivselt terve aasta indekseerimist.

AKMide rakendamine Jaapanis

Jaapanis on kõige kõrgem eluiga maailmas ning kõige madalam sündimuskordaja (Yoshida, Guo, Cheng 2004) (vt tabel 4.3.4). 2004. aastal korrigeeriti Jaapanis neli aastat varem rakendatud pensionireformi, kuivõrd rahvastik vananes kiiremini ning sündimuskordaja vähenes tunduvalt kiiremini, kui varem oli ennustatud. Turner (2009) ja Sakamoto (2008) on toonud välja, et ilma pensionireformita tõuseks pensionimakse 13,58%lt 25,9%ni. Maksemäära tõusu vältimiseks soovis Jaapani valitsus rakendada AKMi, mis tagaks pensionisüsteemi finantsilise jätkusuutlikkuse ilma poliitilise sekkumiseta. Jaapan analüüsis Sakamoto (2008) järgi põhjalikult Rootsi pensionisüsteemi ning töötas välja Jaapanile sobiva AKMi mudeli, mis olulistest osades sarnaneb Saksamaal rakendatava AKMi mudeliga.

Tabel 4.3.4. Jaapani oodatav eluiga ja sündimuskordaja

Aasta	Oodatav eluiga (aastates)				Sündimuskordaja
	Mehed		Naised		
	Vanus 0	Vanus 65	Vanus 0	Vanus 65	
1947	50,06	10,16	53,96	12,22	4,54
1955	63,6	11,82	67,75	14,13	2,37
1965	67,74	11,88	72,92	14,56	2,14
1975	71,73	13,72	76,89	16,56	1,91
1985	74,78	15,52	80,48	18,94	1,76
1995	76,38	16,48	82,85	20,94	1,42
2005	78,56	18,13	85,52	23,19	1,26

Allikas: Jaapani tervishoiu-, töö- ja heaaluministeerium, Sakamoto (2008), autorite täiendustega

Jaapan lisas pensionivalemisse demograafilise faktori (nn indekseerimise modifitseerija), mida kasutatakse seni, kuni pensionisüsteem saavutab finantstasakaalu. Indekseerimise modifitseerija lahutatakse tavapärasest indeksist.

Indekseerimise modifitseerija = aktiivse tööelise elanikkonna langus + 0,3% (projekteeritud oodatava eluea tõus 65-aastaselt)

Modifitseeritud indekseerimisel võetakse arvesse aktiivse tööjõu langust ning oodatava eluea tõusu. Oodatava elueaga indekseerimine toimub nn kvaasi-indekseerimise meetodil ehk igal aastal oodatakse eluea tõusu 0,3%. Oodatava eluea tõusu puhul lähtutakse prognoosidest ning on kehtestatud kindel tõusu määr, et vältida võimalikke suuremaid aastaseid kõikumisi (s.t ei lähtuta mitte statistilisest tegelikust eluea muutusest, vaid eluea muutuse ühtlustatud prognoosist). Modifitseeritud indekseerimine tähendab seega pensionikasvu järkjärgulist vähendamist kuni süsteemi finantstasakaalu saavutamiseni. Praeguse maksemäära korral (18,3%) nähakse ette, et PAYG-süsteemi modifitseeritud indekseerimine toimub 2023. aastani, misjärel modifitseeritud indekseerimine lõpeb (Sakamoto 2008). Pensionisüsteemi finantstasakaalu hinnatakse 95 aasta perspektiivis. Lisareeglina on siiski sätestatud, et indekseerimine peatub, kui see tooks kaasa nominaal pensionide languse.

Turneri (2009) järgi langeb tasakaalustusmehhanismi tulemusel pensionide asendusmäär Jaapanis 59 protsendilt 2008. aastal 50 protsendini 2023. aastaks. Jaapan on Sakamoto (2008) järgi ainus riik, kes on AKMe rakendades kindlaks määranud pensionide asendusmäära miinimumi. Kui asendusmääral on oht langeda alla 50 protsendi määra, siis tuleb pensionisüsteem uuesti läbi vaadata. Sakamoto (2008) soovib seda ka teistele riikidele, kes kavatsevad AKMe kasutama hakata.

Pensionisüsteem Saksamaal

Saksamaa pensionisüsteem on maailma esimene laia hõlmatusel pensionisüsteem, millel on ligikaudu 120-aastane ajalugu. Saksa pensionisüsteemi on peetud riigi üheks poliitilise ja sotsiaalse stabiilsuse alustalaks, kuid seegi süsteem on sarnaselt teiste riikide süsteemidega sattunud rahvastiku vananemise surve alla. Saksamaa riiklik pensionisüsteem on seadnud sotsiaalpoliitiliseks eesmärgiks säilitada varasemat

kindlustatud elustandardit ning erapensionide osakaal on suhteliselt väike, võrreldes nt Suurbritannia ja Hollandiga (Börsch-Supan, Wilke 2006).

Saksamaa riiklikus pensionisüsteemis kasutatakse (sarnaselt Eesti esimese sambaga) punktisüsteemi: keskmise palgaga töötaja saab ühe tööaasta eest ühe punkti. Kindlustatu tulevane pension sõltub töötamise ajal teenitud pensionipunktide arvust. Pensionide arvutamise vaatenurgast sarnaneb selline süsteem isiklikel kontodel põhineva NDC-süsteemiga (Börsch-Supan, Wilke 2006), kuid makrotasandil on siiski tegemist väljamaksete kaudu määratud (*defined-benefit*) süsteemiga, kuivõrd finantstasakaal on saavutatud maksemäära tõusu kaudu.

Saksa indekseerimisvalem ja jätkusuutlikkuse faktor

$$PV_t = PV_{t-1} \times \frac{Anw_{t-1}}{Anw_{t-2}} \times \left[\left(1 - \frac{Pq_{t-1}}{Pq_{t-2}} \right) \times \alpha + 1 \right],$$

kus

PV = pensionikohustus,

t = aasta,

Anw = pensioni tulubaas,

Pq (sõltuvusmäär) = pensionäride arv / (maksumaksjad + töötud).

Nurksulgudes on jätkusuutlikkuse faktor. Ümarsulgudes olevat sõltuvusmäära muutust kaalutakse alfaga, mis fikseeriti 2004. aastal tasemel 0,25.

Allikas: Vidal-Melia et al. (2009), autorite täiendustega

Saksamaa viis 2004. aastal pensionide ja pensionipunktide indekseerimise valemisse jätkusuutlikkuse faktori, mis oma sisult on AKM. Eesmärgiks on pidurdada pensionikulude kasvu ja ohjeldada maksemäära tõusu. Jätkusuutlikkuse faktor (vt joonis 4.3.5) võtab pensionihüvitiste indekseerimisel arvesse süsteemisõltuvusmäära¹² (aktiivse töötajaskonna suhe pensionäridesse). Seadusega on määratud, et jätkusuutlikkuse faktorit tuleb kaaluda koefitsiendiga 0,25, s.t jätkusuutlikkuse faktor tasakaalustab ühe neljandiku (valemis alfaordaja) süsteemi sõltuvusmäära muutusest. Teiste sõnadega, pensionärid kannavad ühe neljandiku sõltuvusmäära halvenemise riskist. Jätkusuutlikkuse faktorit ei rakendata, kui selle tagajärjel peaksid nominaalsed pensionid langema. Jätkusuutlikkuse faktor mõjutab ka pensionipunktide väärtust, seega mõjutab see nii praeguseid kui ka tulevase pensionäre. Börsch-Supan ja Wilke (2006) toovad välja, et sellise muutusega imiteerib Saksamaa pensionisüsteem peaaegu täielikult NDC-süsteemi.

Saksamaa indekseerimise mehhanism kasutab pensionide indekseerimisel lisaks ka nn kriisimälu mehhanismi. See tähendab, et majanduskriisijärgselt indekseeritakse pensione teatud perioodil majanduskriisi ajal toimumata jäänud negatiivse indekseerimise võrra vähem. Selline süsteem peaks tagama, et pensionid ei tõuse pikaajaliselt kiiremini kui pensionimaksete laekumise muutus.

Whitehouse'i (2007) järgi on Saksamaa indekseerimissüsteem keerulisem, kuivõrd indekseerimisel ei lähtuta vaid sõltuvusmäärast, vaid soovitakse tagada ka pensionisüsteemi head finantspositsiooni. Finantstasakaalu saavutamiseks vajaminev lisaressurs loodetakse saada maksutõusust (Turner 2009). Saksamaa 2001. aasta pensionireformis sätestati, et maksumäär peab jääma alla 20% kuni aastani 2020 ning alla 22% aastani 2030, samal ajal kui asendusmäär peab jääma üle 67% (vastasel juhul peab pensionisüsteemi muutma). 2004. aasta pensionireform siiski asendusmäära säilimise eesmärki ei täida. Turner (2009) toob välja, et pensionide asendusmäär langeb 70%lt 2008. aastal tulevikus alla 64%. Tegelikuses ei ole Saksamaal seni jätkusuutlikkuse faktorit rakendatud, selle rakendamist lükati 2008. ja 2009. aastal edasi (Turner 2009).

¹² Börsch-Supani ja Wilke (2006) andmeil peegeldab sõltuvusmäär nii oodatava eluea muudatusi kui ka demograafilisi tegureid (migratsioon, sünnimäärad ning muutused tööturul).

Pensionireservid Rootsis, Soomes, Saksamaal ja Jaapanis

Pensionireformi ajal oli nii Soomes, Rootsil kui ka Jaapanil küllaltki suured rahareservid. Jaapani pensionireserv oli 2005. aastal 164 triljonit jeeni (pensionikulu oli samal aastal aga 31 triljonit jeeni) ning reservil ei lasta langeda alla ühe aasta pensionikulu (Sakamoto 2008). Rootsi pensionireserv kandus üle vanast PAYG-süsteemist ning 2001. aastal oli selle suurus 540 miljardit SEK (koguvarade suhe ühe aasta kohustusse oli 2001. aastal peaaegu 400 protsenti). Saksamaa on eelnimetatud AKMe rakendavatest riikidest ainus, kelle pensionireserv on marginaalne – pensionireservis tuleb hoida 14 päeva pensioniväljamaksete summa. Reservid mängivad AKMide toimimisel tähtsat rolli. Nagu eespool rõhutatud, ei sea AKMid enamasti eraldi eesmärgiks lühiajalist eelarvetasakaalu, vaid süsteemi pikaajalist jätkusuutlikkust ning rahvastiku vananemise koormuse õiglast jaotust erinevate kohortide vahel. Reservid on AKMidele muu hulgas olulised tulude järsu languse riski maandamisel (nt tööpuuduse tõusul) ning erinevate vanusekohortide suuruste erinevustest tulenevate aastaste kulutasemete kõikumise tasandamisel.

Automaatse kohandamise mehhanismi (AKM) rakendamise positiivsed ja negatiivsed küljed

Sotsiaalkindlustuse valdkonna kulureformidel peab IMFi (2010) hinnangul olema kaks eesmärki:

- tõsta kuluefektiivsust,
- tagada põlvkondadevaheline ning põlvkonnasisene õiglus.

Positiivsed küljed

AKMid tõstavad pensionisüsteemi efektiivsust, depolitiseerides selle juhtimist

AKMid tasandavad suuri muutusi pensionisüsteemis kriisiperioodidel, rakendatavad muutused on järkjärgulised ning sõltuvad oma automatiseeritud loomuse pärast vähem poliitilisest tahtest. Töötajatel on rohkem kindlustunnet, kui nad teavad, kuidas pensionisüsteem pikaajaliselt muutub (Turner 2009), ning et rakendatavad meetmed väldivad süsteemi kokkuvarisemist. Turneri järgi on selline pensionisüsteem tõhusam ja õiglasem võrreldes süsteemiga, mis sõltub ainult poliitilistest otsustest. Diamondi (2004) järgi on poliitiliselt alati raskem pensione kärpida ja makse tõsta, mistõttu on poliitikutel pigem surve makse langetada ning pensione tõsta.

Vidal-Melia *et al.* (2009) toovad välja, et majandusteadlased ja aktuaarid võivad küll pakkuda lahendusi demograafiliste ja majanduslike faktorite mõjude leevendamiseks, kuid sotsiaalkindlustussüsteemide reformimisel mängivad poliitilised faktorid suurt rolli. Kõige negatiivsem poliitiline risk on populism, mis toob kaasa pensionisüsteemi kulu kasvu: pensionikulud kasvavad, kuid tulubaas ei suurene. Pikaajalisem pensionisüsteemi planeerimine ning depolitiseeritud juhtimine parandab ka pensionisüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust.

Kuigi riikide poliitilised ja institutsionaalsed väljakutsed ning valitsemissektori efektiivsus erinevad suurel määral, teevad Vidal-Melia *et al.* (2009) üldistuse, et ilma AKMita:

- ei võeta raskeid poliitilisi otsuseid vastu nii kiiresti kui vajalik,
- otsused on vale ajahorisondiga (tüüpiliselt 4 aastat, samas kui Rootsi, Jaapani ja Kanada pensionisüsteemi ajaperspektiiv on vastavalt 32, 75 ja 95 aastat),
- äärmisel juhul jäetakse otsused tegemata.

AKMide kasuks räägib see, et lihtsam on vastu võtta raskeid poliitilisi otsuseid, mis rakenduvad tulevikus (Vidal-Melia *et al.* 2009). Börsch-Supan (2007) nimetab AKMe ratsionaalseteks mehhanismideks: välja on töötatud mõistlikud reeglid, mida ühiskonna enamus aktsepteerib ja mida rakendatakse automaatselt. Kui lisada traditsioonilisele PAYG-pensionisüsteemile AKM, on võimalik tagada (vähemalt teoreetiliselt) jätkusuutlik pensionisüsteem ning samas vältida süsteemi liigselt politiseeritust.

Vidal-Melia *et al.* (2009) toovad AKMide rakendamise eelistena välja kolm aspekti:

- võimalus kohandada süsteemi vastavalt demograafilistele ja majanduslikele tingimustele,
- aitavad tõsta pensionisüsteemi usaldusväärsust,
- aitavad vähendada pensionisüsteemi kasutamist poliitilise relvana.

Sakamoto (2008) järgi läks Jaapani poliitilisel maastikul liiga palju energiat arutamaks selle üle, mida teha pensioniprobleemiga, selle asemel et arutada fundamentaalseid küsimusi: kuidas kohaneda olukorraga, kus sündimus jätkuvalt langeb, aga oodatav eluiga tõuseb. AKMid aitavad rohkem keskenduda sisulistele küsimustele ajal, mil muudatused on poliitiliselt võimalikud (Sakamoto 2008).

Penner ja Steurle (2007) toovad välja AKMide eelised poliitikute jaoks.

- AKMe ei rakendata, kuni see pole nõutav objektiivsete indikaatorite põhjal. Kui indikaator on korralikult välja arendatud, aktiveerub see ainult siis, kui ilmneb jätkusuutlikkuse probleem, ning siis on raske väita, et see ei ole vajalik.
- Poliitikud ei pea seadustama pensionilangust, nad lihtsalt peavad välja töötama mehhanismi, mis kindlustab, et süsteem on jätkusuutlik. On tõenäoline, et AKMi aktiveerumine toimub alles mõne aja pärast, kui AKM on vastu võetud.
- Alati jääb võimalus peatada mehhanismi rakendumine.

AKMide rakendamise mõju põlvkondadevahelisele õiglusele

Gruberi (2005) väitel ei saa töötajatel olla täielikku garantiid jooksva finantseerimisel põhineva (PAYG) pensionisüsteemi osas kahel põhjusel: süsteem võib minna pankrotti ning tulevased põlvkonnad võivad keelduda süsteemi rahastamisest. Seega, õiglane pensionisüsteem on vajalik nii pensionäridele kui ka tänastele töötajatele.

Cichoni *et al.* (2004) järgi tähendab põlvkondadevaheline õiglus, et kõik põlvkonnad maksavad ligikaudu sama suure osa oma sissetulekust pensionideks ning saavad hiljem samas suurusjärgus pensioni. Samas nendivad autorid, et tegemist on vaieldava eesmärgiga, mida on näiteks keeruline rakendada arengumaades. Samuti võib sotsiaalne õiglustunne erineda oluliselt aktuaarsest õiglusest.

Oodatava eluea tõus ja sündimuskordaja langus võivad viia olulise põlvkondadevahelise raha ümberjagamiseni. Sakamoto (2008) järgi oli eelmistel põlvkondadel väiksem maksukoormus kui praegustel maksumaksjatel, aga nad saavad sama suurt või isegi suuremat pensioni, kui tulevased maksumaksjad hakkavad saama. Jaapanis saab näiteks 1935. aastal sündinud kohort 8,3 korda suuremat pensioni, kui nad maksid oma tööea jooksul maksudena. 2005. aastal sündinud kohort saab aga 2,3 korda suuremat pensioni, kui nad hakkavad maksma maksudena. Siiski ei saa seda päris üksüheselt võrrelda, sest 1935. aastal sündinud kohort pidi ülal pidama ka oma vanemaid, kes riiklikku pensioni ei saanud.

AKMid, mille eesmärgiks on parandada süsteemi finantsilist jätkusuutlikkust, sisaldavad rohkem väikesemahulisi korrigeerimisi ning seetõttu mõjutavad eri põlvkondi ühtlasemalt, võrreldes muutustega, mida toovad endaga kaasa kriisilävele sattunud pensionisüsteemid (Turner 2009). Vidal-Melia *et al.* (2009) toovad välja, et depolitiseeritud juhtimisega AKMid on üles ehitatud pikaajalise ajahorisondiga, mis toob kaasa suurema põlvkondadevahelise õigluse.

Negatiivsed küljed

Põlvkonnasisene ümberjaotus

Turner (2009) toob välja, et reform, mis tõstab pensioniiga, mõjub tunduvalt vähem neile, kes plaanivad pensionile minekut edasi lükata (see on ebaõiglane nende suhtes, kes seda ei plaani). Kui indekseerimisega vähendatakse pensionihüvitisi, siis kannatavad väiksema sissetulekuga tulevased pensionärid enam kui suurema sissetulekuga pensionärid, sest väiksema sissetulekuga tulevaste pensionäride tulu sõltub rohkem pensionihüvitisest. See-eest võib pensioniea indekseerimine olla madala sissetulekuga töötajatele enam vastuvõetav, eeldades, et on olemas mehhanismid, kuidas tagada pension neile, kes ei ole enam töövõimelised.

AKMide kasutamine võib suurendada ka soolist ebaõiglust, kui eluea indekseerimisel ei arvestata sellega, et naiste oodatav eluiga on pensionile minnes suurem kui meeste eluiga. Kasutades keskmist *unisex*-eluiga, väheneb meeste pension suhteliselt rohkem kui naiste pension (näiteks Poolas ja Itaalias).

Pensionide langus ja maksutõus jäävad endiselt rasketeks otsusteks

Pensionide indekseerimine elueaga vähendab järk-järgult pensionihüvitiste asendusmäära (pensionieelse sissetuleku suhe pensionihüvitis). IMF rõhutab, et pensionikärped ei tohi viia vanurite vaesumiseni. Sakamoto (2008) järgi kaotab pensionisüsteem, mis ei suuda pensionäridele adekvaatses suuruses hüvitist maksta, oma eksisteerimise õigustuse. Iga langeva asendusmääraga süsteem (näiteks Rootsi süsteem) jõuab kunagi etappi, mil asendusmäär on poliitiliselt aktsepteerimatu ning reform on vajalik (Turner 2009). Selle probleemi vältimiseks on Jaapan pensionisüsteemi üles ehitanud selliselt, et nominaalne pensioni langus on välistanud ning seadusega on sätestatud minimaalne asendusmäär, mille kättejõudmisel tuleb poliitikutel pensionisüsteemi reformida.

Paljud autorid (Whitehouse, Turner, Sakamoto) toovad välja, et kuigi AKMid on olemuselt automaatsed, ei pruugi see praktikas nii olla. Pensionikärped ja maksutõusud jäävad endiselt poliitiliselt rasketeks otsusteks ning seetõttu pole Itaalia ning Saksamaa seadusesse sissekirjutatud automaatseid mehhanisme rakendanud. Itaalia lükkas 2005. aastal toimuma pidanud pensionikärpe määramatusse aega edasi ning Saksamaa lükkas nii 2008. kui ka 2009. aastal edasi jätkusuutliku faktori rakendamise.

Sakamoto (2008) toob välja, et ka Rootsis on inimesed hakanud tundma ärevust pensionide languse osas, mistõttu levivad arvamused, et AKMi süsteemist tuleks loobuda ning toetused ja maksumäärad tuleks viia vastavusse sotsiaal-majanduslike tingimustega, nagu seda on tehtud varem. Rootsi pensionisüsteemi loomisel oli AKMide tingimuseks see, et need rakenduvad ainult äärmiselt ebanormaalsetes oludes (Sakamoto 2008) –nüüd on aga nende rakendamine realsuseks saanud.

Turner (2009) toob välja, et maailma mastaabis on riikidel siiski veel vähe kogemusi, kuidas indekseerida pensione oodatava eluea muutusega.

Kultuurilised ja poliitilised tegurid

OECD riigid on vastavalt Whitehouse'ile (2007) rakendanud oodatava elueaga indekseerimisel automaatseid mehhanisme erinevates skeemides ja erinevatel viisidel:

- DC-plaan (Austraalia, Taani, Ungari, Mehhiko, Norra, Poola, Slovakkia ja Rootsi),
- NDC-plaan traditsioonilise DB-plaani asemel (Itaalia, Poola ja Rootsi),
- kohandades pensione DB-plaanides oodatava elueaga (Soome, Saksamaa ja Portugal),
- indekseerides oodatava elueaga pensionile kvalifitseerimise tingimusi (Taani ja Prantsusmaa).

Whitehouse'i (2007) järgi ei ole süstemaatilist seost pensioniskeemi tüübi (DC, DB, NDC) ja indiviidile ülekantud riski määra vahel. Pigem on oluline tervikliku pensionipaketi struktuur. Soome, Saksamaa, Itaalia, Poola ja Portugal kasutavad erinevaid pensionisüsteeme (DC, DB, NDC), kuigi kõikides riikides indekseeritakse umbes 90 protsenti pensionidest oodatava eluea tõusuga. Norras ja Ungaris on see vastavalt 12,5 ja 35 protsenti. Austraalias ja Taanis indekseeritakse pensione ligikaudu 60 protsendiga oodatava eluea muutusest.

Barr (2002) võrdleb eelfinantseeritavaid ja jooksva finantseerimisega pensionisüsteeme ning järeldab, et majanduslikus mõttes ei ole ühtegi dominantset lahendust. Kõige sobilikum on selline finantseerimislahendus ja süsteem, mis sobitub kõige efektiivsemalt vastava riigi poliitökonoomikaga, kusjuures oluliseks teguriks on valitsemise tõhusus. Barri väitel on majanduslikus mõttes jooksva finantseerimise või täieliku eelfinantseerimise erinevus teisejärguline küsimus. Pensionilahendite valik on väga lai, samas võib ühe riigi edukas süsteem teises riigis ja teises kontekstis osutada ebaedukaks.

AKMide rakendamine nõuab poliitilist tahet ja ka vastavat poliitilist kultuuri ning eeldab laiapinnalist poliitilist kokkulepet. AKMide rakendamine iseenesest ei suuda välistada ebaefektiivseid populistlikke muudatusi. Turner (2009) peab tõenäoliseks, et automatiseeritud kohandamise mehhanismid toimivad edukalt Rootsis ja Jaapanis, kus on konsensuslik poliitiline kultuur. Samas otsustasid Itaalia ja Saksamaa, kus AKMide rakendamine küll seadustati, kriisilukorras nende mehhanismide tegeliku rakendamise poliitilistel põhjustel külmutada.

Rootsi praegust pensionireformi toetas 85 protsenti parlamendisadikutest (Settergren 2001). Rootsi pensionisüsteemi AKMide lahenduste arhitekt Ole Settergren on Jaapani majandusuuringute instituudile Rieti antud intervjuus (Settergren 2005) öelnud, et Rootsi pensionisüsteemi põhiline müügiargument oli finantsiline jätkusuutlikkus pensionisüsteemi pankrotistumise asemel. Siiski oli Rootsi demograafiline ning

eelarvepoliitiline olukord reformi ajal Settergreni hinnangul kadestusväärne, sest demograafilised näitajad olid keskmisest paremad, vana pensionisüsteemi rahastamine oli keskmisest parem ning võrdlemisi varajane reformi ajastus andsid pensionisüsteemi reformijatele head argumendid, mida teistel riikidel sageli ei ole. Nimelt said Rootsi pensionireformi autorid väita, et uus süsteem annab (mõistlike majanduslike ja demograafiliste tingimuste korral) keskmiselt sama suure pensioni kui vana süsteem (keskmine tööiga 40 aastat, pensionide reaalkasv 2% aastas). Küsimuse peale, mida saaks Jaapan peale AKMide veel Rootsilt üle võtta, vastas Settergren, et pensionireform on protsess, kus majanduslikud ja poliitilised aspektid liiguvad dünaamiliselt koos, neid muutusi on äärmiselt keeruline projekteerida isegi kohalikel ekspertidel.

Kvantitatiivne analüüs

Meetod (tehniline kirjeldus)

Kvantitatiivne analüüs põhineb Praxise pensionimudelil¹³, mis on üles ehitatud ILO sotsiaalkindlustuse rahastamise mudelite põhjal (peamiselt ILO pensionimudel, ILO tööturumudel ning ILO demograafiline mudel). ILO mudelite eripäraks on see, et sisendid (näiteks majanduskasv) ja väljundid (näiteks pensionide suurus) on selgelt eristatavad: majanduskasv mõjutab pensione, pensionid aga majanduskasvu ei mõjuta. Exceli-põhist Praxise pensionimudelit kohandatakse vastavalt konkreetsetele poliitikavariantidele, kasutades MS Office'i programmeerimiskeskonda Visual Basic. Poliitikavariantide simuleerimisel (ja pensionimudeli kohandamisel) võetakse aluseks peamiselt teiste riikide AKMide toimivad meetodid (loe lisaks kirjanduse ülevaatest). Esimesed kaks poliitikavarianti (vt tabelit 4.3.5) eeldavad pensioniea kohandamist: seda tehakse neljakuuliste intervallidega; mudeli maksimaalne pensioniea lagi on mudelis 70 aastat.

Pensioniea muutmine manipuleerib eelkõige kahe sisendiga.

- **Vanaduspensionäride suhtarv antud põlvkonna populatsiooni.** Iga pensionitõus toob kaasa pensionäride suhtarvu vähenemise pensioniea tõusule eelneval kahel aastal ning pensioniea tõusu aastal (arvestamaks ka eelpensionäridega). Pensionäride suhtarv väheneb pensionieaeelsele tasemele. Näiteks kui pensioniiga tõuseb ühe aasta võrra 65lt 66le aastal 2030, siis alates 2030. aastast on antud 65-aastaste populatsioonis pensionäre sama palju kui 64-aastaste seas.
- **Tööga hõivatute suhtarv kohordi populatsiooni.** Pärast riikliku pensioniea tõusu on uuele pensionieale eelneva kohordi hulgas proportsionaalselt sama palju töötajaid kui vanale pensionieale eelneva kohordi hulgas. Näiteks kui pensioniiga tõuseb ühe aasta võrra 65lt 66le aastal 2030, siis alates 2030. aastast on 65-aastaste seas tööga hõivatuid sama palju kui 64-aastaste seas.

¹³ Praxise pensionimudelit on põhjalikumalt kirjeldatud peatükis 3. Käesolevas peatükis kasutatakse Praxise mudeli versiooni seisuga 1. juuli 2011. Peatükkides 3, 4.1 ja 4.2 kasutatakse mudeli versiooni 15. augusti 2011 seisuga. Baasstsenaariumi tulemustes on väikesed numbrilised erinevused, kuid see ei mõjuta käesoleva peatüki järeldusi.

Tabel 4.3.5. AKMi poliitikavariantide rakendamine

Poliitikavariant	Ajahorisont	Manipulatsioon
20) määratavatele pensionidele rakendatakse oodatava eluea tegurit	2026–2060	Sisend: vanaduspension
21) pensioniea kohandamine sõltuvalt oodatava eluea muutustest (nii et konstantseks jääb kas keskmine pensioniloleku aja ja töötamise aja suhe või keskmine pensioniloleku aeg)	2026–2060	Sisend: vanaduspension
22) tasakaaluindeksi rakendamine sõltuvalt pensionisüsteemi varade ja kohustuste tasakaalust	2015–2050	Väljund: esimese samba eelarve
23) kulubaasi (pensionäride arvu) muutuse arvestamine pensioniindeksis	2026–2060	Väljund: esimese samba eelarve
24) arvestuslike kontode süsteemi rakendamine (NDC) koos pensioni suuruse sõltuvusega kohordi keskmisest oodatavast elueast pensionile siirdumise vanuses	Kvalitatiivne lähenemine	

Allikas: autorite koostatud

Esimese poliitikavariandi kvantitatiivseks simuleerimiseks muudetakse ka esimesest sambast saadava pensioni väärtust (sisend) vastavalt oodatava eluea pikenemisele, lisaks tehakse muid vajalikke väiksemat sorti kohandamisi. AKMide poliitikavariandid 22 ja 23 sisenditega ei manipuleeri, vaid kohandavad pensionimudeli väljundeid (peamiselt esimese samba jooksvat defitsiiti ja pensionide asendusmäärade muutumist).

Tulemusi esitletakse ja poliitikavariante võrreldakse omavahel, kasutades kahte peamist indikaatorit: 1) asendusmäär ning 2) pensionisüsteemi defitsiit. Keskmise pensioni suhe keskmisse palka (asendusmäär) on oluline pensioni suuruse indikaator, et vältida vaesusrisi. Jooksev defitsiit näitab, kas pensionisüsteemi tulud katavad pensionisüsteemi kulusid (jätkusuutlikkuse indikaator). Poliitikavariant 24 on kvalitatiivne, sest selle kvantitatiivne mõju on kirjeldatud teistes poliitikavariantides.

Oodatava eluea prognoosimisel võetakse aluseks autorite koostatud surmamustrite prognoosid 65–100-aastaselt (mis on peaaegu täielikult sünkroniseeritud EUROPOP 2010 suremusmustritega; vt tabel 4.3.6). Oodatava eluea prognooside suhtes kasutatakse kolme erinevat stsenaariumi (vt joonis 4.3.6). Nende stsenaariumide mõju tulemustele analüüsitakse poliitikavariante võrdlevas kokkuvõttes osas (konkreetsete poliitikavariantide all sellega ei arvestada). Oodatava eluea stsenaariumid on järgmised:

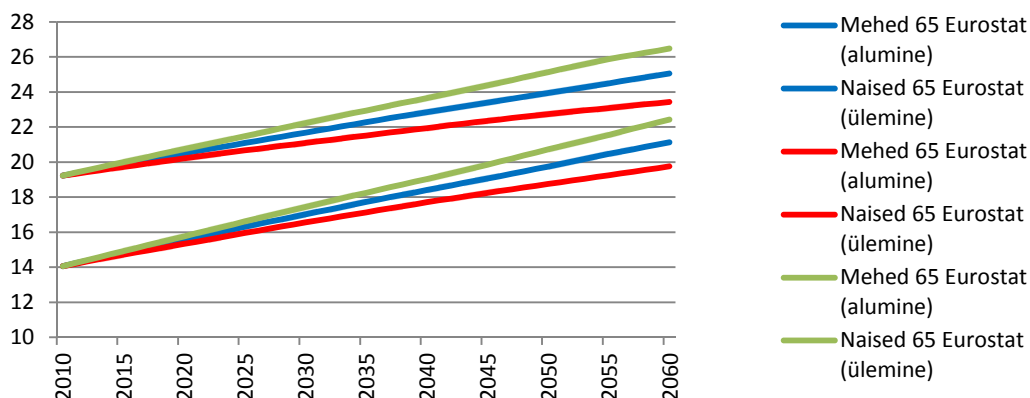
- oodatav eluiga 65 aasta vanuses tõuseb 5% kiiremini, kui Eurostat prognoosib (positiivne),
- oodatav eluiga 65 aasta vanuses tõuseb vastavalt Eurostati prognoosidele (baas),
- oodatav eluiga 65 aasta vanuses tõuseb 5% aeglasemalt, kui Eurostat prognoosib (negatiivne).

Tabel 4.3.6. Meeste (M) ja naiste (N) oodatav eluiga 65-aastaselt (baasstsenaarium)

	Ajaloosised andmed				Projektsioon											
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	
M	12,0	11,9	12,6	13,0	14,1	14,8	15,6	16,3	17,0	17,7	18,4	19,1	19,7	20,5	21,1	
N	15,8	16,1	17,0	18,0	19,2	19,9	20,5	21,1	21,7	22,3	22,8	23,4	23,9	24,5	25,1	

Allikas: Eurostat, autorite koostatud

Joonis 4.3.6. Oodatav eluiga 65-aastaselt kolme erineva stsenaariumi järgi



Allikas: autorite koostatud

AKMide analüüsibaasstsenaariumina (pensionisüsteem ilma reformideta) kasutatakse Praxise pensionimudeli esialgset varianti (kevad 2011), millele on lisatud Eurostati viimane rahvastikuprognos (EUROPOP 2010 *prefinal results*) ning seetõttu on kohandatud ka oodatavat eluiga.

Määratavatele pensionidele rakendatakse oodatava eluea tegurit (poliitikavariant 20)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

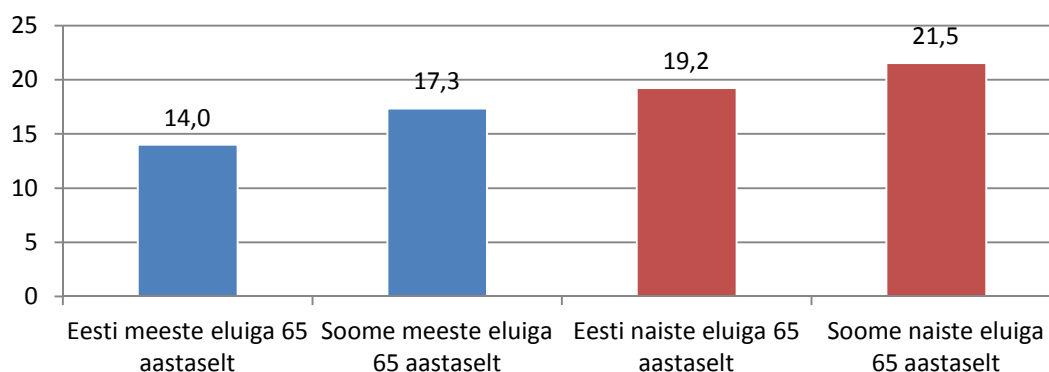
AKMide modelleerimine keskendub Soome omaga sarnase oodatava eluea indekseerija rakendamisele aastatel 2026–2060. Vältimaks kahekordset pensioniõiguste vähendamist, võiks Eestis olla mõistlik pensione oodatava eluea teguriga korrigeerida alates 2026. aastast, mil meeste ja naiste pensioniiga tõuseb 65 eluaastale. Simuleerimisel võetakse aluseks oodatava eluea muutus 65-aastaselt: kui see tõuseb, tuleb tulevastel pensionäridel leppida väiksema pensioniga või lükata pensionile minekut edasi. Reaalselt rakendades oleks soovitatav aluseks võtta oodatav eluiga 64-aastaselt või varem (vajalik on ajaline puhver, et inimesed oskaksid arvestada võimaliku mõjuga; Soome arvutab elueakordaja aasta enne pensioniiga).

Soome kasutab pensionide arvutamisel diskontomäär 2% (valemid ja terminoloogia on välja toodud kirjanduse ülevaates). Siiski oleks võimalik sarnaselt Portugaliga diskonteerimist mitte rakendada. Sellisel juhul on eluea teguri mõju eelarvele suurem, sest esialgsed pensionid on väiksemad. Settergreni (2011, intervjuu) hinnangul on Rootsi esialgsed pensionid 15–20% suuremad (Rootsi diskontomäär on 1,6%) kui diskonteerimisel 0%ga. Nagu mainitud, võttis Soome Rootsi mehhanismi olulises osas üle. Whitehouse (2009) toob välja, et Soome mudeli puhul kannavad pensionile siirduvad kohordid umbes 90% oodatava eluea tõusust, Portugalis aga 100%. Õige diskontomäär leidmine on paljuski poliitiline otsus.

Leidmaks diskonteerimise mõju pensionisüsteemi eelarvele ja asendusmäärale, kasutatakse nelja stsenaariumi 65-aastase isiku oodatava eluea diskonteerimiseks:

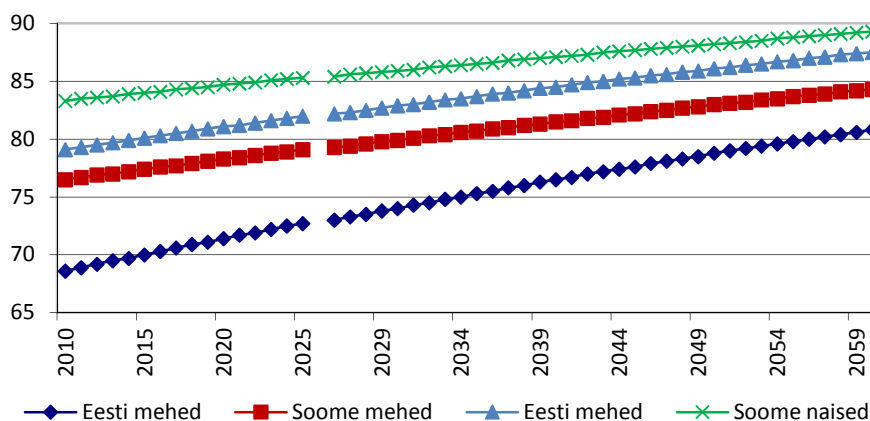
- diskontomäär 0%,
- diskontomäär 1%,
- diskontomäär 2%,
- diskontomäär 3%.

Soomega võrreldes tuleb arvestada, et 2009. aastal oli 65-aastaste Eesti naiste ja meeste oodatav eluiga tunduvalt madalam soomlaste oodatavast elueast (vt joonis 4.3.7). 65-aastaste meeste eluiga moodustas 81% Soome 65-aastaste meeste oodatavast elueast ning 65-aastaste naiste puhul oli see osakaal vastavalt 89%. Eesti mudelis arvestatakse minimaalseks pensionieaks sarnaselt Soomega 63 aastat (kvalifitseerumine eelpensionile).

Joonis 4.3.7. Eesti ja Soome oodatav eluiga 65-aastaselt (2009)

Allikas: Eurostat

Eurostati projektsiooni järgi tähendab madalam oodatav eluiga Eestile Soomest kiiremat oodatava eluea kasvu (vt joonis 4.3.8). Tegemist on sünniaegse oodatava elueaga, mis indikeerib ka 65-aastaste oodatava eluea tõusu. Eesti lühiajaloo järgi on 65-aastaste oodatav eluiga viimase 20 aasta jooksul märgatavalt kiiremini tõusnud (56%) kui sünniaegne oodatav eluiga. Trend on siiski üsna sarnane: aastatel 1992–2009 oli sünniaegse ning 65-aastaste oodatava eluea korrelatsioon 0,94 ($\alpha = 0,001$). On väga tõenäoline, et aastal 2026 (mil reform rakenduks) ei erine Eesti ja Soome suremusmustrid nii palju, eriti pensionieas.

Joonis 4.3.8. Eesti ja Soome meeste ning naiste oodatava eluea prognoos sünnihetkel

Allikas: Eurostat

Tabelis 4.3.7 on välja toodud kohordipõhise elueakordaja mõju pensionikohustusele. Kui oodatav eluiga pikeneb, tuleb pensionile siirduvatel kohortidel leppida kas väiksema pensioniga või lükata pensionile minekut edasi. Kui hakata elueakordajat rakendama 2026. aastast, ei kaotaks 1961. aastal sündinud kohort oma väljateenitud pensionist midagi (nende oodatavat eluiga kasutatakse baasina). Kuna projektsioon on tehtud 34 aastale, siis kaotaks viimane projektsioonis välja toodud kohort, sünniaastaga 1995, oodatava eluea tõusu tõttu oma tulevases pensionis võrreldes 1961. aastal sündinutega 16 protsenti – juhul kui nad pensionile minekut edasi ei lükka. Tabelis on välja toodud ka oodatava eluea pikenedamine ning esmane hinnang selle kohta, kui palju tuleks pensionile minekut edasi lükata, et elueakordaja mõju tasandada. Siiski sõltub see suuresti pensionide arvutamise reeglitest ning pensionieelses vanuses isikute võimalustest tööturul.

Tabel 4.3.7. Elueakordaja mõju pensionivarale Eestis (eluiga diskonteeritud 2%ga)

Sünniaasta	Pensionile jäämine	Oodatav unisex-eluiga	Eluea pikenemine	Pensioni edasilükkamine*	Elueakordaja
1961	2026	15,5	0 k	0 k	100%
1963	2028	15,7	2 k	1 k	99%
1965	2030	15,9	4 k	2 k	98%
1967	2032	16	6 k	3 k	97%
1969	2034	16,2	7 k	4 k	96%
1971	2036	16,4	10 k	5 k	95%
1973	2038	16,5	1 a	6 k	94%
1975	2040	16,7	1 a 2 k	7 k	93%
1977	2042	16,9	1 a 4 k	8 k	92%
1979	2044	17	1 a 6 k	9 k	91%
1981	2046	17,2	1 a 8 k	10 k	90%
1983	2048	17,4	1 a 10 k	11 k	89%
1985	2050	17,6	2 a	1 a	88%
1987	2052	17,7	2 a 2 k	1 a 1 k	87%
1989	2054	17,9	2 a 5 k	1 a 2 k	86%
1991	2056	18,1	2 a 7 k	1 a 4 k	85%
1993	2058	18,3	2 a 10 k	1 a 5 k	84%
1995	2060	18,5	2 a 11 k	1 a 5 k	84%

* Siin on tuginetud Tenhunen ja Vaittineni (2010) Soome elueakordaja arvutustele (sh arvestatud pensioni edasilükkamise kompenseerimist Soomes, eeldusel, et pensionile siirduja pensioni asendusmäär on 60% pensionieelsest palgast ning indekseerija mõju korvamiseks töötamist jätkava isiku palga tase ei lange).

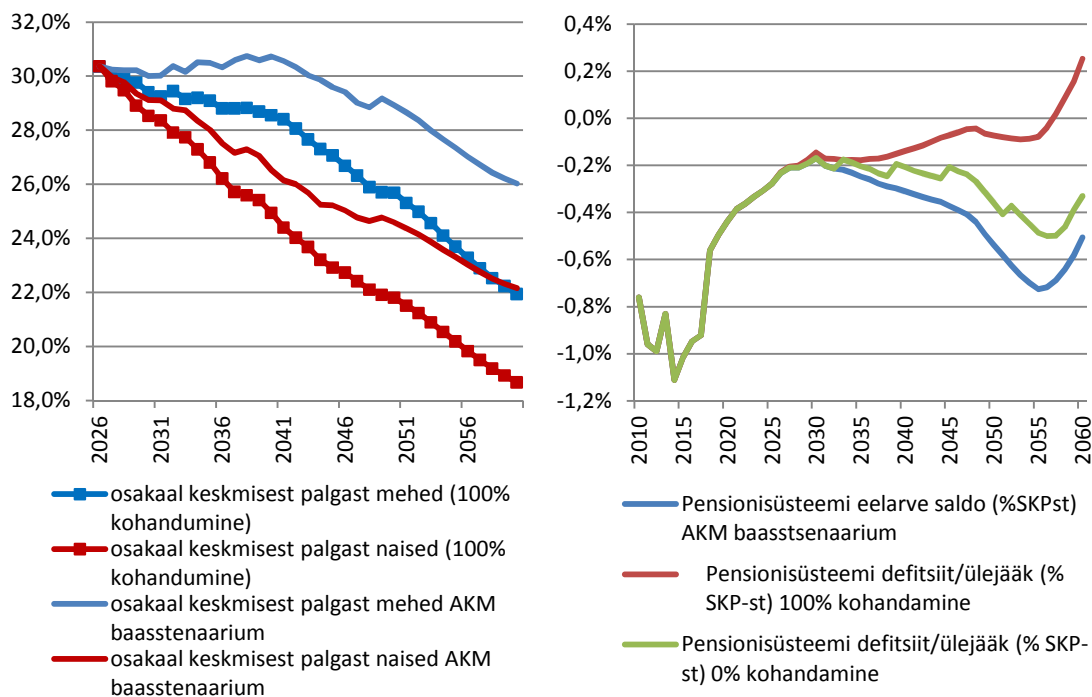
Allikas: autorite koostatud vastavalt Praxise pensionimudelile ja oodatavale elueale

Eestis on praegu rahvusvahelises võrdluses suhteliselt helde pensioni edasilükkamise kompenseerimise mehhanism (0,9% iga edasilükatud kuu eest). Kui see süsteem jätkuks muutmata kujul, siis 1995. aastal sündinud põlvkond saaks 1 aasta ja 8 kuuga pensioni väljavõtmist edasi lükates täielikult kompenseerida indekseerimise kaotust, eeldusel, et nad sotsiaalmaksu enam ei maksa. Kui see põlvkond peaks samal ajal töötamist jätkama (makstes sotsiaalmaksu), tuleb pensionile minekut vähem edasi lükata, et tasandada elueakordaja mõju (kompenseerimise aeg oleks lühem kui ülaltoodud tabelis). Tabelis 4.3.7 on kasutatud Soome arvutusi pensionide edasilükkamise pikkuse kohta, kuivõrd on tõenäoline, et senisel kujul Eesti pensionide edasilükkamise mehhanism edasi ei toimiks, kui minnakse üle paindlikule pensionieale.

Poliitikavariant 20 siirdab oodatava eluea kasvu mõju pensionile siirduvatele kohortidele, kes peavad valima, kas aktsepteerida väiksemaid pensione või töötada edasi. Samas võib pensionide asendusmäär käitumuslikest valikutest sõltuvalt palju varieeruda (vt joonis 4.3.9). Tõenäoliselt on valikud ka kohordi piires erinevad. Paindliku pensioniea puhul võivad paljud otsustada varem pensionile minna (näiteks majanduskriisi ajal), samas tööjõupuuduse olukorras võib enamik ka edasi töötada, kuni elueakordaja mõju on tasakaalustatud. Kulude poolel nii suurt varieeruvust ei ole: pensionikulused vähendab nii väiksemate pensionide aktsepteerimine kui ka pensioniea edasilükkamine.

Joonis 4.3.9. Vanaduspensionide asendusmäär (keskmine pension keskmisse palka) ja esimese samba defitsiit (protsendina SKPst)

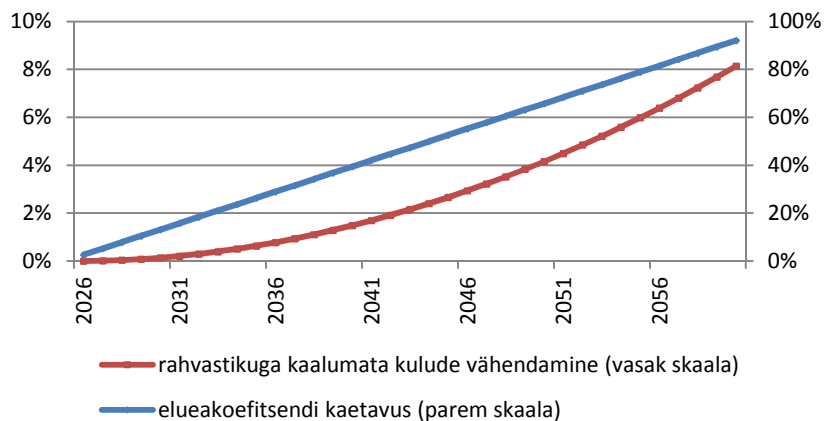
Sensitiivsusanalüüs: pensionide kohandamine 100% (s.t kõik lähevad pensionile 65-aastaselt, aktsepteerides väiksemaid pensione) versus pensionide kohandamine 0% (s.t kõik jätkavad töötamist, kuni elueakordaja mõju pensioni suurusel on tasa teenitud); diskontomäär 2%



Allikas: autorite koostatud

Jooniselt 4.3.9 on näha, et kui kõik 65-aastaseks saanudotsustavad pensionile minekut edasi lükata, et elueakordaja mõju neutraliseerida, langeb pensionide asendusmäär tunduvalt vähem võrreldes sellega, kui kõik lepivad pensionide vähenemisega ja lähevad pensionile 65-aastaselt (vasakpoolne joonis). Esimese variandi puhul on asendusmäär sarnane AKM baasstsenaariumiga, kuigi selle variandi puhul paraneb pensionisüsteemi finantsiline jätkusuutlikkus oluliselt. Kui kõik pensionile siirduvad lepivad pensionide vähenemisega, langeb keskmine asendusmäär kriitiliselt palju. Pensionäride vaesusriski vältimiseks tuleks kokku leppida minimaalne aktsepteeritav asendusmäär.

Joonis 4.3.10. Pensionikulud ei vähene linearselt

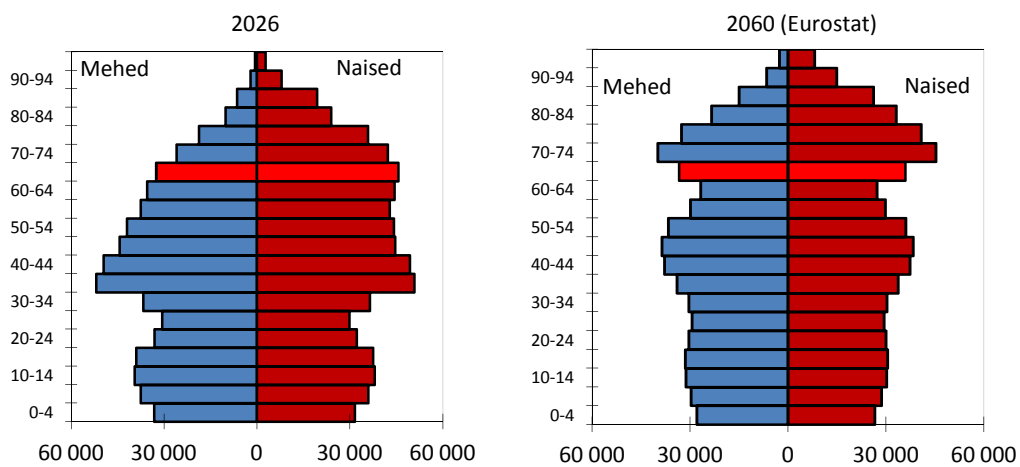


Allikas: autorite koostatud

Elueakordaja täismõju avaldumiseks kulub umbes 30 aastat, kuivõrd esialgu mõjutab see vaid konkreetsel aastal pensionile siirduvat vanusekohorti (vt joonis 4.3.10, kaetavus). Elueakordajaga määratavate pensionide indekseerimise mõju pensionikuludele saavutab täisvõimsuse ligikaudu paarikümne aasta pärast (vt joonis 4.3.10, rahvastikuga kaalumata kulude vähendamine). Sellest tulenevalt ei ole pensionikulude vähendamine lineaarne, vaid sisaldab teatavat lumepalliefekti: kulude kokkuhoiu rõhuasetus on tulevikus.

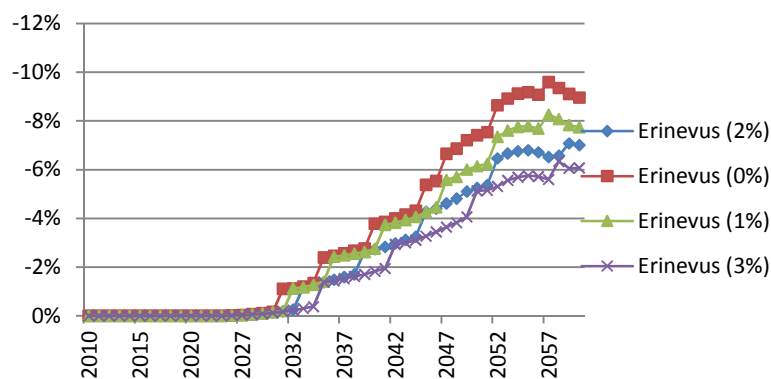
Eesti demograafilises kontekstis avaldub ka kolmas efekt, sest 2026. aastal käivituv elueakordaja kärbiks pensionikuludid kõige rohkem sel ajal, kui kulud vähenevad iseenesest. 2050–2060 jõuavad pensioniikka aastatel 1990–2000 negatiivse iibe ajal sündinud kohordid ning uusi pensionäre lisandub tunduvalt vähem. Seega aeglustub alates 2050. aastatest uute pensionäride juurdekasv ligikaudu 20 aastaks. Seetõttu lisandub 2026. aastal rohkem uusi pensionäre kui 2060. aastal (joonis 4.3.11). Kolme efekti koosmõjul langeksid aastatel 2050–2060 pensionikulud märgatavalt, mis tasandaks nii oodatava eluea pikenemise kui ka maksumaksjate arvu vähenemise efekti ja pensionisüsteem jõuab defitsiidist välja (vt joonist 4.3.9).

Joonis 4.3.11. Rahvastikuprognos 2026–2060



Allikas: Eurostat, Praxis

Joonis 4.3.12. Elueakordandaja mõju vanaduspensionide kuludele erineva diskontomääraga



Allikas: autorite koostatud, Praxise pensionimudel

Joonisel 4.3.12 on välja toodud paindliku pensioniea mõju vanaduspensionide kuludele erinevate diskontomäärade korral, eeldusel, et 50% läheb pensionile 65-aastaselt (s.t 50% otsustab pensionile minekut edasi lükata, et tasandada elueakordaja mõju, ning 50% läheb pensionile 65-aastaselt ning lepib pensionikärpega). Kaheprotsendilise diskontomääraga on aastal 2060 kõikide vanaduspensionide vähenemine 7% (lumepalliefekt). Joonis vastab eelnevalt kirjeldatud loogikale, et suurema diskontomääraga puhul on pensionikulude vähenemine väiksem.

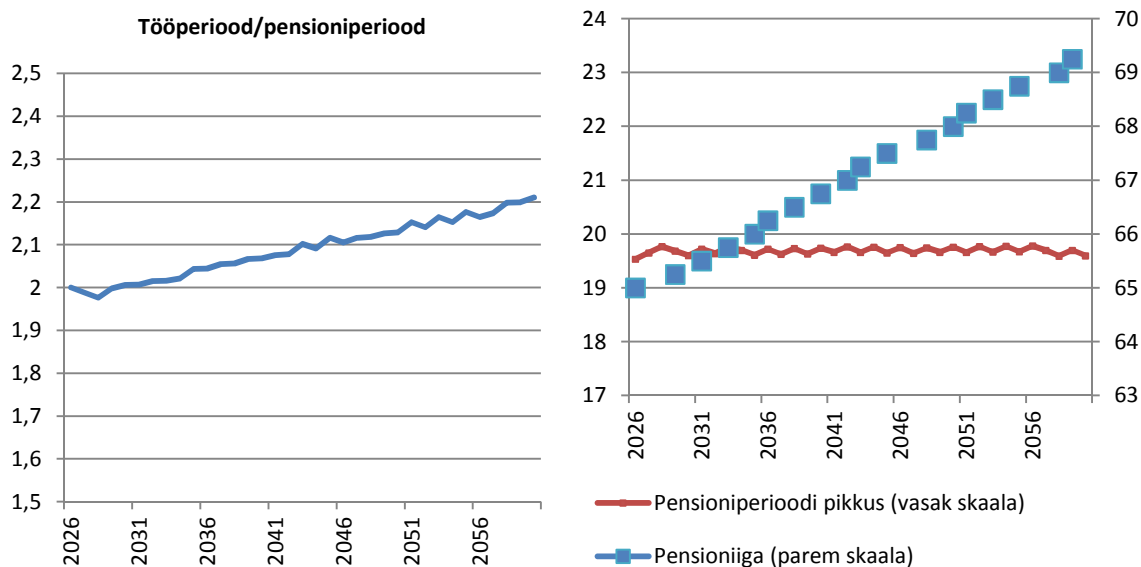
Pensioniea kohandamine sõltuvalt oodatava eluea muutustest (nii et konstantseks jääb kas keskmine pensioniloleku aja ja töötamise aja suhe või keskmine pensioniloleku aeg) (poliitikavariant 21)

Keskmise pensioniloleku aja fikseerimine Eestis (poliitikavariant 21a)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Pensioniea tõus oodatava eluea tõusu võrra fikseeriks keskmise pensioni saamise perioodi pikkuse kõikidele kohortidele alates 2026. aastast. See tähendab, et oodatava eluea tõusu korral ollakse sunnitud edasi töötama – eelmise poliitikavariandi puhul anti inimestele võimalus valida, kas töötada edasi või mitte. See poliitikavariant tähendab, et oodatava eluea kasv pikendab keskmist töötamise perioodi, keskmine pensioni saamise periood ei muutu ning iga järgmine kohort peab eelmise kohordiga võrreldes suurema osa oma eluajast töötama. Mida rohkem tõuseb oodatav eluiga, seda kauem tuleb inimesel töötada võrreldes pensionil viibimise ajaga – mõju on näha joonisel 4.3.13. Vasakpoolne joonis peegeldab töötamise perioodi ja pensioni saamise perioodi suhet. 2026. a baastasemeks on võetud 1 : 2: kui pensioni saamise periood on keskmiselt 20 aastat, siis töötamise periood keskmiselt 40 aastat. Parempoolne joonis näitab, et 2026. a tasemel fikseeritud keskmise pensioni saamise perioodi hoidmiseks ca 20 aasta tasemel tuleb pensioniiga pidevalt tõsta.

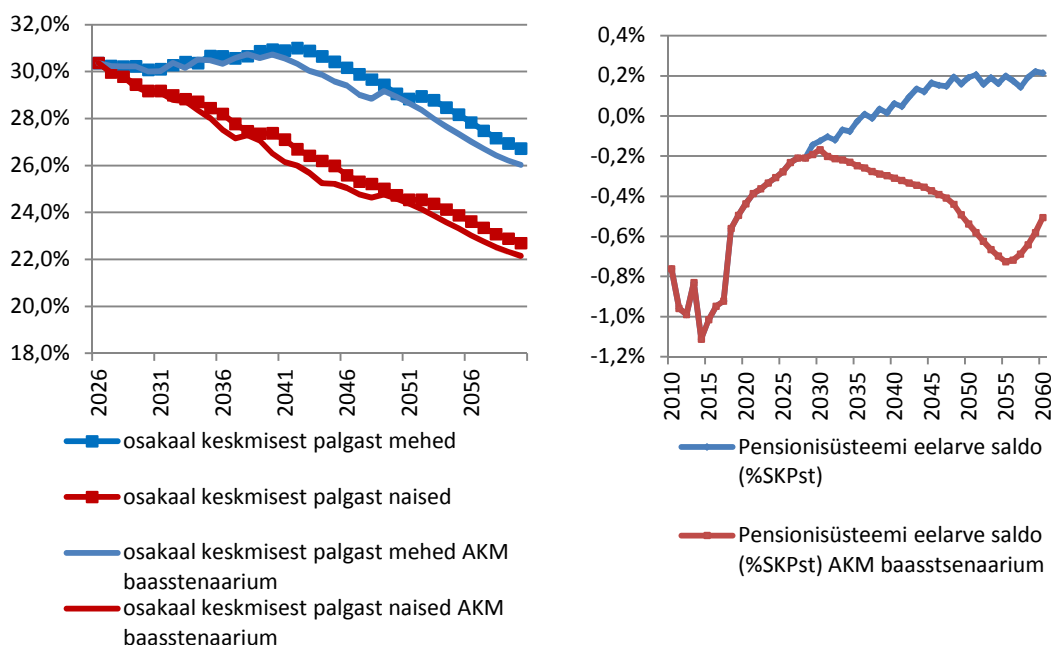
Joonis 4.3.13. Keskmise töötamise perioodi ja pensioni saamise perioodi suhe ning pensioniiga



Allikas: autorite koostatud

Käesoleva poliitikavariandi puhul tõuseks pensioniiga 2060. aastaks 69,25 aasta tasemele. Pensioniea kiire tõus mõjub pensionisüsteemi finantsilisele jätkusuutlikkusele positiivselt. Jooniselt 4.3.14 nähtub, et pensioniea tõstmise ei langeta pensionide asendusmäära. Asendusmäär tõuseb veidi võrreldes AKM baasstsenaariumiga, sest inimesed töötavad kauem ja pensioniõigused suurenevad, samas pensionisüsteem tuleb välja defitsiidist. Asendusmäär joonistel on pensioniea tõusu korral AKM baasstsenaariumiga võrreldes paariaastane nihe, sest kohortide suuruste erinevused mõjuvad viivitusega.

Joonis 4.3.14. Esimese samba pensionide asendusmäär (keskmine pension keskmise palka) ja eelarve saldo kalendriaastal (protsendina SKPst)



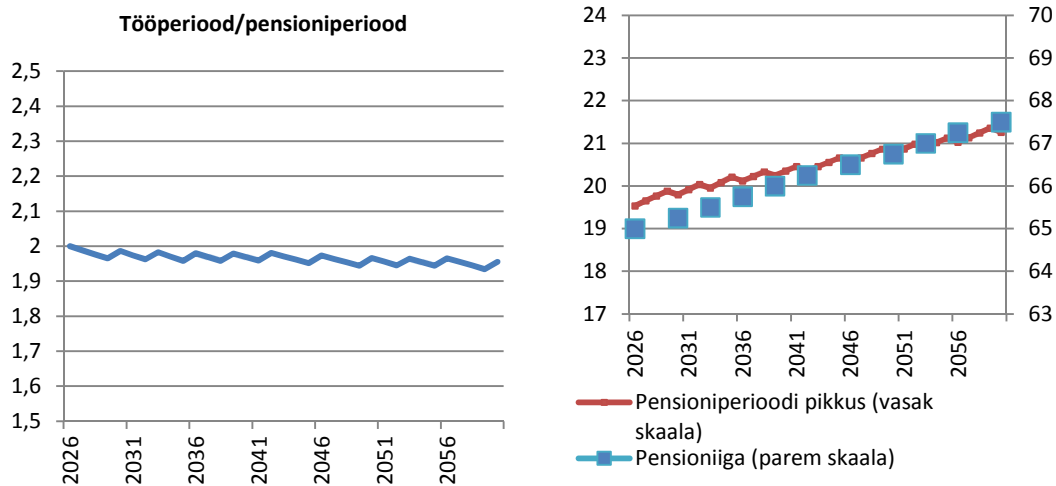
Allikas: autorite koostatud

Tulemuste tõlgendamisel tuleb olla ettevaatlik, sest pensioniea tõusu käitumuslikke mõjusid ei ole siin arvesse võetud. Simuleerimisel on eeldatud, et pärast pensioniea tõusu ühe aasta võrra langeb pensionäride suhtarv nende vanuseklassis pensioniea tõusu eelsele tasemele (nt kui aastal 2030 tõuseb pensioniiga ühe aasta võrra 65lt 66le, siis muutusejärgselt tõuseb 65-aastaste hõive samale tasemele, kui see varem oli 64-aastaste seas). Tegelikult on tõenäoline, et pensioniea tõus võib suurendada ennetähtaegsete pensionäride ja töövõimetuspensionäride arvu. Pensionikäitumist puudutavad aspektid mõjutavad tulemusi oluliselt, kuid käitumuslikke reaktsioone on väga raske ennustada.

Keskmise töötamise perioodi ja pensioni saamise perioodi suhte fikseerimine (poliitikavariant 21b)

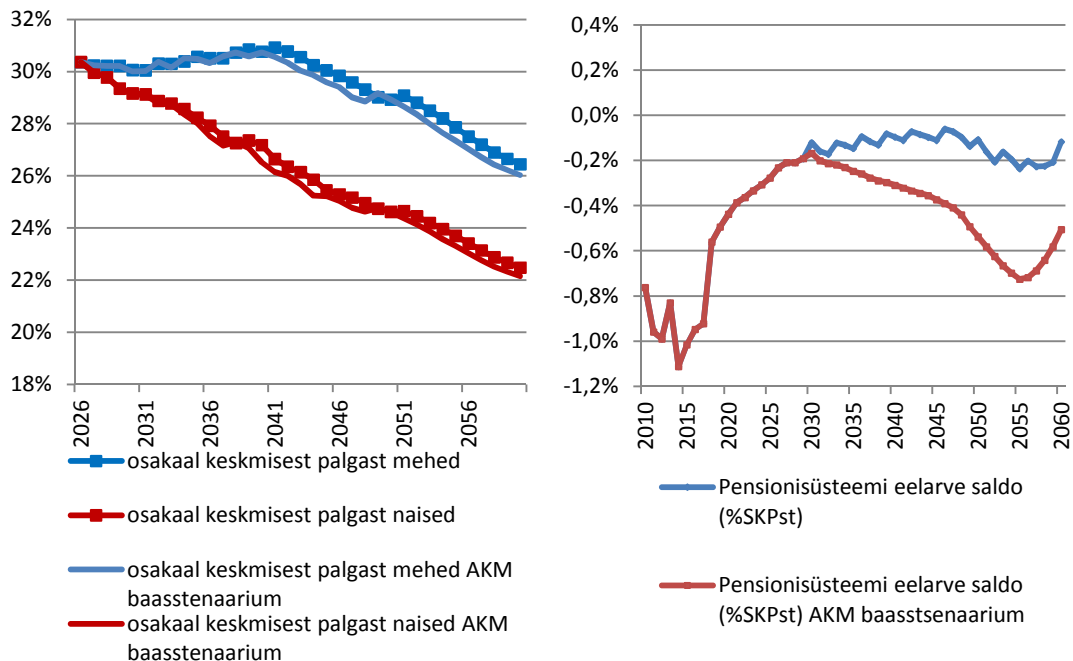
Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Sarnaselt Prantsusmaa näitega (vt kirjanduse ülevaadet) oleks ka Eestis võimalik rakendada AKMe vanaduspensionari kvalifikatsiooniperioodi suhtes, sidudes vanaduspensionile kvalifitseerumiseks vajaliku pensionistaaži nõude oodatava eluea muutusega. Alternatiivina oleks võimalik fikseerida keskmise töötamise perioodi ja keskmise pensioni saamise perioodi suhe, sarnaselt Suurbritannia näitega (vt kirjanduse ülevaadet). Esimene variant tähendaks vanaduspensionari kvalifikatsiooniperioodi indekseerimist oodatava eluea alusel (vt ka kvalifikatsiooniperioodi tõstmist puudutavaid poliitikaalternatiive). Sellise variandiga aga kaasneb määramatust (pensioniga ei ole fikseeritud, vaid sõltub tööperioodi pikkusest) ning erilahendust vajaksid isikud, kes kvalifikatsiooniperioodi ei ole täitnud (pikaajalised töötud, hoolduskoormusega isikud jt). Põhjalikumalt on allpool analüüsitud teise variandi rakendamist Eesti kontekstis. Modelleerimise aluseks on võetud keskmise tööstaaži ja pensioni saamise perioodi suhe baasaastal (2026), mis on 2 : 1. Modelleerimisel hoitakse seda suhet konstantsena (vt joonis 4.3.15), pensioniiga tõstetakse aga kolmekuuliste intervallidega.

Joonis 4.3.15. Keskmise töötamise perioodi ja pensioni saamise perioodi suhe ning pensioniiga

Allikas: autorite koostatud

Võrreldes poliitikavariandiga 21a pikeneb antud poliitikavariandi puhul mitte ainult töötamise periood, vaid ka pensioni saamise periood. Teisisõnu, eluea pikenedes jaotub täiendav eluperiood töötamise ja pensioni saamise aastate vahel nii, et keskmine tööaastate ja pensioni saamise aastate suhe ei muutu. Näeme, et selles poliitikavariandis tõuseks pensioniiga vähem kui poliitikavariandis 21a, s.t 67,5 aastale aastaks 2060. Tööealistele inimestele tunduks see poliitikavariant ilmselt õiglasem, sest eluea kasv jaotub töö- ja puhkeperioodi vahel. Samas on selle poliitikavariandi mõju eelarvetasakaalule (joonis 4.3.16) väiksem kui pensioniea indekseerimisel oodatava eluea alusel (vrldl joonis 4.3.14). Pensionikindlustussüsteem nende eelduse korral defitsiidist välja ei tule, samas pensionide asendusmäär AKM baasstenaariumiga võrreldes ei lange ja hiljem isegi veidi tõuseb.

Joonis 4.3.16. Esimese samba pensionide asendusmäär (keskmine pension keskmise palka) ja eelarve saldo kalendriaastal (protsendina SKPst)

Allikas: autorite koostatud

Tasakaaluindeksi rakendamine sõltuvalt pensionisüsteemi varade ja kohustuste tasakaalust (poliitikavariant 22)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

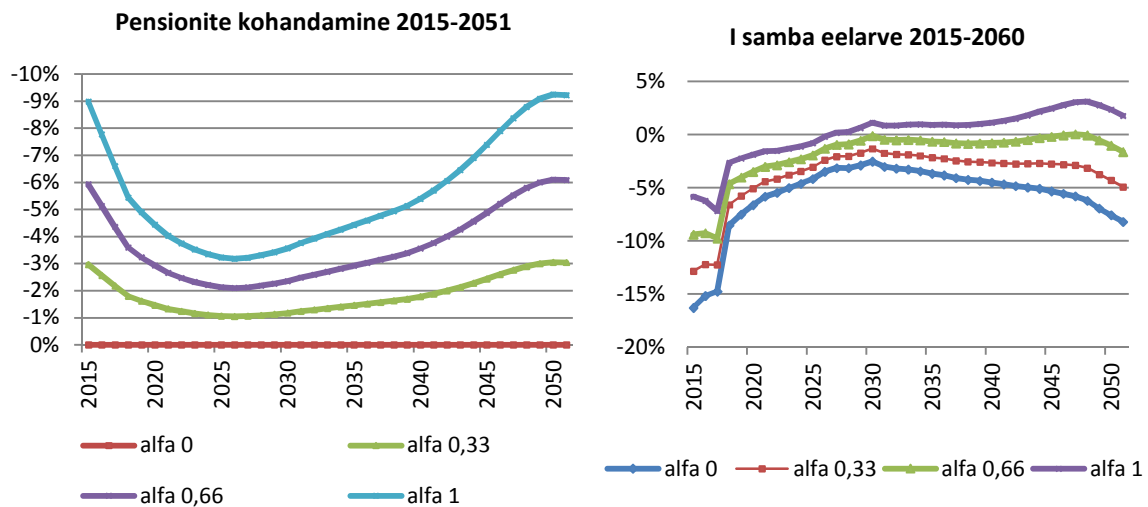
Rootsi näitel pensionisüsteemi tulude-kulude tasakaalustamise mehhanismi rakendamiseks tuleks esmalt hinnata pensionisüsteemi kohustusi ja varasid. Rootsi lähtub varade ja kohustuste hindamisel käibevältest –näiteks 1998. aastal oli Rootsi pensionisüsteemi käibevälde 33 aastat. Niisiis tuleb hinnata, kui palju genereerib pensionisüsteem käibevälte perioodi jooksul kokku tulusid ja kui suured on süsteemi kulud samal perioodil. Käibevälte kontseptsiooni eelduseks on, et summaarsete pensioniõiguste (nii pensionäridele väljamakstavad pensionid kui ka töötajate väljateenitud pensioniõigused) katmiseks kuluv summa on võrdne aasta maksutulude käibevälte korrutise ning pensionireservi suurusega (vt lisaks kirjanduse ülevaadet). Käibevälte kasutamise eeliseks süsteemi tulude ja kulude prognoosidega võrreldes on selle väiksem mõjutatavus poliitiliselt etteantud prognoosi eeldustest – prognooside puhul võib iga sisendparameetri muutuse protsendipunkt olulisel määral mõjutada tulude ja kulude prognoose, käibevälte puhul lähtutakse süsteemi tegelikest indikaatoritest, mitte prognoosidest.

Käibevälte arvutamine Rootsi meetodika alusel pole kuigi keeruline – tuleks arvutada välja kohordi keskmine *per capita* sotsiaalmaksu laekumisega kaalutud vanus, millele liita pensioni saavate kohortide keskmine pensioniga kaalutud pensioni saamise keskmine vanus. Pigem on käibevälte rakendamine keeruline administratiivsetel põhjustel, eriti pensionisüsteemi kohustuste arvestamisel. Kohustuste arvestamise meetodikat ei saa Rootsilt otseselt üle võtta, kuivõrd Rootsi kasutab NDC-süsteemi, kus töötajate väljateenitud pensioniõiguste väärtuseks on kõikide individuaalsete kontode summaarne väärtus. Eesti *defined-benefit*-tüüpi esimese samba puhul on riikliku pensionikindlustuse registri andmete alusel leitav küll isikustatud sotsiaalmaksu alusel omandatud kindlustusosakute summaarne väärtus (kõigile kindlustatutele omistatud aastakoefitsientide kogusumma korrutatud aastahindega), kuid see on vaid üks osa töötajate väljateenitud pensioniõigusest / pensionisüsteemi kohustustest tänaste kindlustatute suhtes. Esimene sammu sisaldab ka baasosa, mille suhtes tuleks pensionikohustuste arvutamisel arvestada teatud eeldusi, samuti tuleks hinnata tänaste kindlustatute poolt enne 1999. aastat väljateenitud summaarset pensionistaaži. Need asjaolud muudavad käibevälte kontseptsiooni rakendamise Eesti kontekstis administratiivselt keerukamaks, kuid põhimõtteliselt oleks see võimalik.

Rootsiga sarnase tasakaaluindeksi rakendamine eeldaks siiski täiendavat analüüsi. Kuivõrd Eesti on väike avatud majandusega riik, kõiguvad sotsiaalmaksu tulud Eestis aastate lõikes tunduvalt rohkem kui Rootsis. Seega võib Eesti puhul eeldada suuremat volatiilsust tulude poolel. Rootsis stabiliseerib tulude võimalikku kõikumist märkimisväärne pensionireserv. Teadaolevalt pole ka üksi teine riik sellist käibevältele tuginevat tasakaaluindeksit rakendanud.

Tasakaalumehhanismi modelleerimiseks Eesti kontekstis on seega vaja prognoosida esimese samba tulude ja kulude arengut. Eesti esimese samba kohustusi (väljamakstavaid pensione, pensioni baasosa ja aastahinnet) tasakaalukoefitsiendiga indekseerida ei ole ilmselt mõistlik, kuivõrd Eesti riiklikku pensionisüsteemi ootab prognooside järgi järgmise 50 aasta jooksul märkimisväärne defitsiit, mis suures osas tuleneb pensionireformi üleminekukuludest (sotsiaalmaksu osa siirdamisest kindlustatute teise samba pensionikontodele). Joonisel 4.3.17 on esitatud pensionimudeli finantsilise jätkusuutlikkuse indikaatorid aastateks 2015–2050 (igal aastal võetakse aluseks 10 aasta tulevikuprognos (imateerides Rootsi tasakaalumehhanismi, on pensionide kulude-tulude pikaajalise tasakaalu arvestamise aluseks võetud käibevälde 10 aastat).

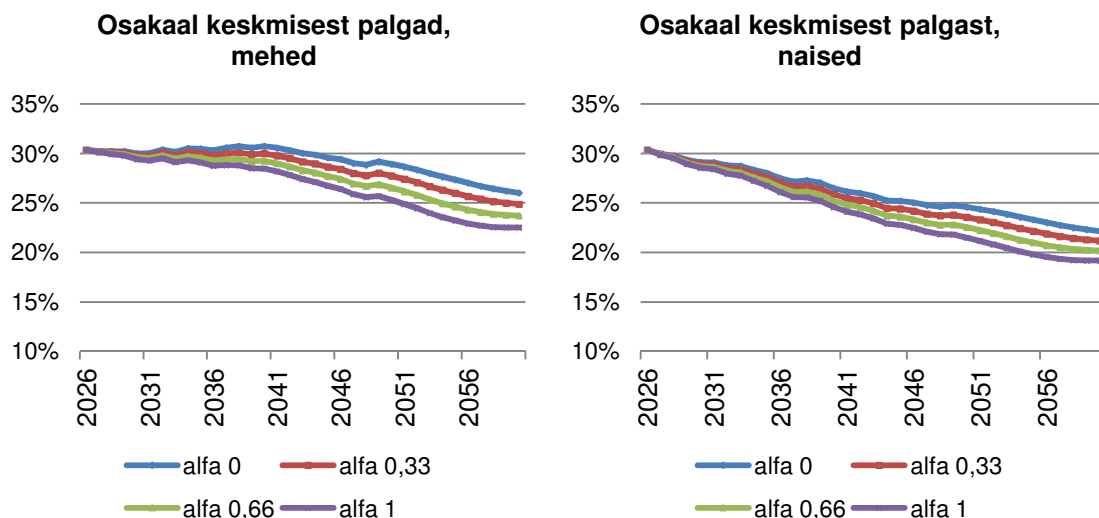
Joonis 4.3.17. Pensionikulude kohandamine erinevate kaaludega tasakaaluindeksi rakendamisel 2015–2051 (vasak joonis) ning esimese samba aastane eelarve tasakaal (ülejääk/defitsiit) (parem joonis)



Allikas: autorite koostatud

Kuivõrd prognooside järgi on esimene samm defitsiidis veel aastakümneid, kasutatakse modelleerimisel koefitsienti alfa ning vaadeldakse nelja erinevat stsenaariumi, eeldades, et tasakaaluindeks katab kas 0%, 33%, 66% või 100% süsteemi kogudefitsiidist (s.t ülejäänud defitsiidi katmiseks tuleb puudujäävad vahendid leida riigieelarvest või muudest vahenditest). 66% kaaluga tasakaaluindeksi rakendamisel jõuaks esimese samba tulud ja kulud tasakaalu 2050. aastaks. Jooniselt 4.3.18 nähtub, kuidas mõjutab pensionikulude vähenemine erinevate kaalude (alfakordajate) puhul pensionide asendusmäära.

Joonis 4.3.18. Pensionide asendusmäär (pensioni suhe keskmisesse palka) erinevate alfa-kordajate puhul 2015–2051



Allikas: autorite koostatud

Rootsi näitel ei ole tasakaaluindeks siiski mitte pelgalt negatiivne lisaindekseerija, vaid kohandamistegur, et tagada pensionisüsteemi kohustuste ja varade pikaajaline tasakaal. Tasakaaluindeks töötab automaatse lisakohendajana juhul, kui pensionisüsteemi jätkusuutlikkus satub mingite tegurite tõttu (nt majanduskriis, ootamatu demograafiline muutus) ohtu. Rootsi näitel on tasakaaluindeks seega lisagarantii tulevastele põlvkondadele: juhul kui muude vahendite varal (maksutuludest) ei suudeta tagada pensionisüsteemi

pikaajalist jätkusuutlikkust, siis on süsteemi sisseehitatud ka mehhanism, mis automaatselt korrigeerib ettenägematud kõrvalekaldeid.

Jooniste 4.3.17 ja 4.3.18 aluseks olevad arvutused on tehtud eeldusel, et kulud tasakaalustav kohandamine toimub täielikult pensionide poolel. Pensionikärpe puhul eeldatakse, et see ei mõjuta maksutuluseid. Rootsi tasakaalumehhanism kohandab tasakaaluindeksiga aga ka töötajate väljateenitud pensioniõigusi (individuaalsete kontode saldosid NDC-süsteemis).

Automaatse tasakaaluindeksi rakendamiseks on kindlasti erinevaid võimalusi, kuid empiirilist kogemust on seni vaid Rootsis. Näiteks oleks lisaks väljamakstavatele pensionidele ja töötajate väljateenitud pensioniõigustele võimalik tasakaaluindeksi abil automaatselt kohandada ka maksemäära. Arvestades, et osa praegusest Eesti esimese samba defitsiidist tuleneb pensionireformi üleminekukulust, võiks tasakaaluindeksi rakendamisel kaaluda süsteemi, kus riik katab üleminekukuludest tuleneva defitsiidi (mille suuruseks on summaarsed sotsiaalmaksu siirded kogumispensionide kontodele) muudest vahenditest ning automaatselt tasakaaluindeksit kasutatakse selleks, et defitsiit ei läheks üleminekukuludest suuremaks.

Kulubaasi (pensionäride arvu) muutuse arvestamine pensioniindeksis (poliitikavariant 23)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eeldusel, et pensionisüsteemi tulud ja kulud on tasakaalus (s.t süsteemi fiskaaltasakaal kalendriaastal on saavutatud), tagab Saksa-tüüpi jätkusuutlikkuse faktori sajaprotsendiline rakendamine koos pensionide kriisimäluga (*intemporal*) indekseerimisega süsteemi finantsilise jätkusuutlikkuse. Selleks et pensionisüsteem oleks samaaegselt nii finantsiliselt kui ka sotsiaalselt jätkusuutlik, oleks vaja:

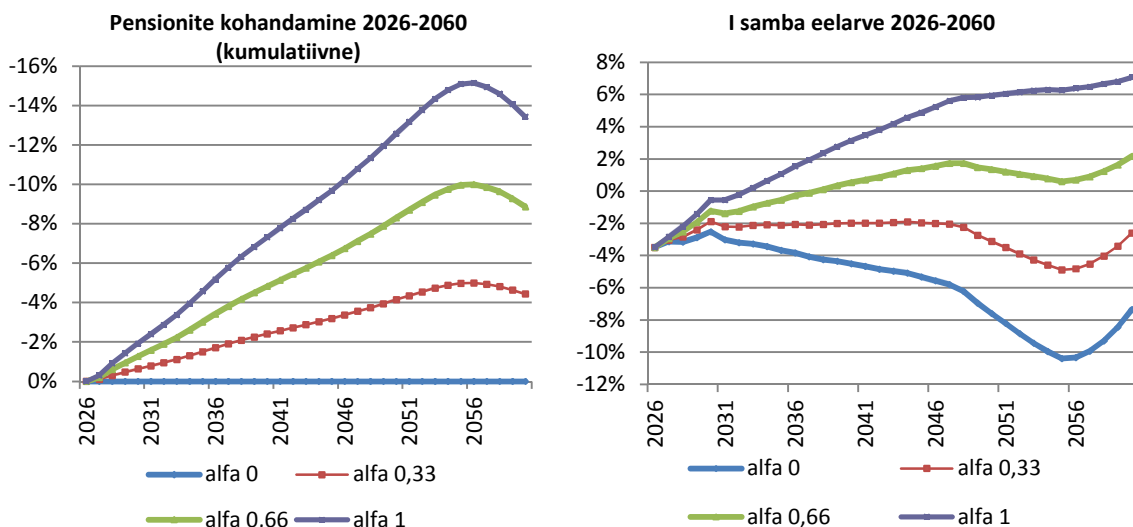
- 1) stabiilset süsteemisõltuvusmäära (maksumaksjate ja pensionäride arvu suhet) ning
- 2) stabiilset asendusmäära (pensionide ja palkade suhet).

Saksa pensionisüsteemis tasakaalustab jätkusuutlikkuse faktor süsteemi sõltuvusmäära muutust ning kriisimäluga indekseerimine asendusmäära muutust.

Praktikas on Saksa mudelis jätkusuutlikkuse faktori mõju pensionidele vähendatud neli korda ning selle kõrval rakendatakse muid tasakaalustamismehhanisme (näiteks maksemäära tõus või täiendav riigieelarveline finantseerimine). Jätkusuutlikkuse faktori arvestamisel eristab Saksamaad ja Jaapanit (vt ka kirjanduse ülevaadet) eelkõige see, et Jaapan kasutab pensionäride arvu muutuse asemel oodatava eluea muutust ning arvestab lisaks töötajatele ja töötutele ka mitteaktiivsetega. Lihtsustatult öeldes peegeldab jätkusuutlikkuse faktor Saksa pensionisüsteemis pigem süsteemisõltuvusmäära muutust, Jaapani pensionisüsteemis aga demograafilist sõltuvusmäära. Pensionisüsteemi tulude ja kulude tasakaalu aspektist on süsteemisõltuvusmäär tunduvalt täpsem indikaator kui oodatav eluiga või demograafiline sõltuvusmäär, kuivõrd pensionisüsteemi tulused-kulused mõjutab tegelik pensionile siirdumise aeg, mitte seadusjärgne pensioniiga. Samas on küsimus ka selles, milliste tegurite mõju peaksid kandma pensionisüsteemi osapooled ja milliste muutuste mõju peaks kandma ühiskond laiemalt.

Saksa-tüüpi jätkusuutlikkuse indeks võtab töötajate arvu muutust arvesse kahekordselt: esiteks maksutulude muutuses ning teiseks töötajate ja pensionisaajate arvu suhte muutuses. Poliitikavariant 23 väldib topelt indekseerimist ning lülitab Eesti pensioniindeksisse täiendavalt üksnes pensionäride arvu muutuse koefitsiendi. Kuivõrd senine pensioniindeks juba arvestab töötajate arvu muutust sotsiaalmaksu laekumise muutuse kaudu, siis täiendatakse indeksit pensionäride arvu aastase muutusega. Joonised 4.3.19 kajastavad kumulatiivset mõju pensionikuludele ja esimese samba eelarvele erinevate alfa väärtuste (pensionäride arvu muutuse kaalude) korral. Aastatel 2026–2055 indekseeritakse pensione igal aastal pensionäride arvu kasvu mõju neutraliseerimiseks täiendava negatiivse indeksiga 0,3–0,6%. Aastatel 2056–2060 hakkab pensionäride arv vähenema ning seetõttu lülitub sisse positiivne indeks vahemikus 0,3–0,6%. Poliitikavariandi ajahorisondi alguseks on aasta 2026, kuivõrd selleks ajaks on toimunud seadusjärgne pensioniea tõus (lisaindekseerija rakendamisel enne 2026. aastat hakkaks indeks pensione suurendama, kui pensionäride arv pensioniea tõstmise tõttu väheneks).

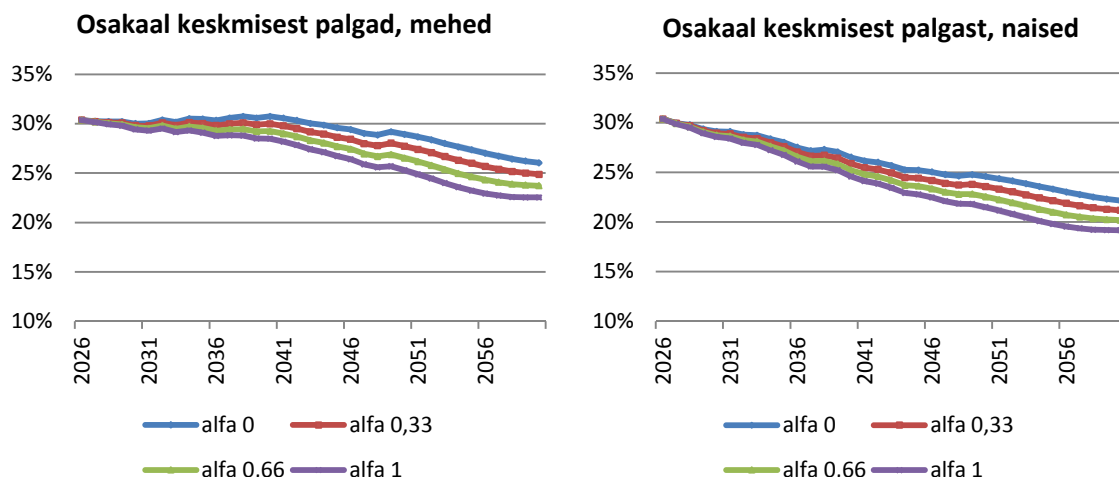
Joonis 4.3.19. Pensionikulude kumulatiivne kohandamine pensionäride arvu muutusest sõltuva jätkusuutlikkuse faktoriga indekseerimisel 2026–2060 ja esimese samba eelarvetasakaal (ülejäak/defitsiit)



Allikas: autorite koostatud, tugineb Praxise pensionimudelile

Modelleerimisel kasutatakse alfa koefitsiente 0; 0,33; 0,66 ja 1, baasaastaks on 2026. Pensionäride arv võtab arvesse kõiki pensionisaajaid (mitte ainult vanaduspensionäre). Pensionikulude kärpe puhul on eeldatud, et see ei mõjuta maksutulusid.

Joonis 4.3.20. Pensionide asendusmäär (pensioni suhe keskmisesse palka) erinevate alfa kordajate puhul 2026–2060



Allikas: autorite koostatud

Arvestuslike kontode süsteemi rakendamine (NDC) koos pensioni suuruse sõltuvusega kohordi keskmisest oodatavast elueast pensionile siirdumise vanuses (poliitikavariant 24)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

NDC-süsteemi toimimise loogikat on pikemalt kirjeldatud Rootsi pensionisüsteemi puudutavas kirjanduses ülevaates. NDC-süsteemi rakendamine Eestis tähendaks ühelt poolt individuaalsete kontode süsteemi

loomist. Seejuures saaks suuresti tugineda riikliku pensionikindlustuse registri isikustatud sotsiaalmaksu andmetele. Nagu eespool kirjeldatud, imiteerib pensionikindlustuse aastakoeffitsientide (ehk Saksa-tüüpi pensionipunktide) süsteem, mis on kasutusel Eesti esimese samba pensioni kindlustusosaku arvutamisel, suuresti NDC-süsteemi ning selliselt süsteemilt NDCle üleminek on suhteliselt lihtne. Põhimõtteliselt ongi Eestis riikliku pensionikindlustuse registris olemas kindlustatute arvestuslikud pensionikontod. Erinevus Rootsi NDC-süsteemi kontodest seisneb vaid selles, et Eesti süsteemis säilitatakse informatsiooni väljateenitud pensioniõiguse kohta aastakoeffitsientide summana (ehk sisuliselt konkreetse kindlustatu suhtelise õigusega teiste kindlustatute suhtes), samas kui Rootsi NDC-süsteemi arvestuslikel kontodel säilitatakse informatsiooni väljateenitud pensioniõiguste kohta sissemaksete summana Rootsi kroonides (ehk absoluutväärtusena). Samas saaks Eesti süsteemilt Rootsi-tüüpi süsteemile üle minna nii, et kindlustatute aastakoeffitsientide summad korrutatakse läbi aastahindega, et saada kindlustatute individuaalsete kontode algsaldo. Eraldi poliitilisi otsuseid ja nendega seotud tehnilisi lahendusi vajaks aga Eesti pensionivalemi baasosa käsitlemine – ühe võimalusena võiks baasosa jääda väljapoole NDC-süsteemi, kuid võimalik oleks ka nt baasosa muutmine proportsionaalseks kvalifikatsiooniperioodi pikkusega (pensioni saamiseks nõutava minimaalse staažiga). Samuti vajaks eraldi lahendamist enne 1999. aastat (s.t enne isikustatud sotsiaalmaksu arvestuse algust) omandatud pensionistaaži aastate arvestamine. Nimetatud pensioniõiguste kohta informatsioon riikliku pensionikindlustuse registris praegu puudub ning pensionile siirdujad peavad vastavaid staažiperioode tõendama muude dokumentidega (tööraamatud, arhiivitõendid jm). Kui NDC-süsteemi üheks eesmärgiks on täieliku ülevaate saamine pensionisüsteemi tulevikukohustustest, siis tuleks NDC-süsteemile üleminekul kõigile kindlustatutele omistada konto saldo väärtused ka enne 1999. aastat väljateenitud pensioniõiguste eest. Selles osas on võimalikud erinevad lahendused, kuidas ja millise perioodi jooksul kindlustatud isikud vastava info pensioniregistrile peaksid esitama.

Kuivõrd NDC-süsteemi üheks keskseks omaduseks on määratavate pensionide automaatne kohandamine oodatava eluea muutustega, laienevad selle poliitikavariandi suhtes sisuliselt poliitikavariandi 20 juures esitatud modelleerimise tulemused, sest ka poliitikavariant 20 puhul sõltub määratavate pensionide suurus kohordi keskmisest oodatavast elueast ning pensionile siirduvate kohortide ees on samasugune valik – kas aktsepteerida eelmiste kohortidega võrreldes väiksemat kuupensioni (mida oodatava eluea tõusu tõttu saadakse eelmisest kohordist pikema perioodi vältel) või lükata pensionile siirdumist edasi, et tagada eelmiste kohortidega samaväärne kuupension.

Cichon (1999) on näidanud, et ka varasamast töötasust sõltuvat DB-süsteemi saab kohandada selliselt, et see toimib makrotasandil sarnaselt NDC-süsteemiga. Erinevus võib olla ainult selles, et NDC-süsteemis on isiku pensioniõiguse hetkeväärtus ja kujunemine hõlpsamalt jälgitavad, süsteemi finantsiline läbinähtavus suurem ning süsteemi summaarsete kohustuste arvutamine mõnevõrra lihtsam.

Seega oleks NDC-süsteemile üleminek Eestis mõnes mõttes vaid administratiivne muutus, võrreldes poliitikaalternatiividega 20 ja 21. Samas ei tohiks alahinnata pensionisüsteemi finantsilise läbinähtavuse ja isiku pensioniõiguse kujunemise arusaadavuse suurenemise võimalikke mõjusid kindlustatute motivatsioonile ja pensionikäitumisele (vt ka arutelu aastakoeffitsientide arvutamise meetodika muutmist puudutavate poliitikaalternatiivide juures). NDC-süsteemi reaalne rakendamine eeldaks samas täiendavaid analüüse.

Poliitikavariantide võrdlus

Oodatava elueaga seotud poliitikavariantidest (poliitikavariandid 20, 21a ja 21b) on kõige kuluefektiivsem pensioniea tõstmine oodatava eluea tõusu võrra (vt tabelit 4.3.8). Kui pensioniea tõusu oodatava eluea võrra rakendada alates 2026. aastast, siis jõuaks pensionisüsteem defitsiidist välja 12 aasta pärast, mil pensioniiga on tõusnud 66,5 aastale. Loomulikult tekitab küsitavusi selle poliitikavariandi teostatavus, sest see eeldab pensioniea tõusu 69,5 aastale aastaks 2026. Kui tervisliku vananemise hüpotees (mida on näiteks OECD toonud välja tervisekulude projekteerimisel) peab paika, võib pensioniiga tõepoolest kiiresti tõusta, sest pensionieelikute produktiivsus ei lange. Kui tervisliku vananemise hüpotees paika ei pea, siis tekib risk, et edasi töötama sunnitud pensionieelikud muutuvad ebaproductiivseks. Sala-i-Martin (1996) toob välja, et ühiskonnale on odavam maksta teatud vanuses inimestele pensione kui omada ebaproductiivseid kõrges eas töötajaid, kellel on negatiivne mõju teistele kaastöötajatele. Peale selle on iga pensioniea tõus poliitiliselt raske otsus.

Tabel 4.3.8. Esimese samba jooksva saldo areng erinevate poliitikavariante korral (Riikliku pensionikindlustussüsteemi eelarve saldo aastas / pensionikindlustussüsteemi sotsiaalmaksu laekumine)

1. samba defitsiit/ülejääk	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Poliitikavariant 20*	-10,0	-16,3	-6,6	-4,2	-2,4	-2,5	-1,9	-1,0	-2,1	-2,9	0,1
Poliitikavariant 21a*	-10,0	-16,3	-6,6	-4,2	-1,9	-0,4	0,9	2,4	2,8	2,9	3,2
Poliitikavariant 21b*	-10,0	-16,3	-6,6	-4,2	-1,8	-2,2	-1,4	-1,6	-1,5	-3,4	-1,7
Poliitikavariant 22*	-10,0	-12,9	-5,1	-3,1	-1,3	-2,2	-2,6	-2,8	-4,3		
Poliitikavariant 23*	-10,0	-16,3	-6,6	-4,2	-1,7	-1,9	-1,9	-2,0	-3,3	-5,2	-2,7
AKM baasstsenaarium	-10,0	-16,3	-6,6	-4,2	-2,5	-3,7	-4,5	-5,3	-7,6	-10,4	-7,4

* Poliitikavariandid:

Poliitikavariant 20: määratavale pensionile rakendatakse oodatava eluea tegurit (Soome variant): diskontomäär 2%; eeldatakse, et pensionile siirduvast kohordist 50% töötab edasi, et kompenseerida oodatava eluea muutuse mõju, ning 50% lepib väiksema pensioniga.

Poliitikavariant 21a: pensioniiga tõuseb oodatava eluea muutuse võrra.

Poliitikavariant 22b: pensioniiga tõuseb nii, et keskmise tööstaaži ja keskmise pensioni saamise perioodi suhe ei muutu.

Poliitikavariant 23: tasakaaluindeksi rakendamine sõltuvalt pensionisüsteemi varade ja kohustuste tasakaalust (alfa = 0,33).

Poliitikavariant 24: pensionäride arvu muutuse arvestamine pensioniindeksis (alfa = 0,33).

Allikas: autorite koostatud

Poliitikavariandi 20 puhul (määratavatele pensionidele rakendatakse eluea kordajat) jõuab eeltoodud eelduste korral esimene samm defitsiidist välja prognoosihorisoni lõpuks, 2060. aastaks. Samas on selle poliitikavariandi puhul raske ette näha, kui suur osa pensionile siirduvast kohordist lükkab pensionileminekut edasi – see sõltub nii tööjõunõudlusest, terviseseisundist tingitud tegevuspiirangutest, vastavas kohordis enam levinud elukutsetest, haridusest ja muudest teguritest. Need tegurid võivad mõjutada oluliselt kohordi keskmise asendusmäära arengut ning asendusmäära kohordisisest varieeruvust ehk kohortidevahelist ja kohordisisest õiglust. Poliitikavariandi mõju pensionisüsteemi kuludele ei sõltu samas oluliselt sellest, kas suurem osa kohordist otsustab varem pensionile minna ja lepib väiksema pensioniga või jätkab töötamist.

Poliitikavariandi 21b puhul jääb pensionisüsteem küll analüüsi horisoni lõpuni defitsiiti, kuid defitsiit on tunduvalt väiksem kui AKM baasstsenaariumis. Ka selle poliitikavariandi eelduseks on, et koos oodatava eluea pikenemisega pikeneb ka haigusvaba eluiga (tervena elatud aastate arv). Keskmise tööstaaži ja pensioni saamise perioodi suhte fikseerimine tundub ilmselt õiglasem nii kohortidevahelisest (erinevate kohortide puhul on töötamise aastate ja pensioni saamise aastate proportsioon ühesugune) kui ka põlvkonnasisesest vaatenurgast.

Finantsilise jätkusuutlikkuse aspektist on kõige tõhusam pensioniea tõus oodatava eluea tõusu võrra (poliitikavariant 21a). See poliitikavariant on potentsiaalselt kõige tõhusam ka keskmise asendusmäära arengu ehk sotsiaalse jätkusuutlikkuse aspektis, hoides asendusmäära veidi kõrgemal tasemel kui AKM baasstsenaariumis. See on ka loogiline, kuivõrd töötamise periood pikeneb. Samas sõltub pensioniea tõusu reaalne mõju siiski erinevatest taustteguritest ja pensionikäitumuslike tegurite arengust – tööjõunõudlusest, terviseseisundist tingitud tegevuspiirangutest, ennetähtaegsele pensionile siirdumisest jm.

Poliitikavariandi 22 korral (tasakaaluindeksi rakendamine sõltuvalt pensionisüsteemi varade ja kohustuste tasakaalust) peegeldab pensionisüsteemi defitsiit otseselt AKM baasstsenaariumi defitsiiti. See poliitikavariant ei sõltu oodatavast elueast, vaid ainult pensionisüsteemi finantsilisest seisundist. Kui pensionisüsteem on ülejäägis, siis pensione ei vähendata, kuid defitsiidi korral käivitub automaatselt kohandamismehhanism. Selle mehhanismi rakendamisel tekivad küsimused, kui palju oleks mõistlik

pensione vähendada tingituna süsteemi finantstulemustest ning kas tuleks eelnevalt määratleda ka minimaalne pension või asendusmäär. Seda poliitikavarianti oleks võimalik kombineerida ka poliitikavariandiga 20 (kus kasutatakse pändlikku eluiga).

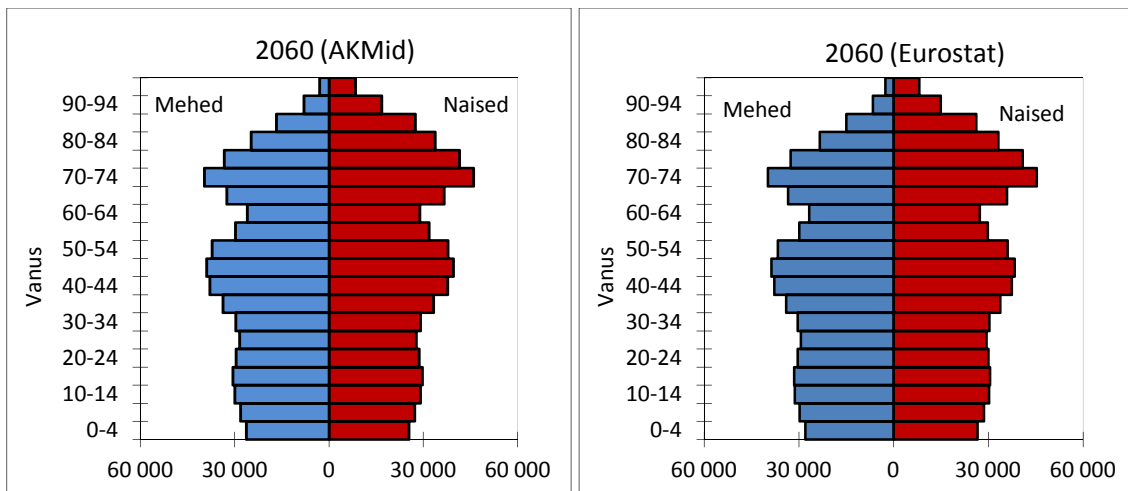
Poliitikavariant 23 (pensionäride arvu muutuse arvestamine pensioniindeksis) püstitab sarnaseid küsimusi ja probleeme mis poliitikavariant 22 – pensionide asendusmäär langeb iga kohandamisega. Peamine erinevus seisneb selles, et pensionide kärpe ajendiks ei ole eelarvetasakaal, vaid rahvastiku vananemine. Seetõttu võivad probleemiks osutada nii „beebibuumi“-aegsed kui ka väikese suurusega kohordid, kes mõjutavad pensionikulusid nii tööturule sisenedes kui ka sealt väljudes: väikeste kohortide jõudmisel pensioniikka „premeeritakse“ kõiki pensionäre, samas „beebibuumi“-kohortide jõudmisel pensioniikka „karistatakse“ kõiki pensionäre. Mõju eelarvetasakaalule sõltub teguri kaalu valikust (tabelis 4.3.8 toodud arvutuste puhul on lähtunud kaalust 0,33 ehk pensionäride arvu muutuse mõjust ühe kolmandiku kannavad pensionisaajad).

Kõigi poliitikavariantide mõju analüüsimisel on vaadeldud eeskätt kulude poolt. Siiski võib eeldada, et tulevikus muutuvad ka pensionisüsteemi tulud. Ei ole väga tõenäoline, et pensionikulude osakaal sisemajanduse koguproduktis langeks, mis mõne poliitikavariandi puhul seniste eelduste puhul toimuks. AKMide mõju edasisel analüüsimisel tuleks püüda arvestada erinevate meetmete kaudseid mõjusid ning pensionisüsteemi täiendavat tasakaalustamist võimalike maksutõusude või teiste lisaallikatega.

Sensitiivsusanalüüs

Oodatava eluea prognoosimisel on palju määratamatust, mistõttu uuritakse alljärgnevatel tabelites (tabelid 4.3.9 ja 4.3.10) poliitikavariantide tundlikkust AKM baasstsenaariumist kõrgema ja madalama oodatava eluea arengu suhtes. Oodatava eluea (vanuses 65 aastat) prognooside aluseks on Eurostati rahvastikuprognosis eeldused. AKMide sensitiivsusanalüüsi jaoks kasutatud rahvastikuprognosis erineb Eurostati prognoosist, mille põhjal on kogu eelnev simulatsioon tehtud. Seega tõuseb oodatav eluiga vanuses 65 aastat negatiivse stsenaariumi korral 5% vähem kui Eurostati prognoos ning positiivse stsenaariumi korral 5% Eurostati prognoosist rohkem, kuid pensionimudelil kasutatav rahvastikustruktuur (mis samuti suureneb või väheneb vastavalt stsenaariumile) ei ole identne Eurostati prognoosiga, ehkki on samade eelduste kasutamise tõttu väga sarnane (vt joonis 4.3.21).

Joonis 4.3.21. Eurostati ja AKMide analüüsi aluseks olevate rahvastikuprognosiside erinevus



Allikas: Eurostat, autorite koostatud

Tabel 4.3.9. Esimese samba jooksev saldo positiivse oodatava eluea stsenaariumi korral (Riikliku pensionikindlustussüsteemi eelarve saldo aastas / pensionikindlustussüsteemi sotsiaalmaksu laekumine)

1. samba defitsiit/ülejääk	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Poliitikavariant 20*	-10,0	-18,0	-9,7	-8,4	-7,2	-7,8	-7,5	-7,2	-7,8	-9,3	-6,8
Poliitikavariant 21a*	-10,0	-18,0	-9,7	-8,4	-6,8	-6,7	-6,5	-7,2	-7,9	-9,7	-9,2
Poliitikavariant 21b*	-10,0	-18,0	-9,7	-8,4	-5,9	-4,4	-3,4	-2,4	-2,0	-2,5	-3,2
Poliitikavariant 22*		-13,3	-6,6	-5,5	-4,3	-5,4	-6,0	-6,4	-8,3		
Poliitikavariant 23*					-6,8	-6,4	-5,7	-6,3	-6,4	-6,6	-8,3
AKM baasstsenaarium	-10,0	-18,0	-9,7	-8,4	-7,4	-9,1	-10,3	-11,8	-14,9	-18,5	-16,2

* Poliitikavariandid:

Poliitikavariant 20: määratavale pensionile rakendatakse oodatava eluea tegurit (Soome variant): diskontomäär 2%; eeldatakse, et pensionile siirduvast kohordist 50% töötab edasi, et kompenseerida oodatava eluea muutuse mõju, ning 50% lepib väiksema pensioniga.

Poliitikavariant 21a: pensioniiga tõuseb oodatava eluea muutuse võrra.

Poliitikavariant 22b: pensioniiga tõuseb nii, et keskmise tööstaaži ja keskmise pensioni saamise perioodi suhe ei muutu.

Poliitikavariant 23: tasakaaluindeksi rakendamine sõltuvalt pensionisüsteemi varade ja kohustuste tasakaalust (alfa = 0,33).

Positiivse oodatava eluea stsenaariumi korral tõusevad pensionikulud märkimisväärselt, mistõttu defitsiidist väljatulek osutub väga raskeks, kui mitte võimatuks (vt tabel 4.3.9). Oodatava eluea negatiivse stsenaariumi korral ei ole erinevus AKM baasstsenaariumiga nii suur kui positiivse stsenaariumi korral.

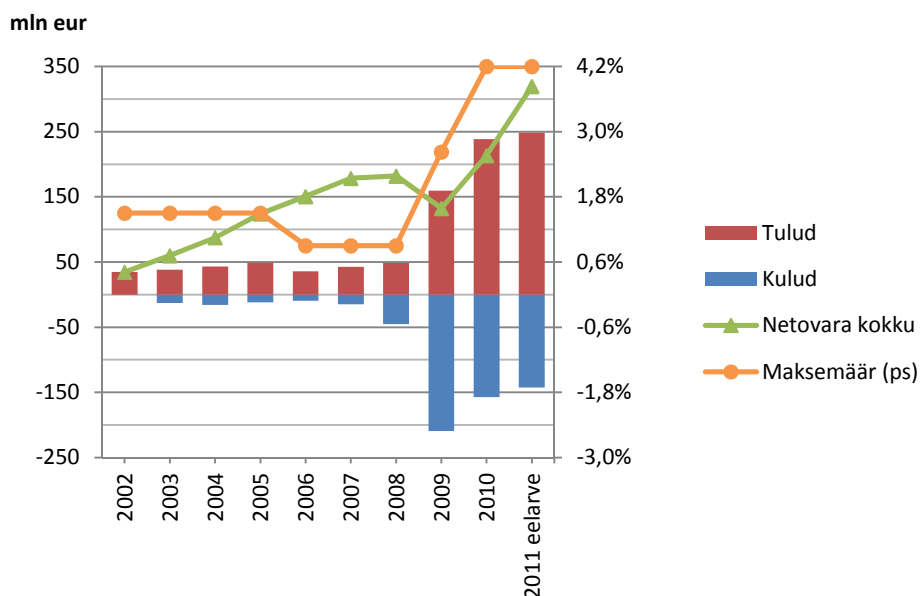
4.4. Töötuskindlustuse ja töötushüvitistega seotud poliitikavariandid

Töö kaotus põhjustab sissetulekute vähenemise ja mõjutab seega negatiivselt toimetulekut. Töötuse kui sotsiaalse riski maandamiseks rakendatakse meetmeid, mis tagavad töötuseperioodiks majandusliku toimetuleku ja võimaldavad otsida sobivat tööd, aga ka toetavad hõivesse tagasipöördumist ega soodusta pikaajalist töötust.

Eestis on alates 1992. aastast rakendatud väga madalat kõigile ühtse määraga töötutoetust, mille eesmärk on tagada töö otsimiseks vajalik sissetulek inimestele, kes on tööta ja otsivad aktiivselt tööd. Toetuse suuruseks on 65,41 eurot kuus (1023 krooni), jäädes oluliselt alla elatusmiinimumile (2009. aastal 170 eurot ehk 2660 krooni). 2002. aastal liideti töötuse, kollektiivse koondamise ja tööandja maksejõuetuse riskide katmine töötuskindlustussüsteemi, mida rahastatakse sihtotstarbelise maksega kogutavatest vahenditest ning kus hüvitised sõltuvad kindlustatu varasemast palgast. Töötuskindlustuse loomise järel suurenes töötuskindlustushüvitisele kvalifitseeruvate töötute finantskaitse märgatavalt. Keskmine kuise töötuskindlustushüvitise suurus 2010. aastal oli 265 eurot (4146 krooni) ja keskmine hüvitise saamise kestus 200 päeva. Asendussissetulekut pakkuvaid meetmeid täiendavad tööturuteenused ning nendes osalemist toetavad stipendium, sõidu- ja majutustoetus.

Eesti Töötukassa (edaspidi Töötukassa) administreerib ja maksab välja nii töötuskindlustusmaksest finantseeritavaid kindlustushüvitisi kui ka töötuskindlustuse seaduse alusel kindlustamata isikute tööturuteenuseid ja -toetuseid (sh töötutoetus), mille kulu kaetakse riigieelarvest. Joonisel 4.4.1 on ülevaade Töötukassa tegutsemisperioodi finantsnäitajatest ja maksemäärast. Töötukassa kulud olid esimestel aastatel, mil töötus alanen ja vähe oli töötuskindlustushüvitisele kvalifitseerujaid, madalad. Kulud tõusid koos töötute arvu kasvuga 2008. aastal ja hüppeliselt 2009. aastal. Maksemäär on muutunud kooskõlas prognoositud väljamaksetega, kuid enamasti kavandatust madalamaks jäänud kulud on andnud võimaluse reservi loomiseks, mis annab kindluse, et ka väga kiire töötuse kasvuga perioodil on võimalik tagada töötutele toimetulekuks ja töötamiseks vajalikud vahendid, nagu 2009. ja 2010. aastal toimus.

Joonis 4.4.1. Töötukassa finantsnäitajad ja töötuskindlustusmakse määr 2002–2011



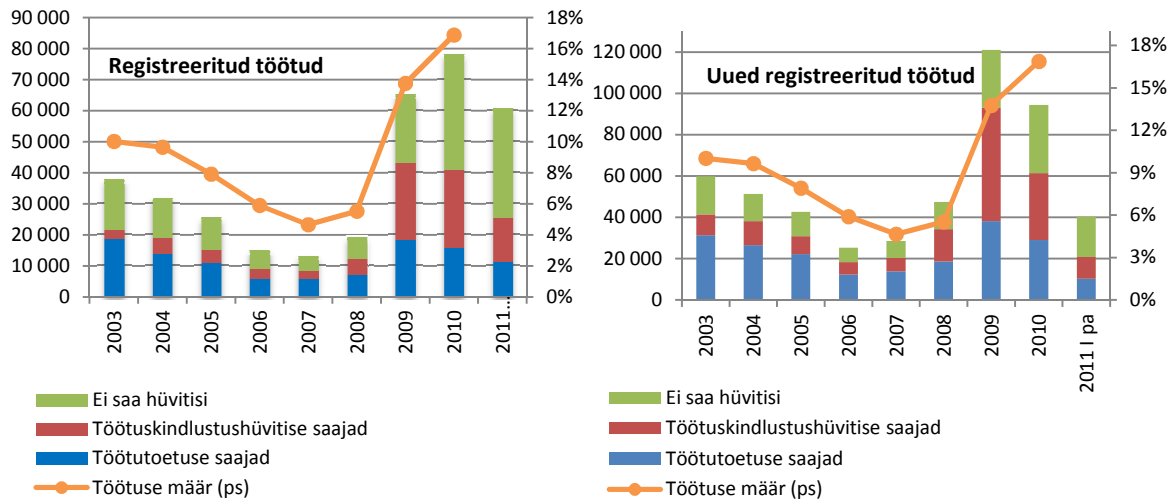
Allikas: Töötukassa majandusaasta aruanded

2008. aastani jäid tööpoliitika kulud Eestis alla 0,2% SKPst ning olid ELi liikmesriikide võrdluses madalaimad. Kuigi ka töötuse tase oli suhteliselt madal, püsis isegi töötuse määrade erinevuse korrigeerimise järel (võrreldakse kulutuste osakaalu SKPst ühe töötuse protsendi kohta) rohkem kui viiekordne tööpoliitika kulutuste erinevus enim kulutavate riikidega võrreldes. Majanduskriis ja väga suur töötute arvu kasv ning samaaegne SKP langus tõi kaasa väga suure tööpoliitika kulude taseme kasvu, mis jõudis ligi 1,4%ni SKPst. Suurem osa kulude kasvust on tingitud töötushüvitiste kulude kasvust (Vörk *et al.* 2010).

Baasstsenaariumi (pikemalt alapunktis 3.2.4) põhjal moodustavad kõigi töötushüvitiste (töötuskindlustushüvitis, koondamishüvitis, tööandja maksejõuetuse hüvitis ja töötutoetus) kulud pikaajaliselt 0,3% SKPst, kui võtta arvesse töötutoetuse tõusu pooleni alampalgast ja optimistlikku hõivestsenaariumi, mille järgi hõive määrad tõusevad 2008. aasta tasemele, töötuse määr langeb tasemeni 6,2%. Kokku moodustavad aktiivsete ja passiivsete meetmete kulud baasstsenaariumi eelduste kohaselt kuni 0,5% SKPst, kui aktiivse tööpoliitika kulud jäävad 2010. aasta tasemele ühe töötada sooviva isiku kohta, ning ligi kaks korda rohkem, 1,0% SKPst, kui aktiivse tööpoliitika kuluga isiku kohta soovitakse jõuda ELi keskmisele tasemele. Töötuskindlustusmakse laekumine on praeguste maksemäärade juures ligikaudu 1,3% SKPst. Töötuskindlustuse tulude ja kulude tasakaal on mõjutatud tööhõive arengust ja on vähem tundlik pikaajalise demograafilise arengu suhtes. Kui hõive-eeldused peavad paika, siis praegune töötuskindlustusmakse määr katab varuga senisel tasemel kindlustushüvitiste, poole alampalgani ulatava töötutoetuse ja ELi keskmisel tasemel aktiivsete meetmete rahastamise kulud.

Senine töötuse madalaim tase oli 2007. aastal, pärast seda on töötus tunduvalt tõusnud, kiireim töötute juurdekasv oli 2009. aastal (vt ka joonis 4.4.2). Kuni 2008. aastani oli keskmine töötutoetuse saajate suhe registreeritud töötute koguarvuga ligi 45%, seejärel alanes märgatavalt ja oli 2011. aasta I poolaastal vaid 18%. Samal ajal kasvas märkimisväärselt töötuskindlustushüvitist saavate töötute osakaal, mis 2009–2010 ulatus 34%ni. Seega kvalifitseerus kiire töötuse kasvu perioodil töötuskindlustushüvitisele 35–45% uutest registreeritud töötutest. Vaatamata sellele on hüvitistega kaetus madal. Perioodil 2002–2010 ei saanud töötuskindlustushüvitist ega töötutoetust (edaspidi on töötuskindlustushüvitis ja töötutoetus koos hõlmatud mõistega hüvitised) keskmiselt 40% registreeritud töötutest, kuid 2011. aasta I poolaastal ei saanud koguni 48% uutest ja 58% kõigist registreeritud töötutest hüvitisi. Ilmselt selgitab seda see, et kõrge töötuse tingimustes on raskem tööd leida ja töötuse periood pikeneb, kuid hüvitisi saab endiselt kuni aasta jooksul.

Joonis 4.4.2. Keskmise töötushüvitiste saajate osa registreeritud töötutest ja uutest registreeritud töötutest.

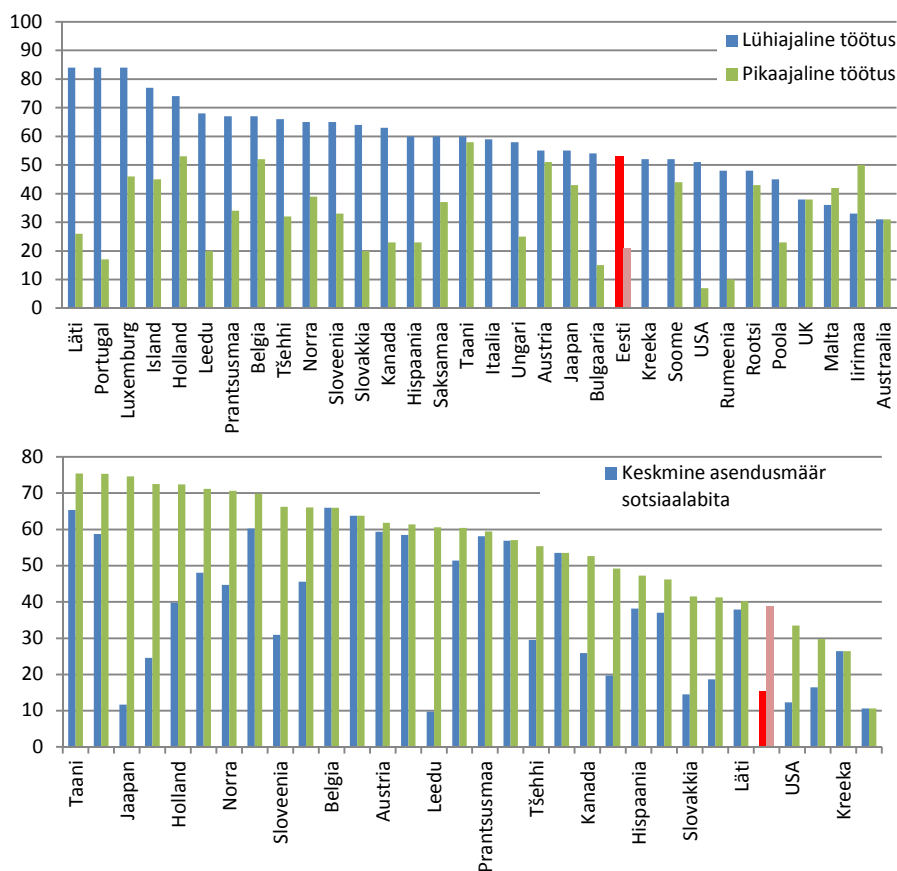


Allikas: Töötukassa kodulehekül, ESA andmebaas, autorite arvutused

Eli sotsiaalkaitse ja sotsiaalkindlustuse andmebaasi MISSOC põhjal on töötuskindlustushüvitise maksimaalne kestus, mis Eestis on 360 päeva, ELi liikmesriikidega võrreldes suhteliselt madal, kuid samal tasemel teiste Ida-Euroopa riikidega. Paistab silma, et Eesti süsteem on lihtsam: ühtsed töötuskindlustushüvitise suurused ja pikkused, vaatamata vanusele või teistele teguritele. Näiteks Poolas sõltub hüvitise saamise kestus piirkonna töötuse tasemest, Rootsis ka alaealiste laste olemasolust. Vanemaealisi käsitletakse soodsamalt näiteks Austrias, Tšehhis ja Prantsusmaal. Ühelt poolt on vanemaealistel pikem staaž ja kindlustusmaks maksmise periood, millega tekib suurem õigus hüvitisele, kuid samas kuuluvad vanemaealised riskigruppi, sest neil on töö leidmine keerulisem. Ka hüvitise asendusmäär on Eestis suhteliselt madal ega sõltu ülalpeetavate olemasolust. Seega ei ole Eesti töötuskindlustussüsteem ELi liikmesriikide võrdluses helde, kuid ta on töötute finantskaitse taset oluliselt tõstnud.

Netoasendusmäärad (vt ka joonis 4.4.3) on nii lühiajalise kui ka pikaajalise töötuse puhul (vastavalt 53% ja 21%) keskmist palka teeninud inimese puhul madalamad kui teiste arenenud riikide keskmine. Suhteliselt väiksemad on netoasendusmäärad lastega leibkondade ja keskmisest madalamat palka teeninud inimeste puhul, samuti pikaajalise töötuse puhul. Erinevate leibkonnatüüpide keskmine asendusmäär viieaastase töötuseperioodi jooksul annab Eestile 32 riigi võrdluses 27. koha, koos sotsialtoetustega on asendusmäär küll kõrgem, kuid suhteline positsioon veel koha võrra tagapool.

Joonis 4.4.3. Netoasendusmäärad keskmist palka teenival inimesel lühiajalise ja pikaajalise töötuse* korral (ülemine joonis) ning keskmine netoasendusmäär viieaastase töötuseperioodi jooksul (alumine joonis).



* Lühiajalise töötuse netoasendusmäär on arvestatud töötuks jäämisel, kuid pärast ooteperioodi, pikaajaline 60. töötuse kuul koos toimetulekutoetusega.

Allikas: OECD (2010) Net replacement rates (NRR) for long-term unemployed, during the initial phase of unemployment and over a five-year period following unemployment, 2001–2009

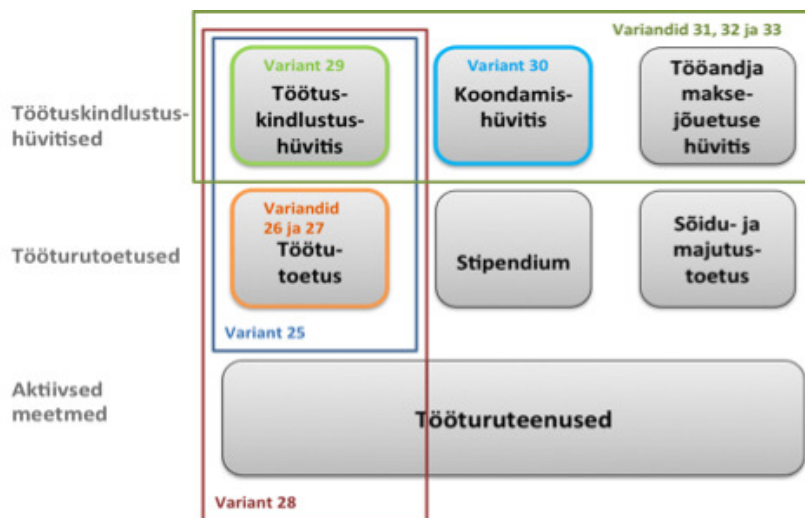
Võrk et al. (2010) analüüsisid erinevate leibkonnatüüpide toimetulekut ning leidsid, et kõige suurema absoluutse vaesusriskiga on töötute leibkond, kus on ligi 60% suurem tõenäosus olla absoluutses vaesuses kui leibkonnas, kus on üksik töötav inimene. See näitab, et töötutele suunatud hüvitised ei ole kõigile kättesaadavad või ei ole need piisavad ehk, nagu eespool kirjeldatud, on hüvitistega kaetus madal ja töötutoetus jääb allapoole vaesuspiiri. Ka teiste ELi riikidega võrreldes on Eesti sissetulekute jaotuses töötute sissetulekud suhteliselt kõige madalamad: 2008. aasta EU-SILC-uuringu järgi oli Eesti töötute suhtelise vaesuse määr kõrgeim, ulatudes kuni 60%ni, ELi keskmine oli 44%.

Kokkuvõttes on töötuskindlustussüsteem hästi toime tulnud ka väga kiire töötuse kasvuga perioodil, kogutud on reserve ning baasstsenaariumi järgi lisarahvajadust praeguste maksemäärade juures ei ole. Samas on töötute vaesusrisk kõrge. Põhjuseks on nii vähenenud kaetus hüvitistega, töötutoetuse madal määr kui ka suhteliselt lühike hüvitiste saamise periood. Võimalik, et töötushüvitiste saamise kriteeriumid piiravad liigselt hüvitistele ligipääsu, madal töötutoetus ei kata aktiivse töötuse kulusid või oleks otstarbekas kõrge töötuse tingimustes, kui töö leidmine on keerulisem, hüvitiste maksmise perioodi pikendada.

Töötushüvitistega seotud poliitikavariantide analüüs vaatlleb töötuskindlustuse rahastamise muutmist vastutsüklikuks ja alternatiivse rahastamisviisina individuaalsete kogumiskontode rakendamist, kuid kuna pikaajalise finantsilise jätkusuutlikkuse küsimus pole baasstsenaariumi prognoosi alusel terav, siis keskendutakse peamiselt praeguste hüvitiste parameetritele muudatustele. Joonis 4.4.4 kirjeldab analüüsis käsitletud töötuse riski maandamisega seotud elemente. Enam käsitletakse töötushüvitiste tingimusi ja nendega hõlmatust, sealjuures keskendutakse kahele peamisele hüvitisele

(töötuskindlustushüvitis ja töötutoetus), eraldi ei vaadelda tööandja maksejõuetuse hüvitist. Samuti jäävad fookusest välja tööturuteenused ning tööturuteenustes osalemist toetavad stipendiumid, sõidu- ja majutustoetused.

Joonis 4.4.4. Poliitikavariantide analüüsis käsitletud töötuse riski maandamise süsteemi elemendid.



Allikas: autorite koostatud

Järgnevas tabelis on toodud töötushüvitistega seotud poliitikavariantide jagunemine muudatuse ulatuse järgi.

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Parameetiline muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Töötuskindlustushüvitise ja töötutoetuse suuruse ning maksmise perioodi muutmine (poliitikavariant 25) Töötutoetuse maksmise menetluse lihtsustamine ja õigustatud subjektide ringi laiendamine (poliitikavariant 26) Töötutoetuse tõstmine minimaalse töötuskindlustushüvitise tasemele (poliitikavariant 27) Aktiivsete ja passiivsete tööturumeetmete sidumine (poliitikavariant 28) Töötuskindlustushüvitise maksmise jätkamine, kui töötu asub ajutisele või osalise ajaga tööle (poliitikavariant 29) Koondamishüvitise muutmine paindlikumaks (poliitikavariant 30) Arvestusliku kontosüsteemi rakendamine töötuskindlustuses (poliitikavariant 32)
Struktuurne muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Töötuskindlustuse rahastamise vastutsükliliseks muutmine ning hüvitise pikkuse kohandamine töö leidmise tõenäosusega (poliitikavariant 31) Kohustuslike sissemaksetega töötushüvitiste kogumiskonto loomine (poliitikavariant 33)
Erakindlustuse kaasamine	<ul style="list-style-type: none"> Kohustuslike sissemaksetega töötushüvitiste kogumiskonto loomine (kui erasektor haldab) (poliitikavariant 33)

Töötuskindlustushüvitise ja töötutoetuse suuruse ning maksmise perioodi muutmine (poliitikavariant 25)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Motiveerida kiiret hõivesse liikumist
- Tagada töö otsimiseks vajalik sissetulek
- Vähendada vaesusriski
- Võimaldada sobiva töö leidmist

Senine olukord¹⁴

Töötuskindlustushüvitise saamise periood on maksimaalselt 360 päeva: kuni 56-kuuse kindlustusstaaži puhul määratakse hüvitist 180 kalendripäevaks, 56–110-kuuse kindlustusstaaži korral 270 kalendripäevaks ning rohkem kui 111-kuuse kindlustusstaažiga inimesed saavad hüvitist kuni 360 kalendripäeva. Töötuskindlustushüvitise määr esimese saja päeva jooksul on 50% eelnevast töötasust, alates 101. päevast langeb asendusmäär 40%ni. Minimaalne hüvitise suurus on 50% alampalgast, maksimaalne 50% eelneva kalendriaasta kolmekordsest Eesti keskmisest töötasust. Töötutoetuse päevamäär on 2,11 eurot (33 krooni) ning seda makstakse kuni 270 päeva.

Eesti töötuskindlustushüvitise asendusmäär on võrdluses teiste ELi liikmesriikidega suhteliselt madal ja hüvitise saamise periood suhteliselt lühike (Leetmaa *et al.* 2004). Ka kvalifikatsiooniperiood hinnati suhteliselt pikaks, kuid 2007. aastast muudeti kvalifikatsioonitingimust: hüvitise saamiseks on vajalik 12 kuud kindlustusstaaži 36 kuu jooksul varasema 24 kuu asemel.

Poliitikavariandi kirjeldus

Parameetrid, mille muutmisega proovitakse leida optimaalne finantsilise kaitse tase, kuid vältida töötute tööotsimise motivatsiooni olulist vähendamist ja pikaajalise töötuse soodustamist, on hüvitiste suurus, nende maksmise periood ja astak (asendusmäär vähenemise ulatus hüvitise saamise perioodi jooksul). Eelarve mõjust ettekujutuse saamiseks antakse hinnang kolme võimaliku parameetrilise muudatuse kuludele:

- töötuskindlustushüvitise asendusmäär tõstmine 10% võrra (esimesed 100 päeva asendusmäär 60%, 101. päevast 50%) ja töötutoetuse tõstmine 10% võrra,
- töötuskindlustushüvitise asendusmäär tõstmine esimeseks 100 päevaks ehk astaku suurendamine (esimesed 100 päeva asendusmäär 60%, 101. päevast 40%),
- töötuskindlustushüvitise ja töötutoetuse maksmise perioodi pikendamine 90 päeva võrra (töötuskindlustushüvitise maksimaalne kestus 450 päeva, töötutoetusel 360 päeva).

Mõjud

Ühelt poolt soodustab töötuks jäämisel sissetuleku kadumise riski maandamine kindlustushüvitise ja töötutoetuse (edaspidi koos mõiste all hüvitised) abil tööturuseisundite vahelist liikumist – töölt lahkumine muutub töötaja jaoks kergemaks, tööandjad saavad lihtsamini töötajaid värvata ja vallandada, sest tugisüsteem on hüvitiste ja toetuste näol olemas. Tööjõu suurem liikumine omakorda kiirendab majanduses toimuvaid kohanemisprotsesse. Samuti tagavad hüvitised tööotsimise perioodiks asendussissetuleku, mis võimaldab kauem sobivat tööd otsida. Seega võib töötus lühiajaliselt suureneda tööotsingute pikenemise tõttu, kuid pikas perspektiivis võib sobiva töö leidnute töötuks jäämise tõenäosus väheneda. Lisaks võib töötuskindlustus motiveerida mitteaktiivseid tööd otsima, et selle kaudu täita kindlustushüvitise saamiseks vajalik kvalifikatsiooniperiood (Leetmaa *et al.* 2004).

¹⁴ Senise olukorra kirjeldused on koostatud tööturuteenuste ja -toetuste seaduse, töötuskindlustuse seaduse ja Töötukassa kodulehe põhjal.

Teisalt esineb hüvitiste mittesoovitatav mõju tööturule – inimeste motivatsioon töötusest väljuda on madalam, sest toetused kindlustavad piisava sissetuleku. Kindlustussüsteemis esinevat olukorda, kus inimeste käitumist ja seetõttu riski realiseerumist (näiteks töötuks jäämist, hõivesse liikumise tõenäosust) mõjutab kindlustuse olemasolu, tuntakse moraalariskina (Barr 1993).

Tööturukäitumist selgitava otsimisteooria järgi toovad hüvitise maksmise pikem periood ja kõrgem määr kaasa väiksema töötusest väljumise tõenäosuse. Samas tõuseb tõenäosus töötusest väljumiseks hüvitiseperioodi lõpu lähedal, sest minimaalne palgatase, millega töötu on nõus tööle asuma, väheneb.

Teooriat kinnitavad mitmed empiirilised uurimused. Lisaks on leitud, et hüvitise maksmise periood on olulisemaks töötusest väljumise tõenäosuse mõjutajaks kui hüvitise suurus (Atkinson, Micklewright 1991), ning suuremad toetused, mida makstakse lühikese perioodi jooksul, kahjustavad töö leidmise motivatsiooni vähem kui suhteliselt madalad toetused, mille maksmise kestus ei ole piiratud (OECD 1999). Samuti on enamasti jõutud järeldusele, et töötusperioodi pikenedes vähenev hüvitise määr soodustab tööotsingut ja stimuleerib liikumist hõivesse (Schmid, Reissert 1996).

Eesti andmetel hüvitiste saamise mõju töötuse kestusele hinnanud uurimustes on jõutud samuti järeldusele, et kõrgemad hüvitised vähendavad tõenäosust töötusest väljuda. Hinnosaar (2004) uuris töötutoetuse ja toimetulekutoetuste mõju töötuse kestusele ning leidis, et kui perekond saab erinevaid hüvitisi, siis inimese tööotsimise intensiivsus väheneb. Leetmaa ja Võrk (2004) järeldasid, et kõrgemad asendusmäärad toovad kaasa madalama töötusest väljumise tõenäosuse. Hüvitise alanemisega 100. päeval või lõppemisega 180. päeval kaasneb töötusest väljumise kasv. Samuti leiavad nad, et õigus koondamishüvitistele toob kaasa madalama töötusest väljumise tõenäosuse. Võrgu ja Leetmaa (2007) analüüs näitas, et kõrgemad koondamishüvitised suurendasid tõenäosust, et inimene saab kauem töötuskindlustushüvitist. Koondamishüvitised, mis olid üle 25 000 krooni (1598 eurot), suurendasid esimesel kuul töötuskindlustushüvitise saamise tõenäosust peaaegu kaks korda (36%lt 60%ni). Kuuendaks kuuks peale koondamist oli see erinevus veelgi suurem (12%lt 47%ni). Seega vähendasid suured koondamishüvitised töö otsimise motivatsiooni vähemalt majanduskasvu perioodil. Lauringson (2010) leidis Eesti töötuskindlustushüvitise saajate andmetel, et tõenäosus liikuda töötusest hõivesse tõuseb kogu hüvitiseperioodi vältel ja langeb järsult peale hüvitise maksmise lõppemist, kuid hõivesse liikumise tõenäosus on pikema hüvitiseperioodi puhul madalam.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et töötuskindlustushüvitis peaks andma töötajale kindluse töösuhte katkemise olukorraks ning olema piisavalt kõrge, et katta töö otsimisega seotud kulud, ja piisavalt pika maksmise perioodiga, et võimaldada sobiva töö leidmist. Samas ei tohi hüvitised olla liiga kõrged ja pikaks perioodiks, sest nad vähendavad tööotsimise motivatsiooni ja liikumist töötusest hõivesse. Töötuse ajaks asendussissetuleku tagamise süsteem peaks kindlustama, et töötamine jääks majanduslikult kasulikuks ehk annaks suurema sissetuleku kui mittetöötamine.

Peamised hüvitise parameetrid, mille muutmisega proovitakse töötuskindlustussüsteemis saavutada tasakaalu finantskaitse ja tööotsimise motivatsiooni säilitamise vahel, on astak, ooteaeg (periood pärast töö kaotust, mille jooksul hüvitist ei maksta, Eesti töötuskindlustushüvitise puhul üldiselt nädal¹⁵), asendusmäär ja maksmise perioodi pikkus. Lisaks saab hüvitise võimalikku negatiivset mõju vähendada, sidudes hüvitise saamise või asendusmäära näiteks aktiivsetes tööturumeetmetes osalemisega (vt poliitikavarianti 28 aktiivsete ja passiivsete tööturumeetmete sidumisest) või rakendades ranget järelevalvet hüvitise saajate tööotsimise aktiivsuse ja esitatud andmete õigsuse üle. Töötusega seotud hüvitiste lõplik mõju inimeste tööturukäitumisele sõltub ka toimetulekutoetustest ja ülejäänud sotsiaalkindlustussüsteemi korraldusest, nii et universaalseid optimaalse töötuskindlustussüsteemi parameetreid ei ole.

Hinnangud kulude kasvu kohta kolme muudatuse (A) hüvitiste tõstmine, (B) astaku suurendamine ja (C) hüvitiste saamise perioodi pikendamine) puhul hõlmavad vaid Töötukassa kulusid. Ei eeldata muutusi hüvitisesaajate arvu, muudetakse vaid hüvitiste parameetreid, võttes aluseks 2009. aasta andmed (viimane periood, mille kohta on keskmise hüvitise saamise kestuse andmed olemas) keskmise hüvitise suuruse, saajate arvu ja saamise perioodi kohta. Kuna viimased aastad on töötute arvu kasvu osas olnud

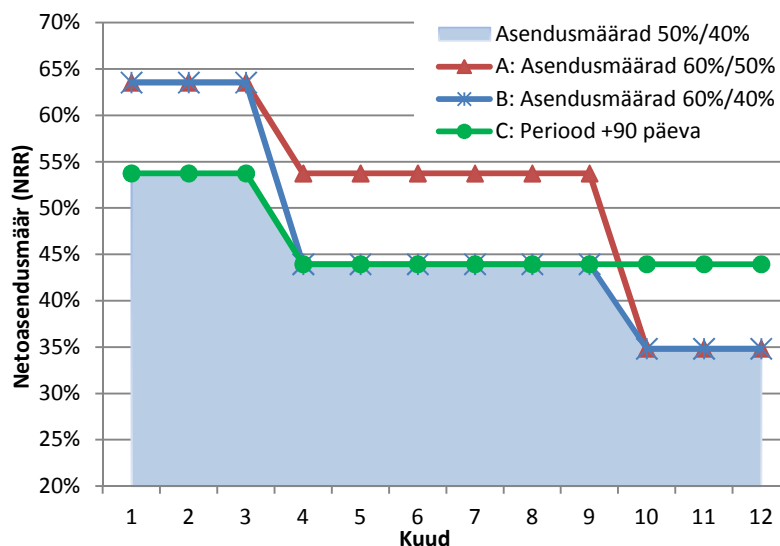
¹⁵ Ooteaega ei ole alates 2011. aasta maist hüvitise teistkordsel taotlemisel 12 kuu jooksul esmakordselt taotlemisest hüvitise jätkamiseks. Alates 2009. aasta juulist on koondamishüvitise saajatel ooteaeg 30 päeva kuise koondamishüvitise saajatel ja kaks korda pikem kahe kuu töötasule vastava koondamishüvitise saajatel. 2011. aastal on umbes 20% töötuskindlustushüvitistest määratud vähemalt 30-päevase ooteajaga.

erakordsed, siis on välja toodud lisakulu keskmise töötutoetuse ja töötuskindlustushüvitise saaja kohta. Hinnangud Töötukassa kogukuludele, mis võtavad aluseks 2009. aasta töötute arvu, on küll lisatud, kuid perioodidel, kui lisanduvate töötute arv on väiksem, oleksid ka kogukulud tunduvalt madalamad. Käitumuslikke mõjusid ei ole kuluhinnangutes arvestatud, neile antakse kvalitatiivne hinnang.

Muudatus A. Töötutoetuse kasv 10% tähendab kulude kasvu 34 eurot (532 krooni) töötutoetuse saaja kohta keskmise hüvitise saamise perioodi jooksul. Töötukassa kulud¹⁶ oleksid töötutoetuse väljamaksete osas olnud 2009. aastal 1,2 mln euro (18,5 mln krooni) võrra suuremad. Kindlustushüvitise tõus 10% oleks 2009. aasta keskmise hüvitise saamise perioodi ja hüvitise suuruse andmete alusel tähendanud täiendavalt 210 eurot (3286 krooni) uue kindlustushüvitise saaja kohta keskmise hüvitise saamise perioodi jooksul. *Muudatus B.* Astaku suurendamine tooks 117 eurot (1831 krooni) lisakulu töötuskindlustushüvitise saaja kohta. *Muudatus C.* Hüvitise saamise perioodi pikendamine tõstaks töötutoetust keskmiselt 113 eurot (1768 krooni) saaja kohta ning tooks kaasa väljamaksete suurenemise 3,9 mln euro (61,6 mln krooni) võrra. Kui eeldada, et keskmiselt kasutatakse töötuskindlustushüvitise saamise maksimumperioodist ära sama suur osa kui seni, siis tooks kindlustushüvitise maksimumperioodi pikendamine lisakulu 730 eurot (11 422 krooni) kindlustushüvitise saaja kohta. 2009. aastal oli ligi 55 000 uut kindlustushüvitise saajat ning nende lisakulud oleks üle 40 mln euro (628 mln krooni).

Joonisel 4.4.5 on võrreldud asendusmäärasid kehtiva regulatsiooni ja kolme muudatuse puhul üksiku enne töötuks jäämist keskmist palka teeninud inimese puhul, kes kvalifitseerus 270-päevasele töötuskindlustushüvitisele 2010. aastal.

Joonis 4.4.5. Muudatuste mõju netoasendusmäärale keskmist palka teeniva inimese puhul 2010. aastal.



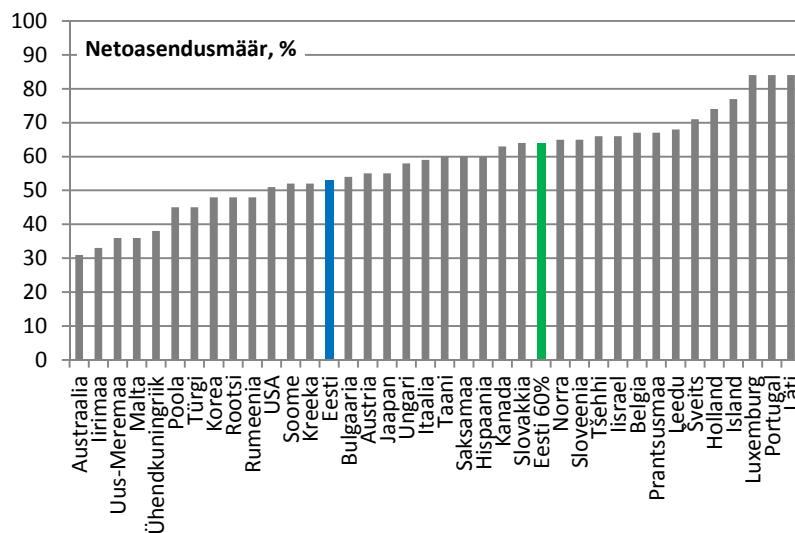
Märkus: üksik keskmist palka teeniv inimene 2010. aastal, 270 päeva töötuskindlustushüvitist + 3 kuud toimetulekutoetust, perioodi pikendamisel 90 päeva võrra 360 päeva töötuskindlustushüvitist.

Allikas: autorite arvutused

Rahvusvaheliseks võrdluseks kasutab OECD netoasendusmäärasid. Töötuskindlustushüvitise asendusmäär tõus 60%-ni esimesel 100 päeval (nagu muudatuste A ja B puhul) tõstab netoasendusmäär keskmist palka teeninud inimese jaoks tasemelt 54% tasemele 64%. Arenenud riikide võrdluses tõuseb Eesti asendusmäär tõstmisega 60%-ni tabeli madalama asendusmääraga riikide poolelt kõrgema asendusmääraga riikide poolele (vt järgnevat joonist 4.4.6).

¹⁶ Siin ja edaspidi on kulude korral viidatud Töötukassa kuludele, mis formaalselt kasvavad, kuid töötutoetuse puhul tekib tegelik kulurive riigieelarvele, sest Töötukassa küll administreerib töötutoetust ja teeb väljamakseid, kuid raha töötutoetuse maksmiseks tuleb riigieelarvest, mitte töötuskindlustusmaksest.

Joonis 4.4.6. Töötuskindlustushüvitise netoasendusmäär keskmist palka teeninud inimese puhul hüvitise saamise esimesel kuul arenenud riikides, %.



Märkus: „Eesti“ näitab Eesti tegelikku kohta aastal 2009; „Eesti 60%“ on Eesti positsioon, kui töötuskindlustusmaksade asendusmäär töötuse esimesel kuul oleks olnud 60%.

Allikas: OECD (2010) Net replacement rates (NRR) during the initial phase of unemployment, 2001–2009, autorite arvutused Eesti kohta

Teooria põhjal saab järeldada, et muudatuses A toimuva hüvitise tõstmise puhul võib pikeneda inimeste töötamise periood, sest töö kiire leidmise motivatsioon on madalam, otsitakse sobivamat tööd ning palk, millega töötaja on valmis tööle minema, on kõrgem. Seega saadakse hüvitist pikema aja jooksul, mis suurendab omakorda Töötukassa kulusid ehk Töötukassa kulud kasvavad suurema hüvitise maksmise ja hüvitiste saamise perioodi pikeneda tõttu. Kui töötajal on selle abil võimalus leida endale meeldivam ja sobivam töö, siis võib töötusjäämise risk pikaajalises perspektiivis väheneda.

Muudatusel B ehk astaku suurendamisel on hüvitise tõstmisega sarnane mõju – võib väheneda töötusest hõivesse liikumine kõrgema hüvitise saamise perioodil. Samas võib hõivesse liikumise tõenäosus tõusta 100 päeva täitumisel, pärast mida hüvitise asendusmäär langeb 20 protsendipunkti ehk hüvitis alaneb kolmandiku võrra.

Muudatus C ehk hüvitiste saamise perioodi pikeneda toetab inimeste pikaajalisi töötusi, kuid vähendab töö otsimise motivatsiooni ja hõivesse tagasipöördumist. Samas on majanduskriisi ajal kõrge töötuse tingimustes keerulisem sobivat töökohta leida ning paratamatult pikeneb töö otsimise periood. Sellises olukorras on hüvitiste maksmise perioodi pikendamine soovitatav, et vältida inimeste töötusest toimetulekutoetustele liikumist ja töötamise aktiivsuse vähenemist. Samas ei ole vajalik hüvitiste perioodi pikendamine kõigile ja püsivalt. Poliitikavariant 28 tutvustab hüvitiste maksmise perioodi pikkuse sidumist aktiivsetes tööturumeetmetes osalemisega ning poliitikavariant 31 kirjeldab võimalust kasutada hüvitiste maksmise perioodi sidumist töötuse tasemega.

Antud juhul vaadeldakse küll vaid mõju Töötukassa kuludele, kuid muudatuste rakendamisel tuleb kõrgemate kulude katmiseks arvestada mõjuga maksemääradele ja kindlustada finantsiline jätkusuutlikkus. Seega avaldavad kulud suurendavad muudatused survet maksukoormuse tõstmiseks.

Kõrgemate hüvitiste ja pikema maksimisperioodi puhul suureneb põlvkonnasisene solidaarsus, sest ümberjaotus töötajatele töötutele kasvab. Võib paraneda võime kohaneda majanduses toimivate muutustega, kui tööturuseisundite vahel liikumiseks otsuste tegemine muutub töötajale lihtsamaks, sest hüvitised moodustavad piisava tugisüsteemi. Esineb mõju majanduslikule efektiivsusele olukordades, kus isiku hõivesse liikumise motivatsioon on madal ja ta kasutab rohkem hüvitisi kui madalamate hüvitise määrade puhul ehk rohkem, kui hõivesse tagasilikumiseks vajalik oleks. Hüvitiste asendusmäär või maksmise perioodiga seotud muudatused on parameetrised ega tähenda tänase töötuskindlustuse ja töötutoetuse maksmise süsteemi põhimõttelisi ümberkorraldamisi, nii et tegemist on pigem tehniliselt lihtsate muudatustega.

Töötutoetuse maksmise menetluse lihtsustamine ja õigustatud subjektide ringi laiendamine (poliitikavariant 26)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Toetada töötuskindlustushüvitist mittesaavaid inimesi töö otsimisel
- Suurendada aktiivsusnõuete jõustamise võimalusi
- Tõsta mitteaktiivsete inimeste hõivesse liikumise tõenäosust

Senine olukord

Kehtiva korra järgi on töötutoetusele (ka tööotsija toetus, varem töötü abiraha) õigus töötutel, kelle kuu sissetulek on väiksem töötutoetuse 31-kordsest päevamäärast (2011. aastal 65,41 eurot ehk 1023 krooni), kes on töötuna arvelevõtmisele eelneva 12 kuu jooksul vähemalt 180 päeva olnud hõivatud tööga, tööga võrdsustatud tegevusega või mõne muu tegevusega, mille puhul ei saa eeldada, et töötü töötuna arvelevõtmisele eelneva 12 kuu jooksul töötas (näiteks õppimine, lapse kasvatamine).

Koos töötutoetuse taotlemise avaldusega tuleb töötul esitada dokumendid, mis tõendavad tema hõivatust töötuna arvelevõtmisele eelneval 12 kuul: näiteks töötanud inimese puhul töösuhete algust ja lõppu ning viimase töösuhete lõpetamise põhjust tõendavad dokumendid. Töötutoetuse taotlemiseks lapse kasvatamise alusel peavad vanemad kokku leppima, kumb vanematest seda taotleb, ja lapse kasvatamise alusel töötutoetust taotleb lapsevanem peab esitama Töötukassale teise lapsevanema sellekohase kirjaliku nõusoleku.

Töötutoetusele kvalifitseerumise tingimuste tõendamine ja täitmise järgimine on keeruline ning ajamahukas nii toetuse taotlejatele kui ka Töötukassale. Tingimuste muutmine võimaldaks hüvitise määramise protsessi lihtsustada, siduda rohkem töötuskindlustushüvitise menetlusega ning konsultantidel vabaneks aega klientide nõustamiseks.

Töötutoetuse eesmärgiks on tagada töö otsimiseks vajalik sissetulek inimestele, kes on töötä ja otsivad aktiivselt tööd, kuid kellel ei ole õigust töötuskindlustushüvitisele. Samas on praeguseks jõutud olukorrani, kus 60% registreeritud töötutest ei saa töötuskindlustushüvitist ega töötutoetust.

Poliitikavariandi kirjeldus

Eesmärgiks on töötutoetuse taotlemise tingimuste leevendamine eelneva töötamise ja sissetuleku nõuete osas: töötutoetuse saamise eelduseks jääks töötuna arvele võtmine, aktiivne töö otsimine (muu hulgas individuaalse töötusmiskava täitmine ja valmidus sobiva töö olemasolul kohe tööle asuda) ning õiguse puudumine töötuskindlustushüvitisele. Toetust makstakse, kui inimesel puudub tõine sissetulek. Kuna töötutoetuse eesmärk on tagada töö otsimiseks vajalik sissetulek, siis võib töötü saada samaaegselt vanemahüvitist, toitjakaotuspensioni või teisi hüvitisi. Töötutoetusele kvalifitseerumine on lihtne, kuid selle saajate puhul jälgitakse rangelt aktiivsusnõudeid ja sobivale tööle asumise kohustust.

Mõjud

Empiirilisel on leitud, et aktiivsusnõuded (töötusmiskava täitmine), nende järelevalve (regulaarne kokkusaamine konsultandiga) ja nõude mittetäitmisega kaasnevad sanktsioonid (töötutoetuse maksmise või töötuna arveloleku lõpetamine) sunnivad töötusjaid aktiivsemale töötusingle, lühendavad töötuse perioodi ja suurendavad töötusest hõivesse liikumise tõenäosust (Leetmaa *et al.* 2004).

Aktiivsusnõuded rakenduvad praegu kõigile registreeritud töötutele, sõltumata sellest, kas nad saavad hüvitisi või mitte. Kuid töötuid, kellel puuduvad rahalised vahendid, on keeruline kohustada osalema töötusimiseks vajalikes tegevustes. Samuti on erinevus võimalikes sanktsioonides: töötutel, kes hüvitisi ei saa, puudub rahaline motivatsioon aktiivsusnõuete täitmiseks ja nende mittetäitmisel on ainsaks meetmeks töötuna arveloleku lõpetamine.

Muudatusel on mõju inimeste käitumisele – teatud osa mitteaktiivseid tõenäoliselt registreerub töötuks, sest uute töötutoetuse saamise tingimuste järgi kvalifitseeruvad nad toetusele. Kuna töötutoetust makstakse juhul, kui töötule tuleb talle määratud ajal isiklikult vastuvõtule ning täidab töötusimiskavas kokkulepitud tingimusi ja tegevusi, siis aitab kvalifikatsioonitingimuste leevendamine siduda rohkem töötuid aktiivsuseõuetega, nii et tööd hakkavad aktiivselt otsima inimesed, kes muidu seda ei pruukinud teha.

Kui arvestada, et 2010. aastal lisandus 94 318 uut registreeritud töötut, kellest 35% ei saanud töötutoetust ega töötuskindlustushüvitist, toetuse päevatasu määr on 2,11 eurot (33 krooni) ning toetuse maksmise keskmine kestus oli 160 päeva (2009. aasta andmed, seni viimased keskmine töötutoetuse maksmise perioodi andmed), ning eeldada, et 10% mitteaktiivsetest, kelle mitteaktiivsuse põhjus on (a) haigus või vigastus, (b) rasedus-, sünnitus- või lapsehoolduspuhkus, (c) vajadus hoolitseda laste või teiste pereliikmete eest või (d) muud põhjused, registreeruks töötuna ja kvalifitseeruks töötutoetusele (2010. aasta lõpu seisuga 9780 inimest) ning kõik toetust ja hüvitist mitte saavad registreeritud töötud saaksid keskmine pikkusega toetust, oleks lisakulu olnud 14 mln eurot (226 mln krooni). Mais 2011 registreeriti 5528 uut töötut, kellest 46% ei saanud hüvitist ega toetust, neile töötutoetuse maksmine oleks toonud lisakulu 0,9 mln eurot (13,5 mln krooni).

Seega on mitteaktiivsete töötutesse liikumise mõjul ühekordne aastaste kulude kasv 14 mln eurot, pikaajaline kulude kasv 0,9 mln eurot kuu jooksul lisanduvate töötute kohta praeguse uute registreeritud töötute arvu juures. Kui uute töötute arv väheneb, siis väheneb ka mõju pikaajalistele kuludele. Ja vastupidi: töötuse kiire kasvu korral suureneb ka surve kuludele. Lisanduvad Töötukassa administratiivsete protsesside muudatustega seotud kulud: ühelt poolt väheneb paberi- ja ajamahukas töötutoetuse määramise tingimuste järgimine, kuid samas suureneb konsultantide töökoormus, sest toetuse saamise võimalus motiveerib rohkem töötusijaid end töötuks registreerima. Tehniliselt on aga tegemist lihtsa muutusega.

Muudatus suurendab vähesel määral põlvkonnasisest solidaarsust ehk kasvab ümberjaotus töötajatelt töötutele. Mõju maksukoormusele on marginaalne, kuid põhimõtteliselt avaliku sektori kulude kasv suurendab survet maksukoormuse tõstmiseks.

Muudatusi, mis hõlmavad töötutoetuse tõstmist ning menetluse lihtsustamist koos toetuse tõstmisega, analüüsitakse poliitikavariandina 27.

Töötutoetuse tõstmine minimaalse töötuskindlustushüvitise tasemele (poliitikavariant 27)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Parandada töötute sotsiaalset kaitset
- Toetada töötusijaid

Senine olukord

Töötutoetus (päevamäär 2,11 eurot ehk 33 krooni) on liiga madal, et täita oma eesmärki – tagada töö otsimiseks vajalik sissetulek inimestele, kes on töötud ja otsivad aktiivselt tööd, kuid kellel ei ole õigust töötuskindlustushüvitisele. Samuti on kvalifikatsioonitingimuste täitmise tõendamise (sissetulek väiksem töötutoetusest, töötuna registreerimisele eelneva 12 kuu jooksul 180 päeva hõivet) ning nende täitmise jälgimine keeruline. 2011. aasta alguses ei saanud toetust ega hüvitist 60% registreeritud töötutest.

Tööturuteenuste ja -toetuste seaduse 2013. aastast kehtima hakkav muudatus näeb ette töötutoetuse tõstmise 50%ni eelneva aasta töötasu alammäärast.

Poliitikavariandi kirjeldus¹⁷

Töötutoetus asendatakse minimaalse kindlustushüvitisega, et suurendada töötajate sissetulekut ja töö otsimise aktiivsust ning toetada sobiva töö leidmise võimalust. Kui kindlustushüvitise maksmiseks on nõutav kindlustusstaaz, hüvitise saamise periood sõltub kindlustusstaazi pikkusest ja hüvitise suurus sõltub eelnevast sissetulekust (kuigi minimaalne ja maksimaalne hüvitise suurus on reguleeritud), siis minimaalse kindlustushüvitisega võrdsustatud töötutoetuse (edaspidi miinimumhüvitis) saamiseks võetakse aluseks alampalk ning hüvitise saamise periood on fikseeritud. Miinimumhüvitis on 100 päeva jooksul 50% alampalgast ja 101. päevast 40% alampalgast, maksmise periood 270 päeva. 180-päevast kindlustushüvitist saavatel töötajatel oleks kuni 270 päevani samuti õigus miinimumhüvitisele.

Vältimaks kõrgema hüvitise tekitatud negatiivset motivatsiooni töö leidmiseks, kombineeritakse miinimumhüvitis rangete aktiivsuse nõuetega: hüvitisetaajalt nõutakse aktiivseid tööotsinguid, töölesaamiseks vajalikes tööturuteenustes osalemist ning sobiva töö vastuvõtmist. Töötul on õigus hüvitisele üksnes nii kaua, kui ta täidab aktiivselt oma kohustust tööd otsida ning võimalikult kiiresti tööle asuda.

Miinimumhüvitist võib rakendada koos menetluse lihtsustamisega (ei oleks nõutav varasem töötamine ning puuduma peab lihtsalt teine sissetulek, vt ka poliitikavariant 26), et tõsta registreeritud töötute osakaalu, kes saavad töötamiseks hüvitist või toetust, ühtlustada töötukindlustushüvitise ja miinimumhüvitise menetlemine ning vähendada kulu kvalifikatsiooninõuete täitmise jälgimise protsessile.

Mõjud

Miinimumhüvitise keskmine päevamäär on 270-päevase perioodi puhul 1,92 korda kõrgem kui töötutoetuse päevamäär ning maksimumperioodi jooksul oleks toetus 570 euro asemel 1094 eurot (ehk 8919 krooni asemel 17 117 krooni). Seega oleks konservatiivse hinnangu kohaselt 2010. aasta töötutoetuse saajatele maksimaalseks 270-päevaseks perioodiks miinimumhüvitist makstes Töötukassa kulud suurenenud 1,92 korda, 10,2 mln eurolt 19,5 mln euroni (ehk 150 mln kroonilt 305 mln kroonini) olukorras, kus oli ligi 30 000 uut töötutoetuse saajat. Tuleb arvestada, et 2010. aastal oli töötute tase ja uute registreeritud töötute arv väga kõrge ning seetõttu oleks kulude kasv absoluutmahus olnud suur. Lisanduvad kulud käitumuslike mõjude tõttu – kõik töötajad ei täida rangemaid aktiivsuse nõudeid ega saa miinimumhüvitist 270-päevase perioodi jooksul; võib väheneda (just madala töötuskindlustushüvitise saajatel) 180-päevase hüvitise saajate töö leidmise motivatsioon 180 päeva jooksul, kui ligikaudu sama suurt hüvitist saab veel 90 päeva miinimumhüvitise näol. Samuti võib esineda mitteaktiivseid, kes kvalifitseeruvad miinimumhüvitisele ning keda kõrgem hüvitis motiveerib end töötuks registreerima. Lisanduvad kulud seoses rangema järelevalve korraldamisega.

Kui arvestada, et 2010. aastal lisandus 94 318 uut registreeritud töötut, kellest 66% ei saanud töötuskindlustushüvitist, alampalgal põhineva toetuse päevatasu määr on 100 päeva 4,63 eurot (72 krooni), 101. päevast 3,71 eurot (58 krooni) ning hüvitise maksmise keskmine kestus on 200 päeva (2009. aasta keskmine töötutoetuse maksmise periood oli 160 päeva, toetuse tõus soodustab perioodi pikenemist ning siin on eeldatud selle pikenemist keskmise kindlustushüvitise saamise perioodini), ning eeldada, et 20% mitteaktiivsetest, kelle mitteaktiivsuse põhjus on (a) haigus või vigastus, (b) rasedus-, sünnitus- või lapsehoolduspuhkus, (c) vajadus hoolitseda laste või teiste pereliikmete eest või (d) muud põhjused (2010. aasta lõpu seisuga 19 560 inimest), registreeruks töötuna ja kvalifitseeruks miinimumhüvitisele ning kui kõik kindlustushüvitist mitte saavad registreeritud töötud hakkaksid saama miinimumhüvitist, oleks miinimumhüvitisele kvalifitseerumise lihtsustamise puhul maksimaalne ühekordne lisakulu 56 mln eurot (870 mln krooni). Edaspidi tooksid lisakulu uued registreeritud töötud. Aprillis 2011 registreeriti 5912 uut töötut, kellest 76% ei saanud töötuskindlustushüvitist. Neile 200-päevase miinimumhüvitise maksmise korral oleks lisakulu 3,2 mln eurot (50 mln krooni).

¹⁷ Tööturuteenuste ja -toetuste seaduse § 31 lõige 1: „Töötutoetuse arvutamise aluseks olev päevamäär kehtestatakse eelarveaastaks riigieelarve seadusega, kusjuures päevamäär 31-kordne korrutis ei või olla väiksem kui 50 protsenti kuu töötasu alammäärast, mis on kehtestatud eelarveaastale eelnenud aasta 1. juulil kehtinud töölepingu seaduse § 29 lõike 5 alusel“ [RT I 2009, 36, 234 – jõust. 01.01.2013]. Selle muudatuse rakendamisel praeguses süsteemis tekiks ebavõrdne olukord, kus töötutoetus on 50% alampalgast, alampalga saaja töötuskindlustushüvitis 101. päevast aga 40% tema eelnevast palgast. Käesolevas analüüsis rakendatakse seetõttu töötuskindlustushüvitise asendusmäärasid ka töötutoetuse puhul.

Kui miinimumhüvitise maksmine praegustele töötutoetuse saajatele peaaegu kahekordistaks Töötukassa kulusid, siis mõju kuludele miinimumhüvitise kombineerimisel menetluse lihtsustamisega on tunduvalt suurem. Miinimumhüvitise kvalifitseeruks lihtsamate nõuete järgi osa uutest registreeritud töötutest, kes töötutoetust ei saa, ning mitteaktiivsete tõenäosus end kõrgema hüvitise ja lihtsamate kvalifitseerumisenõuete puhul töötuks registreerida kasvaks.

Rohkematel töötutel on võimalus saada Töötukassalt tööotsingute ajaks rahalist toetust, mis parandab töötute sotsiaalset kaitset ja loob eeldused nende kiiremaks tööleaitamiseks. Praegune töötutoetus 65,41 eurot (1023 krooni) kuus on väga madal, et katta tööotsingutega seotud kulud, nii et paljud töötuga leibkonnad saavad toimetulekutoetusi. Töötutoetuselt toimetulekutoetustele liikunud isikute jaoks puuduvad Töötukassal rahalised mõjutamisvahendid tööotsingu motiveerimiseks. Samuti on raskendatud töölerakendumiseks tulemusliku abi osutamine inimestele, kel puuduvad piisavad ressursid aktiivseks töö otsimiseks ja aktiivsetes tööturumeetmetes osalemiseks.

Muudatused tõstavad kulusid ja soodustavad seega põlvkonnasisest solidaarsust ning maksukoormuse tõusu. Võib väheneda majanduslik efektiivsus, kui käitumuslikud mõjud osutuvad suureks või aktiivsuseid ei rakendata rangelt. Tehniliselt on muudatus lihtne ning võib parandada võimet kohaneda välisriskidega, suurendades mobiilsust tööturuseisundite vahel.

Töötutoetuse rahastamine toimub riigieelarvest (Töötukassa tegeleb toetuste määramise ja väljamaksmisega, kuid neid ei rahastata töötuskindlustusmaksest) ning finantsilise jätkusuutlikkuse tagamiseks tuleb kulusid suurendavate muudatuste puhul tagada ka otstarbekas tulude kogumine nende kulude katteks.

Kui siduda töötutoetuse muutmine miinimumhüvitiseks menetluse lihtsustamisega, kombineerib selline poliitikavariant elemente ka eraldi analüüsitud poliitikamuudatustest 25 ja 26.

Aktiivsete ja passiivsete tööturumeetmete sidumine (poliitikavariant 28)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Tõsta aktiivsete meetmete kasutamise motivatsiooni
- Suurendada tööotsimise aktiivsust
- Tõsta hõivesse liikumise tõenäosust

Senine olukord

Kõigile registreeritud töötutele kehtivad aktiivsuseõnõud (isiklik tööotsimiskava, regulaarne kohtumine nõustajaga, aktiivne töö otsimine) töö otsimise osas. Kuid asendussissetulekut pakkuvate ehk passiivsete meetmete (näiteks töötutoetus ja töötuskindlustushüvitis) suurus ega saamise kestus ei sõltu tööturuteenuste ehk aktiivsete meetmete (näiteks tööharjutus, karjäärinõustamine, tööturukoolitus, palgatoetus tööandjale, avalikud tööd) kasutamisest.

Poliitikavariandi kirjeldus

Töötajate aktiivsust motiveeritakse korraga nii aktiivsete kui ka passiivsete meetmete abil. Töötuskindlustushüvitise asendusemäär ja töötutoetuse saamise periood seotakse teatud töötuse kestusest alates aktiivsetes tööturumeetmetes osalemisega. Eelarvemõju hindamiseks kasutatakse järgmisi näiteid:

aktiivsetes meetmetes osalejatel pikeneb töötutoetuse saamise periood 90 päeva võrra – 270 päevalt 360 päevani,

aktiivsetes meetmes osalejatel pikeneb 50% asendusemäär 90 päeva võrra ehk asendusemäär alaneb 40%ni 191. päevast.

Mõjud

Töötuskindlustushüvitise ja töötutoetuse võimalik ebasoodne mõju tööturule peitub nende hõivesse tagasipöördumist demotiveerivas mõjus. Selle neutraliseerimiseks püütakse töötuskindlustussüsteem üles ehitada nii, et hüvitise maksmise tingimused sisaldaksid vastupidiseid stiimuleid. Aktiivsusnõuetega saaks neid vastupidiseid stiimuleid anda ning kujundada aktiivset tööotsingut toetav töötuskindlustussüsteem.

Empiirilisel on aktiivsete meetmete passiivsetega sidumise mõju uuritud vähe, kuid senised järeldused on olnud, et aktiivsete meetmetega sidumise mõjul väheneb töötuse kestus ja kasvab hõivesse liikumise tõenäosus. Samas suureneb järelevalve roll – tuleb jälgida, et osaletakse sobilikes aktiivsetes meetmetes, mitte ei kasutata neid vaid hüvitise saamiseks (Leetmaa *et al.* 2004).

Kõik töötud ei saa toetust 270 päeva (leitakse töö, ei täideta aktiivsusnõudeid). 2009. aastal oli keskmine töötutoetuse saamise kestus 160 päeva ehk 60% maksimaalsest. Kui eeldada, et 60% märtsis 2011 töötutoetuse saajatest kvalifitseeruks täiendavalt 90-päevasele toetusele, siis maksimaalne mõju Töötukassa kuludele oleks 1,3 mln eurot¹⁸ (21 mln krooni). Kui eeldada, et kõik kindlustushüvitise saajad saaksid 10 protsendipunkti võrra kõrgema asendusmäära 90 päevaks, siis oleksid lisakulud Töötukassale 1,4 mln eurot (22 mln krooni). Tegelikult jääksid kulud madalamaks, sest tõenäoliselt kõik töötud ei täida aktiivsusnõudeid ega kvalifitseeru täiendavalt 90-päevasele toetusele või kõrgemale asendusmäärale.

Muudatus tõstab Töötukassa ja riigieelarve kulusid, seega avaldab survet maksukoormuse tõusuks. Lisaks otsestele toetuse ja hüvitise kuludele suurenevad kulud seoses koormuse kasvuga konsultantidel, kes tegelevad sobivate tööotsimiskavadega, aktiivsete meetmete leidmisega ja nende sobivuse hindamisega. Aktiivseid meetmeid tuleb osutada vajadusepõhiselt. Kui aktiivses meetmes osalemisega kaasneb õigus saada suuremat hüvitist või pikem toetuse periood, tekib risk, et inimesi suunatakse aktiivsetesse meetmetesse, mis ei pruugi töölesaamisele kaasa aidata, kuid täidavad toetuse pikendamise eesmärgi. Käitumuslik mõju võib avalduda ka selles, et töötud täidavad minimaalsed vajalikud aktiivses meetmes osalemise nõuded hüvitiste jätkuvaks saamiseks ilma eesmärgita tööle asuda.

Asendussissetuleku saamise või selle suuruse sidumine aktiivsetes tööturumeetmetes osalemisega peaks soodustama aktiivset tööotsimist ja suurendama töötusest väljumise tõenäosust. Samuti suurendavad kõrgemad hüvitised põlvkonnasisest solidaarsust. Suurem töötute aktiivsus ja kiirem töö leidmine peaks parandama ka võimet kohaneda välisriskidega. Tehniliselt on muudatus suhteliselt lihtne, hõlmates regulatiivseid muudatusi ja Töötukassa tööprotsesside kohandamist.

Baasstsenaariumi peatükis (vt alapunkt 3.2.4) antakse ülevaade Eesti aktiivsete tööturumeetmete kuludest võrreldes ELiga.

Töötuskindlustushüvitise maksmise jätkamine, kui töötu asub ajutisele või osalise ajaga tööle (poliitikavariant 29)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Tõsta tööleminemise motivatsiooni
- Suurendada töötuskindlustussüsteemi paindlikkust

Senine olukord

Tööle asudes, ka lühiajalisele või osalise koormusega tööle, lõpeb õigus töötuskindlustushüvitise saamiseks. Kui inimene jääb uuesti töötuks 12 kuu jooksul pärast esmast hüvitise määramist, on võimalik uuesti taotleda maksmise jätkamist, kui töösuhe lõppes töötajast mittesõltuvatel asjaoludel.

¹⁸ Töötukassa teeb küll väljamakseid, kuid töötutoetuse maksmiseks tuleb raha riigieelarvest, mitte töötuskindlustusmaksest. Seega tekib kulurive riigieelarvele. Ka aktiivseid tööturumeetmeid rahastatakse Töötukassa kaudu üldistest riigieelarve vahenditest, alates 2011. aastast küll vaid töötuskindlustuse seaduse alusel kindlustamata isikutega seotud osa.

Poliitikavariandi kirjeldus

Tõsta töötaja motivatsiooni võtta vastu ka tähtjaline või osaline töö, kindlustades, et töötusissetulek tööle asumisel ei vähene. Töötuskindlustushüvitise maksmist jätkatakse, kui (A) töötaja asub tööle väga lühikeseks ajaks (näiteks tähtjalise lepinguga kuni seitsmeks päevaks) või (B) asub tööle osalise aja ja madala töötasuga.

Mõjud

Praegu ei ole siirdumine töötusest tagasi hõivesse osalise ajaga või madala palgaga soositud, sest väike tööpanus toob kaasa kogu töötushüvitise või toimetulekutoetuse kaotuse. Vörk *et al.* (2010) leidsid, et üksikul töötul tasub tööle minna mitte väiksema kui 52% keskmise brutopalga eest. Tuleks tagada, et töötamine oleks töötule kasulik ehk annaks suurema sissetuleku kui mittetöötamine, kuid praegu ei ole töötuskindlustushüvitist saaval inimesel otstarbekas järkjärguliselt tööle naasta, sest kaotatav hüvitis on suurem kui võit tööle minekust. Kui hõivesse pöördumisel teenitav netosissetulek on madalam kui töötuse perioodi sotsiaaltoetused, siis avaldub negatiivne mõju tööjõus osalemise otsusele ehk tekib nn töötuslõks.

Töötuslõks näitab tegelikku piirmaksumäära, kui inimene liigub töötusest tagasi tööle. Võrreldes teiste riikidega on üksiku inimese jaoks, kes liigub lühiajalise töötuse seisundist, kus ta saab hüvitist, tagasi tööle palgaga 67% keskmisest palgast, arvatud töötuslõks Eestis suhteliselt madal, sest töötushüvitised on Eestis siiski madalad. Eestis kaotab töötaja tööle minnes ligi 60% oma brutopalgast erinevate maksude ja töötushüvitise kaotuse tõttu. Töötuslõksu suurus ulatub üle 80% mitmes riigis, kõrgeim on see Taanis, Luksemburgis ja Belgias (Vörk *et al.* 2010).

Variants A muudab töötuskindlustushüvitise paindlikumaks. Hüvitis ei lõpe väga lühiajalise tähtjalise töö puhul. Töötamise perioodiks võib hüvitise maksmise peatada või asendusemäära alandada, kuid töö lõppedes taastub hüvitis ja inimene jätkab püsiva töö otsimist. Ka lühiajaline töö toob inimesele lisasissetulekut ja hoiab tööharjumust.

Variants B puhul peetakse silmas töötasust sõltuvaid toetusi (*in-work benefits*), mille eesmärgiks on nii hõive tõstmine ja tööle naasmise soodustamine kui ka madalapalgaliste sissetuleku ja ümberjaotuse suurendamine. Enamasti on töötasust sõltuvate toetuste puhul tegemist lühiajaliste ajas vähenevate maksetega või ühekordse toetusega tööle asumisel. Neid makstakse tingimusel, et inimene töötab teatud koormuse ja palgaga (näiteks vähemalt 0,5 kohaga töötajad, kes teenivad alla miinimumpalga). Lisatingimused võivad olla leibkonna tüübi (laste olemasolu), töötuse kestuse (pikaajalised töötud) osas. Oluline on muuta töötamise ajal saadav sissetulek suuremaks kui mittetöötamise korral, mis loob motivatsiooni tööjõu pakkumiseks, tööpanuse suurendamiseks või varasemast madalama palgaga tööle asumiseks.

Eli liikmesriikides rakendatud meetmed on erinevad. Näiteks Belgia toetab pikaajaliselt töötute üksikvanemate tööle asumist ligi 750-eurose (11 735 kroonise) ühekordse maksega. Iirimaa maksab üle kahe aasta töötutele 75% sotsiaalabi summast esimesel tööle siirdumise aastal, 50% ja 25% teisel ja kolmandal aastal (maksimaalne toetus 7250 eurot (113 438 krooni) aastas ehk 23% keskmisest tootmistöölise palgast). Slovakkia tasub miinimumpalga tööle minejatele 5% keskmisest palgast kuue esimese töötamise kuu jooksul. Soomes rakendatakse madalapalgalistele maksusoodustusi kuni 10% keskmisest palgast ning Saksamaal on alla 11% keskmisest palgast teenijatel madalamad sotsiaalkindlustusmaksed (Immervoll, Pearson 2009).

Töötasust sõltuvate toetuste kasutamisel on mõju, kui sissetulekute kaotuse madalamas osas on erinevused suured. Kui jaotuses erinevusi ei ole, näiteks miinimumpalk on suhteliselt kõrge, siis on keerulisem toetusi suunata töömotivatsiooni tõstmisele või ümberjaotuse suurendamisele. Kui probleemiks on pigem madalapalgaliste kõrged tööjõukulud, mis piiravad hõivet, peaks fookus olema madalapalgaliste töötajate tööjõukulu vähendamisel. Tegelikult ongi miinimumpalk, tööandjale makstav palgatoetus ja madalapalgaliste tööjõumaksude vähendamine suunatud selliste probleemide lahendamisele ehk suurendavad piiratud sissetulekupotentsiaaliga inimeste hõivet ja toimetulekut (Immervoll, Pearson 2009).

Töötasust sõltuvate toetuste rakendamisega seotud probleemidena tuuakse välja, et tegemist on ajutise meetmega ning rahalise motivatsiooni kadudes ei pruugi inimene tööl käimist jätkata või toimetulek võib taas halveneda. Samuti ei motiveeri meede tööandjat palka tõstma, pigem avaldab survet töötajale madalama palga maksmiseks, sest toetus suurendab inimese sissetulekut. Toetuse administreerimine on

keeruline ja kallis. Samuti tekib küsimus, kas majanduslanguse olukorras, kui tööpuudus on väga kõrge, on efektiivne toetada teatud hõivesse siirdumisi.

Poliitikavariandil on potentsiaalselt suured käitumuslikud mõjud. Tuleb lahendada olukord, et töötusest osalise tööajaga või ajutisele tööle minev inimene saab lisaks töötuskindlustushüvitist (või mingit osa sellest), kuid täisajaga töölt tööandja soovil või muul töötajast mittesõltuval põhjusel osaajaga või ajutisele tööle liikuv töötaja lisahüvitisi ei saa. Seega on töötajal kasulik paluda koondamist ja seejärel osaajaga või ajutisele tööle võtmist. Ka tööandjal oleks motivatsioon seda teha, sest tal on võimalik osaajaga või ajutise töö eest madalamat palka maksta, kuna Töötukassa tasub inimesele lisaks hüvitist.

2010. aasta tööjõu-uuringu andmetel on osaajaga töötajaid 10,9% hõivatutest, neist üle 50% töötas osalise ajaga tööandja soovil või seetõttu, et ei õnnestunud täiskohaga tööd leida, ning 2,1% hõivatutest pidas end vaeghõivatuks. Ajutist tööd tegi 3,8% hõivatuist, neist üle 40% soovis alalist tööd, kuid ei leidnud seda.

Kui eeldada, et ajutise töö tegijad ja osaajaga töötajad ei kattu, ning laiendada tööjõu-uuringus leitud osakaalu koguhõivele, siis oleks umbes 84 000 hõivatut, kel oleks kasulik end töötuna arvele võtta ja seejärel osaajaga või ajutisele tööle minna ning saada lisaks töötasule ka hüvitist. Samas ei tee neist peaaegu kolmandik ehk 26 000 inimest ajutist või osaajaga tööd enda valikul. Seega võibki olla kavas kompenseerida nende „osalist töötust“, kuna inimeste soov ja valmisolek on töötada täiskohaga ja alaliselt. Probleem on nende inimeste eristamises vabatahtlikult ajutise või osaajaga töötajatest. Kui suureks käitumuslik mõju osutub, mõjutab oluliselt see, millise palgaga hõivesse liikumist toetatakse ehk kas hüvitisi saavad alla alampalga teenivad osalise ajaga töötajad või on see palgapiir kõrgem. Samuti on lühiajalise töö puhul (variant A) ilmselt vajalik selle tööga teenitava sissetuleku maksimumpiiri kehtestamine.

Poliitikavariant on vähemalt lühiajaliselt Töötukassa kulusid tõstva mõjuga. Seega suureneb ümberjaotus töötajatelt töötutele (suureneb põlvkonnasisene solidaarsus) ja esineb surve maksukoormuse tõusuks. Kui ajutise ja osalise ajaga töö toetamine aitab tõsta püsiva tööd leidmise tõenäosust, siis pikemas perspektiivis ei pruugi muudatus olla kulusid tõstev, kui eespool mainitud käitumuslikke mõjusid laialdaselt ei esine. Seega sõltub finantsiline jätkusuutlikkus lühi- ja pikaajalises perspektiivis sellest, mil määral suudetakse ajutise ja lühiajalise töö ajal hüvitiste maksmist suunata soovitud inimestele (neile, kes oleksid end töötuna arvele võtnud ka siis, kui poliitikavarianti ei oleks rakendatud). Kui muudatust ei ole võimalik rakendada inimestele, kellele see mõeldud oli, siis on hüvitiste majanduslik efektiivsus madal.

Koondamishüvitise muutmine paindlikumaks (poliitikavariant 30)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Viia kindlustusmaks ja hüvitis paremini vastavusse
- Vähendada vaesuriski

Senine olukord

Praegu määratakse koondamishüvitis viimase tööandja juures töötatud staaži põhjal ning 5–10-aastase staaži korral on hüvitis ühe kuu töötasu ulatuses, üle 10-aastase staaži korral kahe kuu töötasu ulatuses. 2010. aastal oli 42,5% koondatutest viimase tööandja juures staažiga alla 5 aasta, 26% staažiga 5–10 aastat ja 31,5% üle 10 aasta.

Poliitikavariandi kirjeldus

Selleks, et suurendada õiglust juhtumite puhul, kus inimene on töötuskindlustusmaks kaudu panustanud tunduvalt pikema perioodi vältel, kui viimases töökohas enne koondamist töötatud aeg, ning vähendada süsteemi ebakõla näiteks olukorras, kus võrdselt 10 aastat töötuskindlustusmaks tasunud inimestest viimases töökohas 4 aastat ja 11 kuud töötanud ei saa töötuskindlustuse süsteemist üldse hüvitist, aga 5 aastat töötanud saavad, vaadeldakse kaht alternatiivi.

- Õigus hüvitisele on paindlikum – iga kuus kuud tööstaaži viimase tööandja juures annab õiguse proportsionaalsele osale (10%) praegusest koondamishüvitisest (näiteks 2,5-aastase staaži puhul hüvitis 50% kuupalgast, 7,5-aastase staaži korral 1,5 kuupalka).
- Koondamishüvitise määramisel võetakse aluseks kogustaaž ehk see, kui kaua on tööandjad inimese töötasudelt töötuskindlustusmaksed maksnud. Praegu on kogustaaž ja kindlustusstaaž võrdsed vaid nooremate töötajate puhul (2002. aastast töötanud inimesed), kuid tulevikus need näitajad võrdsustuvad.

Mõjud

Muudatuse A puhul püsib seos viimase tööandja juures töötatud ajaga ning hüvitise tase 5- ja 10-aastase staažiga töötajate puhul jääb samaks. Üle 10-aastase staažiga töötajate jaoks muutust ei ole, kuid väiksema staaži puhul vastab koondamishüvitis täpsemalt staažile viimase tööandja juures ning koondamishüvitis on varasemast suurem. Tabelis 4.4.1 on toodud 5–10-aastase staažiga koondatute jagunemine hüvitise suuruse alusel kehtiva seaduse järgi ja pärast muudatust. Alla 5-aastase staažiga inimestel tekib õigus koondamishüvitisele (alates 6-kuusest staažist). Õiguse tekkimine töötuskindlustushüvitisele lükkub koondamishüvitise saajatel vastava päevade arvu võrra edasi (2,5-aastase staaži puhul koondamishüvitiseks saadud 50% kuu töötasust lükkab õiguse saada töötuskindlustushüvitist poole kuu võrra edasi).

Tabel 4.4.1. Koondamishüvitise saajate jaotus kehtiva regulatsiooni ja muudatuse puhul 2010. aasta koondamishüvitise saajate näitel

Tööstaaž viimase tööandja juures	Hüvitise suurus	Hüvitise suurus 2010. aasta keskmise palga saajal (eurot)	Hüvitise suurus 2010. aasta keskmise palga saajal (krooni)	Koondamis-hüvitise saajate arv 2010. aastal	Muudatuse järgi koondamis-hüvitise saajate arv
5 aastat	1 kuupalk	792	12 392	4 697	777
5,5 aastat	1,1 kuupalka	871	13 631		692
6 aastat	1,2 kuupalka	950	14 871		572
6,5 aastat	1,3 kuupalka	1 030	16 110		473
7 aastat	1,4 kuupalka	1 109	17 349		388
7,5 aastat	1,5 kuupalka	1 188	18 588		419
8 aastat	1,6 kuupalka	1 267	19 827		379
8,5 aastat	1,7 kuupalka	1 346	21 067		388
9 aastat	1,8 kuupalka	1 426	22 306		300
9,5 aastat	1,9 kuupalka	1 505	23 545		309
10 ja enam	2 kuupalka	1 584	24 784	5 672	5 672

Allikas: Töötukassa andmed koondamishüvitise saajate jaotuse kohta 2010. aastal

Muudatus B mõjutab koondamishüvitist töötajatel, kes kogustaaži alusel on kõrgema hüvitise saajate grupis kui viimases töökohas töötatud aja järgi. Kuni kahe kuu vältel saavad nad töötuskindlustushüvitise (50% töötasust) asemel koondamishüvitist (100% töötasust) ning töötuskindlustushüvitise saamise periood lükkub edasi.

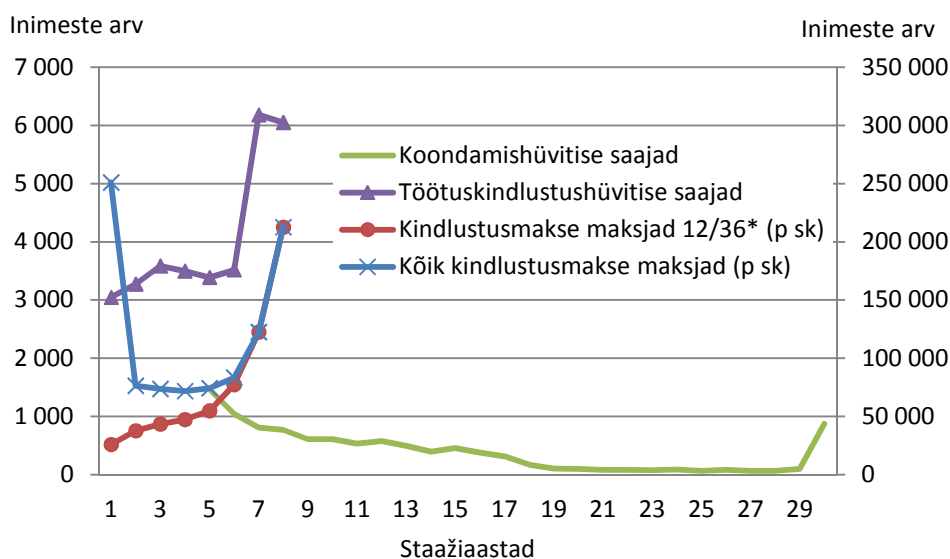
2010. aastal oli maksimaalsest 8,5-aastasest kindlustusstaažist üle 5 aasta kogunenud 75% inimestest, kes olid viimase 36 kuu jooksul vähemalt 12 kuud töötanud. Töötuskindlustushüvitise saajatest oli ligi 60%il samuti 5-aastane kindlustusstaaž (alahinnatud, sest andmed on nullitud kindlustusstaažide lõikes). Seega oleks 2010. aastal koondamishüvitist vähemalt ühe kuu ulatuses saanud 60% kindlustushüvitise saajatest ning aja jooksul nende osakaal suureneb, sest koondamishüvitise saamiseks peab olema kogutud väiksem osakaal kogu võimalikust kindlustusstaažist ($5/8,5 = 58,8\%$, nt $5/30 = 16,7\%$). Pikendades töötuskindlustushüvitise saajate staaži 2010. aasta jaotust 30-aastase perioodini, oleks optimistliku

hinnangu kohaselt 80% inimestel kindlustusstaaži üle 10 aasta ja 95% inimestel üle 5 aasta¹⁹. Sellise kaetuse juures tuleb kaaluda, kas eesmärgiks on koondamishüvitise nii oluline laiendamine, et katta peaaegu kõiki töötuskindlustushüvitise saajaid, ehk kas dubleeriva hüvitiseskeemi loomine on otstarbekas.

Analoogselt töötuskindlustushüvitisega toimuks kindlustusstaaži alusel koondamishüvitise maksimise kindlustusstaaži nullimine. Seega saaks 5-aastase kindlustusstaažiga inimene koondamise korral kuu töötasu jagu hüvitist, kuid mõne kuu pärast uue koondamise korral jääks hüvitiseta.

Järgneval joonisel 4.4.7 on näha, et maksimaalsest 8,5-aastasest kindlustusperioodist on töötuskindlustusmakset tasunud vähemalt 5 aasta jooksul enamik töötajaid ja ka kindlustushüvitise saajaid.

Joonis 4.4.7. Koondamishüvitiste saajad staažiaastate järgi ning töötuskindlustushüvitise saajad ja kindlustusmakse maksjad kindlustusstaaži järgi 2010. aastal.



* 12/36 viitab inimestele, kes on viimase 36 kuu jooksul vähemalt 12 kuud töötanud ja töötuskindlustusmakset tasunud.

Allikas: MTA ja Töötukassa andmed

Mõju Töötukassa kuludele: kasvab koondamishüvitiste kulu inimeste võrra, kes kogustaaži alusel kvalifitseeruvad hüvitisele või saavad kõrgema hüvitise, töötuskindlustushüvitiste kulu nihkub ajas edasi ning võib olla väiksem, kui inimesed leiavad töö enne töötuskindlustushüvitise maksmise perioodi lõppu.

Kuna Töötukassa kulud koondamishüvitistele kasvavad, siis tuleb koguda ka tulud suurenenud kulude katmiseks, muidu on negatiivne mõju ka sotsiaalkindlustuse finantsilisele jätkusuutlikkusele lühi- ja pikaajalises perspektiivis. Samuti on avaliku sektori kulude suurenemine üldiselt maksukoormust tõstva mõjuga. Samas esineb väike positiivne mõju põlvkonnasisesele solidaarsusele (ümberjaotus töötajatelt töötutele suureneb).

Tehniliselt muutub muudatuse A korral hüvitisele kvalifitseerumise miinimumstaaž ja hüvitise suuruse arvutamine, muudatuse B korral periood, mille alusel arvestatakse koondamishüvitisele kvalifitseerumist. Lahendada tuleb kogustaaži kohta andmete saamise küsimus – kas kasutatakse MTA andmeid töötasude laekumise kohta (lühema staaži puhul), pensionikindlustuse andmeid tööaastate kohta vms.

¹⁹ Ei ole arvestatud, et vahepeal kindlustushüvitise saamine nullib kindlustusstaaži. Seega kujuneksid osakaalud tõenäoliselt mõnevõrra madalamaks.

Töötuskindlustuse rahastamise vastutsükliliseks muutmine ning hüvitise pikkuse kohandamine töö leidmise tõenäosusega (poliitikavariant 31)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Viia töötuskindlustusmaksed ja -hüvitised kooskõlla majanduse arenguga

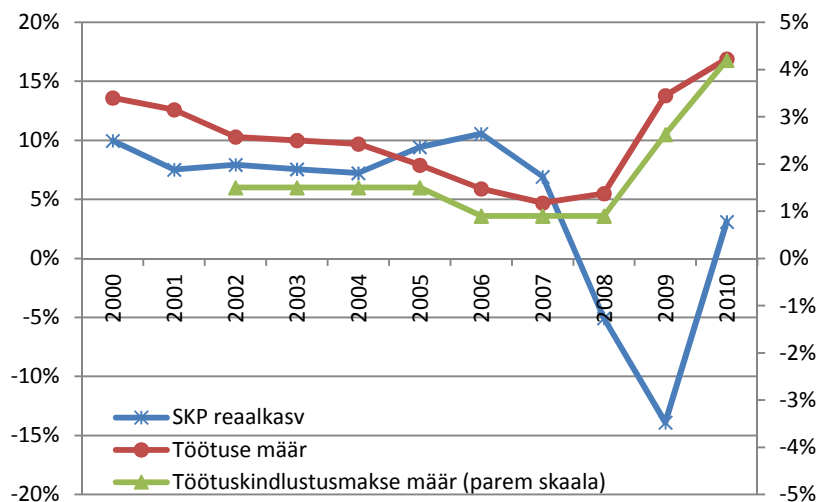
Senine olukord

Töötukassa nõukogu esitab sotsiaalministri kaudu igal aastal ettepaneku töötuskindlustusmakse määrade kehtestamiseks valitsusele, kes kehtestab maksemäärad järgnevas aastaks. Maksemäära kehtestamise ettepanekus arvestatakse makromajanduslike ja tööturu arengute prognoosi ning hinnatakse Töötukassa vahendite piisavust seatud eesmärkide täitmiseks.

Senisest korraldusest tulenevalt, kus hinnatakse kogutavate vahendite piisavust järgmise perioodi kulude katmiseks, on maksemäärade kehtestamine olnud protsükliline: majanduse kasvufaasis, kui töötus oli madal, olid maksemäärad seadusega sätestatud miinimumi lähedal, ning majanduse langusfaasis tõusid maksemäärad maksimumini, et võimaldada hüvitise maksmist suurele hulgal töötuks jäänutele (vt ka järgnevat joonist 4.4.8).

Igal aastal vaadatakse üle maksemäär, kuid hüvitise maksmise pikkus sõltub kindlustusstaažist ning ei arvestata seda, et kõrge töötuse tingimustes on töö leidmise tõenäosus väiksem ning hüvitise maksmise periood võiks sellele vastavalt olla pikem, et soodustada inimeste aktiivsust tööotsingutel pikema perioodi vältel ja suurendada töötute hõivesse tagasipöördumise tõenäosust.

Joonis 4.4.8. Majanduskasv, töötuse määr ja kindlustusmakse määr 2000–2010



Allikas: ESA andmed, maksemäärad Töötukassa majandusaasta aruandest

Poliitikavariandi kirjeldus

Töötuskindlustussüsteemi rahastamine muudetakse vastutsükliliseks ehk majanduse kasvu ja madala töötuse faasis on maksemäär kõrge, et koguda reserve majanduse languse ja kõrgema töötusega perioodi tarvis, mil maksemäära saab langetada. Töötukassa tulude ja kulude tasakaalu jälgitakse üle majandussükli, mitte üksikutel aastatel. Lisaks maksemäära muutmisele majanduse arenguga seoses muutuks paindlikuks ka hüvitise maksmise perioodi pikkus – kõrge töötuse perioodil makstakse hüvitist kauem ja madala töötuse perioodil lühemat aega.

Olenevalt sellest, kas soovitakse luua automaatselt majanduses toimuvatele muutustele reageerivat süsteemi või lubada ka poliitilist otsustamist, on võimalik rakendada erinevaid maksemäära ja hüvitise perioodi pikkuse kohandamise mehhanisme.

- Töötuskindlustusmaksete puhul säilitatakse tänane maksemäärade kehtestamise süsteem ja maksemäärad, kuid regulatsiooni täiendatakse, nii et Töötukassa nõukogu ettepanekul on valitsuse otsusega võimalik muuta teatud piirides hüvitiste maksmise kestust (või ka hüvitiste suurust).
- Seadusega sätestatakse piirmäärad, mille raames võib Töötukassa nõukogu ettepanekul valitsuse otsusega teatud maksete ja hüvitiste parameetreid muuta, võttes aluseks samuti seaduses sätestatud näitajad:
 - maksemäärade vastutsükliliseks muutmine – töötuskindlustusmakse määra kohandamise võimalus tööpuuduse taseme muutumise või majanduse tsüklilise positsiooniga,
 - töötuskindlustushüvitiste saamise perioodi pikkuse kohandamise võimalus tööpuuduse taseme muutumisega.
- Seadusega nähakse ette nii maksete kui ka hüvitiste parameetrid ning vastavad makroökonomilised näitajad, mille puhul maksemäär või hüvitise periood kohandatakse automaatselt:
 - töötuskindlustusmakse määra kohandatakse tööpuuduse taseme muutumise või majanduse tsüklilise positsiooniga,
 - töötuskindlustushüvitiste saamise perioodi pikkust kohandatakse tööpuuduse taseme muutumisega.

Mõjud

Seni on töötuskindlustussüsteem hästi töötanud ning ka kiire töötute arvu kasvu korral on reservide ja maksemäära tõusu varal kaetud märgatavalt suurenenud kulud. Töötuskindlustussüsteemi rahastamise vastutsükliliseks muutmine ning hüvitiste makseperioodi kohandamine töötuse taseme muutumisega lisab majandussüsteemi automaatse stabilisaatori, mis vähendab majanduse tsüklilist arengut. Töötuskindlustushüvitise maksmise perioodi pikendamist olukorras, kus töö leidmine on keerulisem, kasutatakse praktikas ka ELi liikmesriikides. Näiteks Itaalias pikendatakse töötuskindlustushüvitise maksmist 90 päeva võrra majanduslanguse perioodil ja Poolas sõltub hüvitise saamise kestus piirkonna töötuse tasemest (MISSOC 2010).

Kuna makronäitajate arengud võivad olla erinevad, näiteks tõuseb tööpuudus majanduse kasvufaasis, siis võib kaaluda ka majandusnäitajate kombinatsiooni kasutamist maksemäära või hüvitise parameetrite muutmiseks. Selleks, et eelnevalt panna paika piirid lubatud hüvitise suuruse, makseperioodi ja maksemäära muudatuste vahemiku osas, tuleb süvendatult vaadelda seoseid töötuse kestuse, töötuskindlustushüvitise kulude ja majandusnäitajate vahel. Käesolevas analüüsis tutvustatakse teoreetilisi võimalusi töötuskindlustuse vastutsükliliseks muutmiseks, konkreetsete näitajate või näitajate kombinatsiooni ja piirmäärade leidmiseks on vajalik põhjalikum analüüs ning majandustsükli arengu prognoos.

Variant A annab Töötukassale rohkem võimalusi paindlikuks reageerimiseks majanduses toimuvatele muutustele ning võimaldab paremini oma tulusid ja kulusid juhtida. Variantide B ja C väärtus on (osalises) automatiseerimises. Sealjuures kohaneb variant C puhul töötuskindlustussüsteem majanduse arenguga ja hüvitise kestus töötuse tasemega ilma poliitilise sekkumiseta. Seda olulisem on põhjalik majandusnäitajate vaheliste seoste tundmine ja automaatse kohandamise reeglite õige määratlemine. Oluline on ka Töötukassa eelarve tasakaalu printsiibi jälgimine majandustsükli vältel, et töötuskindlustuse finantsiline jätkusuutlikkus ei kannataks.

Kuna makse on kõrgem madala töötuse faasis, kui makse maksjaid on rohkem, siis inimesed justkui maksavad makse ette perioodiks, mil nad on töötud. Seetõttu väheneb mõnevõrra põlvkonnasisene solidaarsus ehk ümberjaotus töötajatelt töötutele.

Muudatus ei mõjuta otseselt pikaajalist finantsilist jätkusuutlikkust, sest majandustsükli kokkuvõttes on eelarvepositsioon sarnane senise olukorra jätkumise stsenaariumiga, kuid lühiajaliselt võib eelarvepositsioon märgatavalt kõikuda. Töötuse taseme või muude majandusnäitajatega seotud hüvitise maksmise perioodi pikkus pigem suurendab majanduslikku efektiivsust – ühtse makseperioodi asemel töö leidmise tõenäosusega kohandamisel suunatakse raha enam perioodidesse, kus hõivesse liikumiseks on

vajalik pikaajalisem tugi. Kohandatud hüvitise maksmise periood peaks toetama sobiva töö leidmist ning sellega seoses mõjutama töötute käitumist. Kasvuaastatel soodustab muudatus kiiremat tööle siirdumist, langusaastatel toetab tööotsinguid pikemalt ja vähendab püsivalt toimetulekutoetustele liikujate osakaalu – hõlbustab kohanemist välisriskidega.

Tsükli keskmine maksukoormus jääb ligikaudu samaks, kuid osa maksukoormusest nihutatakse langusperioodist kasvuperioodile. Kuna maksemäär on kõrgem madala töötuse perioodil, mil töötajate ehk panustajate arv ja seega ka maksubaas on suurem, on vajaliku summa kogumiseks võimalik rakendada madalamat maksemäära.

Töötuskindlustushüvitiste suuruse ja maksmise perioodi pikkuse eelarve- ja muude mõjude osas vt ka poliitikavariant 25.

Arvestusliku kontosüsteemi rakendamine töötuskindlustuses (poliitikavariant 32)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Suurendada töötuskindlustussüsteemi läbipaistvust

Senine olukord

Töötuskindlustusmakse maksmise ja hüvitise saamise kohta eraldi maksjatele kättesaadavat arvestust ei peeta, inimene näeb palgalt tasutud töötuskindlustusmakse töövõtja osa eelneva aasta kohta maksuametis elektroonilist tuludeklaratsiooni esitades, sest tegemist on tulumaksuvaba summaga. Infot inimeste konkreetse panuse kohta töötuskindlustussüsteemi ja saadud teenuste ja hüvitiste kohta ei jagata.

Poliitikavariandi kirjeldus

Kehtima jääb praegune maksete ja hüvitiste süsteem, kuid luuakse arvestuslikud isiklikud kontod, millele toimuvaid sissemaksid ja väljamakseid saab inimene elektroonilise lahenduse, näiteks riigiportaali kaudu jälgida analoogselt pensionikindlustuse II sambaga.

Mõjud

Töötuskindlustussüsteemi rahastamine ja töökorraldus ei muutu, mõju on vaid süsteemi läbipaistvuse suurenemisele ja inimeste käitumisele.

Inimesed näeksid infot selle kohta, kui palju on nad töötuskindlustusmaksed maksnud, kui pikk on nende kindlustusstaaz, millise kestusega koondamis- ja töötuskindlustushüvitisele nad kvalifitseerusid ning neile makstud hüvitisi. Ühelt poolt suurendaks selline lahendus inimeste teadlikkust ja maksete kogumise läbipaistvust. Teisalt on paljudel töötajatel vaid kumuleeruvad sissemaksed ja väljamakseid ei pruugi olla, mis võib põhjustada panustamise suhtes vastumeelsust.

Konkreetse lahenduse väljatöötamisel tuleb arutada ka lisainfo esitamist. Näiteks esinevad lisaks rahalistele maksetele ja hüvitistele tööturuteenuste kulud, mis võivad moodustada arvestatava osa inimese tööotsingute toetamiseks tehtud kuludest (töövahendus, karjäärinõustamine jne). Töötusega seotud kulude esitamise korral tasakaalustaks tööturuteenuste kulude hõlmamine ülevaadet. Arvestuslike kontode rakendamise korral võib kaaluda ka sotsiaalkindlustuse ühist e-keskkonda, kus inimene näeb oma panustamist ka ravikindlustusse ja pensionikindlustusse, oma ravikulude suurust ja potentsiaalset pensionikulu (prognoositud oodatava eluea ja teiste üldiste eelduste põhjal).

Kulud seostuvad tehnilise lahenduse loomise ja rakendamisega, samuti avalikkuse teavitamisega sellest, milliseid andmeid inimesed näevad ja kuidas neid mõista.

Kohustuslike sissemaksetega töötushüvitiste kogumiskonto loomine (poliitikavariant 33)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada individuaalset vastutust
- Suurendada säästmist
- Suurendada süsteemi paindlikkust
- Suurendada töötajate mobiilsust

Senine olukord

Töötuskindlustussüsteem on solidaarne ning tasutud maksed ei akumuleeru ega ole isikustatud. Isiku töötuskindlustushüvitise saamine ja kestus sõltub küll kindlustusstaažist ehk sellest, kas ta on kindlustusmaksed tasunud, ja hüvitis on proportsioonis eelneva töötasuga, kuid hüvitise suurus või selle saamine ei sõltu varasematest maksetest kogunenud summast (ehk inimesele tehtud väljamaksed ei sõltu tema makstud summast ega lõpe, kui väljamaksed hakkavad ületama sissemakseid). Töötukassa makstav koondamishüvitise suurus on praegu sõltuv staažist viimase tööandja juures koondamise ajal.

Poliitikavariandi kirjeldus

Töötuskindlustushüvitiste tööotsimist demotiveerivat mõju proovitakse üldiselt vähendada järelevalve ja aktiivsusnõuetega, kuid töötusega seotud sissetulekuriski maandamiseks on rakendatud ka individuaalseid kogumiskontosid, mille puhul ongi peamiseks argumendiks traditsioonilistes solidaarsetes kindlustussüsteemides eksisteeriva moraaliriski oluline vähendamine. Töötushüvitiste kogumiskontole teevad töötaja ja tööandja palgast sõltuvaid sissemakseid ning töötuse korral makstakse kogutud vahenditest hüvitisi. Töötushüvitiste kogumiskontosid on seni rakendatud Lõuna-Ameerika riikides (Brasiilia, Colombia, Peruu, Tšiili jt) ja Austrias.

Lõuna-Ameerikas rakendatavate kogumiskontode näiteks kirjeldatakse Tšiili süsteemi (Austria süsteemist on lühiülevaade tööandjapoolsete maksete osa alguses). Tšiili rakendas kogumiskontod 2002. aastal. Erasektori töötajate (0,6% kontole) ja tööandjate (1,6% kontole + 0,8% solidaarsesse fondi) maksed jagunevad isikliku konto ja solidaarse fondi vahel. Väljamaksed tehakse kõigepealt töötaja kontolt, selle vahendite lõppemisel solidaarsest fondist, kuid solidaarse fondi väljamaksete puhul rakenduvad täiendavad kvalifitseerumistingimused ja aktiivsusnõuded. Isiklikult kontolt tehtavate väljamaksete asendusmäär sõltub maksete tegemise perioodist, üldiselt suurusjärgus 20–40% kolme kuu jooksul. Solidaarse fondi kasutamise puhul tehakse väljamakseid kuni 5 kuud (koos isikliku konto väljamaksetega), asendusmäär on esimesel kuul 50%, edasi langeb iga kuu 5 protsendipunkti võrra. Tööandja maksimaalne panus on 132 kuu maksed, töötajal on kogumiskontodele tehtava makse sissetulekulaeks umbes 2000 USA dollarit. Hartley *et al.* (2010) on Tšiili süsteemi analüüsid leidnud, et mida suuremad on kontole kogunenud vahendid ja seega väiksem solidaarse fondi kasutamise vajadus, seda suurem on hõivesse liikumise tõenäosus. Kuna enne kogumiskontode rakendamist töötuskindlustus puudus ja töötushüvitisi üldjuhul ei esinenud, siis suurendasid kogumiskontod töötute finantskaitset, kuid solidaarse süsteemi asemel kontode loomisel on mõju pigem vastupidine.

Selle poliitikavariandi puhul vaadeldakse kohustuslike sissemaksetega kogumiskonto süsteemi loomist töötuskindlustuses, kus:

- akumuleeritakse isiku sissemaksed, mida kasutatakse töötusest põhjustatud sissetuleku languse kompenseerimiseks analoogselt praeguse töötuskindlustushüvitisega,
- tööandja teeb sissemakseid töötajate kontodele, millelt koondamise (ja tööandja maksejõuetuse) korral makstakse hüvitist.

Näidisena kirjeldatakse suhteliselt lihtsat süsteemi. Solidaarsesse fondi minevaid maksed, mille arvelt katta nende inimeste väljamaksed, kelle kontol ei ole piisavalt vahendeid, eraldi ei analüüsita. Nii nagu praegu ei kvalifitseeru kõik töötajad töötuskindlustushüvitisele, kuid neil on võimalik teatud tingimuste täitmisel saada töötutoetust, nii jätkuks ka kontosüsteemi rakendamisel töötutoetuse maksmine neile, kes kontolt

väljamakseid ei saa (ei ole täitnud kvalifitseerumistingimusi kogumisstaži osas või kontrol pole piisavat summat). Põhjalikumalt individuaalsete kogumiskontode kasutamisest sotsiaalsete riskide katteks vaata ka alapunkti 4.7, kus räägitakse ravikontodest.

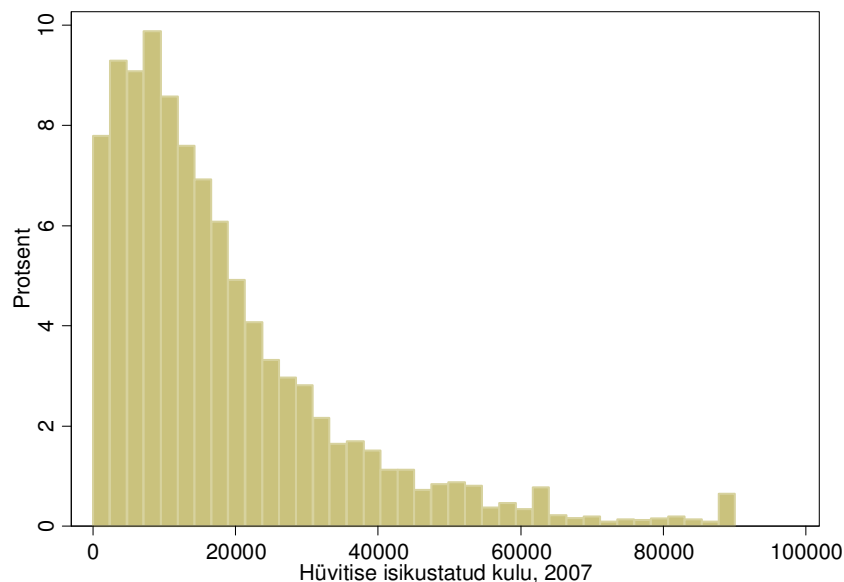
Mõjud

Isikute sissemaksed

Järgnevalt vaadeldakse, milline on töötuse riski suurus, sellega kaasneva kahju ulatus ja jaotus ühiskonnas, ning hinnatakse, kas keskmiselt on töötusega seotud sissetulekukaotuse riski maandamiseks individuaalne kogumine mõttekas.

Joonisel 4.4.9 on toodud 2007. aastal töötuskindlustushüvitist saanud inimeste jaotus hüvitise brutokulu järgi, mis on saadud, kui hüvitise maksmise kestus päevades korrutatakse hüvitise päevamääraga. Kui solidaarse sotsiaalkindlustuse puhul makstakse töötuskindlustushüvitist inimesele solidaarselt töötajate tasutud kindlustusmaksete summast, siis nüüd peab iga inimene ise koguma hüvitiseks vajaliku summa. Järgnevalt uuritakse, kui pika perioodi peaks inimene koguma, et saada töötuse korral praegu Töötukassa makstavaga samaväärne hüvitis. (Arvutustes jäetakse esialgu kõrvale töötushüvitistelt makstav sotsiaalmaks, sest kontode süsteemi puhul töötute ravikindlustuse korraldamine on eraldi teema.)

Joonis 4.4.9. Töötuskindlustushüvitist saanud isikute jaotus hüvitiste brutokulu järgi 2007. aastal (kroonides)

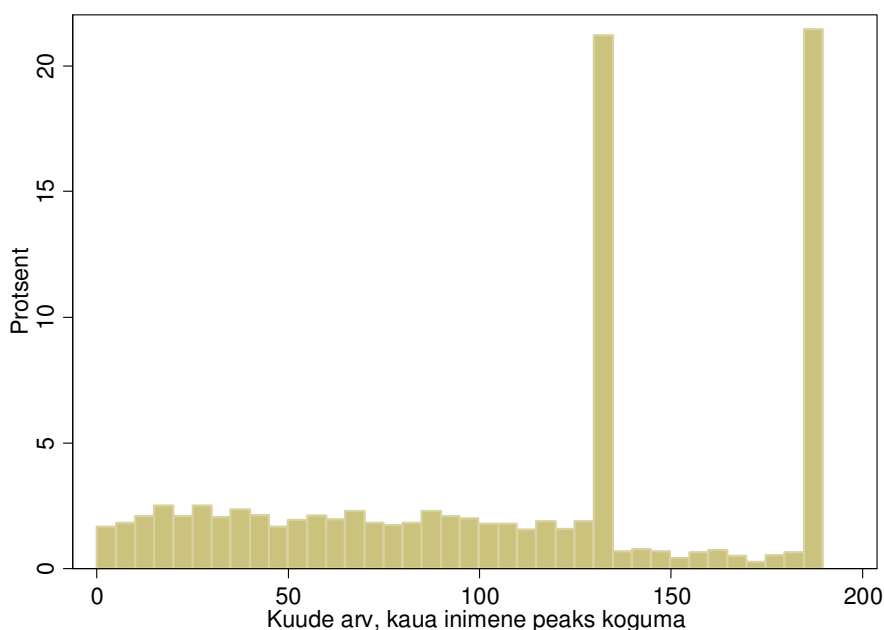


Märkus: joonis ei sisalda Töötukassa poolt makstud sotsiaalmaksu

Allikas: Töötukassa andmed, autorite arvutused

Jooniselt selgub, et 2007. aastal määratud töötuskindlustushüvitiste puhul oli keskmiseks töötuskindlustuse kogusummaks ca 27 500 krooni (1758 eurot) ja mediaansummaks 21 300 krooni (1361 eurot). Kuna töötuskindlustushüvitise maksmise aluseks on keskmine palk, on leitav töötuskindlustushüvitise saajate keskmine palk. Selle alusel leitakse, mitu kuud peaks inimene koguma, et tal tekiks sääst, millest on võimalik katta praeguse töötuskindlustushüvitisega samaväärne asendussissetulek töötuse perioodiks. Eeldades töötajate kontole tehtavate sissemaksete puhul maksemääraks 2% brutopalgast, mis vastab viimase nelja aasta (2008–2011) töötaja keskmisele maksemäärale, selgub, et kõige rohkem on inimesi, kes peaks koguma ligikaudu kas 130 kuud või 190 kuud sõltuvalt sellest, kas neile makstava hüvitise kestus on 180 või 270 päeva. Keskmiselt oleks pidanud inimesed koguma 120 kuud (vt joonist 4.4.10).

Joonis 4.4.10. Kogumise kuude arvu jaotus, et tagada praeguse töötuskindlustushüvitisega samaväärne hüvitis



Märkus: arvutused ei arvesta Töötukassa poolt makstud sotsiaalmaksu inimese kohustusena

Allikas: Töötukassa andmed, autorite arvutused

Seega selleks, et saada 6 või 9 kuu töötuskindlustushüvitisega samaväärne sääst, peab inimene koguma järjest vastavalt ligi 130 või 190 kuud ehk töötusperioodid võivad moodustada kogu tööturul olemise perioodist ligikaudu 4,5%, eeldusel, et säästud kasvavad samas tempos palkadega. 2007. aasta andmete põhjal moodustas töötuse periood kogu töötamise ajast keskmiselt 4,2%, kuid 2007. aastal oli ka seni madalaim töötuse tase. Kui inimesed on töötud sagedamini, siis ei jõua nad piisavalt koguda.

Eesti keskmine hõivemäär aastatel 2000–2010 vanuserühmas 15–64 on olnud 64%, töötuse määr samal ajal 10,3%. Kuid tuleb arvestada, et tööturunäitajate varieeruvus erinevates sotsiaaldemograafilistes rühmades (sugu, vanus, rahvus, piirkond, haridus, eriala) (vt nt Hinnosaar 2004, Leetmaa, Võrk 2004, Võrk, Leetmaa 2007, Lauringson 2009) on väga suur, mistõttu osa inimesi kogeb väga vähe ja lühikesi töötamise perioode, samas kui teistel inimestel on töötuse perioodid sagedasemad ja pikemad. Sellele lisanduvad mitteaktiivsuse perioodid vanematel, kes on lastega kodus. Seega toovad individuaalsed kogumiskontod kaasa selle, et paljudel inimestel on kogutud kontole säästud, mida nad ei kasuta.²⁰ Samal ajal osal inimestel, kes tegelikult sagedasi töötusperioode kogevad, puuduvad säästud, et tagada senisel tasemel sotsiaalne kaitse. Selle tulemusena on töötuse riski maandamise süsteemis suur osa senisest töötuskindlustusmaksete mahust ehk kontodele kogutav 2% töötajate brutopalgast sihtotstarbelist kasutust ei leia, võib liikuda süsteemist välja (näiteks juhul, kui individuaalsete kontode jääke saab kasutada pensionieas muuks otstarbeks) ning suurele osale töötutele tuleb tagada sotsiaalne turvalisus teiste sotsiaalkaitseskeemide kaudu, kus inimeste töötusmistingimused on vähem ranged (näiteks toimetulekutoetuse skeem).

Seega järeldeb ülaltoodud arvutustest, et samaväärse hüvitise saamiseks peaks individuaalsete kogumiskontode süsteemi puhul inimeste makse olema kõrgem kui praegune töötuskindlustusmaks. See on tingitud otseselt sellest, et praegu maksavad töötuskindlustusmakset ka inimesed, kes ei jäägi töötuks või kes alati ei kvalifitseeru töötuskindlustushüvitisele (näiteks praegu vabatahtlikult töölt lahkumise korral) ehk risk hajutatakse. Kuna kogumiskontode puhul sellist riski hajutamist ei toimu ja inimesel on vaja enda hüvitise jaoks raha koguda, siis samasugune väljamakse tase saavutatakse kõrgema maksemääraga.

²⁰ Juhul kui teadlikult ei tekitata töötusperioodi, et kasutada kontole kogutud vahendid ära, või kui (osa) akumuleeritud vahendeid kantakse pensioniikka jõudes ja tööturult väljudes näiteks solidaarsesse fondi.

Individaalsete kontode võimalik positiivne aspekt peaks tulema inimeste suuremast motivatsioonist vähendada töötuks jäämise tõenäosust või töötuse kestust. Senised Eesti uuringud on tõepoolest näidanud, et pikem töötuskindlustushüvitis või kõrgemad hüvitised suurendavad töötuse kestust (vt Hinnosaar 2004, Leetmaa, Võrk 2004, Võrk, Leetmaa 2007, Lauringson 2009). Samas on Eesti töötuskindlustushüvitised suhteliselt lühikese kestusega ja madala tasemega, mistõttu kontode süsteemi potentsiaalne positiivne mõju ei saa olla suur.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et (a) isikustatud kohustuslike kogumiskontode kasutamine töötuse riski realiseerumisel asendussissetuleku pakkumiseks vähendab solidaarsust erinevate sotsiaalsete rühmade vahel; (b) selleks, et praegused töötuskindlustushüvitist saavad töötud jõuaksid koguda säästud, mis on vajalikud samaväärse sissetuleku saamiseks makstes kogumiseks sisse makse 2% brutopalgast, oleksid pidanud nad eelnevalt koguma 2007. aastal keskmiselt 120 kuud ehk töötusperioodide sagedus ei tohiks olla enam kui 4,2%; (c) et töötuks jäämise risk ja kestus on eri sotsiaaldemograafilistes rühmades oluliselt erinev, siis toob individuaalse kogumisprintsipi rakendamine kaasa selle, et enamikul sotsiaalsetel rühmadel jäävad kogutud summad kasutamata ning vähestel, kes töötust kogevad, ei ole piisavalt sääste.

Tööandja sissemaksed

Austria reformis oma töökaotuse hüvitamise süsteemi ning alates 2003. aastast rakendatakse kohustuslikke kontosid. Reformi eesmärkideks oli laiendada süsteemi kõigile töötajatele, suurendada töötajate mobiilsust, tagada õiglasem hüvitiste jaotus töötajate seas ning toetada pensionisüsteemi teise samba loomist.

Tööandja maksab 1,53% töötasust töötaja kontole, mida haldab erasektor, ja kogutud vahendid investeeritakse kapitaliturgudel. Õigus hüvitisele tekib ühekuise staaži korral. Töösuhte lõppemisel koondamise tõttu, poolte kokkuleppel ja muudel põhjustel (v.a vabatahtlik töölt lahkumine) on võimalik valida väljamakse (alates kolmandast staažiaastast), vahendite kontole jätmise ja vahendite pensionikindlustusfondi kandmise vahel. Tööandjat vahetades liiguvad kontole kogutud vahendid töötajaga kaasa, pensionile siirdudes on võimalik kontolt raha korruga või annuiteedina välja võtta. Ühekordseid väljamakseid maksustatakse 6% määraga, pensionifondi kantud, annuiteetmaksed jne on maksuvabad. Reformijärgne keskmine hüvitise suurus oli umbes 35% madalam kui varasemas süsteemis. Hüvitise suurus kasvab koos staažiga: 10-aastase staaži korral umbes kahe kuu töötasu, 20-aastase staaži korral viie kuu töötasu (Koman *et al.* 2005, Hofer 2006).

Eestis tähendab ainult rahastamise poole muutmine ehk koondamishüvitiste kogumiskontode rakendamine kehtivate hüvitise saamise reeglitega seda, et suhteliselt väikeste sissemaksete ja koguneva summa baasil luuakse eraldi süsteem. Arvestades uue süsteemi loomise ja administreerimise kulusid ning seda, et on olemas isikustatud kogumiskontod pensionikindlustuses ja seni koondamishüvitisi administreerinud Töötukassa, siis eraldi spetsiifiliste kogumiskontode loomise asemel võib olla otstarbekam kontode riskisutus või olemasolevate administratiivsete lahenduste kasutamine.

Samas, kui lisaks kogumiskontodele üle võtta ka teised Austria tüüpi süsteemi elemendid, tähendaks see töölt lahkumise hüvitiste suurenemist, kvalifitseerumise staaži lühenemist ja hüvitatavate töösuhte lõppemise põhjuste ringi laiendamist.

Eestis on teise samba pensionisüsteem käivitunud ning koondamiskontode loomine kogumispensioni süsteemi toetamiseks ei ole vajalik. Samas on see täiendav säästmisvõimalus ning inimese pensionile jäädes on võimalik kontole kogutud (osa) raha liita kogumispensioni kontoga. Ka väljamaksed koondamiskontolt võib pensionikontole suunata, kuid võib juhtuda, et paljud võtaksid koondamishüvitise rahas välja, mitte ei säästaks teise samba pensioniks.

Koondamise risk ei ole inimeste, erineva suurusega ettevõtete ja majandussektorite vahel võrdne. Kuna riski realiseerumise tõenäosused on väga varieeruvad, saaksid paljud kontod kiiresti tühjaks, teistelt aga väljamakseid võib-olla ei toimukski. Kaoks senine solidaarsuselement ettevõtete vahel tegevusalade ja suuruse lõikes.

Eeldades keskmist tulumäära 3,6% aastas ja aastaseks palgakasvuks 2,5%, piisab 1,5% sissemaksest brutopalgalt, et viieaastase staaži korral oleks väljamakse samas suurusjärgus praeguse seadusega (ühe kuu keskmine töötasu).

Praegu on tööandja makstav töötuskindlustusmaks osa 1,4% brutopalgast, kogumiskonto puhul oleks maksemäär hüvitise katmiseks samas suurusjärgus, kuid lisanduksid kontode haldamise ja administratiivse

töö kulud. Samuti katab praegune 1,4% maksemäär ka tööandja maksejõuetuse hüvitised. Järelikult on praeguse hüvitiste taseme säilitamiseks solidaarse kokkulepitud hüvitise suurusega (*defined-benefit*) süsteemi muutmisel isikustatud kindlaks määratud maksega (*defined-contribution*) süsteemiks vajalik kõrgem maksumäär.

Kokkuvõtteks

Individaalsete kogumiskontode rakendamine vähendab põlvkonnasisest solidaarsust (nii sissetulekurühmade, ametialade kui ka sugude vahel) ja suurendab individaalset vastutust riskidest tulenevate kahjude katmisel. See võib suurendada vaesusriski, mis sõltub töötuse riski realiseerumise sagedusest ja sellega kaasneva kahju ulatusest. Individaalne vastutus võib aga tõsta inimeste motivatsiooni võtta ette tegevusi, mis töötusriske või riskide realiseerumisega kaasnevaid kulusid vähendaks, näiteks tegeleda pideva enesetäiendamise või uute töökohtade otsimisega. Individaalsete kohustuslike säästude kasutamine töötusriskide realiseerumisel tekkinud kulude katmiseks on otstarbekas siis, kui töötuse riskide realiseerumise tõenäosus on suur, kuid riskidega kaasnevad kahjud on väikesed. Kui realiseerumise tõenäosus on väike, kuid kaasnevad kahjud on suured, on otstarbekam kindlustussüsteem.

Kui töötus on kontsentreeritud teatud töötajate gruppis, siis need töötajad ei ole võimelised oma säästuga töötushüvitisi finantseerima. Süsteemi elujõulisuse hindamiseks oleks vaja teada, kui suur osa töötajaid ei suuda koguda kontole töötuse perioodiks piisavaid sääste. Hartley *et al.* (2010) toovad välja hinnangud, et 5-25% inimestel oleks konto pensionile siirdudes negatiivne ja ligi 50%il oleks töötaja jooksul konto teatud perioodi miinuses. See arvestus on suhteliselt tagasihoidliku töötuskindlustushüvitiste taseme korral, helde süsteemi puhul ei piisaks kontole kogutud vahenditest suuremal osal töötajatest.

Kuna kõigil kogumiskontodel ei pruugi olla piisavalt vahendeid töötushüvitiste katmiseks, tuleb läbi mõelda ka lahendus seda tüüpi olukordades töötute toimetuleku ja töötamise toetamiseks. Võimalus on luua solidaarne fond, mis põhineb näiteks osaliselt isikute maksetel ja osaliselt riigieelarvel. Sel juhul oleks inimeste maksemäär solidaarsesse fondi mineva osa võrra kõrgem, kuid riik peaks jätkama ka praegu toimuvat riigieelarvest panustamist töötutoetuse katmiseks.

Lisaks tuleb läbi mõelda, kuidas tagada töötajate aktiivsus ja katta tööturuteenuste kulud, mis saab kontol olevatest vahenditest töötaja pensionile siirdudes, kuidas toimub sotsiaalmaksu tasumine ning kas kontole seada limiidid nii töötaja kui ka tööandja panuse osas.

Praegu tasakaalustatakse töötushüvitiste töötusriske demotiveerivat mõju aktiivsusnõuete ja järelevalvega. Kontode puhul suureneb isiku vastutus endale töötuse perioodiks sissetuleku tagamiseks, kuid sellega koos kaoks puhta kontosüsteemi puhul Töötukassa meetmed, mis peaksid tagama töö kaotanute aktiivse töötamise, ning see mõjaks tõenäoliselt negatiivselt töötute hõivesse tagasipöördumisele. Seega tuleks kaaluda vähemalt solidaarsest fondist toimuvate väljamaksete sidumist teatud tingimustega. Samuti tuleb lahendada isikule sobivate tööturuteenuste leidmise, osutamise ja selle eest tasumise küsimus, ning see, kuidas tasutakse hüvitistelt sotsiaalmaks. Kui ka aktiivsete meetmete ja sotsiaalmaksu kulu kaetakse individaalselt kontolt, siis on vajalik oluliselt kõrgem maksemäär või senise hüvitiste taseme säilitamiseks pikem kogumisperiood.

Töötuse riski katmine toimub vanaduspensionile jäämiseni. Pensionile jäädes võib kanda kogumiskonto jääk inimese pensionikontole või jagada see pensionikonto ja solidaarse fondi vahel. Jäägi suurust saab reguleerida ka kontole limiidi seadmisega, mille täitmisel pole vaja töötajal ja/või tööandjal kontole makseid teha. Näiteks kui kontol on piisavalt vahendeid maksimaalses määras töötus- ja koondamishüvitiste saamiseks (või siis ka sotsiaalmaksu ja teatud paketi aktiivsete meetmete katmiseks), siis maksed peatatakse, kuni jääk langeb alla limiidi. See küll vähendab töötuse riski kattes kogutavaid summasid ning võimalikku ülekannet solidaarsesse fondi, kui pensionile siirdudes osa jäägist sinna kantakse.

Samuti on töötushüvitiste kogumiskontode puhul võimalik kasutada finantssektori pakutavat investeerimisteenust analoogselt pensioni II sambaga. See suurendaks tõenäoliselt erinevate tingimustega kogumiskontode pakkumist ja seega inimeste valikuvõimalust.

Kindlustussüsteemist kogumiskontodele liikumine on seotud üleminekukuludega ehk lühiajaliselt finantsiline jätkusuutlikkus halveneb. Kuid pikemas perspektiivis võib selle töökaotuse puhul asendussissetulekut tagava mehhanismi finantsilise jätkusuutlikkuse hinnata heaks, sest kontodelt tehakse väljamakseid vaid kogutud vahendite ulatuses ning puudujäägi tekkimine on võimalik vaid solidaarses fondis. Samas tuleb selline finantsiline jätkusuutlikkus sotsiaalse jätkusuutlikkuse ja põlvkonnasisese

solidaarsuse vähenemise arvelt. Väheneb ümberjaotus töötajatelt töötutele, sest inimese hüvitis töötuse korral sõltub tema enda kogutud vahenditest. Tehnilise teostatavuse puhul tuleb arvestada kahe aspektiga: muudatusega kaasnevad üleminekukulud (kuni kontodele koguneb esimeste väljamaksete tegemiseks vajalik summa, tuleb ka vana süsteemi järgi hüvitiste maksmiseks vahendeid koguda), samas on isiklike kontode loomise kogemus pensioni teise samba näol olemas.

See, milline on süsteemi muutmise mõju osapoolte käitumisele, määrab ka võime kohaneda välisriskidega – kui töötajad on senisest altimad näiteks koondamisele, sest kontrol on kogutud vahendid, mida midu enne pensionile siirdumist kasutada ei saa, siis toimub liikumine tööturuseisundite vahel kergemini ning kohanemine võib olla kiirem. Kui inimesed hakkavad vältima liikumist tööturuseisundite vahel, sest kontole kogutud vahendid ei suuda töötuse perioodiks sissetulekut tagada või soovitakse koguda pensionieaks võimalikult palju sääste ka koondamiskontole, siis kohenenismvõime halveneb.

4.5. Ravikindlustuse rahastamisallikatega seotud poliitikavariandid

Ravikindlustuse rahastamisallikatega seotud poliitikavariandid keskenduvad eelkõige maksubaasi laiendamisele ja raha ümbersuunamisele tervishoiusüsteemis, näiteks haiglate investeeringutesse, kindlustamata isikute ravikulude katmise ning üldarstiabisse. Tervishoiuteenuste osutamise seotud poliitikavariante vaadeldakse detailsemalt järgnevas peatükis 4.6.

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Struktuurne muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Sotsiaalmaksu jagamine komponentideks (poliitikavariant 34) Ravikindlustatutega võrdsustatud isikute eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksmine riigieelarvest (poliitikavariant 35) Ravikindlustuse osaline finantseerimine riigieelarvest (poliitikavariant 36) Põhivara tasu ja kapitalikulu komponendi mehhanismi rakendamine (poliitikavariant 37) Kindlustamata isikute ravikindlustusega katmine (poliitikavariant 38) Üldarstiabi rahastamine riigieelarvest (poliitikavariant 39)

Maksubaasi laiendamise puhul käsitletakse käesolevas peatükis nii siirdeid riigieelarvest haigekassa eelarvesse teatud elanikkonnarühmade eest, mida püütakse katta erinevate maksude tõstmisega, kui ka sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksubaasi laiendamist. Esmalt antakse ülevaade ravikindlustuse ja tervishoiu rahastamise senisest struktuurist.

Tervishoiu rahastamise senine struktuur

Eestis kulutati tervishoiule 2009. aastal 7% SKPst, koos Haigekassa poolt makstud ajutise töövõimetuse hüvitistega 8% SKPst. Solidaarselt finantseeritud osa, mis tuleb läbi avaliku sektori, moodustab kolmveerandi tervishoiu kogukuludest. Sellest omakorda kõige suurem osa kulutustest tehakse Haigekassa kaudu, keskmiselt 65% viimastel aastatel, riigieelarve osa on moodustanud 8-10% kogukuludest ja kohalike omavalitsuste osa on olnud 1-2%. Inimeste omaosalus, mida makstakse vahetult tervishoiuteenuse või -toote tarbimisel, moodustab viiendiku tervishoiukuludest. Ettevõtete, MTÜde ja erakindlustuse roll oli 2009. aastal vaid 0,5% tervishoiu kogukuludest. Kui lisada tervishoiu kogukuludele ka ajutise töövõimetuse hüvitised, siis Haigekassa ja seega ka kogu avaliku sektori roll tõuseb mõne protsendipunkti võrra. (Samas võiks sel juhul ajutise töövõimetuse hüvitiste puhul arvestada ka leibkondade ja ettevõtete omapoolse panusega, mis muutus olulisemaks just peale 2010. aastal toimunud muudatust ajutise töövõimetuse hüvitiste maksmisel.)

Tabel 4.5.1. Tervisesüsteemi peamised rahastamisallikad aastatel 2000, 2007 ja 2009 (% tervishoiu kogukuludest)

Rahastamisallikas	Peamised tuluallikad	Tervishoiu kogukulud			Tervishoiu kogukulud ja ajutise töövõimetuse hüvitised		
		2000	2007	2009	2000	2007	2009
Avalik sektor		76,2	75,6	75,3	79,3	78,7	78,4
Haigekassa	Sotsiaalmaks	65,8	64,2	65,0	70,2	68,8	69,4
Riigieelarve	Käibemaks, üksikisiku tulumaks ja ettevõtte tulumaks, aktsiisimaksud jm	8,4	9,7	8,8	7,3	8,5	7,7
Kohalike omavalitsuste eelarved	Üksikisiku tulumaks, maamaks, muud kohalikud maksud ja siirded riigieelarvest	2,0	1,7	1,5	1,8	1,5	1,3
Erasektor		23,2	23,3	20,8	20,4	20,3	18,2
Leibkondade omaosalus		19,7	21,9	20,3	17,3	19,1	17,7
Eraravikindlustus		1,0	0,3	0,2	0,8	0,3	0,2
Ettevõtted, MTÜd		2,6	1,1	0,3	2,2	0,9	0,3
Välisallikad		0,3	1,1	3,9	0,3	1,0	3,4
Osakaal SKPst		5.4%	5.2%	7.0%	6.1%	6.0%	8.0%

Allikas: Tervise Arengu Instituut, Haigekassa, autorite arvutused

Tervishoiu rahastamine avaliku sektori poolt toimub riigieelarve ja kohalike omavalitsuste maksude ja mittemaksuliste tulude abil. Haigekassa tulud moodustuvad peaaegu täielikult sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast, riigieelarve ja kohalike omavalitsuste kaudu rahastatavad tervishoiukulud tulevad mittemärgistatud maksutulude ja mittemaksuliste tulude arvelt. Tervishoiu rahastamise jagamisel erinevate allikate vahel tuleb arvestada, et riigieelarvest teatud sotsiaalsete rühmade eest tasutud sotsiaalmaks Haigekassasse tuleb muudest maksutuludest. Lisaks tuleb arvestada, et kohalike omavalitsuste tuludest moodustavad suure osa siirded riigieelarvest, mis on eelnevalt kogutud erinevate maksudena.

Tervisesüsteemi rahastamise koormuse jaotus mõjutab rahastamiseks kasutatud maksude struktuuri kaudu inimeste ja ettevõtete käitumist, tarbimisvõimaluste jaotust, rahastamise lühiajalist stabiilsust ja pikaajalist arengut rahvastiku vanusstruktuuri muutudes. Järgnevas tabelis on esitatud erinevate maksude tinglik roll tervishoiu rahastamises 2009. aastal.

Tabel 4.5.2. Tervisesüsteemi rahastamisallikad ja jaotus maksuliigi järgi 2009. aastal (% tervishoiu kogukuludest)

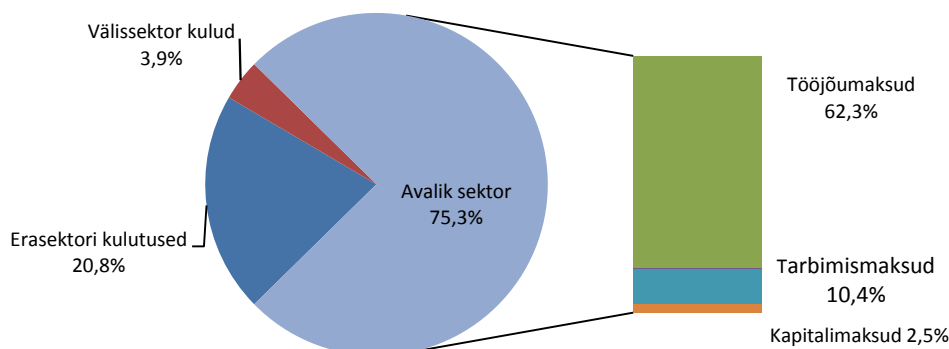
Tervishoiu rahastamise allikas	Osakaal kogukuludes	Osakaal rahastaja maksutuludes	Osakaal tervishoiu kulude rahastamises	Maksuliik
Haigekassa	65,0			
sotsiaalmaks teiselt tulult (palgad, FIE töötasudelt, erisoodustus)		91,4	59,4	Tööjõumaks
Töötukassa eelarvest tasutav sotsiaalmaks töötuskindlustusmakse laekumiste arvel		1,9	1,3	Tööjõumaks
riigieelarvest või kohalike omavalitsuste eelarvest tasutav sotsiaalmaks Haigekassasse osade elanikkonnarühmade eest (nt alla 3-aastast last kasvatav üks lapsevanem, puudega inimese hooldaja jm)		6,6	4,3	Riigieelarve ja kohalike omavalitsuste maksutulude struktuur
Riigieelarve	8,8			
käibemaks		60,2	5,3	Tarbimismaks
üksikisiku tulumaks		7,7	0,7	Tööjõumaks (90%) Maks toetustelt (6%) Kapitalimaks (4%)
juriidilise isiku tulumaks		12,8	1,1	Kapitalimaks
aktsiisimaksud		18,1	1,6	Tarbimismaks
muud maksutulud		1,2	0,1	Kapitalimaks (15%) Tarbimismaks (85%)
Kohalikud omavalitsused	1,5			
üksikisiku tulumaks		91,7	1,4	Tööjõumaks (90%) Maks toetustelt (6%) Kapitalimaks (4%)
maamaks		7,0	0,1	Kapitalimaks
muud maksutulud		1,4	0,0	Kapitalimaks
Erasektor, sh inimeste omaosalus, erakindlustus	20,8		20,8	
Välissektor	3,9		3,9	
Kokku	100		100	

Allikas: Statistikaameti andmebaas, Rahandusministeerium, Töötukassa, autorite eeldused ja arvutused

2009. aastal moodustasid, et kogu tervishoiu rahastamisest (jättes praegu kõrvale ajutise töövõimetuse hüvitised, mida tervishoiu kuludena tavapäraselt ei käsitleta) tööjõumaksud ca 62%, tarbimismaksud 10%, kapitalimaksud 3%, maksud sotsiaaltoetustelt ca 0,1% (vt ka järgmine joonis). Erasektori otsesed kulutused

tervishoiule, sh erakindlustus, moodustasid ca 21% ja välissektori toetused 4%. Avaliku sektori kulutustest omakorda moodustavad maksud tööjõult 83%, tarbimiselt 14%, kapitalilt 3% ja toetustelt alla 1%. 2009. aasta on küll kõrge töötuse määra tõttu keskmisest erinev, sest riigieelarvest ja Töötukassast makstav sotsiaalmaks registreeritud töötute eest ja töötushüvitistelt oli tingituna majanduskriisist kõrge, kuid selle mõju tervishoiu rahastamises kasutatavate maksude struktuurile on siiski väike, sest töötute arvu vähenedes vähenevad nii töötuskindlustusmaks (mis on tööjõumaks) kui ka osade elanikkonna rühmade eest Haigekassase tasutav sotsiaalmaks riigieelarvest (kus domineerivad tarbimismaksud).

Joonis 4.5.1. Tervishoiu rahastamise struktuur allikate lõikes 2009. aastal



Allikas: vt tabelid 4.5.1, 4.5.2; autorite arvutused

Ülaltoodud arvestustes ei kaasatud ajutise töövõimetuse hüvitisi tervishoiukulude hulka. Kui viimased lisada Haigekassa tervishoiukulude juurde, siis selle tulemusena suureneks tööjõumaksude osa kogu tervishoiukulude rahastamises nelja protsendipunkti võrra 66%ni tervishoiukuludest ja vastavalt väheneksid ülejäänud rahastamisallikate osakaalud.

Tervishoiu rahastamise pikaajalist arengut mõjutavad tegurid

Tervishoiu rahastamise struktuuri mõjutavad pikaajaliselt avaliku sektori kaudu maksudest finantseeritud osa ja inimeste omaosaluse vahetamine, avaliku sektori sisemine proportsioon Haigekassa, riigieelarve ja kohalike omavalitsuste eelarvete vahel ning maksutulude struktuur Haigekassa eelarves, riigieelarves ja kohalike omavalitsuste eelarves.

Tervishoiu rahastamise majanduslike ja sotsiaalsete mõjude analüüsimisel ei saa vaadata maksutulude abil finantseeritud osa ja inimeste omaosalust lahus. Madal toetuste maksustamise roll (nt pensionide või lastega peredele antavate rahaliste toetuste väike maksustamine) võib olla tasakaalustatud toetusi saavate inimeste makstavate kõrgete omaosalustasudega (nt kõrge omaosalus ravimite või hambaraviteenuste ostmisel). Et omaosaluse mõju tervishoiuteenuste tarbimisele ja leibkondade vaesumisele on põhilikult käsitletud varasemates uuringutes (vt näiteks Võrk, Habicht *et al.* 2010; Võrk, Saluse, Habicht 2009), siis keskendutakse järgnevalt avaliku sektori finantseeritud osale ning võimalikele maksumuudatustele.

Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksubaas moodustas 2010. aastal ligi 36% SKPst. Sellest ligi 90% moodustab palgafond. Ülejäänust suurima osa moodustab registreeritud töötute ja teiste sotsiaalsete rühmade eest tasutava sotsiaalmaksu minimaalne kohustus, mida võib samuti tingliku maksubaasina käsitleda.

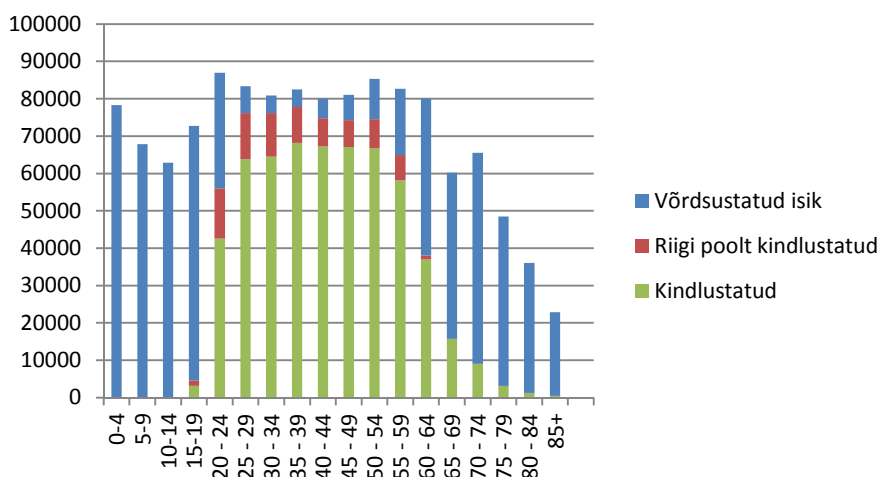
Tabel 4.5.3. Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksubaas (mln krooni), 2010

	Maksubaas (2010)	Maks (13%)
Palgafond	73 259	9 524
FIEd e ettevõtlustulu	710	92
Erisoodustus	1 507	196
Töötuskindlustushüvitis	1 244	162
Koondamishüvitis	186	24
Pankrotihüvitis	172	22
Registreeritud töötute eest	(2 854)*	371
Sotsiaalkindlustusameti või omavalitsuste erijuhtudel makstav sotsiaalmaks	(2 619)*	341
Kokku praegu laekuv ravikindlustusmaks	82 552	10 732
% SKPst	36,4%	4,7%

Märkus: tinglik maksubaas arvestades sotsiaalmaksu miinimumkohustust

Allikas: Statistikaamet, Haigekassa, Töötukassa, autorite eeldused ja arvutused

Töötasult makstava sotsiaalmaksu laekumise areng ja erijuhtudel tehtavad maksed riigieelarvest sõltuvad rahvastiku vanuskoosseisust, mille muutusest anti ülevaade raporti kolmandas peatükis. Rahvastiku vanuskoosseisuga on tihedalt seotud ka kindlustatute struktuur. Tööandja poolt või ise kindlustatud isikud moodustasid 2011. aasta kvartali lõpu seisuga kõikidest Haigekassas kindlustatutest 45% (565 000 inimest), kindlustatud isikutega võrdsustatud isikud (nt pensionärid, lapsed) 49% (610 000 inimest) ja riigi kindlustatud (nt registreeritud töötud, lapsehooldusel vanemad) ca 6% (79 000 inimest).

Joonis 4.5.2. Haigekassas kindlustatute vanuseline jaotus, 31.03.2011 seisuga

Allikas: Haigekassa kodulehekülg

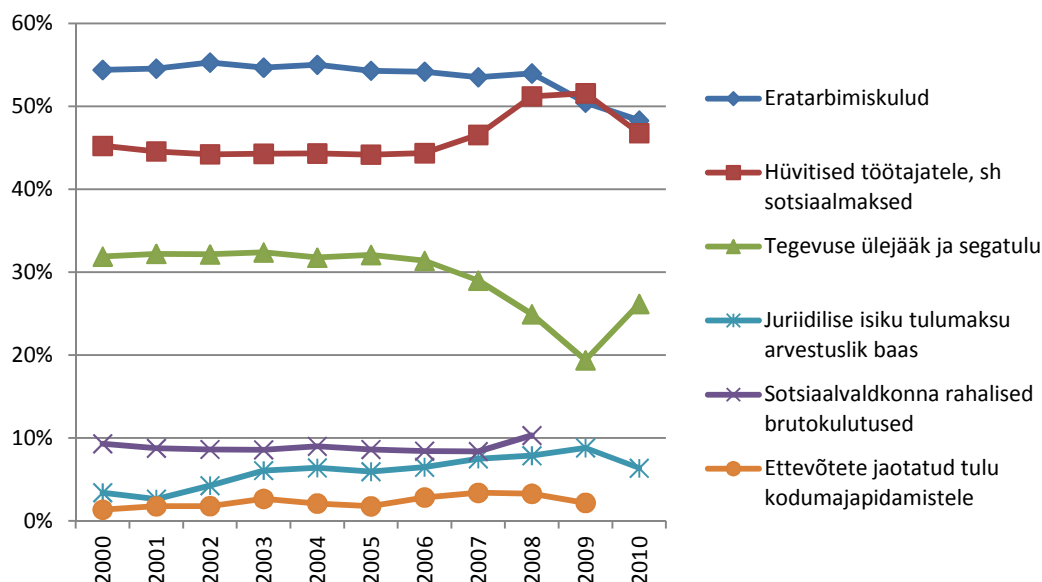
Sotsiaalmaksu siirded Haigekassase riigieelarvest või Töötukassast sõltuvadki eelkõige alla kolme aastast last kasvatavate vanemate ja registreeritud töötute arvust, sest need rühmad on kõige suuremad. Nende inimeste vanus, kelle eest tehakse siirdeid riigieelarvest on peamiselt vahemikus 20-59, mistõttu rahvastiku vananemine ei mõjuta oluliselt neid siirdeid, kui nende inimeste ringi ei laiendata.

Järgnev joonis annab ülevaade võimalikest maksubaaside muutusest viimastel aastatel ning analüüsitakse rahvastiku vananemise võimalikku mõju maksubaasile. Erinevate maksude maksubaasist on kõige suurema osakaaluga eratarbimiskulutused, mis moodustavad SKPst viimasel 10 aastal (2001-2010) keskmiselt 53%

(vt järgmine joonis). Nagu peatükis 3 mainitud on tarbimise tegelik maksustamine (*implicit tax rate*) Eestis juba praegu võrreldes teiste ELi riikidega suhteliselt kõrge, 28% 2009. aastal. Tööjõukulud (brutopalk ja tööandja sotsiaalkindlustusmaksed) olid viimasel 10 aastal keskmiselt 46% SKPst. Tööjõu maksukoormus oli 2009. aastal 35%. Sisemajanduse koguprodukti jaotus „tegevuse ülejääk ja segatulu“, millest enamuse moodustab ettevõtete kasum, on moodustanud keskmiselt 29% SKPst viimase 10 aasta jooksul. Tulenevalt Eesti ettevõtete tulumaksustamise eripäradest on juriidilise isiku tulumaksu baas olnud oluliselt madalam kui ettevõtete kasum, sest tulumaksu baas sõltub peamiselt kasumi jaotamisest. Viimase 10 aasta jooksul on see olnud keskmiselt 6% SKPst. Erasisikutele ettevõtetest jaotatud kasum moodustas aastatel 2000-2009 keskmiselt 2,3% SKPst.

Kui eraldi vaadata rahalisi sotsiaaltoetusi, millest kõige suurema osa moodustavad vanaduspensionid, siis nende osakaal on olnud aastatel 1999-2008 ca 8-9% SKPst. Majanduskriisi ajal rahaliste toetuste osakaal kasvas, sest kasvasid nii pensionid, töötuskindlustushüvitised kui vanemahüvitised. Majanduskasvu taastudes nende osakaal väheneb taas, ehkki jääb lähiaastatel kõrgemale esialgselt tasemest, sest majanduskriisi ajal kasvas ennetähtaegselt pensionile ja töövõimetuspensionile jäänud inimeste arv ning 2013. aastal laieneb töötuskindlustushüvitiste saajate ring.

Joonis 4.5.3. Potentsiaalsete maksubaaside areng, % SKPst, 2000-2010



Märkus: juriidilise isiku tulumaksu arvestuslik baas on leitud kui riigieelarvesse laekunud juriidilise isiku tulumaks jagatud tulumaksumäärana. Sotsiaalvaldkonna rahalised brutokulutused on Eurostati ESSPROS meetodikas toodud rahalised kulutused

Allikas: Statistikaamet, Eurostat, autorite arvutused

Sotsiaaltoetuste maksustamine on seni olnud madal. Aastatel 1999-2008 oli rahalistelt sotsiaaltoetustelt makstud tulumaksu tegelik määr ligikaudu 2-4% vahel. Viimastel aastatel võib arvata, et tingituna vanemahüvitiste, töötuskindlustushüvitiste ja pensionide tõusust on tõusnud ka maksustatavate sotsiaaltoetuste osakaal kogu sotsiaaltoetuste seas ja seetõttu ka tegelik maksumäär.

Joonis 4.5.4. Sotsiaaltoetustelt makstav tulumaks,% brutotoetustest, 1999-2008

Märkus: arvatatud kui füüsiliste isikute tulumaksulaekumine, millest on võetud proportsioon tulumaksulaekumistest (Eurostat (2011), Tabel D.5), ja jagati nii saadud tulumaksusumma ESSPROSi meetodi järgi leitud rahaliste toetuste kogusummaga.

Allikas: Eurostat, autorite arvutused

Varasema kirjanduse põhjal võib välja tuua järgmised olulisemad rahvastiku vananemise makromajanduslikud mõjud, vt näiteks ülevaateid ja viiteid järgmistes allikates Hagemann ja Nicoletti (1989), Masson ja Tryon (1990), OECD (1999), OECD (2000). Esiteks, vanem rahvastik tarbib suurema osa enda tulust ja säästab vähem. Seega kogutarbimise suhe kogutulusse suureneb. Samas sõltub rahvastiku vananemise mõju eri põlvkondade säästmismääradele ka sellest, kas pensionisüsteem on rahastatud jooksvalt maksude abil (PAYG) või eelfinantseeritud süsteemi abil. Teiseks, rahvastiku vananemine toob kaasa era- ja avaliku sektori kulutuste struktuuri muutuse. Eakamad inimesed vajavad rohkem tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid ning vähem kulutusi haridusele (vt nt Euroopa Komisjoni põhjalikke raporteid vananemise mõjudest sotsiaalkulutuste kasvule). Eakamad inimesed kulutab ka vähem transpordile, kestuskaupadele ja meelelahutusele. Kulutuste struktuuri muutus toob kaasa erinevate lõpptoodete ja tootmissisendite suhteliste hindade muutuse. Kolmandaks, rahvastiku vananemine vähendab tööjõupakkumist, mis võib vähendada tootmismahtu. Samuti langeb tööjõu mobiilsus, st inimesed ei liigu nii palju karjääriredelil kui eakaid töötajaid on rohkem, inimesed ei liigu eri ametikohtade vahel ega ka geograafiliselt. Et rahvastiku vananemine toob kaasa ka suuremad kulutused pensionidele, siis sellega võivad kaasned vajadus maksumäärade tõusuks ja selle kaudu mõju tööjõupakkumisele ja -nõudlusele. Teisest küljest rõhutavad Hagemann ja Nicoletti (1989), et seos rahvastiku vananemise ja sissetuleku taseme vahel ühe inimese kohta ei pruugi olla üheselt selge. See sõltub sellest, kas ja millisel moel tehnoloogiline progress ja produktiivsus omakorda sõltuvad rahvastiku vananemisest.

Seega rahvastiku vananemise tulemusena võiks pakkuda, et vanemad elanikud keskmiselt säästavad vähem ja tarbivad rohkem, mistõttu tarbimine kui maksubaas suureneb. Samas Kulikov, Paabut, Staehr (2007) uurivad Eesti inimeste säästmisharjumusi ja leiavad, et noored ja eakamad säästavad Eestis enam kui keskealised. Nad pakuvad, et tegu on põlvkonnaspetsiifilise efektiga ja sellest ei tasu järeldada, et tarbimise-säästmise elutsükli hüpotees Eestis ei kehti. Siiski osutab see sellele, et rahvastiku vanusstruktuuri muutus iseenesest ei pruugi tähendada säästmise osakaalu vähenemist.

Rahvastiku vananedes suurenevad ka avaliku sektori rahastatud sotsiaalkaitsekulutused, kui soovitakse säilitada nende senist taset. Töötajate osakaal rahvastikus väheneb, mille tulemusena ka töötasu kui üks oluline maksuobjekt ühe elaniku kohta võib väheneda. Samas töötasu osakaalu muutuse kohta SKPs ei saa pikaajaliselt selgeid prognoose teha, kuid enamasti eeldatakse, et see püsib konstantsena (st tööjõu produktiivsus ja tööjõukulud kasvavad samas tempos).

Poliitikavariandid ravikindlustuse rahastamise muutmiseks

Sotsiaalmaksu jagamine komponentideks (poliitikavariant 34)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada ravikindlustuse tulusid
- Vähendada ebavõrdsust ravikindlustuse rahastamises tõise sissetuleku ja mitte-tõise sissetuleku saajate vahel
- Vähendada erinevust tööjõu ja kapitali efektiivsetes maksumäärades

Poliitikavariandi kirjeldus

Ravikindlustuse rahastamise esimeseks suuremaks poliitikavariandiks on sotsiaalmaksu jagamine komponentideks ja inimese igasuguse tulu, sealhulgas dividendide, töötuskindlustushüvitiste, vanemahüvitiste, pensionide ja muude hüvitiste maksustamine ravikindlustusmaksuga.

Sotsiaalmaksu jagamine kolmeks:

- Pensionikindlustusmaks - jääb töandja maksta
- Ajutise töövõimetuse kindlustuse maks - jääb töandja maksta
- Ravikindlustusmaks - jääb töötaja maksta

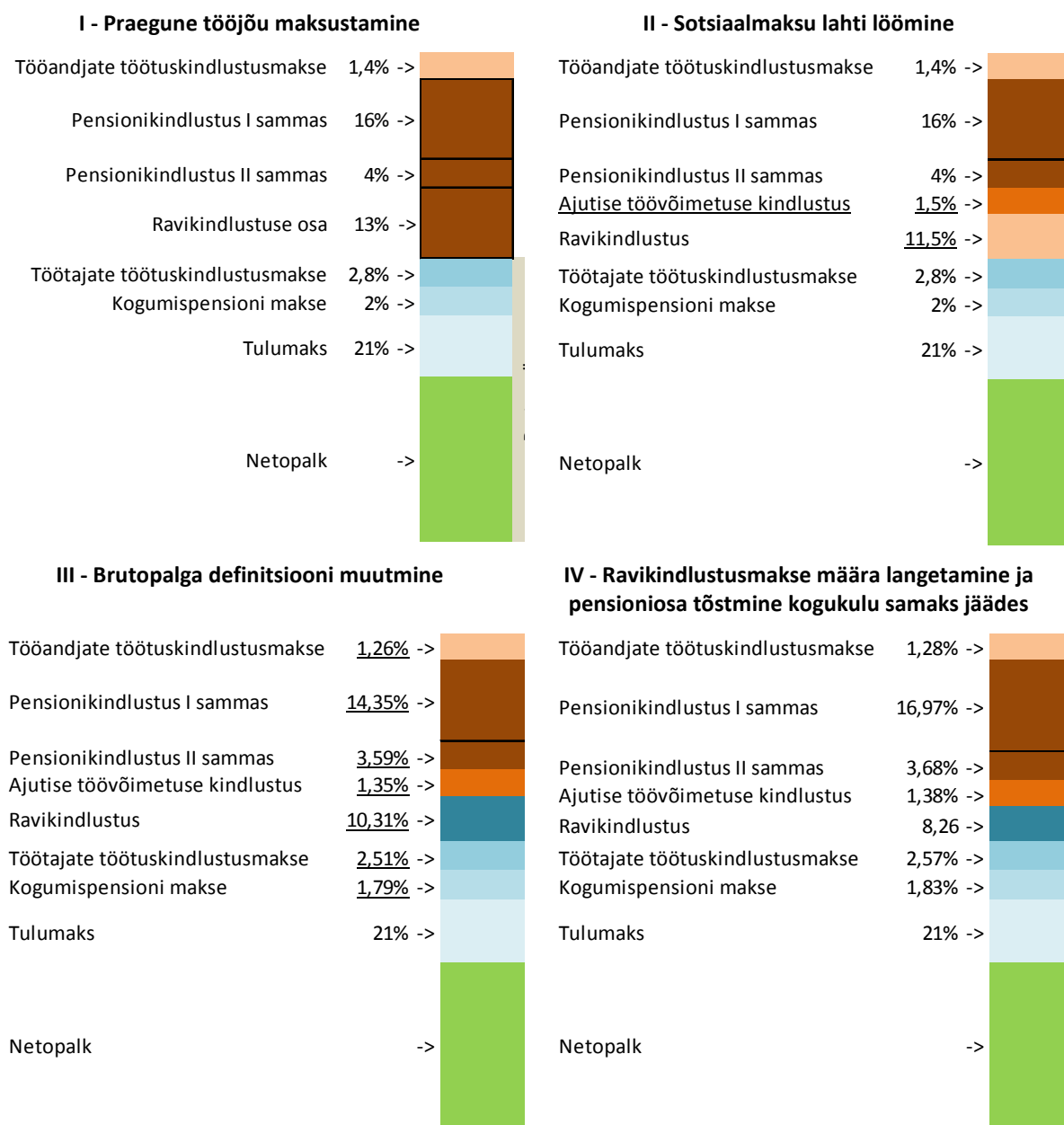
Sotsiaalmaksu kolmeks erinevaks maksuks jagamise eesmärk on rakendada erinevatele maksudele erinevat maksuobjekti selleks, et ravikindlustuse eelarve kujunemine oleks enam kooskõlas demograafilise olukorra muutumisega. Samal ajal on võimalik vähendada ebavõrdsust tervishoiu rahastamises erineva tululiigi saajate vahel.

Sotsiaalmaksu osadeks lahti lõomise mõte on laiendada ravikindlustuse maksubaasi lisaks tõisele tulule ka teistele tululiikidele (nt sotsiaalkindlustushüvitised, dividenditulu), eriti just sellistele tululiikidele, mille saajate arv kasvab koos rahvastiku vanuselise struktuuriga, näiteks riikliku vanaduspensioni ja kogumispensioni saajate arv. Ravikindlustusmaksu hakkaks maksta töötaja sarnaselt praegu kehtivale töötuskindlustusmaksule või täiendavale inimeste makstavale kogumispensioni maksele. Ravikindlustuse maksubaasi laiendamine võimaldab kas langetada sotsiaalmaksu praegust määra või selle struktuur ümber jagada tõstes sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa määra, mis läheb riiklikusse pensionikindlustusskeemi (I sambasse). Kui ravikindlustusmaks laieneks ka osadele sotsiaaltoetustele, sh pensionidele, siis saab sotsiaaltoetuste ühekordsete tõstmistega kompenseerida täiendava maksustamise. Nii näiteks võimaldab sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa tõstmine brutopensione suurendada nii, et riiklikku pensioni saavad inimesed ei kaota lühiajaliselt. Kokkuvõttes väheneb neid tululiike saavate inimeste netotulu, kellele ei kompenseerita maksumäära tõusu tõttu saamata jäänud tulu (nt dividenditulu saajad, teised sotsiaalkindlustushüvitised jm) ja võidavad töötasu saavad inimesed, kui tööjõumaksud vähenevad.

Praeguse sotsiaalmaksu osadeks lahtilõomisega ja ravikindlustusmaksu laiendamisel täiendavatele tululiikidele muudetak ravikindlustusmaks samaaegselt füüsilise isiku maksuks ja selle tulemusena praegune brutopalka definitsioon muutuks, sisaldades tulevikus ka ravikindlustusmaksu. Et säilitada tööjõukulude struktuuris töötajale tänane netotulu ja teiste maksude ning maksete proportsioonid, peavad maksumäärad muutuma.

Alljärgneval joonisel on esitatud skemaatiliselt palgatulult makstavad maksud praegu (joonis I) ning sotsiaalmaksu jagunemine pensionikindlustuse, ajutise töövõimetuse kindlustuse ja ravikindlustuse vahel (joonis II), maksumäärade muutus brutopalka definitsiooni muutuse tulemusena, kui ravikindlustusmaks muutub töötaja kohustuseks (joonise III) ning viimaks maksumäärade muutus ravikindlustusmaksu langetades ja pensionikindlustusmaksu tõstes nii, et tööjõu kogukulud ja töötajate netopalk ei muutu. Alljärgnevalt on selgitatud maksumäärade muutusi ja muutuste võimalikke lühiajalisi ning pikaajalisi mõjusid.

Joonis 4.5.5. Sotsiaalmaksu jagunemine praegu ja alternatiivse skeemi korral



Märkus: kõikidel joonistel on eeldatud, et tööjõu kogukulu ja töötajate netopalk jääb samaks

Allikas: autorite arvutused

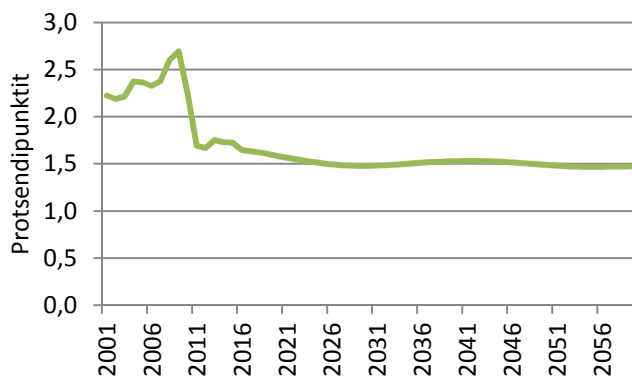
Ajutise töövõimetuse kindlustuse osa eraldamine²¹

Ajutise töövõimetuse hüvitiste kulud olid Haigekassa kuludest aastatel 2001-2008 vahemikus 17-19%. Peale 2009. aasta töövõimetushüvitiste reformi langes hüvitiste osakaal oluliselt ja moodustab haigekassa prognooside kohaselt aastatel 2011-2015 kuludest keskmiselt 11,6% ja pikaajaliselt alaneb hüvitiste osakaal mõne protsendipunkti võrra muude kulude kiirema kasvu tulemusena. Et haigekassa tuludest moodustub 99% sotsiaalmaksu ravikindlustuse 13%lisest osast, siis vastaks ajutise töövõimetuse hüvitiste kulutuste osa pikaajaliselt ligilähedaselt 1,5 protsendipunktile ravikindlustusele töötasult makstavast sotsiaalmaksust (vt ka järgmine joonis). Ajutise töövõimetuse hüvitiste alljärgnevas rahastamise

²¹ Erinevaid ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitamist puudutavaid poliitikavariante on detailsemalt analüüsitud peatükis 4.9.

arvutustes eeldatakse, et jätkub senine mudel, kus hüvitiste maksmiseks kogutakse vahendid kindlustusmaksena palgalt rakendades kõigile võrdset määra. Eeldatakse, et ajutise töövõimetuse hüvitiste kulude suurus jääb samaks baasstsenaariumiga. Konkreetne maksumäär muutub, kui brutopalgast hakatakse maksta ka ravikindlustusmaks. Riigieelarvest või Töötukassast osade sotsiaaldemograafiliste rühmade eest makstav sotsiaalmaks ravikindlustusse ajutise töövõimetuse kindlustuse makset ei sisalda.

Joonis 4.5.6. Ajutise töövõimetuse hüvitiste kulude osakaal töötasult ravikindlustusse makstavast sotsiaalmaksust, protsendipunktit



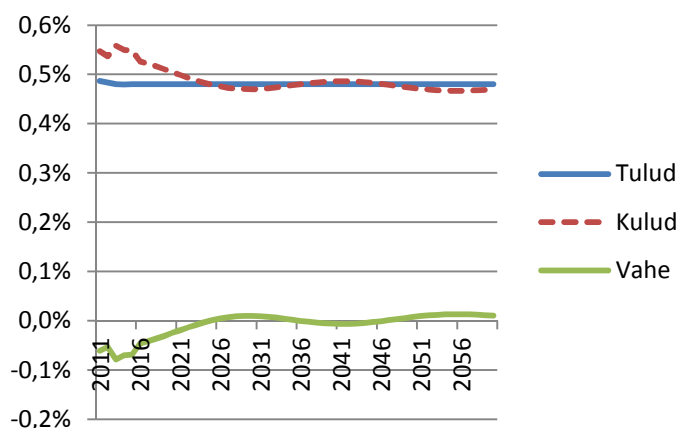
Allikas: Haigekassa, Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Mõjud

Sotsiaalmaksu jagamine kolmeks võimaldab ajutise töövõimetuse kindlustuse ja ravikindlustuse maksu lihtsamini laiendada muudele tuluallikatele või rakendada erinevaid määrasid erinevate tululiikide korral. Ajutise töövõimetuse kindlustuse komponendi välja toomine tähendab võimalust rakendada ka seda vajadusel osadele sotsiaaltoetustele, nt vanemahüvitis, kui sellega kaasneb ka õigus suuremale ajutise töövõimetuse hüvitisele.

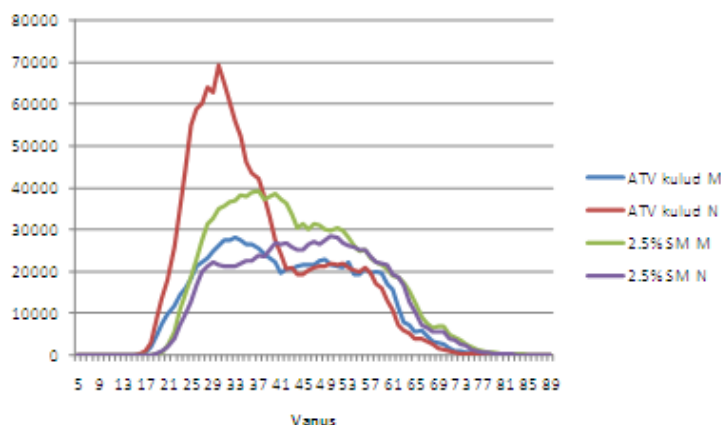
Sotsiaalmaksu osadeks lahkulöömine tähendab ajutise töövõimetuse kindlustuse tulude ja kulude virtuaalse fondi loomist kas Haigekassa juurde (analoogiliselt Töötukassa töoandjate ja töövõtjate kontodega) või mujale. Samaaegselt tuleks otsustada, kas ajutise töövõimetuse hüvitiste konto võib olla iseseisvalt ülejäägis või defitsiidis. On selge, et väiksem fond tähendab ka suuremat volatiilsust nii kulude kui tulude osas lühiajaliselt. Analoogselt töötuskindlustusega ajutise töövõimetuse kindlustuse tulud langevad majanduskriisi tingimustes, kui hõive väheneb ja palgad langevad, kuid kulud ei pruugi väheneda sama kiiresti, sest majanduslanguse perioodil võib töötajatel olla surve kasutada sagedamini ajutise töövõimetuse hüvitist, samuti sõltuvad hüvitised töötasust viitajaga. Teisest küljest on ajutise töövõimetuse kindlustuse tulud ja kulud pikaajaliselt tasakaalustuvad - rahvastiku vananedes ja hõivatute arvu vähenedes, vähenevad nii ajutise töövõimetuse kindlustuse sissemaksed kui ka töövõimetushüvitise kulud.

Järgmine joonis esitabki ajutise töövõimetuse kindlustuse tulude ja kulude muutuse baasstsenaariumi kohaselt, kui ajutise töövõimetuse kindlustusse laekuks summad, mis vastavad 1,5 protsendipunktile sotsiaalmaksust. Ajutise töövõimetuse kindlustuse tulud ja kulud on eelduste kohaselt pikaajaliselt tasakaalus, üksnes kõrgemad sünditushüvitiste kulud tekitavad esimestel aastatel väikese defitsiidi, mistõttu esimestel aastatel võiks ajutise töövõimetuse kindlustuse maksemäär olla ka kõrgem kui 1,5 protsendipunkti.

Joonis 4.5.7. Ajutise töövõimetuse kindlustuse tulud, kulud ja tulude-kulude vahe, % SKPst

Allikas: Haigekassa, Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Ajutise töövõimetuse hüvitiste eraldamine sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast ei muuda oluliselt midagi põlvkondadevahelises ja -siseses solidaarsuses. Kõige kõrgemad ajutise töövõimetuse hüvitiste väljamaksud on naistele vanusevahemikus 25-35 tingituna sünnitushüvitiste kuludest (vt järgmine joonis), mille solidaarselt maksavad kinni mehed ja fertiilsest east väljas olevad naised.

Joonis 4.5.8. Ajutise töövõimetuse hüvitiste väljamaksud ja arvestuslik tulu sotsiaalmaksust soo ja vanuse lõikes 2008. aastal, tuhandetes kroonides

Märkus: kasutatakse 2008. aasta andmeid, kui ajutise töövõimetuse hüvitise kulu moodustas ca 2,5 protsendipunkti Haigekassale laekuvast sotsiaalmaksu osast.

ATV - ajutise töövõimetuse hüvitise kulud; 2,5% SM - 2.5 protsendipunkti sotsiaalmaksust; M- mehed, N- naised

Allikas: Haigekassa andmed ajutise töövõimetuse hüvitise kohta soo-vanusrühmade lõikes, Sotsiaalkindlustusameti pensioniregistri mikroandmed, autorite arvutused

Ajutise töövõimetuse hüvitiste eraldamisel muutub ümberjaotuslik mõju pisut selle tõttu, et seni makstakse ajutise töövõimetuse kindlustuse osa ka riigieelarvest makstud sotsiaalmaksu arvel (nt lapsehooldusel olevate vanemate eest), mis omakorda kogutakse kokku üldistest maksutuludest (sh tarbimismaksud ja kapitalimaksud). Uue korra kohaselt jääks ajutise töövõimetuse hüvitised puhtalt tööjõumaksude rahastada.

Ravikindlustuse maksu viimine töötaja maksuks ja maksubaasi laiendamine

Ajutise töövõimetuse hüvitiste kindlustuse osa 1,5 protsendipunkti eraldamine sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast jätab ravikindlustuse jaoks alles 11,5 protsendipunkti. Ravikindlustusmaksu viimine töötaja kohustuseks, analoogselt töötaja töötuskindlustusmaksuga, suurendaks brutopalgasid

eeldusel, et tööjõu kogukulud ei muutu. Sellest tulenevalt suureneks arvutuslik maksubaas ning väheneksid maksumäärade suurus kõikide brutopalgast sõltuvate maksude ja maksete jaoks, tingimusel, et maksude ja maksete kogusumma jääks samuti samaks. Nii oleks uus ravikindlustusmaksu määr 10,31%, pensionikindlustuse maksumäär 17,94%, töötuskindlustuse maksemäärad vastavalt 1,26% ja 1,51% ning töötaja kogumispensioni maksumäär 1,79%. Ka eelnevas punktis leitud ajutise töövõimetuse kindlustuse maksu määr väheneks ja uueks määraks oleks 1,35%.

Maksumäärade tehniline muutus brutopalga definitsiooni muutuse tulemusena iseenesest ei mõjuta töötajate ja tööandjate käitumist, juhul kui koos ravikindlustuse osa muutmisega töötaja maksukohustuseks kaasneb ka brutopalga suurenemine ja töötajate maksudejärgne töötasu ja tööjõukulu kokku ei muutu. Alljärgnevas analüüsis eeldatakse brutopalga ja maksumäärade kohanemist, kuid milliste seadusandlike viisidega või tööturu osapoolte kokkulepetega seda praktikas tagada, ei analüüsita.

Ravikindlustuse maksubaasi laiendamine uutele tululiikidele (nt dividenditulule ja pensionitulule) tähendab nende tululiikide saajate jaoks maksukoormuse tõusu ja võimaldab palgatulult ravikindlustusmaksu langust. Selle tagajärjel toimub maksukoormuse ümberjaotus erinevate tootmistegurite omanike vahel (kapitaliomanikud ja tööjõu omanikud) ning põlvkondade vahel (pensionärid ja tööealised).

Kui palgalt makstavat ravikindlustusmaksu absoluutset suurust langetatakse peale brutopalga definitsiooni muutmist, siis on võimalik, et selle võrra suureneb töötaja netotöötasu töötaja tööandja tööjõukulude samaks jäädes või vähenevad töötaja tööjõukulud töötaja netotöötasu samaks jäädes. Viimasel juhul on võimalus suurendada sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa. Alljärgnevas analüüsis eeldatakse, et ravikindlustusmaksu määra langetades tööjõukulu väheneb ja sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa maksumäär tõustes tööjõukulu taas suureneb.

Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa rakendamine dividendidele, mida saavad füüsilised isikud, ja maksumäär langetamine töötasule võimaldab vähendada maksukoormuse erinevust dividendide ja töötasu vahel ning selle tulemusena väheneb motivatsioon maksta töötasu välja dividendidena väikeettevõtetes. Viimast probleemi, kus dividendide ja töötasu senine erinev maksustamine põhjustab tulu väljavõtmist dividendina ning sotsiaalmaksu maksmist välditakse, on püüdnud küll Maksu- ja Tolliamet ületada, koostades dividendide ja töötasu eristamise juhendi²², kuid see on saanud mitmete maksuexpertide kriitika osaliseks (nt IFA-Eesti töögrupi arvamus²³).

Eestis ei ole ravikindlustusmaksuga maksustatud mõned sotsiaaltoetused, kuid mis on maksustatud tulumaksuga, nagu riiklikud pensionid, kogumispension, vanemahüvitis ja ajutise töövõimetuse hüvitised. Töötuskindlustushüvitise saajate eest maksab ravikindlustuse osa Töötukassa. Lisaks makstakse riigieelarvest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa mitmete sotsiaaldemograafiliste rühmade eest. Alljärgnevas analüüsis eeldatakse, et ravikindlustuse osa eraldamisel sotsiaalmaksust Töötukassa ja riigieelarvest tasutav osa ei sisalda ajutise töövõimetuse kindlustuse osa ehk moodustab 11,5 protsendipunkti sotsiaalmaksu praegusest määrast. Kui ravikindlustuse maksumäär täiendavalt langetatakse maksubaasi laiendamise tulemusena muudele tuludele, siis eeldatakse alljärgnevates arvutustes, et proportsionaalselt langeb ka riigieelarvest ja Töötukassast tehtud siire haigekassasse.

Järgnevalt analüüsitakse võimalikku maksutulu suurust, kui eraisikutele makstavatele teistele tuludele kehtestada samuti ravikindlustusmaks, mis ei sisalda ajutise töövõimetuse osa. Analüüsi on teiste tuludena kaasatud riiklikud pensionid, kogumispensionid, vanemahüvitis, ajutise töövõimetuse hüvitis, eraisikute saadud dividendid ja muud tulumaksuga maksustavad summad (nt Eestis maksustatav tulu välismaalt, stipendiumid, üüritulo). 2010. aastal moodustasid kõik need tulud kokku ca 13% SKPst. Võrdluseks, et sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksubaas oli 2010. aastal peaaegu kolm korda suurem, ligikaudu 36% SKPst.

Kui võtta maksumäär brutotuludele võrdseks sellega, mis rakenduks uuele brutopalga definitsioonile, siis tuleks ravikindlustusmaksu määraks 10,31% brutotuludest (leitud kui 11,5/111,5). Arvutuslikult

²² Maksu- ja Tolliamet (2009) „Dividendide ja töötasu eristamise juhend“.

www.maksumaksjad.ee/PDFdocs/MTA_juhend_170709.pdf

Maksu- ja Tolliamet (2011) „Dividendide ümberkvalifitseerimine töötasuks“.

<http://www.emta.ee/index.php?id=14703>

²³ „Maksu- ja Tolliameti poolt koostatud dividendide ja töötasu eristamise juhendi projectile arvamus andmine IFA-Eesti töögrupi poolt“, 18.09.2009

moodustaks 10,31% täiendavast maksubaasist ca 1,4% SKPst, olles ligi 40% 2010. aasta ravikindlustusmaks laekumisest. Samas vähendab osaliselt avaliku sektori kui terviku maksutulu aspektist seda tulumaksu laekumise vähenemine (sest ravikindlustusmaks oleks sarnaselt töötaja makstava töötuskindlustusmaksuga maha arvatav tulumaksuga maksustatavast summast), mille tulemusena on netomõju ca 1,3% SKPst ehk ca 0,1% SKPst väiksem. Teisest küljest on ka riigieelarvest ja Töötukassast tasutatav ravikindlustusmaks väiksem, sest ei tasuta enam ajutise töövõimetuse kindlustuse osa, mis omakorda hoiab kokku ca 0,05% SKPst. Seega tulumaksu väiksem laekumine sotsiaalkindlustushüvitistelt on suurem, kui kokkuhoid riigieelarvest makstavalt sotsiaalmaksult.

Tabel 4.5.4. Täiendav ravikindlustuse maksu baas ja tulu suurus praeguste maksumäärade korral (mln kr)

	Eeldatav maksubaas 2010. aasta summade põhjal	Arvestuslik lisanduv maksutulu ravikindlustusse (maksumäär 10,31%)	Lisandunud tulu avaliku sektori maksutuludesse arvestades samaaegset tulumaksu laekumise vähenemist
Vanemahüvitis	2 723	281	234
Riiklikud pensionid	20 108	2 073	2 032
Ajutise töövõimetuse hüvitised	1 274	131	104
Eraisikute dividendid*	5 600	577	456
Muud tulumaksuga maksustatavad tulud**	500	52	41
Kokku	30 205	3 114	2 866
% SKPst	13,3%	1,4%	1,3%

* prognoos

** eeldus (nt Eestis maksustatav tulu välismaalt, stipendiumid, üüritud jm tulumaksuga maksustatud tulud, mida seni sotsiaalmaksuga ei maksustata); pensionid sisaldavad nii vanadus-, töövõimetus-, kui toitjakaotuspensione.

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, Statistikaamet, Rahandusministeerium, autorite eeldused ja arvutused

Kui võtta lähtekohaks, et ravikindlustuse tulud sotsiaalmaksu laekumisest võiksid peale reformi olla muutumatud (2010. aastal 4,2% SKPst ilma ajutise töövõimetuse hüvitiste osata), siis võiks maksubaasi laiendades peaaegu kolmandiku võrra (praeguselt 36%-lt SKPst ca 50%-ni SKPst) alandada proportsionaalselt ka ravikindlustuse maksu määra 11,5 protsendi pealt 8,65 protsendi peale. Palgatulu puhul tähendaks see uue maksubaasi järgi langust 10,31 protsendilt 7,96 protsendile.

Järgnevas tabelis on simuleeritud ravikindlustuse tulud 2010. aasta andmete põhjal vanas ja uues olukorras. Töötasude puhul arvutuslikult maksubaas suureneb tingituna sellest, et ravikindlustusmaks loetakse brutotöötasu osaks. Samal ajal ravikindlustusmaksu määr selle võrra langeb.

Tabel 4.5.5. Praegune ja uus maksubaas ja võimalik ravikindlustustulu suurus (mln krooni)

	2010 olukorra simulatsioon		Uue olukorra simulatsioon	
	Maksubaas (2010)	Ravikindlustusmaks (11,5% vanalt maksubaasilt)	Maksubaas (2010)	Ravikindlustusmaks (7,96%)
Palgafond, FIE, erisoodustus	75 476	8 680	82 002	6 526
Töötukassa makstav sotsiaalmaks	1 602	184	1 602	127
Registreeritud töötute eest, erijuhtudel SKA makstav sotsiaalmaks	5 473	629	5 473	436
Vanemahüvitis			2 723	217
Riiklikud pensionid			20 108	1 600
Ajutise töövõimetus hüvitised			1 274	101
Füüsiliste isikute dividendid			5 600	446
Muud tulumaksuga maksustatavad tulud			500	40
Kokku	82 551	9 493	119 282	9 493
% SKPst	36,4%	4,2%	52,6%	4,2%

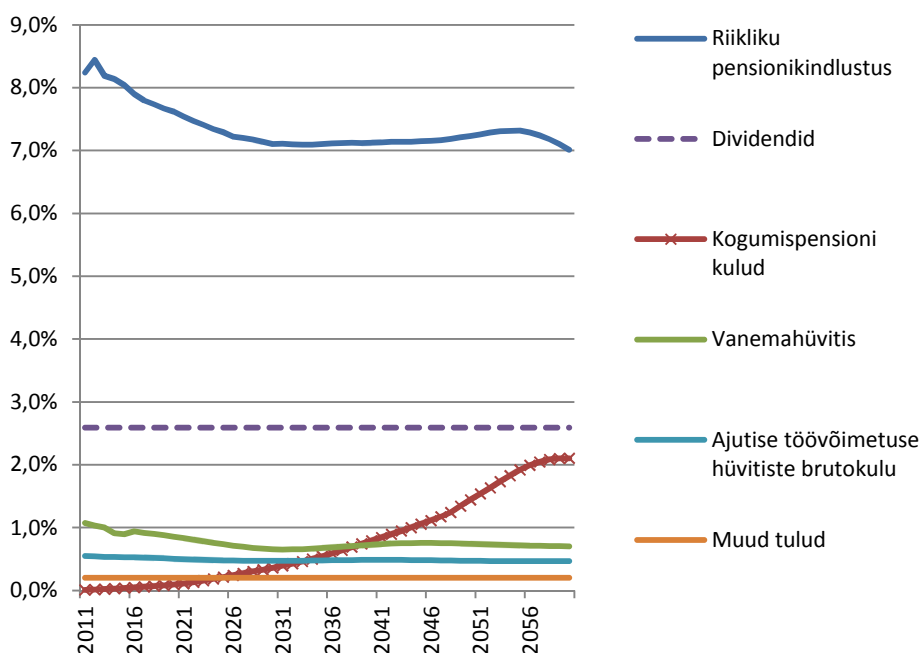
Märkus: tabelist puuduvad kogumispensionide väljamaksud, mille osatähtsus 2010. aastal oli veel marginaalne.

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, Statistikaamet, Rahandusministeerium, autorite eeldused ja arvutused

Ravikindlustusmaksu kehtestamise tulemusena väheneb inimeste poolt kättesaadav tulu ajutise töövõimetus hüvitistelt, vanemahüvitiselt, pensionidelt, dividendidelt ja muudelt tuludelt. Samas on võimalik rakendada sotsiaaltoetustele ka madalamaid ravikindlustusmaksu määrasid kui tööjõule. Teine võimalus on osade tulude vähenemist kompenseerida, näiteks tõstes pensione, ajutise töövõimetus hüvitise asendusmäärasid või vanemahüvitist.

Pikaajaliselt mõjutab ravikindlustusmaksu laekumist maksubaaside areng, mis omakorda on seotud rahvastiku arvu ja vanuskoosseisu muutusega ning inimeste ning ettevõtete reaktsiooniga maksumuudatustele. Inimeste tulu riiklikust pensionikindlustusest on baasstsenaariumi kohaselt pikaajaliselt ca 7% SKPst. Inimeste tulu kogumispensionist (II sambast) on esimestel aastatel väga väike, kuid süsteemi küpsedes ulatub kuni 2%ni SKPst. Füüsiliste isikute dividendide tase on eeldatud 2,6% SKPst. (See on 2004-2009. aasta keskmine ettevõtete jaotatud tulu kodumajapidamistele osakaaluna SKPst kasutades Statistikaameti andmeid.) Brütotulu ajutise töövõimetus hüvitistest on pikaajaliselt hinnatud ca 0,5% SKPst ja vanemahüvitisest varieerub 0,7-1,0% vahel SKPst sõltuvalt fertiilses eas olevate vanusrühmade osakaalust. Muude maksustatavate tulude suuruseks on eeldatud pikaajaliselt 0,2% SKPst. Pikaajaliselt mõjutab kõige rohkem maksubaasi dünaamikat ja suurust just pensionisüsteemist saadavad tulud, mis on mõjutatud demograafilistest arengutest, ja on seega kooskõlas maksubaasi laiendamise algse eesmärgiga.

Joonis 4.5.9. Ravikindlustusmaksu laiendatud maksubaasi komponentide prognoositud areng



Märkus: riikliku pensionikindlustuse kulud on juba suurendatud tulenevalt pensionäridele ravikindlustusmaksu kompenseerimisest

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite eeldused

Järgnevalt simuleerime tulemusi aastateks 2012-2060 eeldades, et riiklike pensionide (sh vanaduspension, töövõimetuspension, toitjakaotuspension) ravikindlustusmaksuga maksustamise tõttu saamata jäänud tulu kompenseeritakse pensioni saavatele inimestele ühekordse pensionitõusuga. Selleks suurendatakse pensioni baasosa ja aastahinnet ühekordselt 2012. aastal. Samal ajal eeldame, et ei suurendata kogumispensione. Sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa määra tõusu tulemusena suurenevad nii pensionisüsteemi tulud kui ka kulud (pensionide ühekordse tõstmise tulemusena ja seejärel seda tõusu edaspidi indekseerides). Sõltuvalt sellest, kuidas tasaarvestatakse pensioniindeksist jäänud ülejääk lähiaastatel ja kui paljud töötajad valivad kõrgema sissemaks määra kogumispensioni skeemi 2014. aastast, muutub ka ravikindlustusmaksu määr ja riikliku pensionikindlustuse osa määr lähiaastatel.

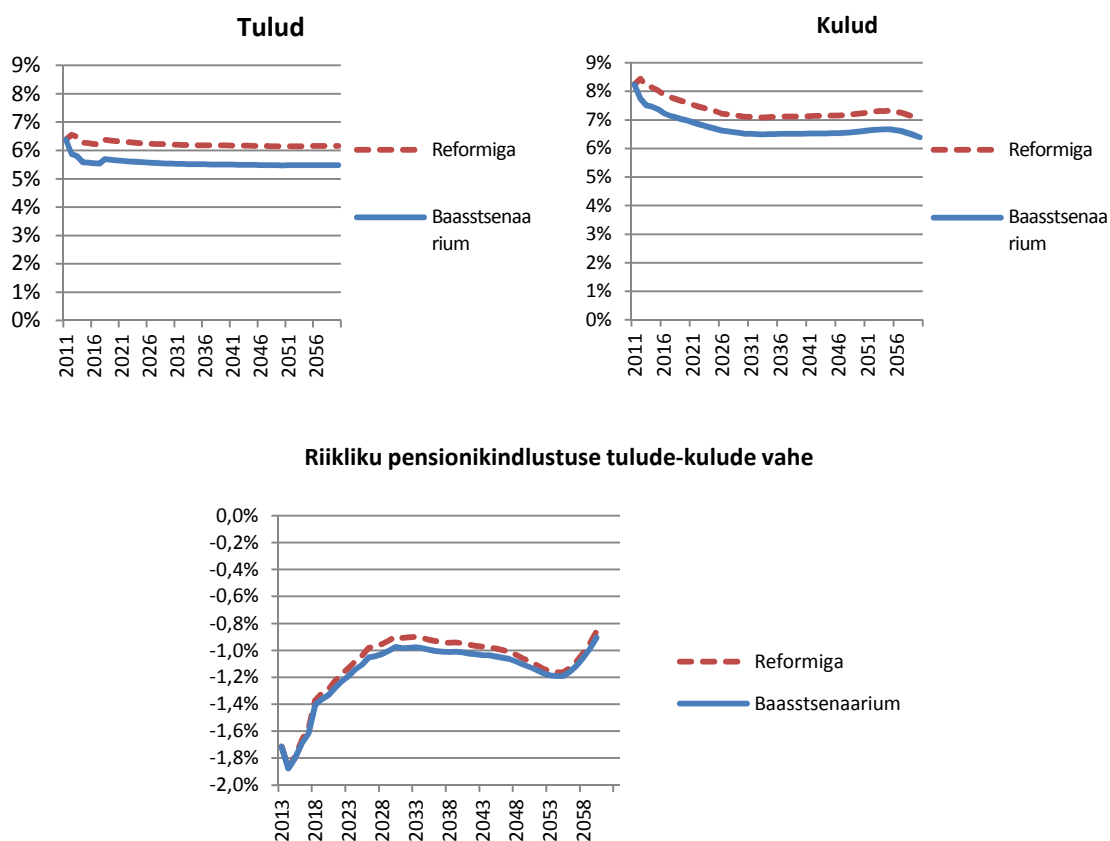
Maksumäärad võetakse sellised, et 2012. aastal on Haigekassa reformijärgsed tulud võrdsed baasstsenaariumi tuludega. Sellisel juhul kujuneks uueks ravikindlustusmaksu määraks arvestades ka brutopalgade definitsiooni muutust Praxise pensionimudeli kohaselt ca 8,3%. Kui pensionide brutosummat maksustada 8,3 protsendilise ravikindlustusmaksuga, tähendab see, et netopensionide samaks jäämiseks peab pensione esmalt tõstma ca 9%. Pensionide tõstmiseks suurendatakse sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa määra, mille tõstmist, ilma et töötajate tulu ei suureneks, tuleks ravikindlustusmaksu määr langetada.

Et tõsta kõiki pensione ühekordselt ca 9% ja rahastada see sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa arvel, oleks vaja pensionikindlustuse sotsiaalmaksu osa määra tõsta vana maksubaasi järgi võrreldes baasstsenaariumiga ca 2 protsendipunkti võrra 2012. aastal (16%lt 18%ni). Lisaks läheb kogumispensioniskeemi endiselt 4 protsenti brutopalgast vana maksubaasi järgi. Kokku oleks sotsiaalmaks töötasult vana maksubaasi järgi (32,5%). Sõltuvalt sellest, kuidas tasaarvestatakse pensioniindeksist jäänud ülejääk lähiaastatel ja kui paljud töötajad valivad kõrgema sissemaks määra kogumispensioni skeemi 2014. aastast, muutub ka ravikindlustusmaksu määr, mis tasakaalustab Haigekassa tulud. Selle tulemusena muutub omakorda ka see, kui palju oleks vaja tõsta riikliku pensionikindlustuse maksu määra, et kompenseerida pensionäridele ravikindlustusmaksu tõttu vähenenud sissetulek.

Simulatsioonid näitavad, et ülaltoodud arvutuste kohaselt on reformil pigem positiivne mõju riikliku pensionikindlustuse tulude-kulude vahele (vt järgmine joonis). Reform vähendab I samba defitsiiti ca 0,5-0,8% SKPst. Vanaduspensionide brutoasendusmäär kasvab, kuid kui arvestada maha ravikindlustusmaks,

siis see hoopis langeb pisut. See tuleb sellest, et ehkki I samba pensioni maksustamine kompenseeritakse pensionide ühekordse tõusuga reformiaastal, siis II samba pensione täiendavalt maksustatakse. Asendusmäärang langus ei ole samas suur, ca 1,2 protsendipunkti uutel meepensionäridel ja 0,8 protsendipunkti uutel naispensionäridel.

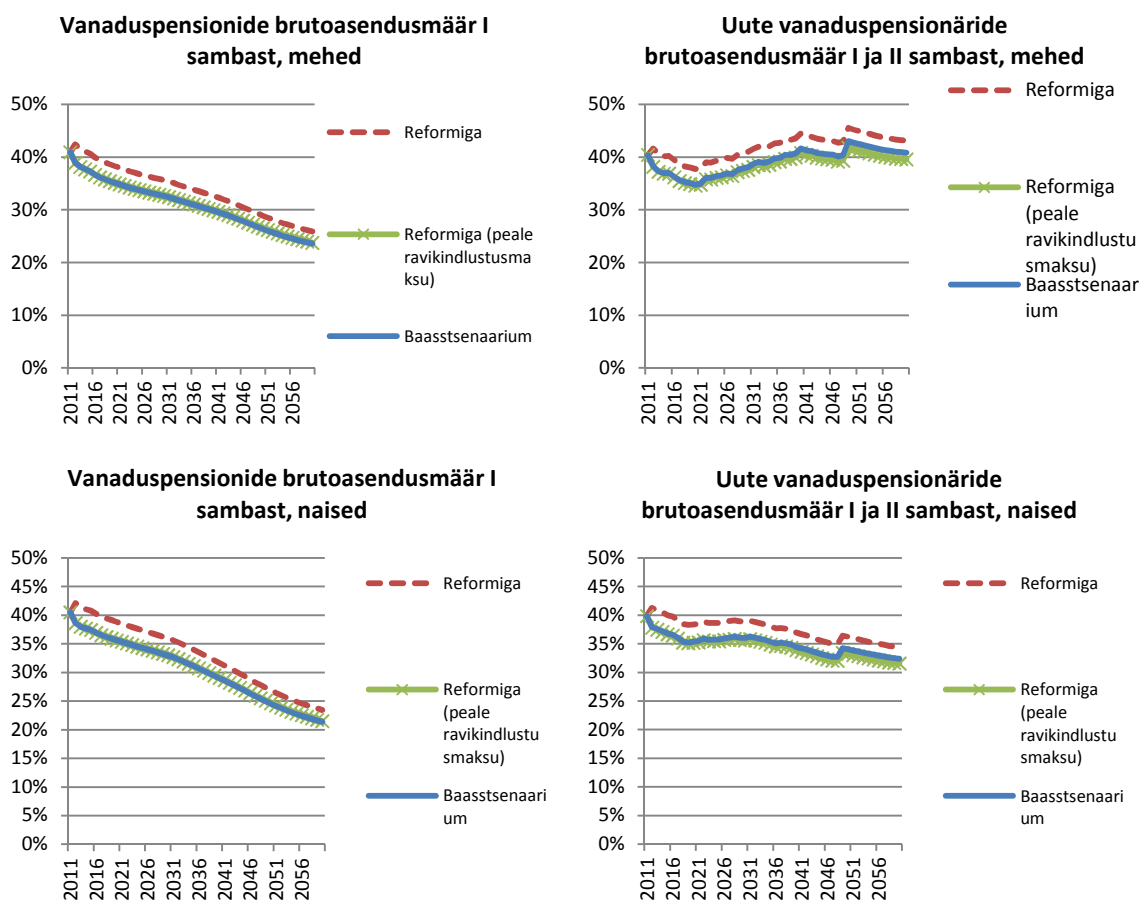
Joonis 4.5.10. Riikliku pensionikindlustussüsteemi tulud ja kulud enne ja pärast reformi



Märkus: reformi aastaks on võetud 2012

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Joonis 4.5.11. Vanaduspensionide asendusmäär enne ja pärast reformi

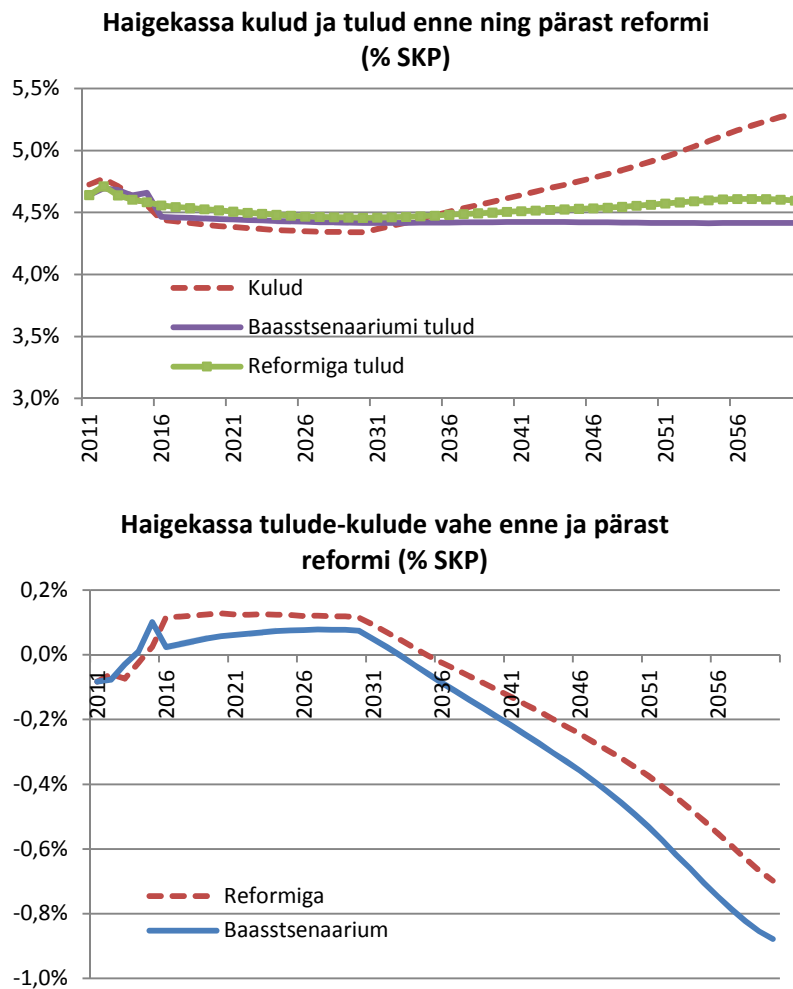


Märkus: reformi aastaks on võetud 2012; brutoasendusmäär on leitud kui suhe keskmisesse sotsiaalmaksuga maksustatud tulusse

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Haigekassa tulud on alguses praktiliselt muutumatud, sest maksumäärade leidmisel võeti eelduseks, et Haigekassa tulud ei muutuks baasaastal, st aastal 2012. Tulenevalt maksubaaside muutusest (nt kogumispensionide ja riiklike pensionide kasv) ületavad Haigekassa tulud prognoosiperioodi lõpusbaasstsenaariumi tulusid ca 0,2% võrra SKPst. Haigekassa prognoositud defitsiit on selle tulemusena peaaegu viiendiku võrra väiksem.

Joonis 4.5.12. Haigekassa tulud ja tulude-kulude vahel enne ja pärast reformi



Märkus: reformi aastaks on võetud 2012; Haigekassa tulud ja kulud sisaldavad ka ajutise töövõimetuse kindlustuse tulusid ja kulusid

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Kokkuvõttes näitab läbiviidud simulatsioon, et täiendavate tulude maksustamise arvel riikliku pensionikindlustuse ja ravikindlustuse defitsiit väheneb, sest suurem osa sotsiaalmaksust läks pensionikindlustusse ja ravikindlustusmaksu langetamine kompenseeriti maksubaasi laiendamisega (dividendid, vanemahüvitis, ajutised töövõimetushüvitised, muud tulud). Kaotajateks jäävad seega nende tulude omanikud, kelle toetusi ei tõsteta, kuid kelle tulud täiendavalt maksustatakse. Tööjõu maksukoormuse vähenemine on väga väike: võrreldav praeguse sotsiaalmaksu langemisega 33%-lt 32,5%le. Maksumäärade teistmoodi muutmiseks on võimalik vastavalt suurendada kas Haigekassa tulusid või pensionikindlustussüsteemi tulusid.

Ravikindlustatutega võrdsustatud isikute eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksmine riigieelarvest (poliitikavariant 35)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada ravikindlustuse tulusid
- Vähendada ravikindlustuse sõltuvust demograafilistest riskidest

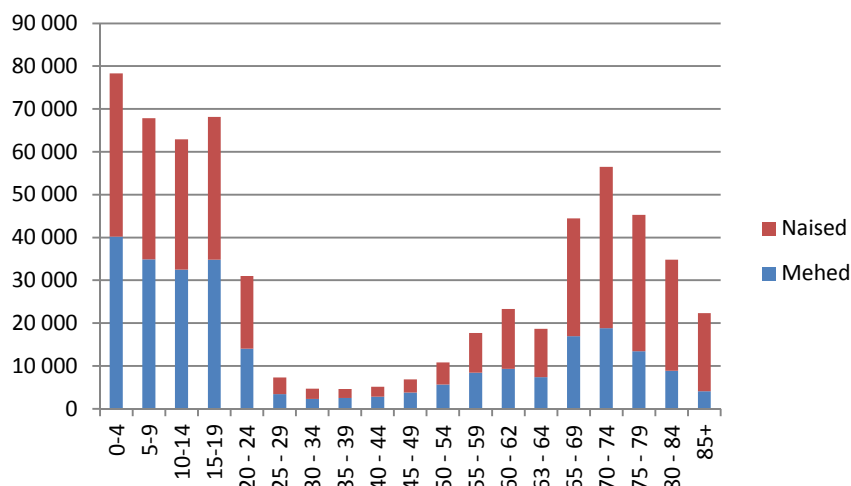
Senine olukord

Ravikindlustuse seaduse § 5 lg 4 järgi on kindlustatutega võrdsustatud:

- rase naine, kelle rasedus on arsti või ämmaemanda poolt tuvastatud;
- isik kuni 19-aastaseks saamiseni;
- isik, kes saab Eestis määratud riiklikku pensioni;
- kindlustatud isiku ülalpeetav abikaasa, kellel on vanaduspensionieani jäänud kuni viis aastat;
- õigusaktide alusel asutatud ja tegutsevas Eesti õppeasutuses või välisriigi samaväärses õppeasutuses põhiharidust omandav õpilane kuni 21 aasta vanuseni, üldkeskharidust omandav õpilane kuni 24 aasta vanuseni, põhihariduse nõudeta kutseõppes õppiv isik, põhihariduse või keskhariduse baasil kutseharidust omandav õpilane ning Eesti alalisest elanikust üliõpilane.

Vaadeldud rühmadest on suuremad pensionäride rühm ja lapsed ning õppurid. Üle 60-aastaseid võrdsustatud isikuid on ca 245 tuhat inimest, mis on küll oluliselt väiksem kui riiklikku pensioni saavate inimeste arv (ca 380 tuhat 2010. aasta lõpu seisuga), sest väga suur osa pensionäre töötab, mistõttu on nende peamiseks staatuseks kindlustatus sotsiaalmaksu maksmise kaudu. Kuni 24-aastaseid võrdsustatud isikuid on 308 tuhat, sh kuni 19-aastaseid isikuid 277 tuhat.

Joonis 4.5.13. Kindlustatutega võrdsustatud isikute vanusjaotus, 31.03.2011 seisuga



Allikas: Haigekassa kodulehekülg

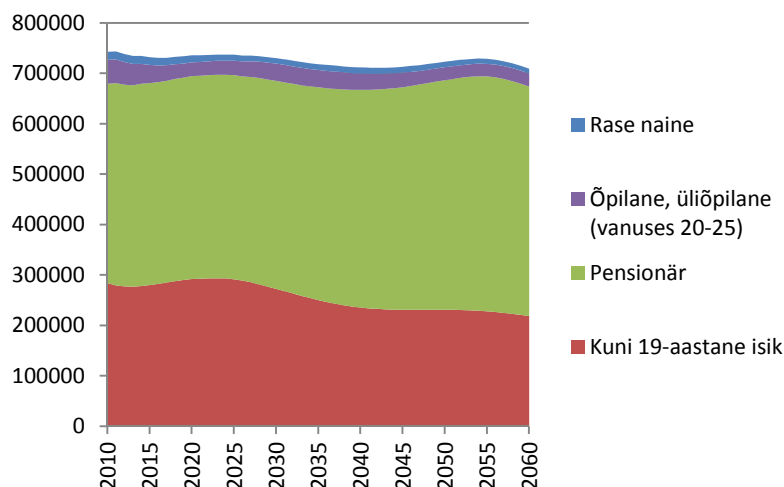
Poliitikavariandi kirjeldus

Rahvastiku vananedes hakkab eakate arv kasvama ning laste ja õppurite arv vähenema võrdsustatud isikute seas, mistõttu võrdsustatud isikute potentsiaalne koguarv on suhteliselt stabiilne ka pikema perioodi jooksul tagades vajadusel kergesti prognoositava siirde ravikindlustuse eelarvesse.

Selle poliitikavariandi eesmärk on suurendada ravikindlustuse tulusid ja vähendada ravikindlustuse sõltuvust demograafilistest muutustest. Üks võimalus seda teha on muude maksutulude (mitte

sotsiaalmaksu) arvel maksta riigieelarvest võrdsustatud isikute eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa Haigekassa eelarvesse.

Joonis 4.5.14. Kindlustatutega võrdsustatud isikute potentsiaalne arv 2010-2060



Allikas: Statistikaamet, Sotsiaalkindlustusamet, autorite eeldused ja arvutused

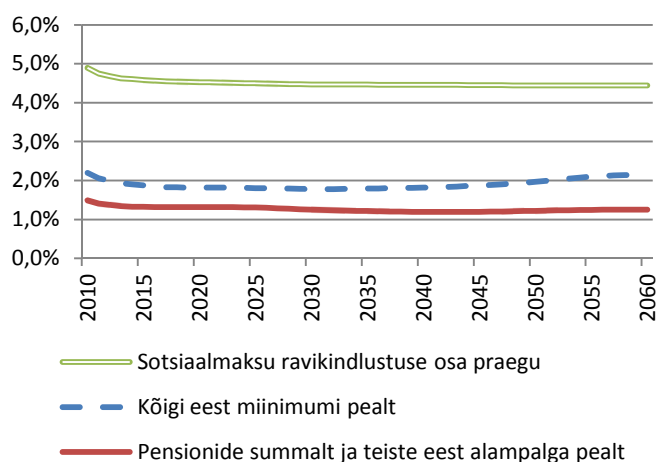
Mõjud

Täiendav laekumine ravikindlustuse eelarvesse sõltub nii kindlustatute arvust, maksubaasist kui ka maksumäärast. Valikukoht on, kas pensionäride või õppurite eest, kes ka töötavad, peaks riigieelarvest tasuma sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa haigekassa eelarvesse. Et käesoleva poliitikavariandi puhul ei ole sotsiaalmaksu siirde eesmärgiks mitte kindlustatuse staatuse andmine inimestele läbi sotsiaalmaksu maksmise nende eest, vaid stabiilse rahavoo loomine Haigekassa jaoks, siis ei ole ilmingimata vajalik hakata eristama töötavaid ja mittetöötavaid pensionäre ja õppureid, ehkki tehniliselt on see võimalik.

Maksubaasiks on kõige loogilisem võtta alampalk, mis on ka sotsiaalmaksu minimaalse kohustuse maksmise aluseks. Alampalk, järgides palkade arengut, arvestab kaudselt ka kulude kasvu tervishoius, sest ligi poole tervishoiukuludest moodustavad tööjõukulud. Alternatiiv on riikliku pensioni saavatel inimestel võtta maksubaasiks pensionide brutosumma. Maksumääraks võib võtta kas 13%, analoogselt seni riigi poolt kindlustatud isikute eest sotsiaalmaksu maksmisel, või 11,5%, mis vastaks üksnes tervishoiukulude osakaalule sotsiaalmaksu ravikindlustuse osas. Kui toimub eelnevas punktis analüüsitud brutopalka definitsiooni muutus, kus ravikindlustusmaks muutus inimese kohustuseks, siis langeks vastavalt ka maksumäär.

Kui maksubaasiks on alampalk ja maksumääraks 13%, siis prognooside kohaselt on täiendav siire riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse suurusjärgus ligi 1,8-1,9% SKPst ehk ligi 40% Haigekassa senistest tuludest. Et hõivatute arv ja sellega seoses SKP kasvutempo hakkab aastast 2030 vähenema, siis prognoosiperioodi lõpus võib siirde suurus SKPs isegi kasvada.

Kui maksta riiklikku pensioni saavate inimeste eest ravikindlustusmaksu pensionide summalt, siis pikemas perspektiivis tuleb see väiksem kui tasuda sotsiaalmaksu alampalgalt, sest riiklike pensionide suhe alampalka pikas perspektiivis langeb, sest suureneb kogumispensionide osakaal pensionides. Sellisel juhul oleks kogusumma suurusjärgus 1,3% SKPst. Kui tasuda mitte 13% vaid 11,5%, siis on laekumine vastavalt veelgi väiksem.

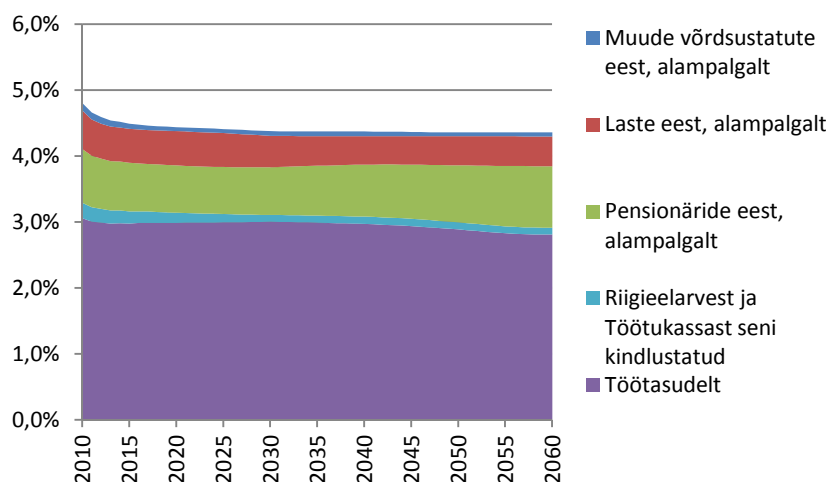
Joonis 4.5.15. Sotsiaalmaksu suurus kindlustatutega võrdsustatud isikute eest riigieelarvest (% SKPst)

Märkus: arvutustest on välja jäetud võrdsustatud kategooria „ülalpeetav abikaasa“, kuid neid on väga vähe.

Allikas: Statistikaamet, rahandusministeerium, autorite eeldused ja arvutused

Kui võrrelda käesolevaid arvutusi Thomson et al. (2010) raportis toodud stsenaariumidega, mis nägid ette Haigekassa kulude ja tulude võimalikku puudujääki ca 0,4-1,4% SKPst aastaks 2030, siis on näha, et võrdsustatud isikute eest sotsiaalmaksu maksmine on enam kui piisav, et katta ära võimalik puudujääk.

Kui jätta Haigekassa tulude suurus muutumatuks, siis saadud siirde arvel võib langetada sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa 13%-lt ca 9,3%ni (aastatel 2011-2060 varieerub vajalik maksumäär 8,9% ja 9,5% vahel), eeldusel, et maksubaas ei muutu oluliselt maksumäära muutudes.

Joonis 4.5.16. Haigekassa tulude uus jaotus kindlustatutega võrdsustatud isikute eest tasumise korral (% SKPst)

Allikas ja märkused: vt eelmine joonis

Võrdsustatud isikute eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksmine ei põhjusta moonutust võrdsustatud isikute käitumises, sest neile on kindlus tagatud nagunii lähtudes nende vanusest või sotsiaalsest seisundist. Mõju majandusele ja tulude ümberjaotusele sõltub sellest, millistest maksudest rahastatakse riigieelarve siire. Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langetamisel ca 3,5 protsendipunkti võrra ehk ca 1,5% võrra SKPst peab samaaegselt ja samas suurusjärgus tõstma riigieelarves muid makse. Järgnev poliitikavariant vaatabki osade maksutõusude võimalikke kvalitatiivseid mõjusid.

Ravikindlustuse osaline finantseerimine riigieelarve teistest maksutuludest (poliitikavariant 36)

Eesmärk

- Suurendada ravikindlustuse tulusid laiemaks maksubaasi ja suuremate maksumäärade kaudu

Poliitikavariandi kirjeldus

Leitakse mõjud järgmiste maksumuudatuste jaoks:

- ravikindlustuse osaline finantseerimine märgistatud 1% käibemaksuosast,
- alkoholi- ja tubakaaktsiisi tõstmine 5% ning ravikindlustuse/rahvatervise programmide finantseerimine märgistatud aktsiiside osast,
- teatud toidukaupade ja jookide maksustamine ning ravikindlustuse/rahvatervise programmide finantseerimine maksutulust 1%,
- keskkonnatasude märgistatud osa ravikindlustusele 10%.

Mõjud

Tarbimismaksude tõstmine tervishoiu rahastamisel on kooskõlas kehtiva maksupoliitikaga suurendada tarbimismakse (tööjõumaksude või kapitalimaksude asemel) ning võib anda tulemuseks inimeste parema tervise, kui maksud kehtestatakse kahjulike kaupadele ja selle kaudu avaldatakse positiivset mõju inimeste tervisekäitumisele.

Teisest küljest on kaudsed maksud, eriti alkoholile- ja tubakatoodetele, üldiselt palju regressiivsemad kui otsesed maksud, samuti on tarbimismaksude osakaal suurem eakatel. Kaudsete maksude suurem kasutamine tervishoiu rahastamisel vähendaks riigi maksusüsteemi progressiivsust. Seega väheneb nii põlvkondade-vaheline kui põlvkondadesisene solidaarsus. Kaudsed maksud on aga üldiselt vähem regressiivsed kui omaosalus näiteks retseptiravimite ostmisel, nii et kui valitsus kasutaks kaudseid makse rohkem, et vähendada omaosalust, suurendaks see solidaarsust rahastamisel. Kui aga seda kasutatakse selleks, et langetada sotsiaalmaksu määra, siis muutub maksustamine progressiivsemaks.

Võrreldes praeguse olukorraga, kus tervishoidu rahastatakse osaliselt üldistest riigieelarve tuludest (näiteks kiirabi ja rahvatervise programmide puhul), suurendab maksude märgistamine tervishoiukulude jaoks rahastamise poliitilist stabiilsust, mida on peetud praeguse rahastamissüsteemi tugevuseks. Lühiajalises perspektiivis aga vähendab see majanduslikku stabiilsust, sest maksubaas on volatiilsem. Seega nõuab tarbimismaksude suurem kasutamine ka suuremat reservi tervishoiu rahastamisel. Teisest küljest, pikaajaliselt võib tarbimismaksude kasutamine olla tervishoiu rahastamisel stabiilsem, juhul kui maksubaas on vähem tundlik rahvastiku vananemisele kui tööjõumaksude puhul.

Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langetamine ja tarbimismaksude suurem kasutamine tervishoiurahastamisel toob kaasa küsimuse, kas muutub ka inimeste õigus ravikindlustusele ja hüvitistele. Lisaaspekt täiendavate maksude kehtestamisel, näiteks maiustustele või karastusjookidele, on puhtalt administratiivne mõttekus kehtestada makse väga väikese maksubaasi korral.

Järgnev tabel annab kokkuvõtva ülevaate võimalikest mõjudest. Välja toodud variantidest kõige suurem tuluallikas on selgelt käibemaks, mille tõus ühe protsendipunkti võrra annaks täiendava tulu ca 0,5% SKPst. Teiste maksutõusude roll jääb tagasihoidlikumaks. Selleks, et katta sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langetamine ca 1,5% SKPst ja maksta ravikindlustatutega võrdsustatud isikute eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa riigieelarvest (nagu kirjeldatud eelnevas poliitikavariandis 35) peaks käibemaks tõusma orienteeruvalt 3 protsendipunkti võrra võrreldes praegusega. See tähendaks olulist tarbimise maksukoormuse tõusu.

Tabel 4.5.6. Tervishoiurahastamise laiendamise tarbimismaksudega

	Arvestuslik summa	Progressiivsus	Muud mõjud
Käibemaksu tõus 1 protsendipunkt	ca 0,5% SKPst	Kergelt regressiivne	Stabiilne, maksubaas ei vähene rahvastiku vananedes
Alkoholi- ja tubakatoodeaktsiiside tõus 5%	ca 0,1% SKPst	Väga regressiivne	Ebastabiilne tulu Võimalik positiivne mõju tervisekäitumisele ja selle läbi maksubaasi vähenemisele
Keskkonnatasude tõus 10%	ca 0,04% SKPst	Eri keskkonnatasud erinevad	Maksubaas võib väheneda pikas perspektiivis
Rahvatervise programmide rahastamine osade toidukaupade ja jookide maksustamisest	Haigekassa rahvatervise programmide kulud ca 0,05% SKPst (nt karastusjoojimaksudest võiks laekuda 0,02% SKPst)	Teadmata seos	Võimalik positiivne mõju tervisekäitumisele, mistõttu maksubaas võib väheneda

Allikas: autorite hinnangud 2010. aasta andmete põhjal

Põhivara tasu ja kapitalikulude komponendi mehhanismi rakendamine (poliitikavariant 37)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Parandada haiglate infrastruktuuri rahastamise koordineerimist
- Suurendada tervishoiusüsteemi efektiivsust
- Suurendada tervishoiusüsteemi tulusid

Senine olukord

Ravikindlustuse efektiivsuse (aga ka ravi kvaliteedi ja kättesaadavuse) tõstmisel mängivad olulist rolli haiglatesse tehtavad investeeringud. Riigikontrolli 2010. aasta raport haiglavõrgu jätkusuutlikkusest toob välja mitmed seda teemat puudutavad probleemid. Tervikuna märgib Riigikontroll, et praegune Haiglavõrgu Arengukava (HVA) haiglavõrk ületab Eesti vajadusi ja riigi võimalusi, kõikidele haiglatele ei jätku tervishoiutõetajaid ning haiglate investeerimisvajadus on katmata, eriti halb on olukord maakonnahaiglates.

Varem rahastati kapitalikulud riigieelarvest, kuid alates 2003. aastast lisati need tervishoiuteenuste hindadele ja nende eest tasub peamiselt Haigekassa. Riigieelarvest rahastatakse endiselt vaid piiratud mahus investeeringuid teatavatesse haiglatesse, kuid seda ei tehta süstemaatiliselt. 2008. aastal muutus kapitalikulude rahastamise kord ning neid rahastati riigieelarvest Haigekassa makstud teenuste hinna kaudu. See otsus tehti eesmärgiga leevendada rahalist survet Haigekassale, võimaldada ravi paremat kättesaadavust ja maksta teenuseosutajatele kõrgemaid hindu. 2009. aastal ei eraldatud aga riigieelarvest kapitalikuludeks raha ja Haigekassa pidi need katma tavalistest tuludest. Peale riigi on haiglate kapitalikulud aidanud rahastada ka ELi tõukefondid. (Thomson, Vörk *et al.* 2010)

Riigikontrolli hinnangul on vaja aktiivravisse investeerida 8,6 miljardit krooni. Sellele lisanduvad investeeringud hooldusravisse, mille puhul oleks tarvilik vaadata kogu pikaajalist hooldust tervikuna ehk investeeringuvajaduse kaardistamisse kaasata ka kohalikud omavalitsused kui sotsiaalhoolekandeteenuste pakkujad. Käesolevas analüüsis kohalike omavalitsuste rollil täpsemalt ei peatuta.

Mis puudutab aktiivravi, siis toob Riigikontroll välja, et ei ole selge kuivõrd realistlikult on haiglad oma investeeringuplaanide tegemisel hinnanud Haigekassa suutlikkust neilt tulevikus teenust osta. Praegu puudub mehhanism, mis võimaldaks investeeringuid pikaajaliselt planeerida. Samuti toovad Thomson, Vörk *et al.* (2010) välja, et puudub keskne juhtimine, mis tagaks kapitaliinvesteeringute vastavuse pikaajalistele eesmärkidele. Märgitakse, et see omakorda kajastub nõrgas kontrollis infrastruktuuri ja kallite meditsiiniseadmete investeeringute üle ning et kapitaliinvesteeringute ja elanike tervishoiuvajaduste ühitamata jätmise raiskab vahendeid. Nõrkusteks on, et raviastutused ei ole piisavalt motiveeritud ambulatoorse ravi osatähtsuse tõstmiseks ning puuduvad nii laialatuslik hooldusravi strateegia kui ka stiimulid ravi koordineerimiseks teenuseosutajate vahel.

Kuivõrd ravi rahastamine sõltub enamuses sotsiaalmaksu laekumisest, on haiglad kergelt haavatavad, kui sotsiaalmaksu laekumine peaks vähenema. HVA haiglatele on antud tuleviku suhtes pisut suurem kindlus kui HVA väliste raviastutustele, sest esimestega sõlmib Haigekassa raamlepingu viieks, teistega kolmeks aastaks. Raamleping ei taga haiglale nendeks viieks aastaks kindlat ravijuhtude arvu: kindlad arvud ja summad planeeritakse eelarveaasta kaupa. Ainukese kindluse tagab lepingu üldtingimustes sätestatud nõue tagada igal aastal 75% eelmise aasta lepingumahust (Riigikontroll 2010) (vt ka tervishoiuteenuste osutajatega seotud poliitikavariante ptk 4.6)

Riigikontroll toob välja, et tegelikkuses moodustab mõnedes maakondades HVA väliste raviastutuste osakaal eriarstiabi rahasummadest maakonniti üle 20%. Nendeks on Läänemaa (32,2%), Jõgevamaa (24,9%) ja Lääne-Virumaa (19,3%). Seega mängivad HVA välsed raviastutused olulist rolli elanikkonnale arstiabi pakkumises. Tuleb arvestada, et keskne kapitaliplaneerimine on vastuolus turukonkurentsi printsiipidega, sest turupõhises süsteemis peab haiglatel olema piisavalt vabadust investeerimisotsuste tegemiseks. Seda tuleb arvesse võtta ka erakapitali kaasamisel tervishoidu ning ka näiteks konkurentsi suurendamisel tervishoiusüsteemis.

Rahvusvaheline kogemus

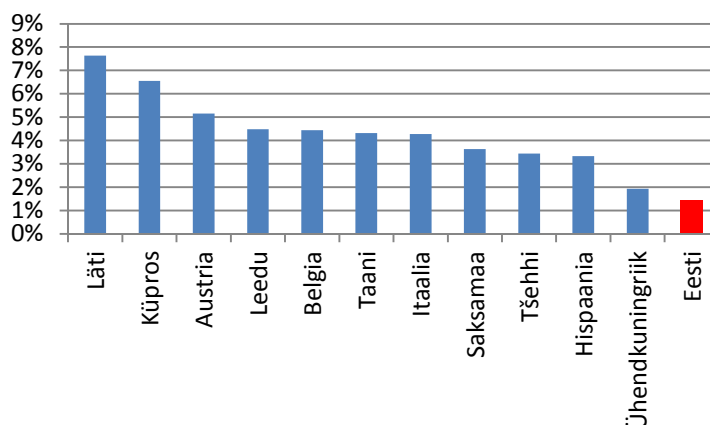
Üldiselt domineerivad Euroopas tsentraalsed kapitali planeerimise mudelid ning valitsused on ka enamasti otseselt kaasatud kapitaliinvesteeringute finantseerimisse – keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuste otsused on enamasti investeerimisplaanide kinnitamise lähtekohaks (Ettelt *et al.* 2009). Ajalooliselt ei ole riiklikud investeeringud pidanud lähtuma investeeringute potentsiaalsest tootlusest, kuid suund on muutunud ning kulumiarvestus varade pealt ning potentsiaalsete kapitalitasude määramine avaliku sektori ettevõtetele on levimas (Dewulf, Wright 2009).

Enne viimast tervishoiureformi oli Hollandis kasutusel tsentraalne kapitali planeerimise süsteem (seda alates 1971. aastast). Ka praegu on see säilinud teatud erialadel, kuid enamasti sisaldub kapitalitasu nüüdsest teenusehindades ning kapitaliinvesteeringud sõltuvad osutatavast teenusemahust. Ohuna nähakse võimalust haiglate pankrotiks, ning võimalusena erasektori kaasamist investeeringute tegemisel. (Maarse, Normand 2009) Saksamaa riiklikus süsteemis on kapitalikulude planeerimine liiduvabariikide vastutada ning finantseerimine toimub dotatsioonide kaudu. Prantsusmaal ja Uus-Meremaal on kapitalikulude planeerimine usaldatud regionaalsetele üksustele, kuid seda vastavalt riiklikule raamistikule.

Ka Inglismaa süsteemis on riigil keskne kontroll kapitalikulutuste korraldamisel. Väiksemad kapitaliinvesteeringut planeeritakse esmatasandi fondide (Primary Care Trusts) tasemel riiklikult kehtestatud raamistiku põhjal, suuremad investeeringud vajavad Terviseministeeriumi heakskiitu ning väga suured investeeringud (kogumahuga üle £100 miljoni) peavad saama ka Riigikassa loa. Traditsiooniliselt on investeeringuid rahastatud dotatsioonide kaudu, kuid loodud on ka alternatiivne moodus, mis kaasab investeeringutesse erasektori. (Maarse, Normand 2009)

Allpool on välja toodud ülevaade tervishoiuasutustesse tehtud kapitaliinvesteeringute osakaal tervishoiu kogukuludest. Näeme, et Eesti on vaadeldavate riikide (andmed olid kättesaadavad vaid valitud riikide kohta) hulgas kõige väikseima investeeringute osakaaluga riik. Puuduvad värsked andmed, kuid võib arvata, et viimaste aastate investeeringud on seda määra tõstnud, küsimusekohaks jääb aga nende investeeringute jätkumine struktuurifondide rahade otsalõppemisel.

Joonis 4.5.17. Tervishoiuasutustesse tehtud kapitalinvesteeringute osakaal tervishoiu kogukuludest (perioodi 2003-2008 keskmine)



Allikas: WHO andmebaas 2011

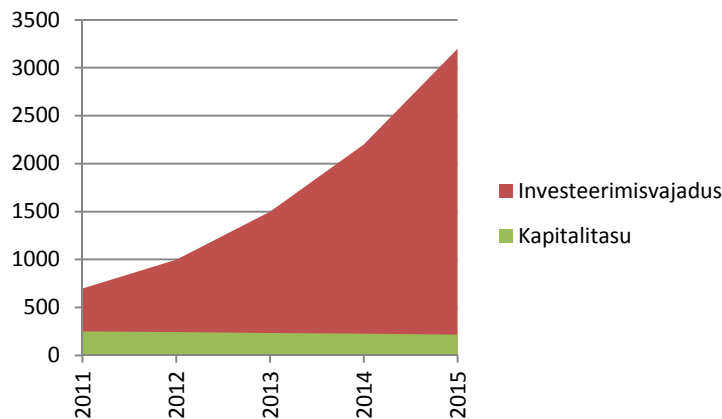
Poliitikavariandi kirjeldus

Põhivara tasu on haigla põhivara soetamiseks ja parandamiseks vajalike investeeringute kogumiseks haiglale pandud rahaline kohustus. Põhivara tasu objektiks on mitterahalise sissemaksena või tasuta saadud põhivara (ehk haiglapidajale turutingimustest odavamalt tehtud investeering). Tehnilise alternatiivina on võimalik maksu kogumine läbi viia konkreetse haigla tervishoiuteenuste hindade korrigeerimise kaudu põhivara tasu määras allapoole. Põhivara tasu arvestatakse põhivara jääkmaksumusest. Laekunud põhivara tasust moodustatakse ühtne investeerimisfond, millest tehakse investeeringuid haiglate infrastruktuuri läbi kapitalikulu komponendi, eesmärgiga suunata investeeringuid vastavuses haiglate arengukavaga.

KPMG 2002. aasta analüüs tervishoiu investeerimispoliitikast toob välja prognoosi, et põhivara tasust laekuvad summad hakkavad aastast aastasse vähenema, samal ajal aga suureneb eriarstiabi osakaal Haigekassa eelarves ning teenuste hinda lisatud kapitalikulude osakaal tõuseb. Tervishoiu investeerimispoliitika algusaastatel on olulisem suunata rahalisi vahendeid koordineeritult. Ühise investeerimisfondi korral ei teki probleemi, kus osadel haigla pidajatel seisab investeeringuteks "märgistatud" sihtotstarbeline raha kasutult ja teistel on sellest puudu (KPMG 2002).

Põhivara moodustab Haiglavõrgu arengukava haiglatel 69% koguvaradest. Amortisatsioonikulu moodustab kogukuludest keskmiselt 5%, seejuures on suurim amortisatsioonikulu osakaal Põhja-Eesti Regionaalhaiglal ja Pärnu Haiglal vastavalt 9 ja 8 protsenti. Pole teada, kui suure osa sellest põhivarast moodustavad täiesti tasuta saadud varad. Ligikaudselt on võimalik hinnata struktuurifondidest ja riigiabina toetatud investeeringuid. (Saldoandmikud 2010)

Euroopa regionaalfondist perioodil 2004-2013 saadud summadest on tehtud koos riigiabiga investeeringuid kokku 2,6 miljardi krooni eest (Riigikontrolli auditis toodud Sotsiaalministeeriumi vastus). Kui eeldada amortisatsiooniperioodi nendele investeeringutele 30 aastat, siis tuleb aasta keskmiseks kulumiks 87 miljonit krooni. Juhul kui kehtestada nimetatud investeeringute kogusummale kapitalitasu 10%, tähendaks see ligikaudu 250 miljoni kroonist kapitalitasu tulu aastas, mis aja jooksul väheneb. Eelkõige peaksid seda kandma suured haiglad nagu SA TÜK, SA PER, Pärnu Haigla ja Ida-Viru Kesonhaigla. Kui lähtuda Riigikontrolli eeldatavast investeeringuvajaduste prognoosist ning arvutuslikust kapitalitasust, on võimalik näidata, et kapitalitasuga on võimalik katta vaid murdosa investeeringuvajadusest. Tuleb märkida, et tehtud arvutused on indikatiivsed ning täpsemate mõjude hindamiseks on vaja kõikide haiglate investeeringute ning amortisatsiooni andmeid.

Joonis 4.5.18. Investeeringuvajadus ja indikatiivsed kapitalitasu tulud (mln krooni)

Allikas: autorite koostatud, saldoandmike ja Riigikontrolli auditi andmete põhjal

Kapitaliinvesteeringute planeerimise korralduslikud aspektid jäävad siinkohal analüüsi fookusest välja, kuid oluline on, et investeeringufondi kaudu tehtavad investeeringud oleksid kontrollitud, sest Haigekassa ei ole võimalik pelgalt hindade tõstmisega (kapitalikulu võrra) suunata konkreetse teenuseosutaja investeeringute tegemist. KPMG analüüs pakub võimalusena välja investeeringulubade süsteemi: kui haigla pidaja kavatseb omandada või kasutusele võtta vara või osta teenuseid, mis on seotud Sotsiaalministri poolt kinnitatud haigla pidaja funktsionaalses arengukavas sätestatud eesmärkide täitmisega, on ta kohustatud eelnevalt taotlema Sotsiaalministeeriumilt investeeringuluba. Nimetatud süsteem oleks sarnane eelpool kirjeldatud teiste riikide kapitaliplaneerimise süsteemidele.

KPMG hinnangul tuleks investeeringuluba taotleda ka kõikide funktsionaalse arengukava väliste materiaalse põhivara rekonstrueerimiste, parendamiste, remontide või uute materiaalsete põhivarade soetusega seotud hangete korral, kui investeeringu kogusumma on suurem sotsiaalministri määrusega kinnitatud piirmäärast.

Mõjud

Täpsete mõjude hindamine eeldab kõikide HVA haiglate põhivara kaardistamist eesmärgiga teha kindlaks osa, millises ulatuses põhivara nimetatud maksusüsteemi alla liigub. Eespool toodud jooniselt on näha, et hinnatud investeeringuvajadus on kordades suurem kui oleksid saadavad tulud kapitalimaksust.

Tuleb märkida, et haiglate autonoomia vähendamine investeeringusüsteemide tegemisel muudaks oluliselt senist poliitikat, kus haiglatele endale on usaldatud suur roll kuluefektiivsuse suurendamisel. Samas võib muudatus tagada parema investeeringute korralduse ja seega tõsta finantsilist jätkusuutlikkust ja majanduslikku efektiivsust kogu süsteemis. Süsteemi korralduslikud aspektid vajavad täpsemat analüüsimist ning arvestades praeguseid raamatupidamislikke standardeid ning haiglate finantsjuhtimise ning investeeringute korralduse praktikat. Ka riigikontroll on välja toonud, et vaja on investeeringuplaani ajakava ning raha selle elluviimiseks. Muudatus võib teatud tingimustel soodustada HVA väliste teenuseosutajate positsiooni, kes põhivara tasu maksma ei peaks.

Olenevalt rahastamisallikast võib süsteem olla majanduskriisile vähem vastuvõtlik. Näiteks riigieelarvelise rahastamise puhul oleks süsteem vähem sõltuv ning investeeringute rahastamine ei kannataks madalama sotsiaalmaksulaekumise tõttu.

Lisaks on Riigikontroll auditis välja toonud, et haiglavõrk on liiga suur ning aktiivravi pakkumise vajadus regiooniti ja riigi võimalused pakkumise tagamiseks tuleb uuesti üle hinnata ning eesmärgid ajakohastada. Seejuures kaaluda varianti, kus piirkondlikul ja kesonhaiglal on kohustus osutada teatud ambulatoorseid ja/või päevaravi teenuseid üldhaiglate maakondades. Kaaluda igale haiglaliigile kindlate piiride kehtestamist, mille ulatuses nad tervishoiuteenuseid osutada võivad. See võimaldab koondada kalleid seadmeid ja palju personali nõudvad teenused konkreetsetesse haiglatesse, kasutada ressursse efektiivsemalt ning arendada teenuseid. Kvaliteedi tagamiseks peab olema haiglal piisav varustus ja ka piisav arv patsiente. Lisaks märgib Riigikontroll, et tuleks parandada esmatasandi kättesaadavust. Vastavaid võimalusi, mis puudutavad tervishoiuteenuste osutajaid, vaadeldakse peatükis 4.6.

Kindlustamata isikute ravikindlustusega katmine (poliitikavariant 38)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada solidaarsust, tehes tervishoiuteenused kättesaadavaks kõigile Eestis elavatele elanikele
- Suurendada tervishoiusüsteemi tulusid muude riigieelarve tulude abil
- Vähendada kindlustamata isikute ravikulusid varase sekkumise kaudu
- Suurendada ravikindlustuse finantsilist jätkusuutlikkust

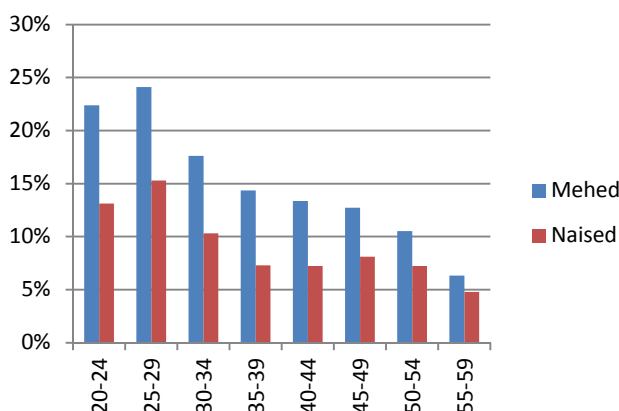
Senine olukord

Eestis on ravikindlustusega kaetus seotud osalemisega tööturul, mis tähendab, et hüvise saamise eelduseks on panustamine selle finantseerimisse. Seega on kindlustatud kõik töötajad, kelle eest maksab töandja sotsiaalmaksu. Sama kehtib FIE-de kohta, kes maksavad sotsiaalmaksu ise. On ka hulk sihtrühmi, kelle eest maksab sotsiaalmaksu riik (registreeritud töötud, lapsehoolduspuhkusel olijad, ajateenistuses olevad isikud, sotsiaaltoetuse saavad isikut jt). Sellele lisaks on olemas ka võrdsustatud isikud, kelle eest sotsiaalmaksu ei tasuta, kuid kes on sellegi poolest kindlustatud (lapsed, pensionärid, õpilased jt).

Sellest tulenevalt on kindlustamata need isikud, kes on tööealised, kuid kelle eest ei tasuta sotsiaalmaksu ning kes ei ole ka registreeritud töötuna. Nendeks võivad olla nn heitunud, kes on kaotanud lootuse tööd saada ja ei ole töötuna arvel. Lisaks sellele on kindlustamata isikute hulgas need, kes on läinud välismaale tööle, on FIE-dest maksuvõlglast ja neil puudub muu töökoht või saavad ümbrikupalka. Samuti on kindlustamata isikud akadeemilisel puhkusel olevad üliõpilased (kes ei tööta) ning need isikud, kes elatuvad muudest tuludest (renditulud, dividendid jms). Seejuures on teatud tingimustel neil võimalus osta Haigekassast vabatahtlik kindlustus (mille hind on 13% eelneva aasta riigi keskmisest palgast), juhul kui lepingu sõlmimise kuule eelneval kahel aastal on olnud vähemalt 12 kuud kindlustatud.

Kuna ravikindlustuseta isikute arv arvutatakse rahvaarvu ja kindlustatud isikute arvu vahena ei ole võimalik väga täpselt öelda, kes on need isikud, kes on kindlustamata (näiteks, kas nad on heitunud või läinud hoopis välismaale tööle). 2010. aasta 31. detsembri seisuga oli rahvaarvu ning kindlustatute vahe ligikaudu 83 800 inimest, mis teeb 6,3% elanikkonnast. Soo ja vanusegruppide lõikes on kindlustamata isikute osakaal välja toodud järgmisel joonisel.

Joonis 4.5.19. Kindlustamata isikute osakaal vanuses 20-59 soo ja vanusegruppide lõikes 31.12.2010 seisuga, arvatuna rahvaarvu ja kindlustatute arvu vahena



Allikas: Haigekassa 2011, Statistikaamet 2011

Nähtub, et ligikaudu 2/3 kindlustamata isikutest on mehed ning 1/3 naised. Üheks proportsiooni selgitavaks põhjuseks on naiste kindlustatuse staatuse saamine vanemapuhkuse, üksikvanema alla 8-aastase lapse ja üksikvanema kolme alla 19-aastase lapse tõttu.

Kindlustamata isikute osakaal on suurim nooremates tööelistes vanusegruppides ning ulatub vanusegrupi 25-29 meeste puhul ligi 25%-ni. Absoluutarvudes on kindlustamata isikute arv antud vanuserühmas 12500. Võib eeldada, et noemate meeste vanusegruppide puhul on kindlustamata isikuteks ka tegelikkuses välismaal töötavad inimesed.

Kindlustamata isikute vältimatu abi rahastatakse praegu riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa vahelise lepingu alusel. 2010. aastal oli eraldatud selleks 91 miljonit krooni. Samuti rahastavad kindlustamata isikute ravi kohalikud omavalitsused. Kohalikel omavalitsustel on seejuures erinev võimekus seda teha ning puudub täpne informatsioon nende praktikate kohta.

Härmsalu *et al.* (2009) on välja toonud, et kõige enam võimaldatakse omavalitustes ravikindlustusega hõlmatavate isikutele juurdepaas üldarstiabile, sellele hargneb ravimite kompenseerimine ning kõige harvematel juhtudel on ravikindlustamata isikutele tagatud juurdeääs eriarstiabile. Levinuimaks üldarstiabi võimaldamise viisiks omavalitsuste lõikes on arstiabi kulutuste katmiseks garantiikirja väljastamine raviasutusele. Ka juurdepääs eriarstiabile tagatakse kõige sagedamini raviasutusele kulude kompenseerimise kohta väljastatava garantiikirjaga. Ravimite ostmisega seotud kulude hüvitamine toimub kõigis maakondades eelkõige vastavalt sotsiaaltoetuste maksmise korrale, s.t vastava avalduse ning sageli ka kulutusi toendava dokumendi alusel. Juurdepaas üldarstiabile on ravikindlustamata isikutele sageli tagatud ka pöördumisel perearsti poole, kes teenindab isikuid tasuta. Sellisel juhul omavalitsused sageli rahastavad üldarstiabi osutamist, võimaldavad perearstile teenuse osutamise eest ruumid, tagavad ruumide korrashoiu või maksavad perearstile töötasu. Märkimisväärne on asjaolu, et 36%-l omavalitsustest puuduvad andmed ravikindlustusega hõlmatavate sotsiaalhoolekande subjektide arvu kohta. (Härmsalu *et al.* 2009)

Probleemiks on ka kindlustamata isikute halvem tervis. Kui inimene läheb viimases hädas erakorralise meditsiini osakonda on ravi keerulisem ning sellest tulenevalt ka kulud suuremad (2008. aasta Haigekassa mikroandmete põhjal on kindlustamata isikute keskmine ravikulu statsionaarses eriarstias 27% suurem kui keskmisel kindlustatul). Ravikindlustamata isikute puhul domineerivad ka erinevad meditsiinilised probleemid (traumad ja vigastused, psüühika- ja käitumishäired ning seedeelundite haigused) võrreldes kindlustatutega (Kahur 2006). Samuti on oluliseks põhjuseks, miks kindlustamata isikute arstiabi on kallim, põhjus, et teiste sotsiaalsüsteemide tase on nõrk (isikuid jäetakse haiglaravile, samal ajal kui sama teenust saaks pakkuda alternatiivses sotsiaalsüsteemis).

Hilisest või edasilükatud ravist tulenevalt võib isik jääda ka püsivalt töövõimetuks ning sellisel juhul saab ta ka kindlustatu staatuse ning tal tekib õigus ravikindlustushüvitistele. Selle tulemusena kujuneb algselt ravikindlustuseta isiku ravi lõpptulemusena kallimaks võrreldes ravikuluga õigeaegse ravi korral (Kahur 2006). Levinud on ka töötuks registreerimine ravikindlustuse ja toimetulekutoetuse saamiseks, kuid Töötukassal tekivad kulud seoses registreeritud töötute igakuiste kohtumiste tõttu, kuigi aktiivselt töötamisega ei tegelda. Seega ei ole see Töötukassa ressursside sihipärane kasutamine, kuivõrd pingutus ei ole suunatud neile, kes tööd otsivad ja on ka valmis tööle asuma.

Kuivõrd kulud katmata haigestumuse riskidest avalduvad teistes sotsiaalsüsteemides või majanduses tervikuna, võib ravikindlustuse andmine kindlustamata isikutele tuua kaasa rohkem positiivseid kui negatiivseid mõjusid ühiskonnas nii rahalises kui sotsiaalses mõttes. Seda teed on läinud paljud riigid - universaalne ravikindlustus kehtib enamikus OECD riikidest (sh Soomes, Rootsis, Tšehhis, Kreekas), kus kindlustusega on kaetud 100% elanikkonnast. Näiteks Rootsis on kindlustuse hüvitiste saamise aluseks residentide staatus.

Poliitikavariandi kirjeldus

Riigi- või alternatiivina kohaliku omavalitsuse (KOV) eelarvest tasutakse sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa miinimummääras nende inimeste eest, kes ei kuulu ühtegi gruppi, kellel on õigus ravikindlustusele. Kõigile inimestele tekib õigus tervishoiuteenustele sarnaselt ravikindlustatutega (välja arvatud ajutise töövõimetushüvitiste kulud).

Ühe variandina võib teha kohustuseks igale Eesti residendile ravikindlustuse omamine.²⁴ Kui inimene pole maksevõimeline, läheb tasumise kohustus üle riigile või ka KOVile. Riik või KOV kataksid ravikindlustuse kulud inimestele, kellel endal pole võimalik ravikindlustust osta (pole maksevõimeline). Riik saab kehtestada reegleid, millal tasumise kohustus üle võetakse.

Puhas riigi- või KOVi poolne toetus ravikindlustusmaksu tasumise näol on konfliktis kindlustusprintsibi põhimõttega, mille kohaselt hüvise saamise eelduseks on panustamine selle finantseerimisse. Kehtiv ravikindlustuse korraldus lähtub töö tegemise kaudu tekkivast õigusest jagada haigusega seotud võimalikku finantsrisiki teiste ühiskonnaliikmetega ning seetõttu eeldab mõningast isiklikku vastutust moraalariski vähendamiseks. Samas on võimalik, et isik on panustanud ravikindlustusse varem.

Mõjud

20-59-aastaste kindlustatute keskmine kulu (üld- ja eriarstiabi ning ravimid) Haigekassale oli 5 836 krooni (vt tabel 4.5.8).

Tabel 4.5.7. Keskmised arstiabikulud kroonides (tööealiste vanusegruppide puhul 20-59).

Vanusegrupp	Keskmine üldarstiabi kulu kroonides	Keskmine eriarstiabi kulu kroonides	Keskmine ravimite kulu kroonides	Keskmsed kulud kokku kroonides
20-29	720	3458	516	4694
30-39	735	3677	642	5054
40-49	782	3802	845	5429
50-59	829	5867	1 471	8167
Keskmine	767	4201	869	5836

Allikas: Haigekassa majandusaasta aruanne 2010

Seega oleks kindlustamata isikute täieliku riigi poolt katmise maksimaalne kulu $5836 \times 83800 = 489$ miljonit krooni aastas. Kui sellele lisada potentsiaalne kindlustamata isikute ravi kõrgem kulu, oleks vastav summa 621 miljonit krooni. Samas oleks vähenemine kindlustamata isikute ravikulude katmise osas 91 miljonit krooni. Seega maksimaalne kulu (arvestades ka vältimatu arstiabi kulude vähenemist) eelarvele oleks 530 miljonit krooni. Samas võib see summa olla oluliselt väiksem, arvestades, et osa elanikke töötab välismaal ning on seal kindlustatud.

Kui kõikide kindlustamata isikute eest maksaks riik või KOV ravikindlustuse osa miinimumpalgalt tähendaks see iga kindlustamata isiku kohta aastas tulu 6786 krooni (ehk 16% rohkem kui eelnimetatud vanusegrupi keskmine aastane ravikulu) ehk kokku 569 miljonit krooni lisatulu Haigekassasse. Samas ei pruugi see olla piisav, juhul kui kindlustamata isikute keskmised ravikulud on rohkem kui 16% kindlustatud isikute vanusegrupi 20-59 keskmistest ravikuludest.

Juhul kui katta vaid osa kindlustamata isikute teenusest (üldarstiabi) oleks kulud väiksemad, kuid sellega paljuski säiliks puudujäägid ravi kättesaadavuses. Üldarstiabi keskmised kulud kindlustatu kohta vanusegrupis 20-59 on 767 krooni aastas (2010. aasta Haigekassa majandusaasta aruanne) ehk tähendaks lisakulu 64 miljonit krooni. Lisaks on koos esmatasandi arstiabiga oluline ka ravimihüvitis – vastava vanusegrupi keskmine ravimihüvitiste summa oli 869 krooni ehk 64-le miljonile lisandub 73 miljonit krooni ravikulud, mis teeb kokku kuludeks 137 miljonit krooni. Seega kuluks kokku $137 + 91 = 228$ miljonit krooni.

Sageli vajab inimene ka eriarstiabi nii raviteenuste kui uuringutena ning see võib olla perearsti jaoks keeruline, kui tal ei ole võimalik isikut täiendavatele uuringutele suunata. Raskemad juhud vajavad tihti

²⁴ Variant, mis lähtub põhimõttest, et igal Eesti residendil on kohustus omada ravikindlustust, võimaldavad paremini säilitada olemasoleva sotsiaalkindlustuse põhimõtted. Kehtivad erisused kohustusest vabastamiseks on põhimõtteliselt võimalik säilitada, kuid on võimalik kohustust selgemini üle võtta või delegeerida. Kokkuvõttes muutub vastutus tervishoiusüsteemi panustamise eest realselt rahas mõõdetavaks.

intensiivsemat sekkumist ning seega säilivad vältimatu arstiabi kulud (91 miljonit). Perearstiabi ei pruugi olla seega piisav, küll aga võib perearstiabi aidata ennetada tuleviku raskemaid juhtumeid.

Juhul kui maksmise võtab üle riik, siis vähenevad KOVide poolt tehtavad kulutused kindlustamata isikute arstiabile. Seega jääks KOVidele rohkem vahendeid. Juhul kui KOVidele läheks kindlustuse hüvitamise kohustus, siis võib ohtu sattuda KOVide finantsiline olukord, arvestades et erinevad KOVid on erineva võimekusega. KOVide eelarvetes kindlustamata isikute eest puuduva summa katmiseks tõenäoliselt hetkel vahendeid ei ole. Isegi kui teha selleks otstarbeks siirded (näiteks pearaha alusel) riigieelarvest KOVide eelarvetesse, tuleb arvestada KOVde väga erineva suutlikkusega oma kohustusi täita (administreerimine ja haldussuutlikkus on KOVide puhul samuti erineva kvaliteedi ja kuludega).

Seega ühelt poolt tähendaks muudatus riigi- või KOVide eelarvetele lisakulu, kuid teisalt on oluline ennetuse aspekt - mida varem haigusega tegeletakse, seda odavam on selle ravimine ning väiksem on oht krooniliste haiguste tekkeks.

Samuti on olulised võimalikud positiivsed välismõjud tulenevalt vähenenud nakkushaiguste (HIV, tuberkuloos) levikust – nakkushaigustega kindlustamata isikute ravimine tähendab väiksemat nakkushaiguste leviku tõenäosust ja seega ka väiksemaid ravikuluid.

KOV eelarvete kaudu kindlustamata inimeste ravikulude juhtimise tugevuseks võiks pidada paremat võimalust käsitleda kulutusi tervishoiule koos muude sotsiaalkulutustega, mis on kergemate, aga ka krooniliste terviseprobleemide puhul väga oluline ja võimaldab paremini kontrollida tervishoiukuluid, aga ka tagada inimesekesksem teenindus.

Täiendava efekti võib anda KOVile suurema vastutuse andmine üldarstiabiga seoses, mis võiks teoreetiliselt motiveerida KOVi konkureerima kvaliteetse üldarstiabi pakkumise eest (vt ka poliitikavarianti 39). Samas on täiendava teenuseostja sissetoomisega seotud palju administreerimisega seotud riske, mistõttu ei pruugi see olla majanduslikult otstarbekas.

Härmsalu *et al.* (2009) uuringus küsitletud kohalikud omavalitsused nägid ebapiisavaid või puuduvaid finantsilisi vahendeid enim kitsaskohana kui kohalikud omavalitsused tagaksid ravikindlustamata isikutele vähemalt üldarstiabi. Levinud olid ka seisukohad, et vastava kohustuse tekkimisel väheneksid eraldised teistele elualadele. Võimaliku ohuna nähti ka kvalifitseeritud tööjõu puudumist ning puuduvat teavet võimalikest üldarstiabi vajajatest. Probleemseks hinnati asjaolu, et ravikindlustamata isikutel kaoks põhjus enda ametlikult toole vormistamiseks ning seega suureneks ka umbrikupalkade maksmine. Samas leidis ka omavalitsusi, kes vastava kohustuse tekkimisel ohte ega kitsaskohti ei näinud ning leidsid end kohustuse täitmiseks toimetulevateks. (Härmsalu *et al.* 2009)

Kokkuvõttes, kuivõrd kulud katmata haigestumuse riskidest avalduvad lühiajaliselt teistes sotsiaalsüsteemides, pikaajaliselt ravikindlustuses ning majanduses tervikuna, võib ravikindlustuse andmine kindlustamata isikutele tuua kaasa rohkem positiivseid kui negatiivseid mõjusid ühiskonnas nii rahalises kui ka sotsiaalses mõttes ning on ravikindlustuse finantsilist jätkusuutlikust kasvatav. Seega ühelt poolt tähendaks muudatus riigi- või KOVide eelarvetele lisakulu, kuid teisalt on oluline ennetuse aspekt - mida varem haigusega tegeletakse, seda odavam on selle ravimine ning väiksem on oht krooniliste haiguste tekkeks.

Üldarstiabi rahastamine riigieelarvest (poliitikavariant 39)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada solidaarsust esmaste tervishoiuteenuste osas ning teha need kättesaadavaks kõigile Eestis elavatele elanikele
- Suurendada tervishoiusüsteemi tulusi muude riigieelarve tulude abil
- Vähendada kindlustamata isikute ravikuluid varase sekkumise kaudu
- Lõimida tõhusamalt esmatasandi tervishoiuteenused ja riiklik ennetustegevus

Poliitikavariandi kirjeldus

Muudatuse tulemusena hakatakse üldarstiabi (perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate poolt osutatav ambulatoorne tervishoiuteenus) rahastama riigieelarvest selleks ettenähtud vahenditest Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa vahel sõlmitud lepingu alusel. Tasumine perearstidele toimuks vastavalt ravikindlustuse seadusele praegu kehtiva korra alusel peamiselt pearaha põhimõttel, kombineerides seda tulemuslikkuse preemiaga. Põhimõtteliselt on seda võimalik kombineerida riiklike rahvaterviseprogrammidega, mille läbiviimisel nähakse rolli perearstidel (st perearstide tegevust rahastatakse osaliselt riiklike rahvaterviseprogrammide kaudu).

Mõjud

Sisuliselt tähendab muudatus, et üks oluline osa tervishoiusüsteemist tõstetakse väljapoole sotsiaalkindlustuse raamistikku ja kehtestatakse universaalse teenusena (sarnaselt kiirabiga).

Selle tulemusena muutub üldarstiabi rahastamise üle otsustamise mehhanism. Hetkel konkureerib üldarstiabi kõikide muude teenustega, mille eest tasub Haigekassa (eriarstiabi, ravimid jms). Riigieelarvest rahastamise korral hakkab üldarstiabi (peamiselt perearstiabi) rahastamine konkureerima riigieelarve tervishoiukulutustega (kiirabi, rahvaterviseprogrammid), aga ka laiemalt sotsiaalkulutustega (Sotsiaalministeeriumi eelarve piires) ning kogu riigieelarve kuludega.

Üldarstiabi teenuste maht on suures ulatuses väga hästi ette planeeritav – peamine tegur on tervishoiutöötajate tööaeg ning teenindatavate arvuga seotud uuringukulude maht. Säilitades perearstide ettevõtja staatuse ning tulemustasustamise põhimõtted on võimalik säilitada motivatsioon elanike tervise säilitamiseks ja sellega seotud kulude kokkuhoiduks. Võrdlusena näiteks vältimatu abi kulutused on riigieelarve jaoks defineeritud suurusega, kuid teenuseosutajate poolt vaadatuna avatud kohustus. Perearsti töötundidega võrreldes on tunduvalt raskem ette ennustada, kui palju kindlustamata inimesi vajab vältimatut abi.

Muutub rahastamise baas ja seeläbi ka teenuse kasutamise alused. Kaob seos töötamise kohustusega, et saada ligipääs solidaarselt finantseeritud teenustele.

Kasvab poliitiline mõju tervishoiu rahastamise operatiivotsustele olulise (ja tulevikus kasvava tähtsusega) tervishoiuteenuse liigi üle. Seejuures on oluline märkida, et poliitiliste otsustuste kaudu on senisega võrreldes lihtsam mõjutada nii üldarstiabi eelarve suurendamist, vähendamist kui ka teenuseosutamise tingimusi. See tähendab, et soovi korral on poliitilise otsuse kaudu lihtsam suunata raha eelistatult esmatasandi tervishoiuteenuste arendamisse, mis on kuluefektiivsem ning võimaldab seeläbi piirata tervishoiukulutuste kasvu eriarstiabikulude arvel. Samas on sellise otsustusmehhanismi kaudu ka lihtsam poliitilise tahte alusel jätta vajalik lisaraha üldarstiabile andmata.

Rahvusvaheline kogemus (Thomson, Vörk *et al.* 2010) näitab, et majanduslikult nn headel aegadel kasvab riigieelarve kaudu rahastatud tervishoiusüsteemi eelarve suhteliselt kiiremini võrreldes näiteks sotsiaalkindlustusel põhinevate tervishoiusüsteemidega. Seevastu majanduskriisi aastatel suudavad sotsiaalkindlustusel põhinevad süsteemid paremini vastu seista poliitilisele survele vähendada investeringuid tervishoidu, mille maht moodustab väga suure osa avaliku sektori eelarvest.

Soodne mõju tervishoiukulutuste kasvu ohjamisele on võimalik saavutada, kombineerides kindlustamata inimestele avalikust eelarvest tervishoiukulutuste katmist sellega, et suurendatakse eeskätt ligipääsu ennetavatele teenustele (skriiningud, vaktsineerimine, suitsetamisest loobumine, ülekaalulisuse ja kõrge vererõhu ohjamine jms) koos kvaliteetse selgitustööga selle mõjust.

Suurima riskina erinevate rahastamise mehhanismide korral nähakse nn kulude nihutamist (*cost-shifting*). Kui osa teenuste eest tasub riik ja osa eest ravikindlustus, tekib piiripealsetes olukordades huvi käsitada mingit juhtumit teise rahastamisvaldkonda kuuluvaks (vrd vaidlused eakate hoolduse ja ravi üle). Üldarstiabi ja eriarstiabi teenused on samas sisu alusel väga selgelt eristatud ja põhimõtteliselt on kulude selguse eesmärgil võimalik selline eristus säilitada.

Tõenäolisem pörkumise koht on üldarstiabi ja sotsiaalteenuste vahel, kuid siin loob rahastamise toomine samasse vastutusalasasse pigem võimalusi koostöö suurendamiseks. Niisamuti loob riigieelarvest rahastatud üldarstiabi võimalused senisest paremaks lõimimiseks riiklike ennetusprogrammidega, mida seni samuti rahastatakse riigieelarvest, kuid rakendatakse erineva printsiibi alusel. Seetõttu tuleb kehtiva korra tõttu riigil endal teha täiendavad jõupingutusi, selleks et perearstid muutuksid sujuvaks osaks riiklike

rahvatervise programmide elluviimisel. Väga sageli on rahvatervise programmide elluviimisel takistuseks esmatasandi kaasamine, samal ajal kui seal on tervishoiusüsteemi kõige suurem kokkupuuteala kõigi Eesti elanikega.

Tulemuseks peaks olema suurem majanduslik efektiivsus ja patsiendikeskus esmatasandi sotsiaal- ja tervishoiuteenuste arendamisel.

Teine risk, mis on tõenäoliselt olulisem kulude nihutamisest, on seotud perearsti ja eriarstiabi teenuste sidustamisega eeskätt krooniliste seisundite käsitlemisel. Siin valitseb maailmas selge trend nn vertikaalse integratsiooni suunas, kas siis juriidilis-organisatoorselt või nn kombineeritud rahastamise (nn *chronic disease management*) kaudu. Käesoleva poliitikaalternatiivi puhul on võimalik seda riski maandada, jättes üldarstiabi teenuse ostmise riigi (või kohaliku omavalitsuse) vastutusalasse, kuid andes perearstidele olulise (peamine) otsustusõiguse oma patsientidele eriarstiabi teenuse vajaduse ja teenuseosutaja üle otsustamisel. Niisuguse tervishoiureformi on 2010.a käivitunud Inglismaa ja samas suunas liigub ka USA käimasolev tervishoiureform.

Viimane lähenemine eeldaks aga väga olulisel määral Haigekassa tänase rolli ja tegutsemisprintsipi muutust (peamiselt kvaliteedi juhtimist ning strateegilist analüüsi ja planeerimist teostavaks asutuseks), mis on võimalik, ent väljub käesoleva poliitikavariandi raamidest.

Siiski on võimalik, et kulude üleüldist kokkuhoidu ei teki, juhul kui muus osas ravikindlustuse üldist korraldust ei muudeta. Põhjuseks on paradoks, et avastades enam haiguseid varases faasis tekib juurde ravi nõudlejaid. Kõrgelt arenenud riikides kasvavad kõige kiiremini tööealiste inimeste tervishoiukulud. Näiteks Thomson, Vörk *et al.* (2010) näitasid, et kui kõik kes oma tervise seisundi järgi võiksid saada diabeedi (varajast) ravi, seda ka saaksid, suureneksid ravikulud märkimisväärselt (eeskätt ravimikulude arvel). Nooremate inimeste tervishoiukulude kasvu tõukab tagant ka tervishoiutehnoloogia areng, mis on järjest enam orienteeritud varasele avastamisele (geeniuringud) ja seeläbi pikaajaliste madala intensiivsusega seisundite meditsiinilisele käsitlemisele.

Mõnevõrra suurem allokatiivne efektiivsus on võimalik saavutada seeläbi, et vähem raha kulutatakse seisunditele, mida oleks võimalik efektiivselt ravida varasemas staadiumis, sama ajal kui rohkem raha jääb väga spetsiifiliste ja kallite raviprotseduuride jaoks.

Eetilistele argumentidele tuginedes võib suurenda surve pakkuda kõigile solidaarselt ravivõimalusi juhul kui need on esmatasandil avastatud (nn vältimatu abi definitsioon, mis ei luba püsiva tervisekahju tekkimise riski korral ravi edasi lükata). See suurendaks survet ravikulutustele, juhul kui tervishoiu üldisi rahastamise põhimõtteid ei muudeta. Riski on võimalik maandada defineerides täpsemalt, milliste teenuste eest tasutakse kõigile Eesti elanikele riigi või KOV eelarvest.

Tehnilise teostatavuse osas on tõenäoline, et üldarstiabi rahastamise riigieelarvesse viimine suurendaks mõnevõrra administratiivset koormust. Hetkel on väga tugev operatiivse (1-4-aastase) planeerimise kompetents välja arendatud Haigekassas. Sotsiaalministeeriumis, aga eriti KOV tasandil, sarnast tervishoiu planeerimise võimekust ei ole. Halduskoormus kogu süsteemis suureneks seeläbi, et planeerimisega tuleks tegeleda senisest suuremas mahus mitmes asutuses, kusjuures omavahel tuleb tagada kooskõla ja koordineeritus.

Halduskoormuse riske on võimalik maandada, delegeerides suurema otsustusõiguse ja juhtides senisega võrreldes oluliselt enam väljundi- ja tulemuspõhiselt, vähendades sisendite ja protsesside reguleerimist operatiivtasandil. Niisamuti on oluline, et halduskoormuse suurenemine võib olla põhjendatud, kui sellega kaasneb parem teenuse kvaliteet ja mugavus elanike jaoks.

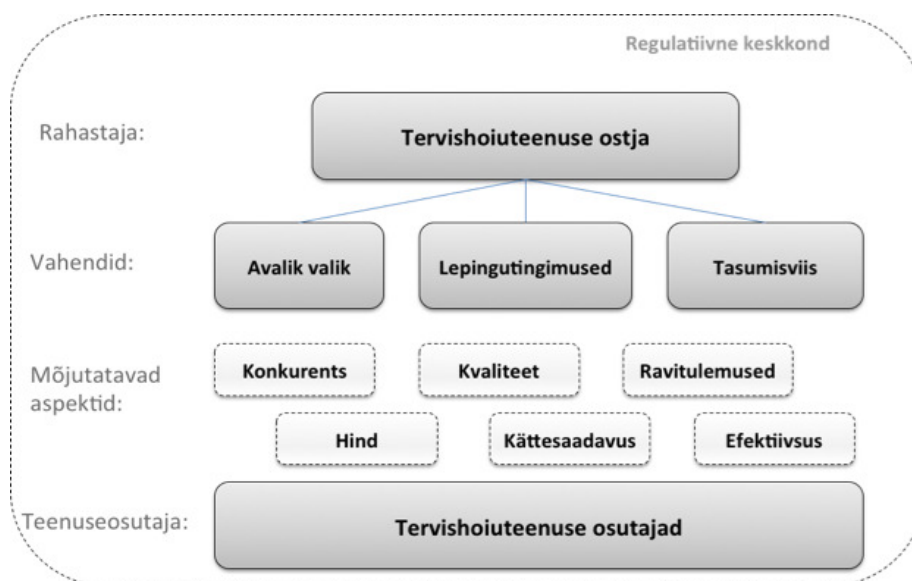
Alternatiivina võib anda kogu üldarstiabi teenuse rahastamise KOVdele. Samas probleemina tuleb silmas pidada erinevate KOVide suutlikkust oma kohustusi täita. Lisaks üldarstiabi kuludele on võimalik lisada üld- ehk perearstiabile ka teised esmatasandi tervishoiuteenused: töötervishoid, koolitervishoid, ambulatoorsed ravimid jne. See tähendab väga olulist tervishoiu rahastamise ümberkorraldamist, sest kindlasti tuleb KOVle tagada senisest suurem tulubaas. Positiivne mõju võiks realiseeruda eelkirjeldatud seoses kohalike elanike ja neile pakutava tervishoiuteenusega. Samas võimendaks kogu üldarstiabi kohustuse andmine KOVile ka erinevast suutlikkusest tulenevat ebaühtlase kvaliteedi riski.

4.6. Tervishoiuteenuste osutajatega seotud poliitikavariandid

Eestis on tervishoiusüsteemi jaoks rahaliste vahendite koondamine, planeerimine ja jaotamine peamiselt Haigekassa ülesanne, kuid tervishoiuteenust osutavad eraõiguslikud teenusepakkujad, näiteks haiglad ja perearstid. Samal ajal on Haigekassa arengukavas aastateks 2011–2014 strateegiliste eesmärkide seas välja toodud ka tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine, tervishoiusüsteemi kvaliteedi toetamine ja ravikindlustusvahendite efektiivne kasutamine. Kuna Haigekassal ei ole otsest kontrolli teenusepakkujate tegevuse üle, siis tuleb tal eesmärkide saavutamise tagada kaudselt ehk teenuste ostmisel motiveerida teatud tüüpi käitumist ja tulemusi.

Vahendid, millega teenusepakkujaid soovitud suunas mõjutada, on avalik valik, lepingutingimused ja tasumisviis (vt ka joonis 4.6.1). Avaliku valikuga kaasneva konkurentsi ulatus sõltub sellest, kui suur osa teenuste mahust on hõlmatud ja milliseid teenuseid see puudutab. Konkureerimise viisi mõjutavad üldiselt aga hindamiskriteeriumid: kas fookuses on teenuse hind, maht või mõni muu näitaja. Lepingutingimused võimaldavad suunata teenuseosutajaid täitma rahastaja jaoks olulisi eesmärke, näiteks teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse vallas. Lepingusse kvaliteedikriteeriumide lisamine ei mõjuta veel teenuseosutaja käitumist, tähtis on ka jõustamise aspekt ehk lepingutingimuste täitmise jälgimine. Lisaks konkrentsile ja lepingutingimustele on käitumise suunamise tugev vahend rahaliste stiimulite pakkumine. Kuigi Eestis on tervishoiuteenuste hinnakiri kehtestatud valitsuse määrusega ning kõigile teenuseosutajatele ühine, saab lepingutingimuste antavaid stiimuleid tugevdada teenuseosutajatele maksmise viisiga. Nii võib soodustada võimalikult suurt teenuste mahtu (näiteks teenusepõhise rahastamisega), efektiivsuse ja kvaliteedi tõusu või teenusehindade langust (näiteks ravijuhupõhise rahastamisega). Eestis on kõik kolm mainitud vahendit mingil määral kasutusel. Järgnevalt antakse ülevaade eri- ja üldarstiabi pakkujatest ning praegustest lepingute sõlmimise ja tasustamise viisidest.

Joonis 4.6.1. Tervishoiuteenuse rahastaja võimalused teenuseosutajate käitumise suunamiseks



Allikas: autorite koostatud

Eriarstiabi. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi on eriarstiabi ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst või hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad.

Tervishoiuteenuste peamine ostja on Haigekassa²⁵, kes hindab ravivajadust ja valib lepingupartnerid. Haigekassal on kohustus sõlmida lepingud kõigi haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglatega ning umbes 80% statsionaarsetest ja ambulatoorsetest teenustest osutavadki HVA haiglad (vt joonis 4.6.2).

HVA järgi on Eestis 19 eriarstiabi osutavat aktiivravihaiglat, neist 3 on piirkondlikud ja 4 keskhaiglad, 11 üldhaiglad ja 1 kohalik haigla. Haigla tüüp määrab seal osutatavate teenuste liigid. Praeguseks on haiglate

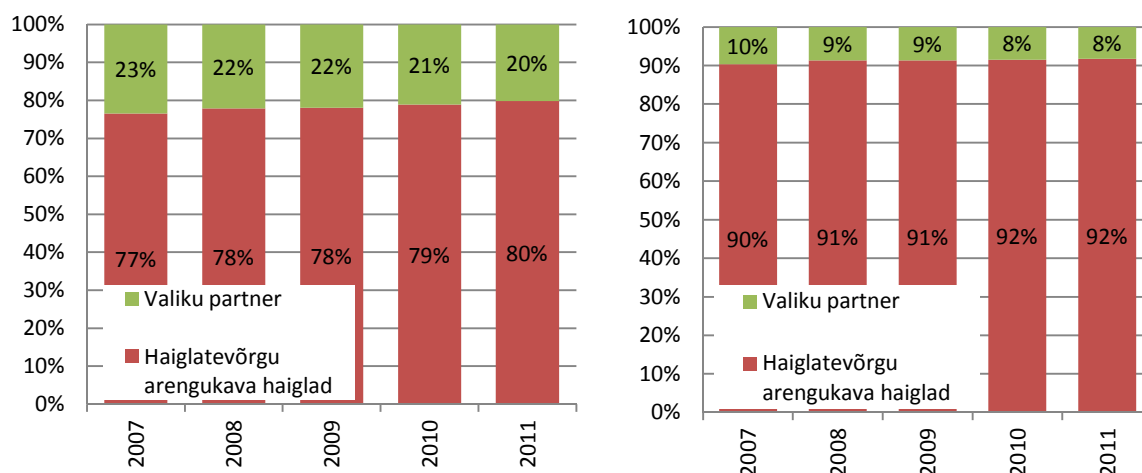
²⁵ Veel ostab rahvaterviseteeenuseid näiteks Tervise Arengu Instituut, kiirabiteenuseid Terviseamet.

koguarv küll vastav HVAlle, kuid mitte nende tüüp ja osutatavad teenused. Näiteks on Põlva ja Rapla haigla endiselt üldhaiglad, kuigi HVA järgi peaksid nad alates 2005. aastast olema muutunud kohalikuks haiglaks. Sellele, et haiglavõrk ei vasta HVAs ettenähtule, on tähelepanu juhtinud ka Riigikontroll oma 2010. aasta raportis haiglavõrgu jätkusuutlikkuse teemal. Lisaks on Riigikontrolli hinnangul haiglavõrgu arengukavas ette nähtud aktiivravi haiglavõrk liiga suur ning jätkusuutmatu, sest kõigile haiglatele ei jätku tulevikus patsiente, kvalifitseeritud arste ega raha haiglate korrastamiseks (vt ka haiglate kapitalinvesteeringute teemat alapunktis 4.5).

Juhul kui HVAs märgitud tervishoiuteenuse osutaja ei soovi osutada teenuseid mahus, mis tagaks piisava kättesaadavuse ja kataks kindlustatute eriarstiabivajaduse, või ei jätku piisavalt võimsust, kuulutatakse katmata erialade ja ravijuhtude jaoks välja avalik lepingupartnerite valik. Kõik hambaraviteenuse (hüvitatakse lastele ja osaliselt eakatele) osutajad leitakse avaliku valiku abil (Riigikontroll 2005).

2011. aasta andmetel ostetakse umbes 20% teenustest ehk 8% eriarstiabi rahalisest mahust valikuprotsessi alusel, kus välja kuulutatud avalikul valikul saavad teenuseosutajad esitada oma pakkumise. Valiku tegemisel võetakse arvesse mitmeid kriteeriume, näiteks teenuseosutaja geograafilist lähedust patsientidele, päevaravi osakaalu ja varasemaid kogemusi. Lepingupartnerite valiku eesmärk on tekitada piiratud ulatuses konkurentsi tervishoiuteenuste pakkumisel, motiveerida teenuste kvaliteedi tõstmist ja teenuste kättesaadavuse parandamist piirkondades, mida teenuseosutajad peavad vähem atraktiivseks (Koppel *et al.* 2008).

Joonis 4.6.2. Haigekassa esmased lepingud ravijuhtude (vasakpoolne) ja rahalise mahu poolest (parempoolne) eriarstiabis



Allikas: Haigekassa andmed, autorite arvutused

Koppel *et al.* (2008) on põhjalikult kirjeldanud lepingute sõlmimise ja tasustamise süsteemi arengut. Ravikindlustuse seadusega kehtestatakse lepingute üldine raamistik, Haigekassa nõukogu kinnitab lepingute üldpõhimõtted, teenuseosutajate ühendustega (Eesti Perearstide Selts ja Eesti Haiglate Liit) lepitakse kokku lepingute üldtingimustes, mis kehtivad kõikidele teenuseosutajatele. Lepingutingimused hõlmavad ravi kättesaadavust, maksimaalset ravijärjekordade pikkust, ravi kvaliteeti, hüvitamistingimusi, andmete esitamise nõudeid ja osapoolte kohustusi tingimuste rikkumise korral. Haigekassa sõlmib HVA haiglatega viieaastased raamlepingud ja teiste haiglatega kolmeaastased raamlepingud, millega määratakse teenuste tüübid nimetatud perioodiks. Raamlepingutele lisaks toimuvad iga-aastased

läbirääkimised haiglatega teenuste mahu ja keskmise ravijuhu maksumuse üle erialade lõikes.²⁶ Lepingute täitmist kontrollib Haigekassa kvartaalselt juhtimisinfosüsteemi kaudu.

Haigekassa hüvitavad tervishoiuteenused ja nende piirhinnad (iseloomult maksimumhinnad) on kehtestatud valitsuse määrusega ning neid ei lepita teenuseosutajatega peetavates läbirääkimistes eraldi kokku. Teenuseosutajad ja Haigekassa võivad leppida kokku madalamates hindades. Teoreetiliselt peaksid tervishoiuteenuste hinnad katma kõik teenuse osutamise seotud vajalikud kulud, välja arvatud teadus- ja koolitustegevuse kulud, mida rahastatakse muudest allikatest. Tegelikult tuleb arvestada asjaoludega, mis seda põhimõtet suurel määral modifitseerivad. Näiteks on osa haiglaid saanud riigilt lisatoetust infrastruktuuri rajamiseks, osa haiglaid aga mitte, samas kui teenuste piirhinnad kehtivad kõigile ühtemoodi. Tegevuspõhise kuluarvestuse (*activity-based costing*) meetoditega arvatud kulumudeli sisendina on haiglate esitatud teenuste maksumus mitmete teenuste puhul kõrgem kui piirhind. Kuigi põhjalikult uurimata, on erinevates analüüsides leitud märke sellest, et eeskätt tehnoloogia kasutamisega seotud teenuste hinnad võivad olla suhteliselt üle hinnatud, samal ajal kui suurema inimtöömahuga seotud teenuste hinnad võivad olla suhteliselt alahinnatud. Kõige lõpuks näitas majanduskriis, et valitsus koos Haigekassaga võib vajaduse korral tervishoiuteenuste piirhinda ühepoolset vähendada (vt ka Kruus, Aaviksoo 2010).

Eriarstiabi puhul on ambulatoorse ravi peamine tasustamisviis teenusepõhine tasu, statsionaarse arstiabi puhul kasutatakse aga teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosipõhise (*diagnosis related groups, DRG*) tasustamisviisi kombinatsiooni.

Voodipäevatasu sisaldab patsiendi üldist läbivaatust, diagnoosimist, ravi planeerimist, hooldust, toitlustamist ja lihtsamaid raviprotseduure. Voodipäevatasu suurus sõltub meditsiinierialast ja patsiendi haiglas viibimise ajast. Lisaprotseduuride, näiteks laboratoorsete uuringute eest tasutakse teenusepõhiselt.

Juhupõhise tasustamissüsteemi kasutuselevõtmise põhjused olid ravijuhu keskmine maksumus, mis kallines perioodil jaanuarist 2000 kuni septembrini 2002 ligi 30%, ning DRG-süsteemi sobivus teenuseosutajate efektiivsuse suurendamise vahendina. Kaudse mõjuna oodati haiglate põhjalikumate tegelemist kuluarvestussüsteemide arendamise ja kulude juhtimisega. Kui teenusepõhise tasustamissüsteemi puhul antakse stiimul osutatud teenuste arvu maksimeerimiseks, siis toimunud liikumine suurema juhupõhise rahastamise poole peaks vältima liigset ja mitteotstarbekat teenuste pakkumist. Alates 2004. aastast rakendatakse raviarve eest tasumisel DRG-süsteemi kombineerituna teenusepõhise tasustamisega. Algselt oli DRG-põhise tasu osakaal uue süsteemi riskide minimeerimiseks 10%, seejärel 50%, alates 2009. aastast 70% ning teenusepõhise tasu osakaal on 30%. Kõik statsionaarsed ravijuhud ja kirurgiliste protseduuridega seotud ambulatoorsed ravijuhud rühmituvad DRGdesse. Mõne eriala, näiteks psühhiaatria, taastusravi, hooldusravi ja järelravi puhul DRG-põhist tasustamist ei rakendata. Samuti hüvitatakse teenusepõhiselt DRG erandid ja keskmisest väga erinevad teatud tunnustega ravijuhud. Tegeletakse tasakaalu leidmisega DRG ja teiste tasustamisviiside vahel.

Üldarstiabi. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses on üldarstiabi defineeritud kui ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Edaspidi kasutatakse üldarstiabi ja perearstiabi samatähenduslikena.²⁷

Nii nagu eriarstiabi osutajatega, sõlmib Haigekassa ka perearstiabi osutajatega lepingud. Enamikul perearstidel ja grupipraksistel on Haigekassa leping. Perearstidel on võimalik töötada ka ilma lepinguta, kuid erapraksiseid on vähe, sest patsiendid pääsevad kiiresti Haigekassaga lepingu sõlminud perearstide juurde ning vähesed patsiendid on valmis ja võimelised üldarstiabi eest maksma (Koppel *et al.* 2008).

Perearsti ülesandeks on olla esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemiga, tagada abi enamiku seisundite korral ning vajadusel suunata edasi eriarstiabiosutaja juurde. Perearstiteenuse oluliseks osaks on tervise edendamine ja haiguste ennetamine, abi koordineerimine ja erinevate teenuste seostamine. Perearstil ja

²⁶ Lepingud lubavad teatud rahalist paindlikkust: teenuseosutajad saavad erialade vahel ümber jagada kuni 5% lepingus ettenähtud summadest ning leping sisaldab umbes 15% reservi, mida võib kasutada Haigekassaga kooskõlastades. 2006. aastani ei olnud Haigekassa kohustatud hüvitama lepingumahtu ületavaid teenuseid, praegu hüvitab Haigekassa teatud tingimustel 30% üle lepingumahu osutatud teenuste maksumusest.

²⁷ Esmatasandi arstiabi on laiem mõiste, mis hõlmab küll perearsti teenuseid, kuid ka teisi ambulatoorseid teenuseid (pereõde, kodune õendusabi, füsioteraapia, ämmaemandusabi, koolitervishoiu teenus, apteegi teenus, töötervishoiu teenus, hambaravi teenus, vaimse tervise õe teenus (Esmatasandi... 2009).

temaga koos töötaval meeskonnal on keskne roll nimistusse kuuluvate, inimeste vajadustele vastavate tervishoiuteenuste ja raviprotsessi järjepidevuse tagamisel. (Esmatasandi... 2009)

Perearstiabi eest tasumisel kombineerib Haigekassa pearaha, teenusepõhist rahastamist, baasraha, kvaliteeditasu ja lisamakseid. Pearaha on patsiendi vanusest sõltuv fikseeritud summa nimistus oleva patsiendi kohta aastas, eristatakse kolme vanusegruppi: alla 2-aastased, 2–69-aastased ja üle 70-aastased. Teatud uuringute ja protseduuride eest saadakse täiendavaid teenusepõhiseid tasusid. Baasraha on mõeldud katma ruumi- ja transpordikulud. Lisatasu makstakse neile perearstidele, kelle töökoht asub haiglast kaugemal kui 20 kilomeetrit. 2006. aastal rakendatud kvaliteeditasu makstakse vabatahtliku kvaliteedisüsteemiga liitunud ja ette nähtud tegevuste osas nõutava hõlmatuse saavutanud perearstidele. Kvaliteedisüsteemi eesmärk on suurendada ennetustegevuse kvaliteeti ja efektiivsust ning motiveerida perearste kroonilisi haigusi paremini jälgima (Koppel, Aaviksoo 2007) ning hõlmatud valdkondade hulka kuuluvad 2011. aastal vaktsineerimised, verelipiidide mõõtmine, II tüüpi diabeediga ja kõrgvererõhktõvega patsiendid, teatud lihtsamate kirurgiliste protseduuride tegemine, normaalse raseduse jälgimine ja väikelaste tervisekontroll. Süsteemis osales 2010. aastal 90% perearstidest, kellest 39% sai ka tulemustasu. Perearsti tasustamissüsteem tervikuna peaks motiveerima perearste tegelema rohkem diagnostika ja raviga, tagama ravi järjepidevuse, kompenseerima perearstidele väikelaste ja eakate inimeste jälgimise ning kaugemates piirkondades töötamisega seotud rahalised riskid (Koppel *et al.* 2008).

Nii nagu peatükkides 4.5, 4.7 ja 4.8 käsitletud mitmed tervishoiu rahastamise viisid sisaldavad erinevaid motivaatoreid teenusepakkujatele ja patsientidele, on ka tervishoiuteenuse ostmiseks erinevaid võimalusi. Üht ideaalset moodust ei ole, teenuste ostmise süsteem sõltub ka teenuse ostja prioriteetidest ja üldisemast sotsiaalpoliitilisest kontekstist.

Viimastel aastatel on antud Eestile hulk olulisi soovitusi ja kaardistatud probleeme. WHO 2008. aasta ministrite konverentsi lõppdokumendis tõdetakse, et rahastamiskeemid peaksid looma stiimuleid tervisteenuste tõhusaks korraldamiseks ja pakkumiseks, siduma ressursside eraldamise teenuseosutajatele nende tegevuse tulemuslikkusega ja elanikkonna vajadustega ning edendama aruandekohustust ja läbipaistvust raha kasutamisel.

2010. aasta aruandes „Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks“ antud hinnang teenuste ostmise korraldusele on positiivne ning tugevusena tuuakse välja tõhus strateegiline tervishoiuteenuste ostmine. Samas tõdetakse, et tulubaasist ei piisa prognoositava tulude ja kulude vahe katmiseks ning patsientide omaosaluse suurenemise kontrolli all hoidmiseks. Tervishoiusüsteemi sisemiseks kulude kontrollimiseks ja optimaalsemaks ressursikasutuseks tehakse muuhulgas ettepanek tugevdada perearsti rolli ning pöörata rohkem tähelepanu raviprotsessi tulemuslikkuse hindamise juurutamisele.

Esmatasandi tervishoiu arengukavas 2009–2014 on probleemkohtadena muu hulgas välja toodud (a) perearstide vähenemine motiveeritus aktiivseks tegevuseks ja sisulisele sekkumisele oma pädevuse piires vahel põhjendamatult edasisuunamise eelistamine ning (b) infovahetuse puudulikkus perearsti ja teiste teenuseosutajate vahel, mis raskendab teenuste kättesaadavuse tagamisel koostöö korraldamist ja võib tuua kaasa tegevuste dubleerimise.

Sellest tulenevalt uurivadki käesoleva peatüki poliitikavariandid konkurentsi ja tulemuste hindamise mõju tugevdamist eriarstiabi lepingute sõlmimisel ning perearsti vastutusala laiendamist. Järgnevas tabelis on toodud tervishoiuteenuste osutajatega seotud poliitikavariandid muudatuse ulatuse järgi.

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Struktuurne muudatus	<ul style="list-style-type: none"> • 40) Konkurentsi ja tulemuspõhise teenuste ostmise võimaluste suurendamine eriarstiabi lepingute sõlmimisel teenuseosutajatega • 41) Perearstide vastutusala laiendamine

Konkurentsi ja tulemuspõhise teenuste ostmise võimaluste suurendamine eriarstiabi lepingute sõlmimisel teenuseosutajatega (poliitikavariant 40)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Vähendada tervishoiuteenuste hinnatõusu
- Soodustada tervishoiuteenuste kvaliteedi mõõtmist ja tõstmist

Senine olukord

Ligi 80% eriarstiabi statsionaarsetest ja ambulatoorsetest teenustest osutavad HVA haiglad. 20% teenuste puhul rakendataval avalikul valikul saavad mitmed teenuseosutajad esitada oma pakkumise ja konkureerida Haigekassa lepingule. Valiku tegemisel võetakse arvesse eelnevalt sätestatud kriteeriume, näiteks teenuseosutaja geograafilist lähedust patsientidele, päevaravi osakaalu ja varasemaid kogemusi. Lepingupartnerite valiku eesmärk on tekitada piiratud ulatuses konkurentsi tervishoiuteenuste pakkumisel ja motiveerida teenuste kvaliteedi tõstmist ning parandada teenuste kättesaadavust piirkondades, mida teenuseosutajad peavad vähem atraktiivseks.

Teenuseosutajatega sõlmitavate lepingute tingimused hõlmavad ravi kättesaadavust, maksimaalset ravijärjekordade pikkust, ravikvaliteeti, hüvitamistingimusi, andmete esitamise nõudeid ja osapoolte kohustusi tingimuste rikkumise korral. Eriarstiabi puhul on ambulatoorse ravi peamine tasustamisviisi teenusepõhine tasu, statsionaarse arstiabi puhul aga kasutatakse teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosipõhise tasustamisviisi kombinatsiooni.

Poliitikavariandi kirjeldus

Konkurentsi all mõeldakse antud juhul teenuseosutajate konkureerimist tervishoiu rahastajaga sõlmitavate lepingute peale, mis ka praegu eksisteerib teatud teenuste osas. Konkurentsi soodustamise eesmärk on selle poliitikavariandi puhul suunata teenuseosutajate käitumist viisil, mis arvestab teenuse hinda ja eelnevalt sätestatud tulemusnäitajaid, mitte teenuseosutaja õiguslikku vormi. Seda saab rakendada nii valitsus- kui ka erasektorisse kuuluvate haiglate keskkonnas.

Eriarstiabi teenuse osutajate käitumise suunamisel vaadatakse valikuprotsessi rolli suurendamist lepingute sõlmimisel, sealhulgas konkurentsivõimaluste parandamist ja tulemusnäitajate suuremat kasutamist valikukriteeriumina. Haigekassa defineerib teenused ning tulemusnäitajad, mille osas tervishoiuteenuste pakkujad saavad konkureerida majanduslikult soodsaima pakkumise tegemisele. Hinnakonkurents ei puuduta patsientide omaosalust, vaid üksnes suurima ostja ehk Haigekassa makstavat teenuse hinda.

Mõjud

Valikuprotsessi laiendamine ja hinnakonkurents võivad tekitada **surve hindade alandamisele** või vähemalt märgatavale pidurdumisele. Vastavat trendi on täheldatud näiteks Hollandis peale 2006. aastal toimunud tervishoiureformi, kuigi väga lühikese jälgimisperioodi jooksul.

Näiteks tasutakse Hollandis alates 2005. aastast haiglatele nn DTC (*diagnosis treatment combinations*) põhjal, mis käsitleb kogu raviepisoodi alates esimesest konsultatsioonist kuni ravi lõpetamiseni. 29 000 DTCd on jagatud A-kategooriasse (fikseeritud hind) ja B-kategooriasse (vaba hind kujuneb kindlustusandjate ja haiglate läbirääkimistes). Esimestel aastatel moodustas B-kategooria 10% teenuste mahust (1246 DTCd) ja sisaldas rutiinsemaid protseduure, nagu näiteks katarakti, pimesoole ja liigeste endoproteesimise operatsioonid. Aastail 2009–2010 oli niinimetatud vaba hinnaga teenuste osakaal 34% ning valitsuse plaanide kohaselt suurendatakse seda 70%ni aastal 2012. See tähendaks, et fikseeritud hind jääks pigem erandiks nendele juhtudele, mil hinnakonkurents ei ole mõistlik või soovitatav (näiteks eriti kõrgelt spetsialiseerunud ravitegevus, traumad). (Maarse 2011)

Tabelist 4.6.1 on näha, et nii-öelda vabahinna kategoorias on teenuste reaalhinnad alanenud, samal ajal kui fikseeritud hinna kategoorias teenuse hinnad kasvasid. Sama allikas toob välja ka trendi selles osas, et

suurem kindlustusandja (Hollandis on neid 27, kuid 3 suuremat jagavad 90% turuosa) suudab saavutada läbirääkimistel madalamad hinnad.

Tabel 4.6.1. Hollandi haiglateenuste hindade aastane muutus fikseeritud (A) ja vaba hinnaga (B) kategooriates

	2006	2007	2008	2009	2010
A-kategooria reaalhinnad	0,4%	1,3%	2,3%	2,6%	0,3%
B-kategooria 2005. a nimekiri – nominaalhinnad	0,0%	2,1%	1,1%	1,5%	-1,8%
B-kategooria 2005. a nimekiri – reaalhinnad	-1,2%	0,5%	-1,3%	0,3%	-3,1%
B-kategooria 2008. a nimekiri – nominaalhinnad				1,4%	-2,1%
B-kategooria 2008. a nimekiri – reaalhinnad			1,3%	0,2%	-3,4%

Allikas: Netherlands Healthcare Authority 2011 via H. Maarse 2011

Konkurentsi toimimise eeldusteks on piisav teenusepakkujate arv ning tulemuspõhise teenuse ostmise puhul infosüsteemide arendamine. Tervishoiuteenuse pakkujate konkurentsi saab rakendada piirkondades, kus on piisavalt teenuseosutajaid. Eesti kontekstis ei ole teatud teenuste puhul tervishoiuteenuste pakkujate vahel valimine võimalik, kuid osa teenuste puhul on valikuvõimalus suurem, eriti ambulatoorsete teenuste puhul, nagu näiteks hambaravi-, taastusravi-, psühhiaatria- ja silmaraviteenused, kus teenuseosutajad on väiksemad, kuid siingi on nende paiknemine väga ebaühtlane. Oluline on selle piiranguga arvestada ning rakendada konkurentsi sobivate teenuste ja piirkondade puhul.

Tulemuspõhise teenuste ostmise rakendamiseks on vajalik defineerida tulemusnäitajad, näiteks episoodi lõpptulemus ja kvaliteedistandardid, ning välja töötada nende regulaarse mõõtmise, raporteerimise ja tagasiside süsteem. Ka peaks selle poliitikavariandi rakendamise ülemineku perioodile eelnema tulemusnäitajate raporteerimine, mis on aluseks ka konkursile kvalifitseerumiseks. Lisaks tulemusnäitajatele on hinnakonkurentsi puhul teenuseosutajatele samavõrra oluline oma kulude juhtimise süsteem, mille alusel saaks nii pakutava hinna kui ka muu ressursikasutuse osas otsuseid teha. Nii tulemusnäitajate kui ka tegelike kulude mõõtmise eelduseks on infosüsteemide ja analüüsivõimekuse pidev arendamine. Sealjuures võib tulemuste mõõtmine olla sisendiks nii lepingutingimuste kui ka tasumisviiside muutmisele (näiteks eelkirjeldatud DTCd Hollandi näites või põimitud rahastamine järgmise poliitikavariandi 41 all).

Poliitikavariandi loodetavaks tulemuseks on pikas perspektiivis raviteenuste hindade aeglasem kasv, kuigi lühiajaliselt surve tervishoiuteenuste hindade konvergentsiks Soome ja Lääne-Euroopa riikide tasemele püsib. Märkimisväärset tervishoiu kogukulude vähenemist ei ole tõenäoliselt oodata, kuid võimalik on kogukulude kasvu pidurdumine hinnatõusu ohjamise kaudu. Ka Hollandis ei ole esimestel aastatel tervishoiu kogukulud vaatamata teatud teenuste odavnemisele vähenenud. Seda on peamiselt pütud selgitada püsivalt kasvava nõudlusega, eriti vaimse tervise teenuste ja hooldusravi osas.

Lisaks hindade kasvutempo mõjutamisele on muudatusel ka kõrvalmõjusid. Nii võib hinnakonkurentsis osalevatel teenuseosutajatel tekkida motivatsioon arendada välja spetsiifilised võimekused ning see loob eeldused spetsialiseeritud teenusepakkujate tekkimiseks, mis suudaksid pakkuda tipptasemel kvaliteeti, kuna tervishoiutehnoloogia areng võimaldab standardiseerida järjest suuremal hulgal protseduuride tegemist, vähendades variatsiooni teenuse osutamisel. Edukaks näiteks on Soomes avaliku ja erasektori koostöö (public private partnership) põhimõttel tegutsev endoproteesimise kliinik Coxa, kuid toimivad mudelid on ennast tõestanud ka südame-, silma- ja lastehaiguste valdkonnas. Eesti puhul saab tuua näiteks AS Taastava Kirurgia Kliiniku ja ASi Ortopeedia Arstid. Samasugune areng võib toimuda ka suuremate haiglate sees, nii et kitsamates valdkondades arendatakse välja suure konkurentsvõime. Patsientidele on ilmselt vajalik selgitustöö ja kvaliteedinäitajate abil põhjendada teenuse koondumist parema kvaliteedi saavutamiseks. Näiteks mainitud Coxa-kliinik on andnud head eeskujuga spetsialiseeritud silma- ja südamekliinikute loomiseks, sest ühiskond aktsepteeris teenuse koondumist, kuna selle tagajärjel tõuseb märgatavalt teenuse kvaliteet (Teperi *et al.* 2009).

Hollandi, USA, Soome ja Singapuri kogemusele tuginedes võivad hinnapõhine konkureerimine ja tulemuspõhine rahastamine teise olulise kõrvalmõjuna suurendada tervishoiusüsteemi läbipaistvust ning

motivatsiooni tegeleda tulemuste, sealhulgas ravikvaliteedi mõõtmise ja arendamisega (Donders, Maarse 2011, Struijs *et al.* 2011, IOM 2006, Lim 2011).

Positiivse mõju kõrval on ka hinnakonkurentsiga kaasnevaid riske. Suurimaks riskiks peetakse teenusekvaliteedi halvenemist, mida on 1990. aastatel eri riikides juurutatud hinnakonkurentsiga tagajärjel ka täheldatud. Peamise põhjusena tuuakse välja hinnakonkurentsile keskendumine ilma korraliku tulemuste mõõtmise võimaluseta. Viimase puhul mängib rolli tervishoiuteenuste kvaliteedi jälgimise keerukus ja vahel tulemuste ilmnenemise pikk viitae, kuid tervishoiuinformaatika ja analüüsisuutlikkuse areng on käesolevaks ajaks palju lihtsamaks muutnud tulemusnäitajate mõõtmise.

Isegi arenenud infosüsteemide ja poliitikavariandi rakendamiseks korralikult tehtud eeltöö puhul on tõenäoline, et teenuseosutajate kuluarvestuse arendamise, valikuprotsessi keerukamaks muutmise ja tulemusnäitajate jälgimisega kaasneb suurem administratiivne koormus ja sellest tulenevad kulud. Seda on kirjeldatud Hollandi näitel, aga ka mujal teiste administratiivset koormust tõstvate muudatuse puhul (vt järgmise poliitikavariandi all Inglismaa näidet).

Hinnapõhine konkurents võib patsientide jaoks vähendada raviteenuse pakkujaid konkreetsete teenuste osas sõltuvalt sellest, kui suured lepingumahud tervishoiuteenuse ostja eraldi konkursile paneb. Seda riski saab maandada piirkondlike lepingute sõlmimisega. Üldiselt ongi vajalik leida mõistlik tasakaal teenusepakkujate arvu ja spetsialiseerumise taseme vahel, sest ühelt poolt on hinnakonkurentsiks vaja piisavalt teenuseosutajaid, teiselt poolt võib konkurents ise viia spetsialiseerumiseni ja teatud teenuste osutajate arvu vähenemisele.

Eesti kontekstist tulenev risk on seotud HVA haiglatega, millesse on Euroopa Liidu tõukefondidest tehtud suuri kapitaliinvesteeringuid, mis ei kajastu tavapärasel teenuse hinnas. Esiteks suurendab see riigi survet eelistada teenuste ostmisel neid haiglaid, kuhu on juba investeeritud. Teiseks võivad konkurents ja spetsialiseerumine vähendada suurte haiglate senist suurest üldisest eelarvest tingitud konkurentsielist. Seega ilmselt suureneb surve hindade kasvuks teenuste osas, mida seni subsideeriti kasumlikumate teenuste arvel olukorras, kus teenuste hinnad on administratiivselt fikseeritud, ent ei vasta haigla tegelikele kuludele.

Hinnapõhise konkurentsiga rakendamiseks, kuid sooviga vältida ristsubsidieerimist ja samal ajal tagada riigi pikaajaliste strateegiliste huvide kaitset, on haiglatel oluline välja töötada ratsionaalne hinnakujundus, mis arvestab välismõjusid, kuid lähtub kulupõhistest hindadest. Viimaste kindlaksmääramine sõltub ka haiglate juhtimis- ja kuluarvestussüsteemide arendamisest.

Põhimõtteliselt ei eelda poliitikavariant olulisi muudatusi tervishoiusüsteemi korralduses. Haigekassa rakendab juba teatud teenuste selektiivset ostmist. Siiski, seni ei rakendata selektiivset ja hinnaläbirääkimistega ostmist kogu kindlale teenuseliigile, vaid alles pärast riigile nn prioriteetsete ja HVAsse kuuluvate haiglate teenuseosutamise võimsuse ammendumist. Kuna senine korraldus ei loo haiglate jaoks stiimuleid hinna alandamiseks ega teenuste kvaliteedi tõstmiseks, siis tuleks neid suunata lepingutingimuste või teenuste eest tasumise viisiga. Loomulikult ei ole kirjeldatud alternatiiv ainuke viis, vaid üks lisavõimalus, kuidas teenuse ostmise teel motiveerida pakkujaid kvaliteeti ja kuluefektiivsust parandama.

Kehtiva olukorraga võrreldes vajaks muutmist ravikindlustuse seadus, mis peaks sätestama hinnakonkurentsiga rakendamise põhimõtted. Muu hulgas mõjutaks muudatus valitsuse määrust Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kohta ning sätteid ravi rahastamise lepingu sõlmimise kohta eelistatult HVA haiglatega.

Perearstide vastutusala laiendamine (poliitikavariant 41)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Parandada tervishoiusüsteemi efektiivsust ja tulemuslikkust
- Soodustada haiguste ennetamist ja varajast sekkumist
- Vähendada teenuste fragmenteeritust ja suurendada patsiendikesksust
- Tõsta tervishoiusüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust

Senine olukord

Haigekassa 2010. aasta majandusaasta aruande põhjal oli raviarve keskmine maksumus Haigekassa jaoks haiglaravi puhul 15 361 krooni (983 eurot) ning ambulatoorse ravi puhul 666 krooni (34 eurot); kokku rahastas Haigekassa eriarstiabi teenuseid 797 000 inimesele. Seevastu perearsti poole pöördus 957 000 inimest, tehti ligi 4,9 miljonit visiiti ning ühe visiidi keskmiseks kuluks Haigekassa jaoks oli 207 krooni (13 eurot). Just seetõttu, et ambulatoorne ravi on haiglaravist odavam ning perearstivisiidid omakorda veelgi kuluefektiivsemad ja inimestele kättesaadavamad, otsitakse võimalusi ravitegevuse korraldamiseks väljaspool statsionaarset haiglaravi ning lähemal inimese kodule. See peaks võimaldama varast sekkumist, suurendama inimeste enda vastutust ja osalemist haiguste ennetamisel ja kontrolli all hoidmisel ning pärssima tervishoiukulude kasvu.

Riigikontrolli 2011. aastal valminud raportis tuuakse välja probleem, et paljud patsiendid pöörduvad eriarsti poole, kuigi nende ravi on võimalik korraldada ka perearsti juures. Selline lähenemine põhineb arusaamal, et tervishoiuteenuste tulemuslikkus ja kogu tervishoiusüsteemi efektiivsuse kasv on võimalik saavutada just esmatasandi arstiabi arendamise kaudu olukorras, kus ühekordsed ägedad ja kitsa eriala haigused on suuresti asendumas krooniliste ja mitme eriala spetsialistide sekkumist vajavate haigustega, mis kestavad aastakümneid ning mille ennetamises ja haiguse arengus on väga suur roll inimeste enda käitumisel.

Poliitikavariandi kirjeldus

Perearstiabi vastutusala laiendamine tähendab põhimõtteliselt raviepisoodide sidumist üheks tervikuks ehk perearsti juurest eriarstile suunatud haigusepisoodi käsitlemist ühe ravijuhuna, äärmisel juhul kogu patsiendi krooniliste haiguste raviks raha planeerimise usaldamist perearstile või vajadusel mõnele teisele esmatasandi teenuseosutajale.

Rahastamisvõimalusi on laiemalt vaadeldud poliitikavariandis 39, kus kirjeldatakse perearstiabi rahastamist riigieelarvest. Siinkohal vaadeldakse ainult kitsamalt tasustamisviisidega seotud muudatusi. Perearstide koostööd eriarstidega ja krooniliste haigustega tegelemise efektiivsust on võimalik suurendada erinevate meetmetega, mis keskenduvad perearstide töökorraldusele ja rollile tervishoiusüsteemis. Järgnevalt on toodud kolm võimalikku muudatust, mis ei ole teineteist välistavad: arvestuslike eelarvete loomine, ravimieelarvete rakendamine ja põimitud rahastamine.

Mõjud

Kõige lihtsam võimalus on **arvestuslike eelarvete loomine** näiteks Haigekassa või riiklikus tervishoiu infosüsteemis, mis võimaldaks arstide tegevust paremini võrrelda ning konkreetse patsiendi liikumist perearsti ja eriarstide vahel jälgida. Näiteks tehakse perearstile nähtavaks kõik konkreetse patsiendi eest tehtud tervishoiukulutused ning näidatakse, kui suur osakaal on selles perearstil endal. Samuti oleks sellise süsteemi puhul võimalik jälgida, kas patsient pöördub saatekirja alusel eriarsti juurde või hoopis erakorralise meditsiini osakonda. Soovitud eesmärkide saavutamine toimuks selle muudatuse puhul pigem sisemise motivatsiooni suurendamise teel, rahalisi lisastiimuleid oleks minimaalselt. Põhimõtteliselt on perearsti rolli teadvustamine ning sekkumist motiveeriva ja mittevajalikke edasisuunamisi vähendava rahastamissüsteemi täiustamise arengusuund kirjas ka 2009. aastal heaks kiidetud esmatasandi arengukavas perioodiks 2009–2015, kuid see ei sisalda arvestuslike eelarvete loomist.

Teine võimalus, mis eeldaks suuremaid muudatusi kehtivas korralduses ja plaanides, oleks **ravimieelarvete rakendamine** perearstide puhul. See tähendaks, et perearsti rahastamisele lisatakse soodusravimite eelarvest sihtotstarbeline ravimieelarve ning osa perearsti poolt välja kirjutatud ja patsiendi poolt välja ostetud ambulatoorse ravimi kulust kaetakse sellest eelarvest. Ravimieelarvest ülejäänud raha on perearstil võimalik kanda uuringute või ennetustegevuste eelarvesse. Niiviisi tekitatakse perearstile lisastiimul ravimi väljakirjutamise vajalikkuse ja kulutõhususe hindamiseks ning vahend suunamaks perearste toimeainepõhiste ravimite väljakirjutamisele. Samuti tekib perearstil võimalus jälgida, milliseid ravimeid patsiendid välja ostavad.

Näiteks Saksamaal rakendati 1993. aastal ambulatoorsete ravimikulude eelarvepiirang piirkonna esmatasandi arstidele. Puudujäägi katmise eest vastutati ühiselt, kuid positiivseid stiimuleid ei pakutud. Ravimieelarve rakendamise järel esialgu retseptide arv vähenes, sest kardeti eelarvepiiri ületamist, kuid esimese aasta eelarvepiirist madalimate ravimikulude järel tõusid retseptide arv ja kulude maht taas. Eelarvepiiri ületamise info selgus suure viitajaga (kaheksa kuud pärast majandusaasta lõppu), operatiivne reageerimine ja arstidel oma käitumise muutmine ei olnud infopuudusel võimalik. Muudatuse

kõrvalmõjuku peetakse üldiselt suurenenud suunamist eriarstidele ja haiglasse, nii et isegi ravimieelarvete ülejäägi korral kogukulude säästu ei pruukinud tekkida. (Delnoij, Brenner 2000)

Perearstiteenuste hüvitamisel praeguse süsteemi elemente asendav või täiendav variant, mis nõuab senimainitustest kõige suuremat muudatust, oleks niinimetatud **põimitud rahastamise** (*bundled payment*) rakendamine. Põimitud rahastamise korral tasutakse haigusseisundipõhiselt ja tasu katab kõik meditsiinilise seisundi raviga seotud kulud. Põimitud rahastamine soodustab ravi koordineerimist ja integreerimist, sest oluline on ravi lõpptulemus, mitte konkreetselt kasutatud protseduurid ja ravimid. Teenuseosutajatele jääb ülesanne parimal viisil ressursse jagada ja sobivaid ravi komponente rakendada. Krooniliste haiguste puhul kataks tasu patsiendi kulud teatud ajaperioodi jooksul (Teperi *et al.* 2009). Sisuliselt on sel juhul tegemist krooniliste haiguste ravi korraldamise (*chronic disease management*) edasiarendatud variandiga, mille puhul sõlmitakse leping ühe teenuseosutajaga, sageli perearstiga, kes vastutab kindla summa eest aastas konkreetse patsiendi jaoks kõikide vajalike teenuste pakkumise ja vajadusel täiendava sisseostmise eest teistelt teenusepakkujatelt, sealjuures kombineerides esmatasandi, eriarstiabi, taastus- ja hooldusravi ning teisi teenuseid. Kokkulepe võib hõlmata ühte kroonilist haigust, nagu näiteks diabeet, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, kõrgvererõhktõbi, või nende kombineerimist kuni kogu rahastamise korraldamiseni iga patsiendi jaoks tema perearsti juhtimisel.

Inglismaal on perearstide eelarveid rakendatud näiteks aastatel 1991–1999, mil perearstid olid vastutavad oma nimistu patsientidele plaaniliste operatsioonide, ambulatoorse ravi, koduõenduse ja muude teenuste osutamise või ostmise eest. Tegemist on suhteliselt palju analüüsitud reformiga, kuid tulemuste osas üksmeelt ei ole. Kokkuvõtlikult võib öelda, et liitunud praksiste ravimikulud kasvasid esialgu aeglasemalt kui süsteemiga mitteliitunud perearstipraksistel, sest rohkem kirjutati välja geneerilisi ravimeid. Eriarstile suunamiste määras vahet ei olnud, kuid süsteemiga liitunud perearstide patsientidele olid lühemad ooteajad näiteks eriarstiabi puhul. Probleemina saab välja tuua kõrged administratiivsed kulud, mis kasvasid seoses suunamiste jälgimise, teenuste ostmise, eelarvestamise ja teiste toimingutega. (Delnoij, Brenner 2000) Samas on vahepeal kvaliteedi ja tulemuste mõõtmise võimekus ning tervishoius kasutatavad infotehnoloogilised lahendused märgatavalt paranenud.

Kokkuvõttes tuleb perearstide eelarvesüsteemi luues tasakaalustada järgmisi tegureid: (a) piisava tagasiside ja info võimaldamine arstile oma kulutuste jälgimiseks, (b) administratiivsete kulude kontrolli all hoidmine, (c) arstide vastutus kulude eest, mille suurust nad ise saavad mõjutada, (d) mitte anda stiimuleid selle mõju abil nihutada kulusid teistesse tervishoiusüsteemi sektoritesse, mille kulude eest perearstid ei vastuta. Samuti peaks eelarve haldaja olema vastutav patsiendile osutatavate teenuste kvaliteedi ja patsiendi rahulolu, mitte ainult kulude eest. (Delnoij, Brenner 2000, Ham 2010.)

Inglismaal jätkatakse sellega, et perearstid vastutavad patsientidele teenuste (välja arvatud rasedus- ja sünnitusabi, hambaravi, silmaarstiabi vms) ostmise eest teatud eelarve piires, kuid seda rakendatakse perearstipraksiste grupi tasemel, kes lisaks kuludele vastutavad ka kokkulepitud kvaliteedistandardist kinni pidamise ja patsientide ravitulemuste eest.

USAs Massachusettsi osariigi näitel läbi viidud analüüsid hindavad samuti kõige suuremaks võimaliku kokkuhoiu allikaks just põimitud rahastamise rakendamist: võimalik on kümneaastane kumulatiivne kokkuhoid 5,4% tervishoiu kogukuludest. Põhiline võit peaks saavutatama välditavate ravikõrvalekallete ja sellega seotud tüsistuste vähenemises 25–50%. (Hussey *et al.* 2009.) See oleks teine võit juba rakendatud DRG-põhise rahastamise järel, mis keskendub ainult haiglaravile või vaatleb ambulatoorseid ja haiglaravi episoodide eraldi. Ka Eestis on rakendatud DRG-põhine rahastamine statsionaarses haiglaravis, kuid see pole märkimisväärselt mõjutanud näiteks haiglaid ravikuludid või teenuste hindu alandama.

Vastakaid tulemusi on saadud nn *disease management*-programmide rakendamisega. Erinevatel andmetel võivad need tervishoiukulutusi nii suurendada kui ka vähendada. Ka Saksamaal rakendatud ja suhteliselt edukad krooniliste haiguste ravi korraldamise programmid on eraldi rahastamise meetmena lõpetatud, eeldades tulemuslike ravikorralduspraktikate jätkumist pigem tulemuspõhise rahastamise rakendamise kaudu.

Põhimõtteliselt lähtub Haigekassa poolt alates 2008. aastast rakendatud perearstide tulemustasu maksimine samadest põhimõtetest. Erinevus seisneb tulemustasu keskmiselt väikeses osakaalus perearstide üldisest rahastamisest (2010. aastal oli liitunud 90% perearstidest, kellest 39% sai ka tulemustasu, keskmiselt moodustas tulemustasu veidi üle 4% koguvahenditest) ning puudavas stiimulis vähendada tunduvalt iga konkreetse patsiendi puhul haiglaravi jm eriarstiabi kulusid esmatasandi kasuks.

Esmatasandi tugevdamine ja põimitud rahastamise rakendamine krooniliste haiguste käsitlemisel taotleb üheaegset kvaliteedi ning kuluefektiivsuse tõusu, kuivõrd kallimad tegevused (nt statsionaarne eriarstiabi) võiksid eeldatavalt liikuda madalama kulubaasiga teenuseosutajate (perearstid, päevaravikeskused, koduõendus) juurde, arvestades samal ajal paindlikumalt individuaalsete patsientide vajadusi. Põimitud rahastamise puhul tekib lisaks sisemine surve osutada teenuseid madalama kulubaasiga teenuseosutajate juures ning paremini koordineerida erinevate teenuseosutajate tegevust koos vastastikuse kvaliteedi jälgimisega.

Kõik tervishoiuteenuste pakkumisega seotud muudatused eeldavad süsteemi osapoolte käitumise olulist muutust ning võimalikud mõjud sõltuvad suurel määral valitud poliitikate planeerimise, ettevalmistuse ja elluviimise kvaliteedist.

Perearstide ja patsientide käitumine on raskesti prognoositav, see võib olla mõjutatud varasematest kogemustest ega pruugi olla ratsionaalne. Seega ei ole võimalik täpselt hinnata, kas muudatus tooks kaasa finantsilise jätkusuutlikkuse kasvu. Solidaarsust muudatus oluliselt ei mõjuta. Kaudselt võib põlvkondadevahelist solidaarsust suurendada vastutustundlik panustamine ennetusele ja jooksvate kulude kokkuhoidmisele, samal ajal jätkuvalt tasudes tänaste abivajajate ravikulud.

Kõige olulisema kaaluga on eespool kirjeldatud poliitikamuudatuste puhul tehnilise teostatavuse kriteerium: suur roll on IT-süsteemide arendamisel ning need kulud võivad olla väga varieeruvad. Samuti on kirjeldatud variantide eduka rakendamise eelduseks osapoolte eelistuste ja käitumist mõjutavate tegurite analüüs.

4.7. Ravikontode ja individuaalsete eelarvete rakendamisega seotud poliitikavariandid

Käesoleva peatüki peamine teema on ravikontod (*Medical Savings Account, MSA*), kuid samuti vaadeldakse ravikonto seoseid võimalike teiste kontodega ning ka individuaalseid eelarveid, kus sarnaselt kontodega antakse inimestele vabadus kasutada raha ravi otstarbeks. Kõik muudatused võib liigitada struktuurseks, kuigi näiteks raha liikumise võimaldamise puhul ei vaadelda võimalikke administratiivseid ja korralduslikke meetmeid, vaid puhtalt riskide korreleerumist.

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Struktuurne muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Kohustusliku individuaalse ravikonto rakendamine (poliitikavariant 42) Raha liikumise võimaldamine erinevate kogumiskontode vahel (poliitikavariant 43) Teatud raviteenuste pakkumine individuaalselt eelarvestatud pakettidena (poliitikavariant 44)

Ravikonto on kogumiskonto, kuhu isik saab koguda raha ning tulevikus seda raha kasutada raviteenuste eest tasumiseks. Ravikonto puhul ei ole tegemist kindlustusega, sest riskide hajutamist ei toimu. Ravikonto rakendamiseks võib olla mitmeid põhjuseid, kuid peamiseks põhjuseks võib nimetada tervishoiukulutuste kokkuhoidu. Ravikonto eesmärk jaguneb aga kaheks: esiteks kulusääst tingituna inimeste tervisekäitumise muutusest ning teiseks tegelemine demograafiliste muutustega ehk inimestele võimaluse loomine koguda vajalikke sääste tuleviku tervishoiukulude katteks.

Maailmas puudub ühtne seisukoht MSA toimimisega kaasnevate mõjude kohta. MSA süsteemi pooldajad väidavad, et sellelt mudeliilt on teistel riikidel palju õppida, samas vastased märgivad, et see süsteem ohverdab efektiivsuse eesmärgil tervishoiuressursse (Lim 2004).

MSAd on käesoleval ajal rakendatud Singapuris, Hiina linnades, USAs ja LAVis. Neist Singapuris ja Hiina linnades on MSA inimestele kohustuslik ning avaliku sektori kontrolli all. USAs ja LAVis aga on MSA kasutamine inimestele vabatahtlik ning neis riikides on MSA süsteemi haldamine antud erakindlustusele. Täpsemalt on erinevad empiirilised ja teoreetilised uuringud Singapuri, Hiina, USA ja Lõuna-Aafrika Vabariigi kontode rakendamise kogemuse kohta välja toodud raporti lisa 2.

Ühe põhimõttelise erinevusena ravikontode ning muude tervishoiusüsteemide vahel, nagu näiteks Beveridge'i või Bismarcki süsteem, võib pidada selle suunitlust solidaarsuse asemel efektiivsusele, mida

nähakse eelkõige indiviidi omavastutuse ja otsustusvabaduse kasvatamises. Otsustusvabadus tähendab siinkohal ka vastandumist *managed-care*-kontseptsioonile, kuigi hindade diferentseerimise tulemusena tekkivad stiimulid võivad isiku käitumist suunata – valitsus võib diferentseerimise tulemusena suunata patsiente kasutama erinevaid teenuseid või teenuseprogramme (Kin 2006).

MSA süsteemi rakendamise üheks peamiseks argumendiks on moraaliriski vähendamisest tulenev kulusääst. Võimaliku kulusäästu üle on palju lahknevaid arvamusi ning tingituna vähesest empiirilisest tõendusmaterjalist ja nende vastuoludest pole MSA kulusäästu osas üksühesele arvamusel jõutud. Teatud hulga inimeste puhul võivad tervishoiukulutused väheneda, samas kui mõnede puhul see ei pruugi toimida. Kindlasti mõjutab võimalikku kulusäästu tekkimist konkreetne teenuste valik, millele kontolt makstav omaosalus lisatakse, ning oluline roll on analüüsil, mille põhjal erinevate teenuste MSA konto makseproportsiooni määratakse.

Singapuri puhul raskendab MSA suhtes ühtsele seisukohale jõudmist ka tõsiasi, et Singapur ei jaga avalikkusega tervishoiu kulutustega seonduvaid andmeid, ning samuti on kahtlus, kas Singapur järgib tervishoiukulutuste mõõtmisel korrektselt OECD metoodikat (Barr 2001). Lisaks sellele on Singapuri tervishoiusüsteemi muutuste lõikes keeruline eristada mõjude algpõhjust, sest MSA rakendamise ajal viidi tervishoiusektoris läbi ka muid reforme (Barr 2001, Massaro *et al.* 1996). Käesolevas uuringus võimalikku kulusäästu konkreetsele mudelisse ei kaasata, sest see sõltub oluliselt kontekstist ning Eestiga sarnase kontekstiga riikides pole MSA süsteemi varem rakendatud. Võimaliku kulusäästu mõjude olulisusel peatutakse käesolevas peatükis teoreetiliselt: kui suur peab kulusääst olema, et katta süsteemi loomise ning administreerimise spetsiifilisi kulusid.

Üldiselt on säästude kasutamine riskide realiseerumisel tekkinud kulude katmiseks otstarbekas siis, kui riskide realiseerumise tõenäosus on suur, kuid riskidega kaasnevad kahjud on väikesed. Seega on otstarbekas katta kontodega stabiilseid raviteenuste tasusid, tööotsimisega kaasnevaid lisakulusid või säästa täiendavalt pensionieaks. Kui riskide realiseerumise tõenäosused on väikesed, kuid kahjud suured, nt nagu kulukas meditsiiniteenus haigestumise korral, sisetulekute kaotus pikaajalise töötuse korral või kallid hooldusteenused vanemas eas, siis enamiku inimeste jaoks risk ei realiseeru ja kontodele jääb säästetud raha kasutamata; osade jaoks aga risk realiseerub, kuid kontodel ei ole raha piisavalt, et katta kulusid. Neid puudusi saab aga mõningal määral vähendada, määrates konkreetset riskide liigid ja kulutuste ülempiirid, mida isikustatud kogumiskontodele kogutud rahaga saab korvata (vt Singapuri näidet Lisas 2).

Selleks, et ravikonto rakendamise võimalustest täpsemat ülevaadet saada, analüüsitakse võimalikke mõjusid hüpotetilise konto näitel. Konto alused baseeruvad eelkõige Singapuri, aga ka teiste riikide kontosüsteemide rakendamise kogemuse näidetel. Analüüsi aluseks võetav konto ülesehitus on üks võimalik (seejuures erinevaid komponente sisaldav) moodus – tegelikkuses on MSAsid võimalik rakendada mitmel erineval moel.

Peatükis vaadeldakse esmalt MSA sobivust Eesti konteksti, seejärel tuuakse välja üldised mõjude suunad ning mõjude arvutamise valemid. Käesoleva peatüki eesmärk ei ole leida Eesti jaoks sobivaimat MSA süsteemi, vaid pigem analüüsida süsteemi rakendamise keerukust, eeldusi ning võimalikke mõjusid.

Raporti lisas 2 on välja toodud rahvusvaheline kogumus ja eri autorite hinnangud MSA süsteemi toimimise kohta ning samuti antakse ülevaade kasutatud meetoditest MSA süsteemi mõjude eel- ning järelhindamistel. Raporti lisas vaadeldud riigid on erinevad ning samuti erinevad nende reageeringud erinevatele muutustele. Seetõttu ei ole võimalik eeldada, et mõjud, mis leidsid aset ühes riigis, avalduvad ka teise riigi kontekstis. Sellest lähtuvalt on mõttekas analüüsida MSA toimimise võimalikkust Eesti kontekstis, seejuures maksimaalselt arvestada Eesti riigi sotsiaalsete, demograafiliste ja muude eripäradega.

Ravikontode sobivus Eesti konteksti

MSA süsteemi sobivuse hindamist Eesti kontekstis alustatakse Eesti riigi karakteristikute võrdlemisega MSA süsteemi juba rakendanud riikidega. Antud võrdlusbaasiks võetakse Singapur – riik, milles on MSA süsteem kasutusel olnud kõige pikemat aega. Võrdlusalusteks aspektideks on eri autorite hinnangul toodud olulised karakteristikud MSA süsteemi edukaks toimimiseks:

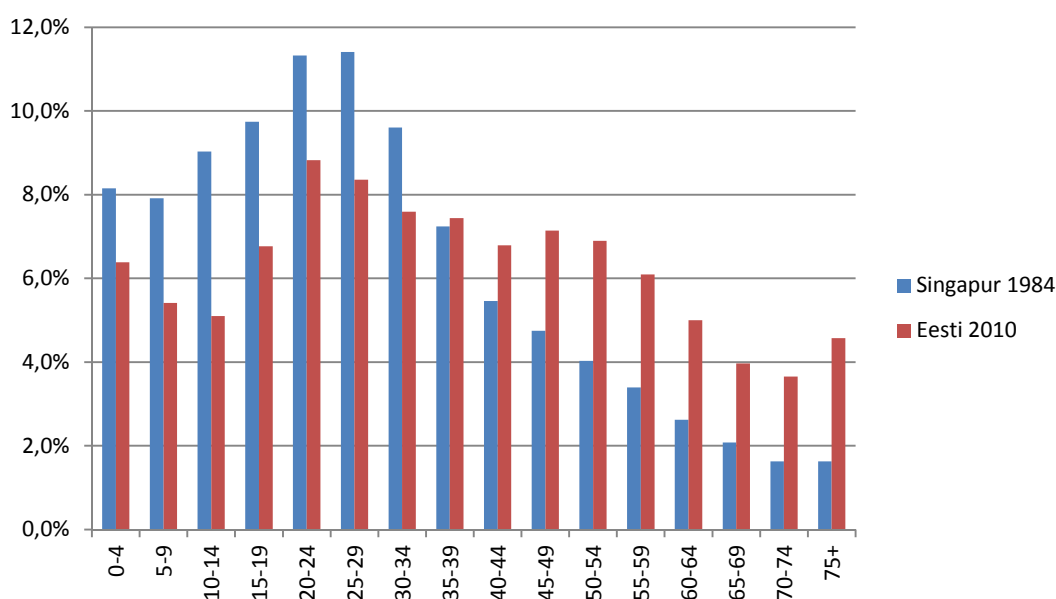
- rahvastiku vanuseline struktuur ehk suur noorte/töötavate inimeste osakaal rahvastikust;
- madal tööpuudus;
- tervishoiu infrastruktuuri tihedus;

- väiksed palgaerinevused;
- inimeste säästmisharjumused;
- riigi kultuuriline taust, s.t kas riigis on olulisemal kohal solidaarsus või omavastutus.

MSA puhul on mitmed autorid rõhutanud ühe olulise eeldusena riigi demograafia sobilikku struktuuri ehk suurt noorte/töötavate inimeste osakaalu rahvastikus. Ka Singapuri valitsus on tunnistanud 1980. aastate keskepaigas olnud sobilikku demograafilist struktuuri MSA süsteemi rakendamiseks ning usutakse, et selleks ajaks, kui Singapuri demograafia hakkab sarnanema arenenud riikide omaga, on MSA fondidesse kogunenud juba piisavalt ressursse (Ham 1996).

Seda argumenti silmas pidades on esitatud Eesti ja Singapuri demograafiline seis võrdlusena joonisel 4.7.1. Eesti demograafia on esitatud vastavalt 2010. aasta seisuga ning Singapuri oma 1984. aasta seisuga ehk MSA süsteemi loomise aasta seisuga.

Joonis 4.7.1. Rahvastiku jaotus vanusegruppide lõikes



Allikas: Singapuri Statistikaamet, Eurostat; autori koostatud

Jooniselt 4.7.1 avaldub, et Eesti ja Singapuri demograafiline seis on vanusegruppide lõikes väga erinev. Singapuris oli nooremaealiste inimeste osakaal tunduvalt kõrgem, nimelt 74,4% kogu rahvastikust on kuni 40-aastased. Eesti vastav näitaja on 55,9%. Saadud tulemused viitavad Eesti kontekstis sellele, et MSA loomise korral jääb väga suurel osal inimestel puudu ajast, mil raha MSA kontole koguda, ning kuna tööealiste inimeste osakaal väheneb, on ka oodatav tulubaas väiksem, et nende isikute tervishoiuteenuste maksumus enda kanda võtta.

Oluline näitaja demograafilise situatsiooni kõrval on ka tööpuuduse näitaja. Singapuri tööpuuduse määr oli 1984. aastal 6,1%, mis on Singapuri kohta harukordselt kõrge näitaja, näiteks 1989. aastaks oli see langenud 1,8%ni. Singapuri keskmine töötuse määr perioodil 1984–2010 oli 2,6% (*Singapore Unemployment...* 2011, Singapuri Tööjõuministerium 2011).

Eesti töötuse määr oli Statistikaameti andmetel 2010. aastal 17,6%, mis on majanduskriisi tõttu ajaloolisest keskmisest tunduvalt kõrgem. Perioodil 1993–2010 oli Eesti keskmine töötuse määr 10,3%. Võrreldes Singapuriga on Eesti töötuse määr märgatavalt kõrgem ning seega on väiksemad ka sotsiaalmaksu tulud, mille tõttu kannatab ka tervishoiusüsteemi tulubaas.

MSA võimalike konkurentsi soodustavate mõjude seisukohast on oluline inimeste valikuvõimalus erinevate teenusepakkujate vahel. Seda tendentsi peetakse oluliseks tervishoiusektoris konkurentsi tekkeks, mille lõpptulemusena peaksid teenusepakkujad otsima kulusäästlikke viise oma teenuste pakkumiseks ja seega looma aluse tervishoiuteenuste hinna alanemiseks (McMahon 2008).

Konkurentsiolukorra iseloomustamiseks võrdleme haiglate tihedust Eestis ja Singapuris. Eesti pindala on 45 228 km² ning Singapuri pindala 710 km². Eestis oli 31.05.2011 seisuga 69 kehtiva tegevusloaga haiglat (sh taastus-, hooldus- ja erihaiglad; v.a vanglate haiglad), Singapuris 23 haiglat.²⁸ Kõrvutades riikide pindalad haiglate arvuga, saame, et Eestis paikneb üks haigla keskmiselt 656 km² kohta, Singapuris aga 31 km² kohta. Eesti ja Singapuri võrdluses ilmneb tõsiasi, et Singapuri haiglate paiknemise tihedus on ligikaudu 21 korda kõrgem, mis teeb Eesti kontekstis tervishoiuteenuste pakkujate vahel valimise küllalt problemaatiliseks, sest sellega kaasneksid kõrged transpordikulud.

Teatud teenuste puhul on valikuvõimalus siiski suurem, eriti ambulatoorsete teenuste puhul, nagu näiteks hambaravi-, taastusravi-, psühhiaatria- ja silmaraviteenused, kus teenuseosutajad on väiksemad. Hambaraviteenuse osutajate tegevuslubasid on kõikidest erialadest kõige rohkem. Kokku on hambaraviteenuse osutajaid Eestis 507 (31.05.2011 seisuga) ehk üks hambaraviteenuse osutaja keskmiselt 89 km² kohta.

Palgaerinevuste suhtes on Eesti olukord MSA konto kogumiseks soodsam kui Singapuris. Selle iseloomustamiseks kasutatakse käesolevas analüüsis kvintilide suhte kordajat. Eestis oli antud näitaja 2009. aastal 5, mis tähendab, et Eesti elanikkonna rikkaima viiendiku inimeste sissetulek on 5 korda kõrgem kui vaeseima viiendiku oma. Singapuris oli vastav näitaja 1980. aastal 14,4 ning 2009. aastal 12,9 (Key Household... 2011).

Eesti ja Singapuri rahvastiku säästmisharjumusi võrreldes ilmneb, et eestlased säästavad tunduvalt vähem kui singapurlased. Eurostati andmetel oli 2009. aasta Eesti majapidamiste säästmismäär 13,3%. Singapuris oli vastav näitaja aga 1980. aastatel maailma kõrgeim, kõikides eri aastate lõikes 40–50% vahel (Improving the Allocation... 2011). See aspekt on oluline vabatahtliku säästmise puhul, mille võimaluse olemasolu analüüsitakse ka käesoleva peatüki hüpoteetilise konto juures.

Kuigi Eesti sotsiaalkulutused on suhtena SKPse Euroopa madalamaid, võib Eestit pidada maailma kontekstis solidaarse ühiskonnaga riigiks. Seda kirjeldab ka näiteks kehtiv tervishoiusüsteem, kus leibkondade poolt finantseeritakse ligikaudu 20% tervishoiukuludest ning ülejäänud vahendid tulevad tööjõumaksudest, mis on iseloomult progressiivsed maksud. Seevastu Singapuris ei oota inimesed, et riik kataks kõik nende tervishoiukulud, vaid seal väärtustatakse väga suurel määral ka inimese omavastutust (erakulutuste määr on üle 65%). Lisaks sellele ei näe Singapuri elanikud probleemi selles, kui patsient saab paremaid tingimusi tulenevalt oma maksevõimest (Ham 1996).

Kirjanduses toodud teoreetilistest MSA süsteemi soodustavatest ja mittesoodustavatest teguritest lähtuvalt puuduvad Eestis olulises osas MSA süsteemi rakendamiseks sobivad eeldused. Samas on oluline anda küsimusele konkreetse konto põhjal ka analüütiline mõjude hinnang, mis iseloomustaks MSA süsteemist tulenevaid võimalikke kulu- ja tulutegureid ning mõjusuundi.

Käesolevas uuringus luuakse MSA rakendamise mõjude analüüsimiseks hüpoteetiline MSA kontosüsteem.

Kohustusliku ravikonto rakendamine (poliitikavariant 42)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Luua ressursse tulevikus tekkivate tervishoiukulutuste jaoks
- Mõjutada isikute tervisekäitumist, soosida tervislikku käitumist

²⁸ Sealhulgas 10 riigihaiglat ning 13 erahaiglat. Haiglad jagunevad profiililt kolme gruppi (Hospitals Singapore 2011):

- üldhaiglad – pakuvad laia spektrit tervishoiuteenuseid,
- erihaiglad – pakuvad spetsiifilist ravi,
- kohalikud haiglad – tegelevad rehabilitatsiooni, vanurite hooldamise ja muude tervishoiuteenuste osutamisega üldjuhul vanadele ja vaestele inimestele.

Poliitikavariandi kirjeldus

Maksja(d): töandja töötaja sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast (kohustuslik makse) + füüsiline isik (vabatahtlik makse).

Makse suurus: sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa makse 13% jaotub 11% ulatuses Haigekassa ning 2% ulatuses MSA fondi vahel. Lisaks võib isik kanda kontole kuni 1% palgast vabatahtliku maksena.

Maksebaas: töötaja brutopalk (+ vabatahtlik lisamakse soovi korral).

Haldaja: konto haldajaks on Haigekassa.

Maksusoodustus: vabatahtlike sissemaksete maksustatavast tulust mahaarvamine.

Konto kasutaja(d): konto omanik (alates 18-aastaselt).

Konto kasutamine pärast pensioniealiseks saamist: liikumist ei toimu (*alavariant:* teatud protsent kantakse pensionikontole või isiklikule kontole).

Konto pärimine isiku surma korral: 50% solidaarsesse fondi, 50% pärija(te) ravikonto(de)le.

Väljamaksete sisu

Analüüsis eeldatakse, et isikul on võimalik kasutada eriarstiabi teenuseid (lähtutakse Singapuri kogemusest, kus eelkõige on võimalik kontot kasutada spetsiifiliste eriarstiabi teenuste puhul). Kättesaadavate andmete piiratuse tõttu võetakse aluseks kõik eriarstiabi kulud. Eriarstiabi teenustest teatud proportsioon tasutakse kontolt, ülejäänud solidaarsest fondist, omaosalus (visiiditasud, voodipäevatasud) säilivad praegusel kujul. Konto tühjaks saamisel rakendub vajaduspõhine katastroofiliste kulutuste fond (vt allpool).

Seega jääb üldarstiabi puhul rahastamine endiseks, kuivõrd üldarstiabi peab jääma vahetult kättesaadavaks solidaarse süsteemi kaudu. Täiskasvanute hambaravi ja kindlustatutele kompenseeritavate ravimite omaosaluse kõrge määra tõttu jäetakse need kulud samuti kontosüsteemist välja. Hooldusravi kui pikaajalise hoolduse osa jäetakse samuti vaadeldava konto süsteemist välja, kuid pikaajalise hoolduse rahastamist käsitletakse erakindlustuse kaasamise peatükis (vt ptk 4.8).

Katastroofiliste kulutuste kindlustus

Konto vahendite lõppemisel on võimalus taotleda kulutuste hüvitamiseks abi eraldi vajaduspõhisest fondist. Näiteks Singapuris kasutusel oleva Medifundi puhul on vajaduse hindamise kriteeriumid suhteliselt paindlikud, nii et igal haiglal on vabadus otsustada abi osutamise ulatuse üle. Isik peab pöörduma haiglas oleva sotsiaaltöötaja poole. Pärast rahalise abi saamist on isikul võimalik kasutada ainult kõige madalama mugavustasemega palateid ning tal ei ole võimalust valida raviarsti või teenuseosutajat. Medifundi abi aktsepteerimise tase aastatel 2005–2009 oli 99%. Üldiselt tuginetakse hindamisel järgnevatele aspektidele (Singapuri Terviseministeerium 2009):

- isik vajab regulaarset ravi,
- isikul on füüsiliselt sõltuv pereliige,
- isik toetab rohkem kui ühte pereliiget, kes vajab põhjalikku ravi või on krooniliselt haige,
- isik on vanemaealine ja toetab teist haiget vanemaealist pereliiget,
- isik on ära kasutanud enda ja oma pereliikmete kontode ressursid.

Seega loodaks sarnaselt Singapuri süsteemiga mehhanism, kus (haigla) sotsiaaltöötaja hindab isiku maksevõimet ning vastavalt hüvitab MSAlt puudu jääva osa.

MSA kontot rahastatakse sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast, mille määr jääb endisele ehk 13% tasemele, ent mis MSA süsteemi rakendudes jaguneb kaheks. Esimene, 11%ne osa läheb ühisesse solidaarsusfondi ning teine, 2% läheb isiku MSA kontole. Seega 2/13 ehk 15,4% sotsiaalmaksust kandub individuaalsetele kontodele.

Kuivõrd eriarstiabi kulutused 2010. aasta seisuga olid 6219 miljonit krooni ning moodustasid kõikidest Haigekassa kuludest 57% (Haigekassa MAA 2010), siis ligikaudu 7,45% sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast läheb eriarstiabi kulutusteks. Kontole minev 2% moodustab viimasest ligikaudu 27% (2/7,45), mis oleks hüpoteetilise konto puhul **keskmine eriarstiabi teenuste eest kontolt tasumise osakaal**.

Keeruline on eeldada, et see osakaal jaotub võrdsetl kõikide teenuste puhul (nii eriarsti visiidist kui ka intensiivravi kuludest peaks isik sel juhul maksma 27%). USA MSA süsteemide ja Kanada eelhindamise mudelite (Forget *et al.* 2004) näitel võib väita, et selline otsene jaotus ei täidaks konto eesmärke ning võib tähendada väga suure varieeruvusega kulutusi inimeste lõikes ning katastroofiliste kulutuste fondi ebamõistlikult suurt rolli süsteemis.

Seega tuleks eeldada, et keskmiselt 27% eriarstiabi kuludest moodustava kontolt kaetava maksumuse osa diferentseeritakse **erinevate teenuste lõikes** (nagu seda tehakse Singapuri süsteemis²⁹), eesmärgiga tagada väljamaksete stabiilsus, säilitada MSA maksevõimet ning samuti suunata isikuid tarbima efektiivsemaid või ennetavaid teenuseid. Kindlasti peaks inimeste käitumist suunavate teenuste puhul kontolt makstava raha osakaal olema suurem kui näiteks vältimatut laadi katastroofiliste kulutuste puhul (Hurley 2002). Käesoleva töö fookusest jääb vastav diferentseerimine välja, sest teenuste valiku tegemine tähendaks põhjalikku ning spetsiifilist teenuste hindamise analüüsi.

Järgnevalt tuuakse välja nimetatud konto võimalikud mõjusuunad indiviidile, tervishoiusüsteemile ning administratiivkuludele. Kuna tervishoiukulutused on väga suure varieeruvusega nii soo kui ka vanuse lõikes, aga ka aja jooksul ning suhtena sissetulekutesse, siis on täpsete mõjude hindamise võimalused limiteeritud. Ligikaudse indikatsiooni tulude ja kulude varieeruvusest kogu Haigekassa süsteemi kohta annab joonis 3.2.16 eespool, kust selgub, et kõige suuremad süsteemi panustajad kulutavad kõige vähem ning vastupidi. Eestis ei ole käesoleval ajal andmeid, mille alusel oleks võimalik ühitada isiku tervisekulude ja sissetulekute infot (mis oleks oluline sisend antud analüüsi), ning viidatud graafik näitab vaid kogu ühiskonna sissemakseid ja väljamakseid ravikindlustussüsteemist.

Konto ülesehituse loogika **selgitamise** huvides võib väita, et juhul kui nimetatud varieeruvust ei toimuks ehk kõik isikud teeniksid võrdset sissetulekut ning kõikide isikute kulutused eriarstiabile aastas oleksid võrdsed, siis oleks kontole kantav raha ning kontolt väljamakstavad summad kõigil võrdsed ning süsteem säilitaks tänase olukorra (raha läbiks lihtsalt iga isiku konto). Kuna aga tegelikkuses varieeruvad isikute tervisekulutused märgatavalt nii omavahel kui ka **eri aastatel**, siis tekib küsimus, kas inimene suudab koguda oma MSA kontole piisavalt ressursse tulevikus tekkivateks tervishoiukulutusteks ning kui paljud isikud vajavad abi katastroofiliste kulutuste fondist.

2010. aasta andmete põhjal oli eriarstiabi keskmine kulu seda **kasutanud** isiku kohta 7802 krooni. Seega 27% (kontole mineva raha proportsioon kokku eriarstiabi rahastamiseks minevast summast) tähendaks keskmise kuluprofiiliga isiku konto **keskmiseks** kuluks (juhul kui ta arstiabi vajab) aastas ligikaudu 2100 krooni. See summa võib olla aga eksitav, sest tegelikkuses varieeruvad kulutused märgatavalt nii vanuse kui ka soo lõikes, aga ka eri perioodidel.

²⁹ Et minimeerida moraaliriskist tulenevat efektiivsuskadu, saab Singapuri Medisave'i säästude eest tasuda ainult väga vähe elastsete meditsiiniteenuste eest. Nimetatud limiidid on Singapuri Terviseministriseeriumi andmetel piisavad, et katta kaks madalama klassi haiglaravi, seevastu erahaiglates saadud ravi puhul peab patsient tavaliselt maksma omaosalust lisaks Medisave'ilt võetud rahale. Teenuse kasutamise limiitide põhjuseks on eelkõige ebaotstarbekalt kallite teenuste tarbimise vältimine ehk probleem, et kontod saavad tühjaks. Muu hulgas on võimalik maksta järgmiste teenuste kasutamise eest (seejuures on iga teenuse puhul erinev Medisave'i konto kasutamise limiit, mis võib sõltuda patsiendi vanusest ja muudest kriteeriumidest): statsionaarse ravi puhul kirurgilised protseduurid, päevakirurgia, psühhiaatriline abi; ambulatoorse ravi puhul B-hepatiidi vaksineerimine, krooniliste haiguste raviprotseduurid, teatud diagnostilised protseduurid, kunstlik viljastamine, neerudialüüs, HIVi antiretroviirusravi, kemoterapia.

Medisave'i väljamaksete piirangute ehk omaosaluse diferentseerimise osas on toimunud mitmeid muutusi. 1999. aastal võeti kasutusele DRG süsteem, mis kasvatas oluliselt Medisave'i konto kasutamise rahalise mahu suurust (Lim 2003), samas ei ole teada, kui palju muutusid sellega seoses tervishoiukulud. Pikka aega võis Medisave'i kasutada vaid statsionaarse arstiabi teenuste eest tasumiseks. 2006. aastal aga tehti muudatus, mis kaasas teenuste hulka ka ambulatoorse arstiabi teatud teenuseid. Muudatus tugines 2005. aasta uuringule, mis tõi välja, et keskklassi singapurlased olid oma tervisekulutuste üle mures ning isegi subsideeritud riiklikest asutustest teenust saanute puhul täheldati probleeme ravi kättesaadavusega. Lim (2006) toob välja, et valitsus oli pikka aega olnud surve all, sest ei suutnud selgitada, miks on olulisem säästa tulevikul kulutusteks, kui praegune vajadus ei ole adekvaatselt kaetud. Samuti oli oluliseks muudatuse põhjuseks tõdemus, et erinevate haiguste juhtimise (*disease management*) programmidega, mis tuginevad konkreetsetele ravijuhistele, on võimalik krooniliste haigete tervist märgatavalt parandada – seega lubati nende programmide eest tasumiseks kasutada Medisave'i kontot (Lim 2006). Väljamaksete piirmäärad muutusid ka 2007. aastal nii statsionaarse ravi kui ka päevakirurgia puhul. See vähendas inimeste omast taskust makstavaid raviarveid ning võimaldas kasutada Medisave'i kontot enam (Lim 2007).

Seejuures tuleb märkida, et 2/5 ehk **40% aasta jooksul eriarstiabi saanute** (kokku ligikaudu 320 000 kindlustatud) ravikulud ületavad 2100 krooni piiri (arvutatud 2002. aasta Haigekassa mikroandmete proportsiooni põhjal). Eeldusel, et kõikide isikute brutopalk on võrdne, vajab ligikaudu 40% teenust kasutanud inimestest abi vajaduspõhisest katastroofiliste kulude fondist, mis võib moodustuda enamiku kõikidest eriarstiabi kulutustest (2002. aastal kulutas 40% kõikidest teenust kasutanud isikutest kokku 94% eriarstiabi kogueelarvest). On võimalik näidata, et nimetatud numbrid ei varieeru eri vanusegruppide puhul keskmisest oluliselt – tabel 4.7.1 toob välja samad arvutused piiri ületavate isikute proportsiooni ning kogukulude proportsiooni kohta vanusegruppide lõikes.

Tabel 4.7.1. Isikute arv ja kulutused neil, kes ületavad konto keskmist piirmäära

Vanusegrupp	Protsenti ravi kasutanutest, kes ületab 27% määra	Kulud kokku nendel, kes ületavad 27% määra
20–24	36%	89%
25–29	41%	91%
30–34	40%	92%
35–39	37%	91%
40–44	36%	91%
45–49	38%	93%
50–54	42%	94%
55–59	44%	95%
60–64	46%	96%
65–69	48%	97%
70–74	51%	97%
75–79	52%	97%
80–84	50%	97%
85–89	48%	97%
90–94	44%	96%
95–99	37%	95%
100+	24%	96%

Allikas: Haigekassa mikroandmed (2002)

Seevastu on ka hulk isikuid, kelle kulutused oleksid väiksemad või puuduksid konkreetsel aastal sootuks ehk kontole koguneks vahendeid järgnevate perioodide kulutusteks või need säiliks seal surmani. Need proportsioonid sõltuvad aga konkreetsest skeemist ning eespool selgitatud teenuste MSAIt kaetava **omaosaluse diferentseerimisest**, mis on konto puhul väga olulise mõjuga isikute kuludele.

Mõjud indiviidile

Konto rakendamisel tuleb arvestada ka tendentsi, et madalama sissetulekutega inimeste tervislik seisund on enamasti halvem, mis tähendab, et madalama sissetulekutega inimestel on suurem tõenäosus kulutada ära oma MSA kontole kogutud raha. Probleemi, et MSA konto kogumine on madalapalgalistel keeruline, on täheldanud ka mitmed uuringud Singapuri ja USA kohta (Hanvoravongchai 2002). Seda tendentsi

iseloomustab ka joonis 4.7.2, mis näitab miinimumpalka teeniva isiku (või ka näiteks töötu, kelle eest makstakse ravikindlustusosa miinimumpalga pealt) konto saldot, kui ta on seda koguma hakanud 18-aastaselt, eeldusel, et igal aastal on vajadus tasuda keskmine MSA konto osa 27% eriarstiabi teenustest.

Joonisel 4.7.2 toodud arvutused põhinevad järgneval mudelil, kus isiku reservid r aastal x avalduvad:

$$r_x = r_{x-1} + s_x * 0,02 + li * (s_x * 0,01) - c_{x,u}$$

kus

r = kontojääk konkreetsel aastal,

s = sissetulek konkreetsel aastal,

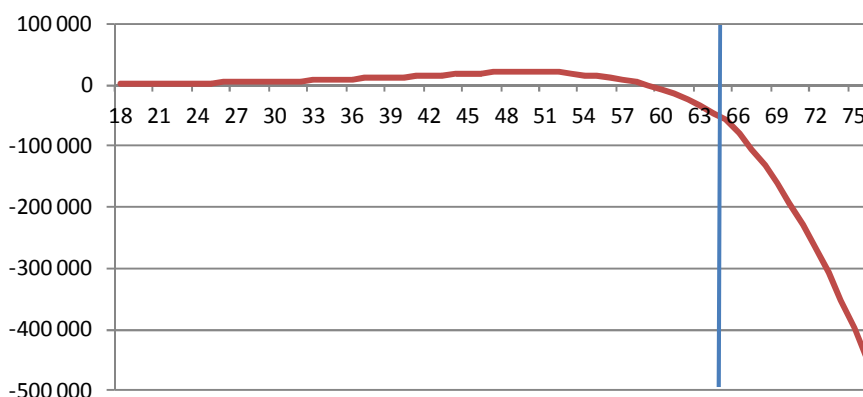
c = isiku kulutused konkreetsel aastal, kulumustri u järgi,

u = isikuspetsiifiline tervisekulude kasutusmuster,

li = vabatahtlikult kontole kantava summa osakaal maksimaalsest võimalikust (antud arvutuses = 0).

Antud arvutuse puhul on eeldatud, et isiku eriarstiabi kulutused (kasutusmuster u) vastavad kogu rahvastiku vanusepõhisele kuluprofiilile. Tegelikult võivad aga kulutused varieeruda konkreetse isiku puhul aastate ning samuti summade lõikes. Isiku risk erinevas vanuses eriarstiabi vajada on erinev ning võib mõjutada järgnevate aastate ravivajadust, seetõttu oleks edasistes analüüsides tarvilik täpsemalt uurida isikute ravikuludid teatud perioodi jooksul ning kulutuste sõltumist varasematest kulutustest (siinkohal on vältimatu sisend Haigekassa mitme perioodi mikroandmed).

Joonis 4.7.2. Miinimumpalka teeniva isiku konto saldo kroonides alates 18. eluaastast kuni oodatava elueani (sinise vertikaaljoonega on tähistatud pensioniiga).



Allikas: Haigekassa 2008. aasta mikroandmed, autorite arvutused

Isiku pikaajalise MSA kontojäägi näitliku prognoosimudeli puhul kasutatakse baasstsenaariumi tervishoiuteenuste hindade kasvuprognoosi, lisaks eeldatakse, et:

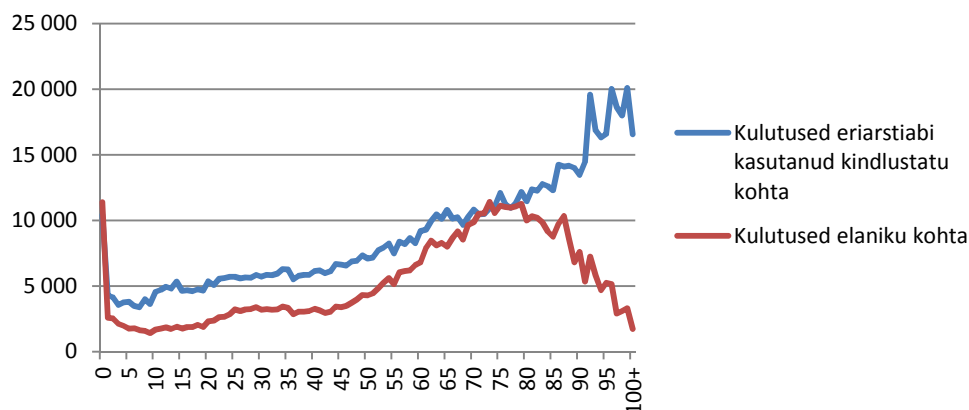
- konto tulumäär on 3% aastas³⁰,
- isik siirdub pensionile 65-aastaselt ja tulu teenimine peatub.

Arvestades ülaltoodud eeldusi, saab väita, et miinimumpalka puhul püsiks isiku MSA konto jääk madalal ning alates 60. eluaastast muutuks kontojääk negatiivseks ehk isikul oleks kindlasti abi vaja katastroofiliste kulude fondist. Samas tuleb arvestada, et kulutused elanikkonna kohta ei peegelda tegelikke võimalikke kulutusi. Seda näitab ka allolev joonis 4.7.3, kus on võrreldud eriarstiabi keskmisi kulusid vanuse lõikes

³⁰ Võrdluseks: Haigekassa 2010. a MAA järgi olid Haigekassa riskireservi ja tulemi investeringute tulumäär 2009. aastal 3,37% ja 2010. aastal 1,16%.

teenust kasutanud kindlustatute arvu kohta ja elaniku kohta. Tulenevalt sellest, et osa elanikkonnast ei tarbi teenuseid, kujuneb esimene suhtarv kõrgemaks.

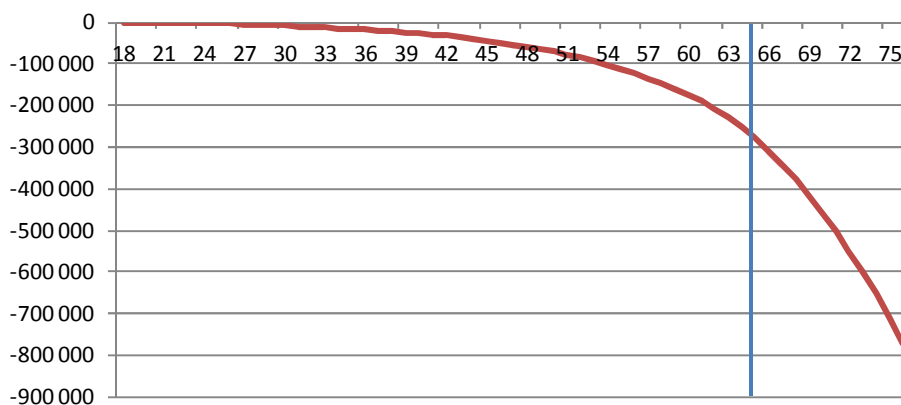
Joonis 4.7.3. Eriarstiabi keskmised kulud vanuse lõikes teenust kasutanud kindlustatute arvu ja elaniku kohta.



Allikas: Haigekassa 2008. aasta mikroandmed

Kui võtta aluseks vanuse lõikes kulutused eriarstiabi **kasutanud isiku** kohta (eeldades, et madalamapalgalistel võivad olla kõrgemad ravikulud), ei piisaks iga-aastaste kulude MSA osa katmiseks miinimumpalgast ning abi tuleks hankida katastroofiliste kulude fondist (vt joonis 4.7.4).

Joonis 4.7.4. Miinimumpalka teeniva isiku konto saldo kroonides alates 18. eluaastast kuni oodatava elueani (sinise vertikaaljoonega on tähistatud pensioniiga).



Allikas: Haigekassa 2008. aasta mikroandmed, autorite arvutused

Jällegi tuleb rõhutada eelnimetatud arvutuste näitlikkust, sest ei ole võimalik öelda, kui suur sissetulek peaks olema, et see kataks ära kõik vajalikud kulud. Seega ei ole võimalik käesolevate andmete põhjal täpselt öelda, kui palju on neid, kes ei kulutaks ning kelle kontol raha säiliks, ega ka seda, kui paljud kulutavad ning kelle kontojääk läheks negatiivseks.

Lisaks madalamapalgaliste abivajadusele kaasneb MSA süsteemiga meeste ja naiste vaheline ebavõrdsus. Eelkõige on see tingitud meeste ja naiste vahelisest palgalõhest (mehed teenivad keskmiselt 27% rohkem kui naised) ning aspektist, et naiste tehtavad kulutused tervikuna on suuremad. See tähendab, et väheneb sooline ümberjaotus: mehed, kes teenivad rohkem, panustavad solidaarsesse süsteemi absoluutsummas varasemast vähem, samas kui naised, kes kulutavad tervikuna rohkem, tulenevalt pikemast elueast ja laste sündimisega seotud kuludest, saavad selle tulemusena vähem teenuseid.

Tabel 4.7.2. Meeste ja naiste kulutused eriarstiabile ja juhtude arv

2008	Kulutused eriarstiabile kokku tuhandetes kroonides	Juhtude arv kokku
Mehed	2 756 413	1 108 845
Naised	3 495 460	1 983 211

Allikas: Haigekassa 2008. aasta andmed

Solidaarse fondi tulud ja kulud

Lisaks isiku tasandile on oluline välja tuua võimalikud mõjud riigi (solidaarse fondi) seisukohast. Ühe vanusegrupi liitumise puhul kaasneksid riigile kulud nii saamata jäänud tulude tõttu kui ka katastroofiliste kulude fondi loomise ja sealt tehtavate kulutuste tõttu. Riigi tulude vähenemist ning kulude moodustumise skeemi ümberformuleerumist kujutab järgmine mudel.

Riigi kulud ühe vanusegrupi kontoga liitumise puhul (ilma administratiivkuludeta) avalduvad järgnevalt:

$$RK_x = \sum_1^i s_{i,x} * 0,02 - \sum_1^i c_{i,u,x} + \sum_1^f z_{f,u,x},$$

kus

RK = riigi kulu ühe vanusegrupi kontoga liitumisest aastal x ,

s = isiku sissetulek vanusegrupis aastal x ,

c = isiku kulu konto osa kohta aastal x , sõltuvalt kasutusmustrist u (eeldusel, et isik hakkab kogutut kasutama samal aastal),

u = kasutusmuster (konkreetses isiku tervishoiuteenuste kasutamise muster),

i = isikute arv,

f = isikute arv, kes ületavad konto summa (kes vajavad katastroofiliste kulutuste fondi abi³¹),

z = konto summat ületav kulu aastal x .

Vaatluse all oleva hüpoteetilise konto puhul eeldatakse, et kui isikud tööturult lahkuvad ja pensionile siirduvad, siis nad ei saa kontolt raha välja võtta või näiteks pensionikontole kanda. Seega jõuab hetkel solidaarsest fondist välja minev osa süsteemi **teatud ajahetkel tagasi**. Tulevikus suremuse tõttu solidaarsesse fondi kanduvad summad avalduvad järgmiselt:

$$SF_x = i_x * l_x * r_x * m,$$

kus

SF = solidaarsesse fondi lisanduv summa aastal x ,

i = isikuid vanusegrupis aastal x ,

l = konkreetse vanusegrupi suremusmäär aastal x ,

r = keskmine kontojääk aastaks x (sõltub indiviidide palkadest, varasematest kulutustest ja nende muutustest),

m = solidaarsesse fondi päranduva summa määr (antud näites 50%).

Lisaks on oluline ka võimalik konto jääk, mis kandub järgmistele põlvkondadele. Järgmistele põlvkondadele kanduv konto jääk aastal x avaldub:

$$PK_x = i_x * l_x * r_x * (1 - m),$$

kus

³¹ Riigi jaoks võib kulusäästu tekitada ka see, kui isikud, kelle konto saab küll tühjaks, abi ei taotle ja maksavad teenuste eest oma taskust – antud juhul seda ei eeldata.

$PK =$ pärijate kontole kanduv summa.

Seega kandub osa tervishoiuressursside tulevastesse perioodidesse, mis tähendab praeguse süsteemi jaoks lisarahavajadust. Kuid kui eeldada laenamise ja tulumäära võrdsust ning isikute kasutusmustris säilimist, siis on võimalik olukord, kus riigi kulude ja tulude nüüdisväärtused süsteemi rakendamisel jäävad samaks:

$$\text{NPV (riikliku süsteemi kulude suurenemine süsteemi algusfaasis)} = \text{NPV (riikliku süsteemi tulude suurenemine tulevastes perioodides)}$$

Nimetatud võrduse kehtimiseks peaks ka muutumatuks jääma maksukoormus.

Lisaks eelnimetatud kuludele ja tuludele võivad tekkida riigile tulud vabatahtlikest maksetest, mis võivad tervishoiusüsteemi jõuda kolmel viisil.

- Isikud teevad vabatahtlike makseid kontole ning järgnevatel perioodidel kulutavad enda tervishoiuvajaduste eest tasumiseks.
- Isikute, kellel jääb sures kontole raha alles ning kes on teinud vabatahtlike makseid ja pole summasid välja võtnud, kontojääk:
 - pärandub solidaarsesse fondi (antud näites 50%),
 - pärandub lastele, kes seda raha kasutavad (antud näites 50%).

Antud juhul peaks isikule tervishoiukulutuste vähendamise motivatsiooni säilitamise nimel jätma võimaluse näiteks personaalselt sissemakstud summad osaliselt pensioniea saabumisel välja võtta (sel juhul ei jääks 2. punktis toodud tulude suurenemine kehtima).

Näiteks Singapuris (Singapuri Tervishoiuministeerium 2011) peab jääma teatud summa kontole ning ülejäänud on võimalik kanda pensionikontole ning kui seda on teatud määranis tehtud, siis kantakse summa harilikule kontole. Seega, et säilitada motivatsiooni raha koguda, on võimalik raha väljavõtmist piirata vabatahtlikult sissemakstud summa ulatuses ehk peab kehtima nimetatud summade nüüdisväärtuste võrdus:

$$\text{NPV (vabatahtlikult sissemakstud summad)} = \text{NPV (välja võetud summad)}$$

Eespool toodud mudelitest järeldub, et on võimalik luua konto, mis pikaajaliselt jätab süsteemi tasakaalu, kuid kui lisada kontseptsiooni administratiivkulude aspekt, võib olukord muutuda.

Administratiivkulud

Kontode administreerimine, sh nende rakendamise kulutused (v.a üleminekukulu süsteemi tegevuste finantseerimiseks) on käesolevas analüüsis üks olulisemaid aspekte, mis võib määrata süsteemi sobivuse Eesti konteksti ning selle toimimise. Lisaks rakendamise kaasnevatele kuludele on olulised stabiilsed administratiivkulude allikad.

- **Kontolt makstava omaosaluse diferentseerimine eri teenuste lõikes** – selleks, et MSAlt makstav omaosalus määratletaks lähtuvalt efektiivsusest, ebavõrdsuse vähendamisest ja põhimõttest, et teenused ei muutuks kontole liiga koormavaks ega suurendaks ebavõrdsust, peavad need põhinema põhjalikel analüüsidel, mis koondavad nii meditsiinilisi kui ka rahastamisega seotud aspekte.
- **Katastroofiliste kulutuste fondi haldamise ning abivajaduse kriteeriumide sätestamisega seotud kulutused** – tähendab üksikute juhtumite ja arvetega tegelemist ning võib moodustada väga suure osakaalu, juhul kui abivajajate arv on suur. Eeldab vastava personali koolitamist. Kui fond on vajaduspõhine, siis tähendab see sissetulekute ja vajaduse hindamist, mis ühelt poolt on ressursimahukas administratiivses mõttes, aga teisalt tekitab isikule potentsiaalse negatiivse stiimuli (taotlemisega seotud ajakulu) raha taotleda ning raha olemasolul makstakse teenuste eest omast taskust. Samas võib see süsteem ka soosida läbipaistvust, sest riigile tekib parem ülevaade isikutest, kes vajavad rohkem tervishoiuteenuseid.
- **Konto haldamine** – kui kontol oleva raha haldamine jääb Haigekassa reservide haldamise süsteemi, siis ei toimu märgatavat administratiivkoormuse kasvu kontode haldamisest. Juhul kui luuakse võimalus erafondide kaasamiseks, võib see tuua kaasa fondihalduse kulude kasvu ning fondi vahetamisest tulenevad lisakulud. Sellisel juhul kasvab ka võimalus isikul konto haldajat teatud piirides valida, sarnaselt praeguse pensionikontode süsteemiga.

Seega võib MSA konto rakendamisega kaasneda väga olulisi administratiivseid kulutusi. Kui aga lähtuda eeltoodud võrdusest, et tervishoiu kulude ja tulude nüüdisväärtused oleksid uue süsteemi rakendumisel tasakaalus, on kontosüsteemi rakendamise mõistlikkus võimalik kokku võtta järgneva valemiga:

$$NPV \text{ (kulusäät käitumisest)} > NPV \text{ (administratiivkulud)}$$

Nüüdisväärtus käitumisest tulenevast tervishoiukulude säästust peaks ületama rakendamisest tekkivate ja jooksvate administratiivkulude nüüdisväärtust. Kulusäät käitumisest on keeruliselt prognoositav – Eesti kohta vastavad uuringud inimeste käitumisest mõjutatuna finantsstiimulitest puuduvad, samuti ei anna rahvusvaheline kogemus piisavat kindlust Eesti kohta järelduste tegemiseks (vt lisa 2). Lisaks ei saa välistada võimalust, et säästetud kontojäägi väljajagamiseks tekib suurem surve ning see tähendab tervishoiuvaldkonnast ressurside väljaviimist.

Kokkuvõtlikult võib **võimalikud** positiivsed ja negatiivsed mõjud tuua välja järgnevana (tabel 4.7.3).

Tabel 4.7.3. MSA konto rakendamise võimalikud positiivsed ja negatiivsed mõjud

Võimalikud positiivsed mõjud	Võimalikud negatiivsed mõjud
Indiviidi vastutuse suurendamine	Solidaarsuse vähenemine
Tervisekäitumisest tulenev tervisekulude vähenemine.	Konto rakendamine tähendab Haigekassa tulude vähenemist. Vähenenud eelarvetulude (2% sotsiaalmaksuosa) jaoks tuleb lühiajaliselt leida lisarahaallikaid või laenata.
Lisaraha süsteemi tulenevalt vabatahtlike maksete võimalusest (siis, kui raha kulub raviks, kuid ei küsita lisaraha abifondist või kui raha pärandub süsteemi solidaarsesse fondi või lastele).	Teatud osa inimeste puhul ületaksid kulud konto vahendeid ning nad peaksid nende kulude katmiseks taotlema lisaraha katastroofiliste kulude fondist või katma omaosalusest.
Säästetakse tulevikukuludeks (säästavad eelkõige inimesed, mitte Haigekassa ega valitsus).	Isikutel puudub motivatsioon kulusid säästa, kuivõrd nad ei saa piisavalt säästetud raha endale.
Läbipaistvus – teenuste tasemel spetsiifiline rahastamiskorraldus ning vajaduspõhine lähenemine võimaldavad saada täpsemat ülevaadet patsientidest ja nende käitumisest ning suurendada läbipaistvust ja võimaldada kogemusest õppida.	Inimeste vastutuse kasvades kasvavad ka ootused teenuse kvaliteedile või mugavusele, mis võib viia hindade kasvule.
Rahastamine isikute kaudu kaasab neid rohkem tervishoiusüsteemi ning see soodustab valdkonnas diskussiooni.	Teenuste kontolt tasutava omaosaluse diferentseerimine teenuste lõikes tähendab lisakulusid.
Kontojäägi kasutamise võimaluse laiendamine erakindlustuse ostmiseks – võib olla tõukeks erakindlustusturu arenemiseks.	Pikaajaliselt võib tekkida poliitiline surve lubada inimestel kasutada kontode raha ka muudeks teenusteks või erakulutusteks, näiteks sisetarbimise ergutamiseks.
Konto kasutamise reguleerimine võib anda teenusepakujatele olulise tööriista süsteemi ressurside ja inimeste käitumise suunamiseks (õiguste andmine konto ressurside kasutamiseks teatud konkreetsete teenuste või haiguste juhtimise programmide (disease management programmes) puhul).	Haigekassa infosüsteemi arenduste lisakulud ja konto pärimisega seotud tehnilised keerukused.

Mõjud hindamiskriteeriumide lõikes

Seega sõltub ravikonto rakendamisest tulenev tervishoiusüsteemi **pikaajaline jätkusuutlikkus** konkreetse süsteemi spetsiifikast. Käesoleva konto puhul mängivad olulist rolli konto rakendamisega kaasnevad administratiivsed kulutused, mis vajavad täpsustavaid uuringuid, ning inimeste käitumine. Lühiajaliselt riigi kulud kasvavad üleminekukulude tõttu.

Põlvkonnasisene **solidaarsus** võib väheneda, kuid see sõltub ka vajaduspõhise fondi kriteeriumidest. Põlvkondadevaheline solidaarsus tervikuna väheneb, kuigi võib sõltuda inimeste käitumisest (juhul kui

säästetakse rohkem ning need säästud päranduavad üldisesse süsteemi ja lastele, siis solidaarsus kasvab). Pikas perspektiivis tähendaks muudatus aga põlvkondadevahelise solidaarsuse vähenemist, sest olulises osas koguvad inimesed ise kontole varasid. MSA süsteemi rakendamist ei soosi kõrge tööpuuduse määr – paljudel inimestel puuduvad sissetulekud ning seega on komplitseeritud nende inimeste võimekus koguda MSA kontole piisavalt vahendeid oma tervishoiukulutuste katteks.

Majanduslik efektiivsus väheneb lisafondi loomise ning haldamise vajaduse tõttu. Haiglate rahastamine säilib senistel alustel, seega otsene mõju hindadele puudub, sest puudub vaba hinnakujundus. Pikas perspektiivis võivad hinnad muutuda, sest mõnede teenuste rahastamine võib liikuda Haigekassa kontrolli alt täielikult välja.

Mõju osapoolte käitumisele võib suureneada sõltuvalt teenuste diferentseerimisest ja konkreetsest paketest. Eeldusel, et riiklikud ressursid jäävad pikas perspektiivis süsteemi, peab inimeste käitumisest tulenev sääst ületama efektiivsuse vähenemist ehk administratiivkulude kasvu.

Kohanemine välisriskidega võib paraneada tulenevalt sellest, et säästetakse tulevaste kulutuste jaoks (pikas perspektiivis). **Tehniline teostatavus** eeldab põhjalikke riskide analüüse indiviidi tasandil (ravikulud aastate jooksul). Üheks analüüsi lihtsustavaks võimaluseks on algselt konto käivitamine arvestuslikuna ehk ilma raha liikumiseta teha inimestele nähtavaks tema kohta tehtud kulutused ning tema sissemaksed süsteemi vastavas ulatuses, selleks et suurendada ravikindlustuse süsteemi läbipaistvust isiku jaoks ning teha süsteem inimesele paremini mõistetavaks. See annaks võimaliku baasi mitme perioodi ravikulude hindamiseks ning samuti erinevate infosüsteemide kaudu inimese käitumise uurimiseks. Samuti liigituvad tehnilisteks kulutusteks fondi loomise, fondide haldamise, teenuste diferentseerimise, selle muutmise ning jälgimise jooksvad kulud.

Juhul kui ravikontode (aga ka töötuskindlustuskontode) raha oleks võimalik kontode vahel liigutada, võivad vastava süsteemi rakendamise mõjud nii finantsilisele kui ka sotsiaalsele jätkusuutlikkusele olla erinevad. Sestap tuuakse välja kontodel oleva raha liikumise võimaldamise mõjud lähtuvalt empiirilistest analüüsist.

Raha liikumise võimaldamine erinevate kogumiskontode vahel (poliitikavariant 43)

Eesmärk

- Suurendada kogumiskontode efektiivsust

Kontode olemuslik omadus on suurendada individuaalset vastutust ning seost tema jaoks tehtavate kulutustega erinevate sotsiaalsete riskide korral. Selline taotlus on mingil määral kõikides sotsiaalkaitsesüsteemides teatud piirini olemas.

Ühelt poolt vähendab individuaalsete kontode rakendamine haigestumisriskist, aga ka töötusriskist ja vanadusriskist tuleneva sissetuleku languse kompenseerimiseks või lisakulude katmiseks solidaarsust, teiselt pool suurendab individuaalset vastutust riskidest tulenevate kahjude katmisel ning võib suurendada inimeste motivatsiooni võtta ette tegevusi, mis riske või riskide realiseerumisega kaasnevaid kulusid vähendaks.

Üks võimalus kontode efektiivsuse tõstmiseks oleks lubada kontodele kogutud raha kasutamist erinevate riskide korral, mille tulemusena võib suureneada kontodele kogunenud raha kasutamise tõenäosus ja väheneda võimalus, et kontodele kogutud raha jääb kasutamata. Lisavõimalus oleks lubada kontode kasutamist erinevate inimeste, näiteks pereliikmete vahel, mille tulemusena võib suureneada riskide esinemise tõenäosus ja sellega seoses ka kontodel seisva raha kasutamise võimalikkus. Samas säilib inimestel motivatsioon ja ka reaalne võimalus vähendada perekonna tasandil erinevate riskide realiseerumist.

Ühtse konto kasutamine mitme erineva riskiga või erinevate inimestega kaasnevate kulude katmisel suurendab kontode mõttekust juhul, kui sündmuste vahel esineb pöördvõrdeline seos. See tähendab, et need riskid ei realiseeru samaaegselt, vaid eri ajaperioodidel või erinevatel perekonnaliikmetel. Näiteks kui inimene on terve ja ravikontol on säilinud raha, kuid ta jääb töötuks, oleks tal sel juhul kasulik kanda see raha töötuskontole, et vältida vaesumise riski kaotatud sissetuleku tõttu.

Tuleb arvestada, et kontodele kogutud raha hulk on otseses seoses sissetulekuga (kui kontodele tehtav kohustuslik sissemaks sõltub proportsionaalselt inimeste sissetulekust), mistõttu kontode riskikasutamine

erinevate inimeste vahel suurendab kontode otstarbekust juhul, kui leibkonnas on inimesed, kelle kogusissetulekute vahel on pöördvõrdeline seos kõikide riskide summaga. Praktikas on aga tulemused erinevad.

Riskidevaheline seos isiku tasandil

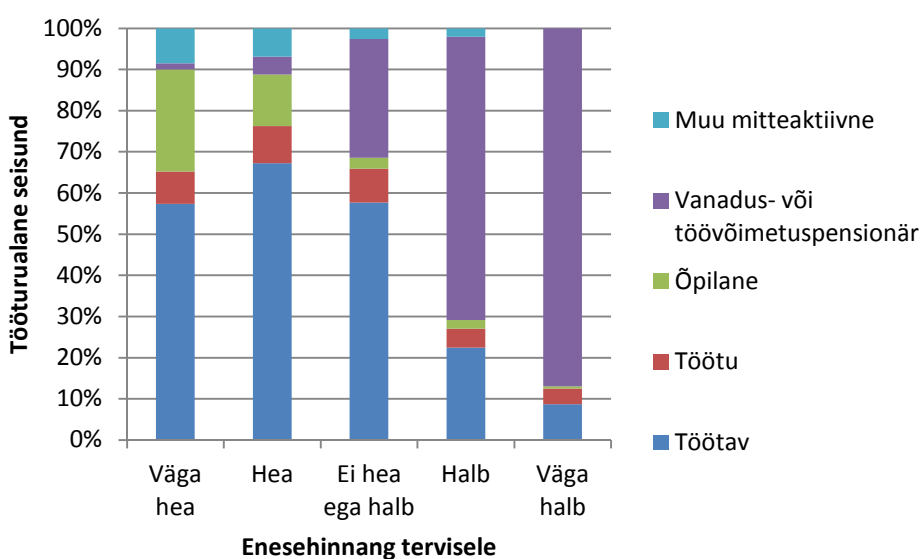
Isiku tasandil on haigestumise, töötuse ja vanaduse riskid selgelt omavahel positiivselt seotud ehk korreleerunud. Vanematel inimestel on sageli kehvem tervis ja ka suurem töö kaotamise tõenäosus. Lisaks on nii Eesti kui ka rahvusvahelised uuringud näidanud, et ka noorematel inimestel on kehvem tervis seotud väiksema töötamise tõenäosusega ja madalama palgaga.

2006. aastal Eesti kohta tehtud WHO, Sotsiaalministeeriumi ja Praxise uuring Eesti majanduse ja inimeste tervise vaheliste seoste kohta leidis tugeva seose inimeste tervisliku seisundi, palga ja töötundide vahel. Raportis näidati Eesti tööjõu-uuringu 2003. aasta andmete põhjal, et halva või väga halva terviseseisundiga meestel on peaaegu 40% väiksem tõenäosus tööturul osaleda kui hea terviseseisundiga meestel. Naiste puhul on vastav näitaja peaaegu 30%. Kehva tervise negatiivset mõju kinnitasid ka ülejäänud kaks tööturu näitajat – iganädalaste töötundide arv ja kuupalk. Halva tervise korral vähenes iganädalaste töötundide arv keskmiselt üle 12 tunni meestel ning umbes 8 tundi naistel, võrreldes inimestega, kellel on hea tervis. Halb tervis vähendas töötavate meeste netokuupalka ca 30% meeste keskmisest palgast uuritud valimis ning naistel ca 20% keskmisest naiste palgast uuritud valimis.

Alljärgneval joonisel (joonis 4.7.5) on esitatud seos inimeste tervisehinnangu ja tööturualase seisundi vahel, kasutades Eesti Sotsiaaluuringu 2009. aasta andmeid. Ka need andmed kinnitavad, et inimestel, kelle hinnang tervislikule seisundile on halb või väga halb, on ka töötamise tõenäosus palju väiksem. Väga hea või rahuldava tervise enesehinnanguga 16–74-aastastest inimestest töötab ca 57–67%, halva tervise enesehinnanguga inimestest aga üksnes ca 22%. Negatiivne seos tervise enesehinnangu ja töötamise tõenäosuse vahel jääb kehtima ka siis, kui vaadata kitsamat vanusrühma, 20–59-aastasi (joonis 4.7.6). Parimas tööeas inimestest on halva ja väga halva tervise enesehinnanguga inimesed ka enamasti töövõimetuspensionärid.

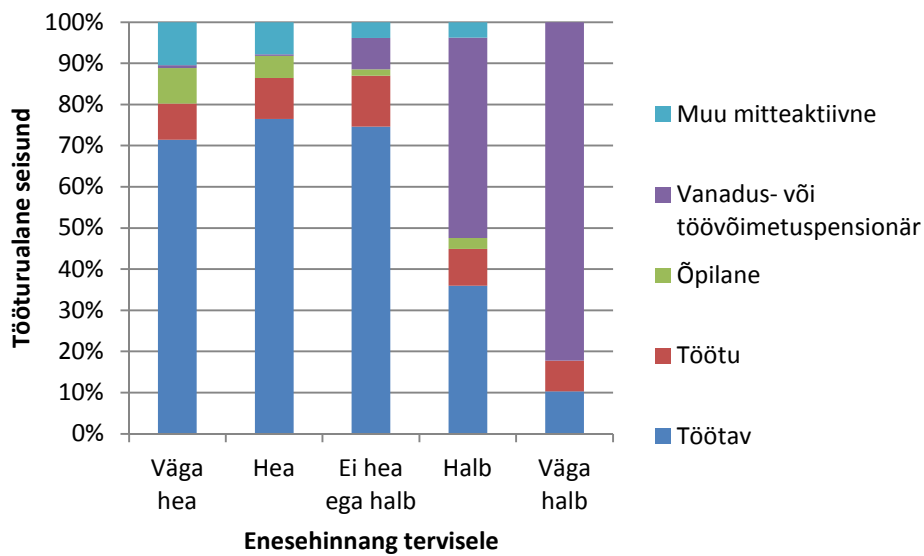
Eesti Sotsiaaluuringu 2009. aasta andmete põhjal on inimeste endale antud tervisehinnangu ja tervishoiuteenuste kasutamise vahel ka samasuunaline seos. Halva või väga halva tervisehinnanguga üle 16 aasta vanused inimesed käisid viimase aasta jooksul 30% suurema tõenäosusega eriarsti juures, võrreldes väga hea, hea või rahuldava tervise enesehinnanguga inimestega (vastavalt 71% ja 41%). Seos jääb kehtima ka siis, kui arvestada vanuse mõju.

Joonis 4.7.5. Inimeste terviseseisundi ja tööturuseisundi vaheline seos, vanuses 16–74.



Allikas: Eesti Sotsiaaluuring 2009, autorite arvutused

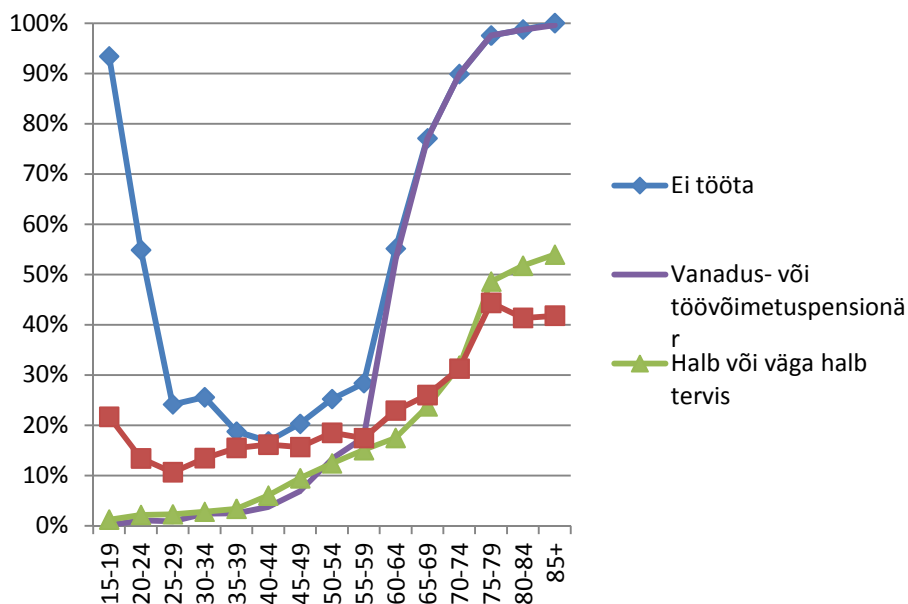
Joonis 4.7.6. Inimeste terviseseisundi ja tööturuseisundi vaheline seos, vanuses 20–59.



Allikas: Eesti Sotsiaaluuring 2009, autorite arvutused

Seos mittetöötamise, tervisliku seisundi, vanadus- või töövõimetuspensionär olemise vahel avaldub eelkõige vanuse kaudu: alates vanusest 45–49 hakkab kasvama nii mittetöötajate, töövõimetuspensionäride kui ka halva või väga halva terviseiga inimeste osakaal. Vanusest 60–64 hakkab kasvama ka tõenäosus, et leibkond kuulub esimesse ehk kõige madalama sissetulekuga kvintiili (joonis 4.7.7). Seega on tugev seos erinevate riskide vahel üle inimeste vanusprofiili ning eakamate inimeste puhul kontode kasutamine erinevate riskidega kaasnevate kulude kompenseerimiseks ei suurendaks efektiivsust.

Joonis 4.7.7. Sotsiaalsete seisundite esinemise tõenäosus vanuserühmades.



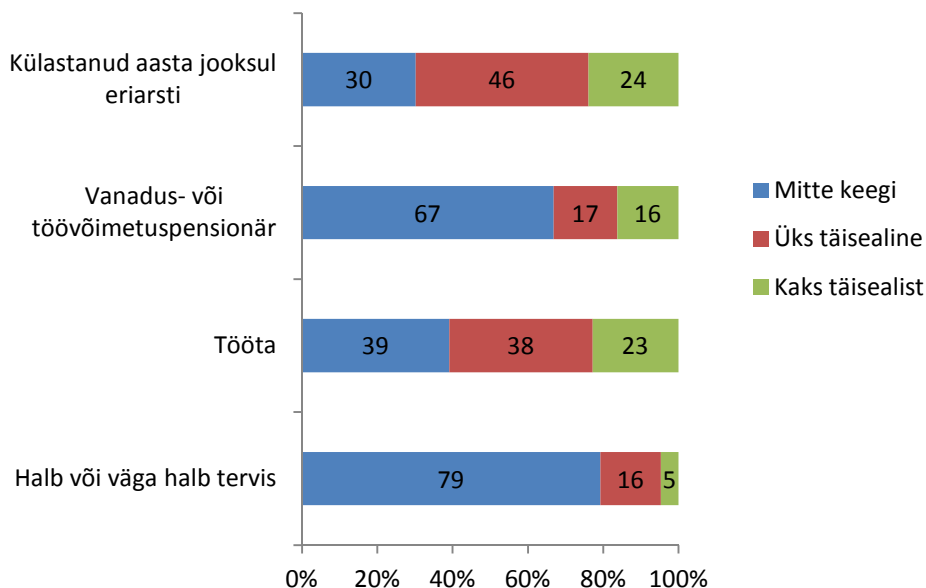
Allikas: Eesti Sotsiaaluuring 2009, autorite arvutused

Riskidevaheline seos täisealiste isikute vahel

Leibkonna täisealiste liikmete puhul esineb seos pereliikmete terviseseisundi ja tööturuseisundi vahel. Peamiselt tuleneb seos sellest, et täisealised pereliikmed on enamasti sarnases vanuses. Näiteks kahe

täisealise (üle 16-aastase) liikmega leibkondadest on 5% sellised, kus mõlemal täisealisel liikmel on halb või väga halb tervis, ja 79% leibkondades ei olnud kumbki leibkonnaliige halva tervisega. Üksnes 16% leibkondadest on sellised, kus on üks halva ja teine hea tervisega (joonis 4.7.8). Analoogiliselt on 16% kahe täisealisega leibkondadest sellised, kus mõlemad on vanadus- või töövõimetuspensionärid, ning 67%, kus kumbki ei ole pensionär. 17% on sellised, kus üks pereliige on pensionär. Suurem riskide hajuvus on tööturu seisundis, kus 38% kahe täisealise inimesega leibkondadest on sellised, kus üks töötab ja teine mitte. Aasta jooksul on eriarsti külastanud mõlemad täisealised liikmed 24% leibkondadest; 30% leibkondadest on sellised, kus kumbki täisealine pereliige ei ole eriarsti juures käinud, ja 46% leibkondadest sellised, kus üks täisealine pereliige on käinud eriarsti juures.

Joonis 4.7.8. Kahe täisealise liikmega leibkondade jaotus liikmete seisundi järgi.



Allikas: Eesti Sotsiaaluuring 2009, autorite arvutused

Lisaks näitavad Eesti Sotsiaaluuringu andmed, et ka leibkonnaliikmete sissetulekute vahel on pigem samasuunaline seos. Näiteks on kahe peamise parimas tööeas leibkonnaliikme (vanuses 20–59) aastase töötasu vahel lineaarne korrelatsioonikordaja 2008. aasta sissetulekuandmete põhjal 0,13. Kui jätta kõrvale mittetöötavad inimesed, nt lapsehoolduspuhkusel olevad inimesed, siis on korrelatsioonikordaja 0,25. Seega suurendab täisealiste pereliikmete kontode ühendamisvõimaluste kasutamine leibkondadevahelist erinevust inimeste võimes katta riskide realiseerumisega kaasnevaid kulusid.

Kokkuvõtteks

Isikustatud kohustuslike säästude kasutamine sotsiaalsete riskide realiseerumisel tekkinud kulude katmiseks on otstarbekas, kui riskide realiseerumise tõenäosus on suur, kuid riskidega kaasnevad kahjud on väikesed. Kontode sisseviimine vähendab solidaarsust ja suurendab individuaalset vastutust riskidest tulenevate kahjude katmisel.

Kontodele kogutud raha kasutamine erinevate riskide korral pigem võimendab ebavõrdsust, sest erinevate riskide esinemise tõenäosuse vahel on samasuunaline seos.

Kontodele kogutud raha kasutamine ühiselt leibkonnaliikmete vahel pigem suurendab leibkondadevahelist ebavõrdsust, sest täisealiste liikmete puhul esineb seos pereliikmete terviseseisundi ja tööturuseisundi vahel. Samuti esineb samasuunaline seos leibkonnaliikmete palgatulu vahel.

Teatud raviteenuste pakkumine individuaalselt eelarvestatud pakettidena (poliitikavariant 44)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Suurendada patsientide individuaalset vastutust ja otsustusõigust

Sarnaselt ravikontodega annavad inimestele võimaluse ise teenuseid valida nn individuaalsed eelarved. Tõsi, tegemist on pigem pakkumisepoolse meetmega, kuid eksisteerib olulisi sarnasusi eespool kirjeldatud ravikontoga, kus isikule antakse samuti võimalus oma kontoressursse teatud piirides kasutada. Individuaalsed eelarved aitavad seejuures rõhutada raha kasutamise suunamise olulisust ning põhjalikkust.

Poliitikavariandi kirjeldus

Riigi poolt luuakse nn individuaalsed eelarved (määratakse pakettide sisu ja summad), mida isik saab kulutada teatud teenuste eest tasumiseks, kuid saab seejuures neid teenuseid ise teatud piirides valida. Tegemist on asendusega riigi poolt otseselt patsientidele pakutavatele teenustele (kus valiku teeb tervishoiutöötaja). Tavaliselt kasutatakse seda kindla loeteluga piiratud teenuste puhul, kus individuaalse valiku printsiip aitab parandada efektiivust ja kvaliteeti. (Alakeson 2010).

Isikutele, kellel on krooniline haigus, hooldusvajadus või vaimne puue, luuakse võimalused juhtida oma ravieelarveid ja valida teenuste hulgast neid, mis sobivad personaalsete vajadustega. Seejuures on oluline riigipoolse konsultandi roll ning eelarve määramise ja jälgimisega seotud protsess.

Individuaalsete eelarvete rahastamise aluseid aitab selgitada ka eelarve koostamise protsess:

- õigustatud isikule arvestatakse pakett, määrates, kui palju isik võib teatud perioodil kulutada (summa suurus võib põhineda nii varasemal kasutamisel kui ka summal, mis kuluks isiku raviks riiklikus tavasüsteemis);
- planeerimisprotsess konsultandi abiga – isikuga koostöös planeeritakse ravi eesmärgid;
- kulutuste plaani kinnitab riiklik töötaja;
- kui isik on kulutused teinud, siis hüvitatakse need vastava plaani alusel individuaalsest eelarvest,
- teatud aja tagant jälgitakse patsiendi kulutusi ning hinnatakse tulemusi.

Rahvusvaheline kogemus esineb nii pikaajalise hoolduse, krooniliste haiguste kui ka vaimsete haiguste raviteenuste pakkumisel. Näiteks USA-s on välja töötatud vaimsete haiguste ravimudel. Lisaks tavateenustele pakutakse klientidele individuaalseid eelarveid 12-kuuliseks perioodiks mahuga 3000 USA dollarit. Nõustaja aitab patsientidel organiseerida oma kulutusi erinevatele teenustele, kuid tegemist on individuaalse eelarvega, mille puhul isik saab ise enda kulutusi hallata (OECD Rural... 2010). USA osariikides on kasutusel 160 erinevat programmi, mis põhinevad samalaadsel mudelil.

Euroopas on nimetatud rahastamismudeli kasutamine rohkem levinud pikaajalises hoolduses. Näiteks Hollandis jaotati 2006. aastal 8,7% kogu pikaajalise hoolduse eelarvest individuaalsetesse eelarvetesse ning keskmine individuaalse eelarve suurus oli 18 tuhat dollarit. Hollandis hindab sõltumatu organisatsioon isiku teenusevajaduse ning isikul on võimalik valida, kas võtta oma õigus välja teenusena või individuaalse eelarvena, samuti on võimalik nende kahe kombinatsioon (Health Insurance in the Netherlands 2006). Suurbritannias kasutusel olevad individuaalsed eelarved (*self-directed care*) moodustasid 2006. aastal kõikidest pikaajalise hoolduse kogukuludest 2%. Kuigi keeruline rakendada, siis on kasutuselevõtt kaasa toonud kasvu teenustevalikus, samuti teenustekasutamise paindlikkuses ning ka kliinilistes ravitulemustes.

Samas on Ühendkuningriikides uuritud võimalusi ning käivitatud mitmeid pilootprojekte süsteemi rakendamiseks erinevate krooniliste haiguste ravimisel, sest nende ravis on väga oluline roll isiku enda käitumisel. Käimas on pilootprojektid patsientidega, kellel on näiteks lihasdüstrofia, epilepsia või krooniline kopsuhaigus (Alakeson 2010).

Mõjud

Sotsiaalne jätkusuutlikkus. Individuaalsete eelarvete kasutamise peamiseks mõjuks on patsientide suurem vabadus ning sellest tulenev parem vajaduste hindamine. Samuti suurendab see viis erinevate uuringute järgi nõudlusepoolset tervishoiuteenuste kasutamist ning sellest tulenevalt kasutatakse erinevamaid ja tihti vähem keerulisi ja ennetava iseloomuga teenuseid. Finantsilist jätkusuutlikkust meede oluliselt ei suurenda, kuigi võib juhtuda, et eelarvet n-õ ei tarbita täis ja raha jääb üle (Hollandis jäi kasutamata 17% eelarvetest, Inglismaal olid kulutused 20–40% väiksemad kui ekvivalentsed riigipoolsed kulutused) (Alakeson 2010).

Oluline aspekt meetme puhul on see, et kasutamine peab olema jälgitud ning selleks on vaja eraldi organisatsioonilist mehhanismi – võimalikud riskid peavad olema varem analüüsitud ning maandatud.

Seega on individuaalsete eelarvete puhul tegemist väga spetsiifilise teenuse osutamise süsteemiga, mis annab rohkem valikuvõimalusi ja suurendab paindlikkust, kuid sarnaselt ravikonto rakendamisega toob kaasa suuremaid kulusid. Seega on olulised täpsemad uuringud, mis lähtuksid teenuste spetsiifikast ning otsiksid uusi rahastamisvõimalusi.

Põhiline erinevus eespool kirjeldatud ravikontoga on see, et eelarvet kasutatakse ainult teatud lühikesel perioodil.

4.8. Erakindlustuse kaasamine ravikindlustuses

Erakindlustusel on mitmeid kontseptuaalseid sarnasusi sotsiaalkindlustusega. Erakindlustus võib täita sotsiaalkindlustusega sarnast funktsiooni, leevendada haigestumisega kaasnevaid riske või sissetulekute langust. Samas on erakindlustusel ja sotsiaalkindlustusel olulisi erinevusi. Erakindlustuse individuaalne lähenemine tähendab muu hulgas, et üldjuhul hindab kindlustusselts riske individuaalselt ning kindlustusmaksed on diferentseeritud sõltuvalt riskiastmest. Sotsiaalkindlustuses tavaliselt individuaalset riski aga ei hinnata ning kindlustusmäär on kõigile kindlustatutele ühesugune, väljendades nii solidaarsust kindlustatute vahel. Kuigi ka erakindlustuse puhul võib kindlustuskeemis esineda erinevaid ümberjaotusi, ei ole kindlustatute solidaarsus eesmärk omaette. Samuti on erinevus finantseerimises: sotsiaalkindlustus kasutab enamasti jooksvat finantseerimist – jooksva aasta kuludeks vajalikud vahendid saadakse samal aastal maksetest või maksudest laekuvatest vahenditest. Erakindlustus kasutab enamasti eelfinantseerimist – kindlustusmaksetest kogutud vahendid investeeritakse, et finantseerida kindlustatule tulevikus makstavaid hüvitisi (Praxis 2004).

Käesolev peatükk vaatleb erakindlustuse kaasamise poliitikavariante ravikindlustuses ja pikaajalises hoolduses (sh hooldusravi)³². Esmalt tuuakse välja üldine rahvusvaheline kogemus kooskõlas kindlustusmakse arvutamise aluseks oleva mudeliga. Seejärel vaadeldakse erinevaid poliitikavariante (vt tabel 4.8.1), hinnatakse nende mõjusid kvalitatiivselt ning leitakse ka indikatiivsed kindlustusmakse suurused.

³² Märkus: pikaajalise hoolduse puhul on oluline ka võimalike riiklike meetmete analüüsimine. Seega tuleb käesolevas peatükis toodud poliitikavarianti pikaajalise hoolduse kohta vaadelda ühe võimalusena selle valdkonna probleemide lahendamisel.

Tabel 4.8.1. Analüüsi aluseks olevad poliitikavariandid erakindlustuse kaasamises

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Erakindlustuse kaasamine	<ul style="list-style-type: none"> Asendav (substitutive) eraravikindlustus – isikul on võimalik riiklikust süsteemist välja astuda ning soetada erakindlustuse kaudu ravikindlustus teatud teenusegruppidele (poliitikavariant 45). Täiendav (complementary) eraravikindlustus – erakindlustusega on võimalik kindlustada vaid neid teenuseid, mis on riigi poolt katmata (poliitikavariant 46). Lisa (supplementary) eraravikindlustus – pakub juurdepääsu nendele tervishoiusüsteemi teenustele, mis on juba riiklikult ette nähtud, kuid annab suurema valiku või mugavuse (poliitikavariant 47). Pikaajalise hoolduse erakindlustus – võimaldab kindlustada pikaajalise hoolduse (hooldusravi ja osaliselt sotsiaalhoolekande) vajaduse riski (poliitikavariant 48).

Erakindlustuse analüüsi taust ja meetodika

Küsimusele, milline on parim erakindlustuse ja riikliku ravikindlustuse kooslus tervishoiusüsteemis, on keeruline üheselt vastata. Mõlemal lahendusel on nii voorusi kui ka puudusi ning nende rakendamise võimalikud mõjud ei ole alati täpselt hinnatavad. Kindlasti ei ole mudeliga võimalik sõnastada, milline on parim era- ja avaliku tervisekindlustuse osakaal tervishoiusüsteemis, kuid on võimalik hinnata erinevate mudelite finantsilisi mõjusid ning tuua välja riskid ja küsitavused (ILO 1999).

Eraravikindlustust ei saa käsitleda eraldiseisvana avalikust tervishoiusüsteemi rahastamisest, sest ei ole selliseid riike, kus eraravikindlustus on ainus tervishoiukulutuste katteallikas, ja on vähe riike, kus eratervisekindlustus on põhiline katteallikas. See kehtib eriti Euroopa Liidu puhul, kus enamikus riikides on laialdased riiklikud tervishoiu rahastamise süsteemid. Seega on eraravikindlustusel tagasihoidlik roll, kuigi on ka olulisi erandeid. Colombo, Tapay (2004) on välja toonud, et eraravikindlustuse turu suurused on väga erinevad ning ei ole seoses riigi SKP suurusega.

Erakindlustuse kaasamise ulatuse puhul (vt lisa 3 erinevate riikide erakindlustuse kaasamine osakaaluna kogukuludest) mängib rolli ka riigi ajalooline taust. Erinevad ühiskondlikud institutsioonid ja ühendused on olnud mitmetes Lääne-Euroopa riikides ravikindlustust pakkuvate kindlustusandjate eelkäijateks. Seetõttu on arenenud eraravikindlustusega riikides, nagu näiteks Holland, Belgia ja Prantsusmaa, mitmed kindlustusepakkujad mittetulunduslikud (nn *mutual insurance companies*) ning ajalooliselt osa majandusest. Üldiselt on erakindlustuse turud arenenud „ümber“ riiklike süsteemide (Colombo, Tapay 2004) ning mängivad sellest tulenevalt enamikus OECD riikides toetavat-täiendavat rolli.³³

Erakindlustuse aktiivsem kaasamine süsteemi ei pruugi tingimata tähendada ka solidaarsuse vähenemist, kuid siin on samuti suur roll riigi regulatsioonidel. Näiteks Hollandi 2006. aasta reformi tulemusena solidaarsus süsteemis isegi kasvas, kuivõrd tegemist on nüüd kohustusliku süsteemiga, keelatud on riskiseleksioon, reguleeritud on nii teenusepaketti kui ka kindlustusmakseid (Maarse 2011 kommentaarid).

Erakindlustuse kaasamine tervishoiusüsteemi on ühelt poolt kindlustusturu otsustada ja teisalt riigi võimaldada (näiteks maksusoodustuse või vastavate regulatsioonidega). Kuigi kõrge omaosalus peaks toetama erakindlustuse teket täiendava kindlustusena, võib turu väiksus tervikuna selle käivitumist piirata. Üldiselt on näiteks täiendav ja lisakindlustus (vt definitsioonid tabelis 4.8.1 ülal) Euroopas vähem detailiselt reguleeritud (Thomson, Mossialos 2009), samas kui asendav kindlustus on täpsemalt reguleeritud. Esineb ka tendents, et riikides, kus on suurem erakindlustuse turg, on see ka rohkem reguleeritud (Colombo, Tapay 2004).

³³ Näiteks Austraalias, Irimaal ja Hollandis arenesid riiklikud süsteemid varem eksisteerinud vabatahtliku kindlustuse asemele. Prantsusmaal olid enne universaalse riikliku süsteemi loomist mittetulunduslikud kindlustused, mis katsid 1939. aastal ligi 2/3 elanikkonnast. Riiklike süsteemide teke muutis erakindlustuse rolli ning vähendas nende ulatust (Colombo, Tapay 2004).

Siinkohal on oluline ka Euroopa kolmas kahjukindlustuse direktiiv (92/49/EEC), mis seab piirangud riigipoolsetele regulatsioonile. Direktiiv keelab teenuste ja hinna regulatsioonimeetmeid, välja arvatud juhul kui erakindlustus on osaliselt või täielikult asenduseks riiklikule kindlustusele. Samas on mitmed Euroopa riigid ka täiendavat ja lisakindlustust olulises ulatuses reguleerinud (Prantsusmaa, Iirimaa, Sloveenia) ning sellega seoses eksisteerib ka vastav kohtupraktika. Thomson, Mossialos (2009) toovad välja, et direktiiv ei ole piisavalt selge, mis juhtudel ja kuidas võib riik regulatsioone kehtestada – selgusetuks jääb osalise ja täieliku asenduse tähendus ning aspektid, mis puudutavad erakindlustuse rolli sotsiaalkaitse funktsioonide täitmisel.³⁴

Selleks, et erakindlustusest tuleks arvestatav mõju inimeste tervisekäitumisele (näiteks *managed-care*'i kaudu), on vaja turu head toimimist finantsilises mõttes ning samuti piisavat arvu spetsialiste süsteemis. On küsitav, kas vähemalt mitme kindlustusandja jaoks oleks Eestis selline tööjõud vabalt saadaval. Samas on Tapay, Colombo (2004) OECD kogemuse põhjal välja toonud, et kindlustusandjatel puuduvad stiimulid rakendada tervisekäitumist mõjutavaid programme, kuivõrd nende mõju süsteemis on väike.

Konkurents turul võib olla seda suurem, mida suurem on turuosaliste arv. Eraravikindlustusturul toimub konkurents nii teenuseosutajate kui ka kindlustusandjate vahel. Mida suurem hulk on teenuseosutajaid, seda suurem on kindlustusandjatel valikuvõimalus leida sobiva hinna, asukoha ja kvaliteediga teenuseosutaja, kellega leping sõlmida. Väiksel turul on teatud erialadel vaid üksikuid teenuseosutajaid, seega on oluline potentsiaal teenusel, mille osutajaid on palju. Sellisteks teenusteks on eelkõige ambulatoorselt osutatavad teenused, mida võib osutada suhteliselt väikese suurusega arstipraktis (hambaravi, psühhiaatria, osaliselt silmaravi jt). Välismaailma kogemusele tuginedes katab eraravikindlustus täiendavalt kõige enam selliseid teenuseid nagu hambaravi, silmaravi, füsioteraapia, psühhiaatria. Thomson, Mossialos (2009) nimetavad neid teenused vähem „poliitiliselt nähtavaks“ ning seetõttu on neid ka lihtsam riiklikust rahastamisest välja jätta.

Oluline erinevus sotsiaalkindlustuse ja eraravikindlustuse vahel seisneb kindlustusmakse arvutamises ja reserve akumuleerimises. Erakindlustuses põhinevad kindlustusmaksed individuaalsel riskil ning kindlustusmaksed arvutatakse enamasti individuaalse ekvivalentsuse printsiibi järgi ehk oodatavate sissemaksete nüüdisväärtus ning väljamaksed perioodis (kindlustuspoliisi kehtimise ajal) peavad olema iga indiviidi puhul võrdsed. Sissemaksed ei ole seotud isiku sissetulekuga (ILO 1999).

Kindlustusmakse arvutamine

Kindlustusmakse arvutamiseks on hulk erinevaid viise, millest antakse täpsem ülevaade järgnevatel lehekülgedel. Kindlustusmaksed võivad olla nii fikseeritud kui ka ajas muutuvad, nende suurus võib põhineda nii sool kui ka vanusel, aga ka arvestada isiku varasemaid haigusi.

Mitmetes riikides seatakse maksimaalne vanuseliimit kindlustuse ostmiseks ning tavaliselt jääb see 60. ja 75. eluaasta vahele. Samas võib kindlustuskate ka lõppeda teatud vanusesse jõudmisel (Taani, Küpros) – eriti kehtib see grupilepingute (vt allpool) puhul, kuid seejuures võib olla võimalus kanda leping üle individuaalseks lepinguks. Lepingud võivad olla nii aastased (enamikus riikidest), kuid näiteks Austrias, Belgias ja Saksamaal peavad need olema eluaegsed.

Avatud liitumine (*open enrolment*) annab võimaluse kõikidel isikutel erakindlustusega liituda ehk kindlustusandja ei tohi keelduda kellegi kindlustamisest. Lisakindlustuse puhul on avatud liitumine vähem levinud, kuid üldiselt Euroopas tavaks (võib olla vastavalt reguleeritud).

Ühe riski katmiseks oodatavat kulu näitab väljamakse inimese kohta teatud perioodil:

$$C = \frac{P}{L},$$

kus

C = keskmine väljamaksete suurus,

P = makseid perioodis,

³⁴ Seejuures on oluline, et sotsiaalkaitse definitsioon varieerub riigiti suurel määral. Jääb ebaselgeks, kas avatud liitumine ja ka riskide võrdsustamise mehhanismid on direktiiviga kooskõlas, eriti mis puudutab täiendavat ja lisakindlustust. Thomsoni ja Mossialose (2009) hinnangul ei ole direktiivi täpsus eraravikindlustusega seotud regulatiivsete küsimuste selgitamiseks piisav.

L = kindlustatute arv.

Ülaltoodud valemit saab vaadelda kui üleüldist kindlustusmakset. Samas sõltub kindlustusmakse suurus tegelikkuses iga grupi spetsiifilistest riskidest, nagu näiteks sugu³⁵, vanus ja saadava teenuse tüüp (ambulatoorne, statsionaarne).

$$C_x = \frac{P_x}{L_x},$$

kus

x = vanus.

Lisaks on erinevates riikides kasutusel ka ameti, haigusloo ja perekonnas esinenud haiguste põhjal kindlustusmakse määramine. Eestis ei ole vastavad andmed kättesaadavad (samuti ei ole võimalik ühitada isiku tervisekulude ja sissetulekute infot) ning seetõttu eeldatakse analüüsis, et kindlustusandjad ei erista peale vanuse muid riske.

Kogukonna- (*community*) ja grupipõhiste riskihinnangute (kasutusel Taanis, Kreekas, Itaalias) puhul võidakse lähtuda ka konkreetse kogukonna või ettevõtte üldisest riskist. Viimase puhul on võimalik arvesse võtta ettevõtete tegevusala ning väljamaksete ajalugu. Grupilepingud on tavaliselt soodsamad kui individuaalsed lepingud (Thomson, Mossialos 2009).

Muu hulgas tuleb arvestada tervishoiukulude kasvu eriti nende kindlustuspakettide osas, millel puudub rahaline piirmäär teenustele. Seega peab iga riskigrupi suurus olema ühelt poolt piisavalt suur, teisalt peab diferentseeritus olema samuti piisav, et võimaldada konservatiivset kindlustusmaksete määramist (ILO 1999).

Kindlustusmakse suurus arvutatakse järgneva valmiga:

$$C_x = \sum_{i=1}^n C_x^i,$$

kus

i = erinevate hüviste/teenuste grupid.

Kui arvesse võetakse varasemaid haigusi, siis korrutatakse kindlustusmakse teatud koefitsiendiga. Antud analüüsis eeldatakse, et kindlustusandjad seda ei tee või see ei ole seadusega lubatud (nagu näiteks Tšehhis või Ungaris).

Tavaliselt on kasutusel ka kohustuslik ooteperiood, mille järel kindlustus jõustub, ehk väljamakseid hakatakse tegema hiljem kui sissemaksid. Keskmiselt jääb ooteperioodi pikkus 1 kuu ja 1 aasta vahele, kuid hooldusravi puhul võib see olla ka pikem (näiteks Austrias 3 aastat). Käesolevas analüüsis eeldatakse ravikindlustuse poliitikavariantide puhul ooteperioodi puudumist, kuid pikaajalise hoolduse kindlustuse puhul seatakse ooteperioodiks 3 aastat ehk sellel perioodil toimuvad küll kindlustuse sissemaksed, kuid väljamaksed puuduvad.

Lisaks ooteperioodile võivad kindlustusandjad riske maandada ka väljamakseliimite rakendades (kasutusel Austrias, Belgias, Bulgaarias, Tšehhis, Soomes, Kreekas, Portugalis), kuid enamikus Euroopa riikides limiidid puuduvad. Siinses analüüsis eeldatakse, et väljamakseliimite ei rakendata. Kui nende rakendamine mudelisse lisada, siis oleks vaja leida kindlustatute, kelle ravikulutused ületavad vastavaid piirmäärasid, hulk ja kulutuste osakaal ning vastavalt kohandada vanuse jaotuse järgi määratud keskmisi kulutusi konkreetse teenuse puhul. Praegu on Eesti turul saadava erakindlustuse tariifi tingimustes eriarstiabi puhul aastane kulutuste liimit 10 250 eurot (160 000 krooni). Kui arvestada, et ligikaudu kolmandik kogu ravikindlustuse rahast kulub 1% kindlustatute raviks, tähendab see keskmiselt ligikaudu 19 170 eurot (300 000 krooni) isiku kohta. Seega on tõenäoliselt arvestatav hulk isikuid, kes ületaks kulutuste limiidi.

Indiviidi valik

Turul võib eeldada erinevate hüvitistega pakettide moodustumist, kuid eelkõige lisakindlustuse puhul, sest näiteks täiendava kindlustuse puhul on praeguses olukorras valiku moodustumine piiratud üksikute teenustega. Lõppkokkuvõttes mängib valiku puhul olulisemat rolli turu suurus. Kindlustuspaketi valik sõltub kindlustusandjate arvust ja nende tegutsemisulatusest (piirkonnast), aga ka sellest, milliste

³⁵ Soo võtmine kindlustusmakse arvutamise aluseks on Euroopa Liidus keelatud (vt näiteks direktiiv 2004/133/EC).

teenuseosutajatega on kindlustusandja lepingu sõlminud (vt ka ptk 4.7 tervishoiuteenuse osutajate paiknemise tiheduse kohta Eestis).

Kindlustusandja võib võimaldada teenust tarbida nii era- kui ka avaliku teenuseosutaja juures. Valikuvõimalus on piiratud keerulisema ravi puhul, mida osutatakse suuremates haiglates. Valikuvõimalus võib olla laiem teenuste puhul, mida võidakse pakkuda ka väiksemates praksistes, nagu näiteks eespool nimetatud hambaravi, silmaravi, taastusravi või psühhiaatria puhul.

Konstante ja kasvav kindlustusmaks

Kuna eelnimetatud arvutuskäigu tulemusena leitav kindlustusmaks oleks kõrgemate vanusegruppide puhul liialt kõrge, siis tegelikkuses seda nii kõrgeks ei seata, vaid kogutakse varasematel perioodidel (kui kulud on väiksemad) reserve (ILO 1999). Analüüsis keskendutakse lihtsuse huvides eelkõige konstantsele kindlustusmaksle. Samas on enamikus riikides kindlustusmaksete suurus vanusega kasvav, samuti on nii Eesti turul pakutava eraravikindlustuse kindlustusmaksle puhul.

Aastane kindlustusmaks leitakse tavaliselt kindlustusmaksetest saadava tulu ja väljamaksete kulu võrdusena iga riskigrupi puhul. Selleks leitakse oodatavate kulutuste ja maksete nüüdisväärtus kindlustuslepingu kehtimise perioodil.

Nii tulusid kui ka kulusid mõjutavad kaks olulist faktorit:

- suremuse tõenäosus (juhuslik muutuja vanusegrupis, mis leitakse suremustabelite põhjal),
- katkestamise tõenäosus (juhuslik muutuja vanusegrupis).

Vanuse ja kindlustuslepingu pikkuse kasvades üldiselt kindlustuslepingu katkestamise tõenäosus väheneb. Mida suuremad on aga suremus ja lepingu katkestamise tõenäosus, seda väiksem on kindlustusmaksle suurus (ILO 1999). Viimane sõltub kindlustatute arvust, mille suurus korrutatakse seega koefitsiendiga, mis avaldub järgnevalt:

$$l_{x+1} = l_x(1 - q_x - k_x),$$

kus

l = kindlustatute arv,

q = suremuse tõenäosus,

k = katkestamise tõenäosus.

Mida sagedamad on suremus ja katkestamine, seda väiksemad on nõuded ning seda väiksemaks muutub kindlustusmaksle. Paralleelselt vähenevad nii tulud kui ka kulud, kuid säilivad nende isikute poolt reservi makstud kindlustusmaksed. Käesolevas analüüsis kasutatakse Praxise suremustabeleid, mis põhinevad Eurostati rahvastikuprognosidel. Iga kindlustusskeemi siseneva vanusegrupi puhul arvutatakse selle vanusegrupi suremus järgnevatel aastatel (maksimaalse kindlustusperioodi jooksul).

Katkestamise tõenäosust on keeruline hinnata. Üldiselt kindlustatute vanuse kasvades ning pikemate kindlustuslepingute puhul katkestamise tõenäosus väheneb. Samas sõltub katkestamine ka palju konkreetsest kindlustuspaketist, selle hinnast ja riskidest, mida maandatakse. Siinses analüüsis eeldatakse, et isikud ei katkesta lepingut, vaid see on määratud kogu perioodiks.

Kindlustusmaksete ja väljamaksete nüüdisväärtus

Käesolevas analüüsis eeldatakse nüüdisväärtuse arvutamiseks konstantset reservide tulumäära 3%. Kindlustusvaldkonnas on aktuaarse intressimäära puhul oluline selle määramise tagasihoidlikkus. Seejuures eeldatakse, et kindlustusmaksle laekub iga perioodi alguses.

$$NPV_{b,x} = NPV_{p,x},$$

kus

b = väljamaksed,

p = kindlustusmaksed (kindlustuspreemiad).

Administratiivkulud

Lisaks tegelikele väljamaksetele peab kindlustusmakse katma ka kindlustusettevõtja administratiivkulud ning samuti on oluline riskireserv (sõltub volatiilsusest), et katta prognoosimatud kõikumised väljamaksetes. Administratiivkulud võivad sisaldada järgnevaid kulusid.

Sõlmimiskulud:

- kindlustusskeemi haldamise kulud (lepingute sõlmimine),
- müügikulud (sh provisjonideks),
- maaklerluskulud.

Kahjukäsitluskulud:

- nõuete haldamine, maksmine.

Administratiivkulud:

- amortisatsioonikulud,
- pakettide disain,
- riskide hindamise kulud.

Kahjukäsitluskulud võivad oleneda ka väljamaksete tüübist: kas kindlustuse väljamaksed põhinevad tehtud kulude hüvitamisel või saadakse kindlustushüvitised teenusena. Viimasel juhul piiritleb kindlustusandja need teenusepakkujad, kelle juures kindlustatav ravi saab – see tähendab, et patsiente on võimalik efektiivsemalt suunata ning selle tulemusena on ka kulud väiksemad.

Lisaks võib administratiivkulud jaotada kaheks:

- fikseeritud kulud, mis ei sõltu kindlustusmakse või kindlustatute arvu suuruselt,
- muutuvkulud, mis sõltuvad kindlustusmakse või kindlustatute arvu suuruselt.

Kuna võimalik eraravikindlustuse turg Eestis on suhteliselt väike, siis võib fikseeritud kuludel olla oluline osakaal ning seetõttu on tähtis edasistes analüüsides määratleda võimalik fikseeritud kulude suurus.

Thomson, Mossialos (2009) näitavad, et administratiivkulud on enamasti 10–25% kogu kindlustusmaksetest. Samas on ka äärmuslikumaid näiteid, nagu Itaalias 4%, Hollandis 5% ning seevastu Saksamaal 33% ja Poolas 39%. Käesolevas analüüsis administratiivkulusid eraldi ei hinnata, kuivõrd see sõltub konkreetse kindlustuspaketi spetsiifikast, ning märgitakse kindlustusmaksete näitlike arvutuste tulemuste puhul, et neile lisandub administratiivkulude osa.

Reservide arvutamine

Konstantne individuaalne kindlustusmakse viib reservide akumulatsioonini nooremates vanusegruppides, kui kindlustusmakse suurus ületab väljamakseid, ning nende vähenemiseni vanuse kasvades ja kulutuste suurenemisel. Reservide suurus võib sõltuda kindlustussüsteemi sisemisest ümberjaotamisest (nagu see toimub sotsiaalkindlustussüsteemides), kus nooremate kindlustatavate sääste võidakse kasutada vanemate kindlustatute jaoks väljamaksete tasumiseks. Samas hoitakse mitmetes Euroopa riikides kõik kindlustuspoliisid analoogselt elukindlustusega finantsiliselt eraldi, et vältida ristsubsideerimist erinevate kindlustusgruppide vahel (ILO 1999).

Üldiselt tähendab isikupoolne kindlustuslepingu katkestamine seda, et ta kaotab kogutud reservid (juhu kui sissemaksed on varasemal perioodil ületanud väljamakseid). On ka näiteid, kus reservide mitte kaasaliikumine isikuga on mõjunud negatiivselt konkurentsile. Näiteks Saksamaal nähti asendava kindlustussüsteemi puhul kindlustusturu madala konkurentsi ühe põhjusena võimaluse puudumist reserve ühe kindlustusandja juurest üle kanda, mis tegi uute kindlustusandjate jaoks turule sisenemise keeruliseks, sest isikul ei olnud majanduslikult kasulik kõrgemas vanuses kindlustusandjat vahetada. Selle tulemusena võeti 2009. aastal vastu reform, millega muudeti reservid liikuvaks, lootes selle abil konkurentsi erakindlustusturul suurendada (Thomson, Mossialos 2009).

Reserv katab samuti negatiivset aastasisest bilanssi, mis jääb sissemaksete vahele, eeldusel, et makse toimub ühe aasta kaupa. Individuaalne ekvivalentsus ehk sissemaksete ja väljamaksete nüüdisväärtuse võrdsus peab eksisteerima nii kindlustuslepingu alguses kui ka ükskõik mis hetkel kindlustuspoliisi kehtivuse ajal. Seega peab igal ajahetkel sissemaksete nüüdisväärtuse ja reservi summa võrduma väljamaksete kulu nüüdisväärtusega:

$$NPV_{b,x} = NPV_{p,x} + r,$$

kus

r = akumuleerunud reserv konkreetset ajahetkel.

Lisaks eelnimetatud muutujatele mõjutab kindlustusmakse suurust ka tervishoiukulutuste muutus (hinnad ja kasutamise kasv). Tervishoiu hindade ja teenuste kasutamise muutuse aluseks võetakse raporti baasprognoos (vt ptk 3.2).

Minimaalse riikliku paketi defineerimine

Minimaalse riikliku paketi defineerimine ehk vastuse leidmine küsimusele, milliseid konkreetseid teenuseid või teenuserühmasid peaks erakindlustus katma, jäetakse siinkohal analüüsist kõrvale. Analüüsi mahu piiritletus ei võimaldaks tagada, et need valikud on kliiniliselt, sotsiaalselt ja õigluslikult põhjendatud. Võib aga välja tuua viisid, kuidas on võimalik defineerida nn minimaalset teenustepaketti.

- Teenusepaketi defineerimine teenuste ja haiguste liikide lõikes – riik määratleb, millised teenused katab riiklik süsteem ning milliste teenuste puhul soodustatakse erakindlustuse teket. Seejuures mängib rolli nende teenuste kasutamise muster. Lisaks, kuna arstil on ainukesena õigus määrata isikule ravi, siis tuleb nii teenuseid kui ka haigusi või diagnoose (DRG) vaadata koos.
- Teenusepaketi defineerimine teenuste kasutamise ajalise piiranguga – riik määratleb, millise perioodi ravi (või hüvitist) tasutakse riigi poolt ning millise perioodi puhul soodustatakse erakindlustuse teket. Teenusepaketi defineerimine ajalise piiranguga ravikindlustuse puhul on keeruline, sest raviarve kestus on iga ravijuhtumi puhul varieeruv. Nii väga kallid kui ka suhteliselt odavad ravijuhud võivad olla erineva kestusega. 2009. aastal oli kõikide erialade lõikes ühe isiku kohta keskmine ravipäevade arv aastas 14 päeva ning keskmine summa 770 eurot (12 041 krooni). Samal ajal oli näiteks ambulatoorses otorinolarüngoloogias aasta keskmine isikule kulunud summa 44 eurot (684 krooni), sisehaiguste päevaravis aga küündis see üle 5273 (82 500 krooni). Asenduskindlustuse puhul võib lisanduda täiendav risk, kus konkureerivatel kindlustuspakkujatel on stiimul pikendada perioodi piiripealsetes olukordades või vastupidi, mis võib mõjuda negatiivselt efektiivsusele. Samuti oleks asenduskindlustuse puhul keeruline defineerida see osa sotsiaalmaksust, mida enam ei pea maksma, ning millele pakub erakindlustus asendust.

Tööandja grupikindlustus ja erisoodustuse sotsiaal- ja tulumaksu osa kaotamine tööandja ravikindlustus-teenusele

Mitmetes riikides on nii asendav kui ka täiendav ja lisakindlustus kasutuselgrupilepingute vormis ehk kindlustust on võimalik osta korraka grupile (perekond, töötajaskond jms). Erisoodustuse sotsiaalmaksu ja tulumaksu kaotamine tööandja ravikindlustusteenusele tähendaks suuremat tõenäosust erakindlustusturu arenguks, sest tööandja saaks lepingu isiku kohta soodsamalt ning samas tähendaks tööandja grupilepingu sõlmimine rohkemate kindlustatavate kaasamist. Colombo, Tapay (2004) toovad välja, et tööandjad mängivad olulist ja kasvavat rolli eraravikindlustuse levikus ning on edukamad kindlustuskaitse pakkumise tingimuste läbirääkimisel.

Enamik Euroopa riike pakub eraravikindlustusele mõnda maksustiimulit, eelkõige eesmärgiga soodustada erakindlustuse kasutamist. Grupilepinguid soovivaid maksusoodustusi kasutatakse Belgias, Taanis, Soomes, Lätis, Hispaanias, Rootsis, Austrias, Bulgaarias, Kreekas, Itaalias, Portugalis, Sloveenias. Näiteks Taanis ja Leedus on võimalik kindlustusmaksete summa maha arvata ettevõtlusmaksust.

Just Taani puhul (Vrangbaek 2009) tuuakse lisakindlustuse tekke põhjusena välja maksusoodustuste olulised mõjud. 2002. aastal rakendati ettevõtetele maksuvabastus ning individidele maksutagastus vabatahtliku erakindlustuse ostmise puhul. Selle reformi eesmärk oli kaasata tööandjaid rohkem töötajate tervise eest hoolitsemisse ning samuti suurendada eratervishoiuteenuste pakkumist ja turu rolli tervishoius. Oluline on siinkohal riigi majanduslik olukord maksusoodustuste rakendamise hetkel – nimelt

oli Taani majanduskasv väga kõrge ning samuti oli hõive peaaegu täielik, seega oli ka suur konkurents tööandjate vahel, et töötajaid leida. Samuti oli seatud reegel, et ettevõtte peab paketi ostma kõikidele töötajatele (mitte ainult näiteks juhtkonnale).

Grupilepingud võivad olla odavamad, sest kindlustusmaksu suuruse määravad grupi karakteristikud ehk toimub nn grupisene riskide maandamine – ettevõtte puhul subsideerivad nooremad töötajad vanemaid töötajaid. Juhul kui tööandja maksab vähemalt osa kindlustusmaksest, puudub noorematel töötajatel motivatsioon otsida individuaalset kindlustusvõimalust. Samas vajab ettevõtete käitumine maksusoodustuse kehtestamise puhul täpsemat uurimist, seda kooskõlas erinevate ettevõtete töötajate terviseseisundiga ettevõtte tegevusala ja suuruse lõikes. Tasub märkida, et Eestis töötab 25% tööga hõivatutest ettevõtetes, kus on palgal 1–9 töötajat. Kokku on 1–9 töötajaga ettevõtteid 48 700 (87% kõigist ettevõtetest) ning arvutuslik keskmine töötajate arv on nende puhul 2 töötajat (Statistikaamet 2009).

Erakindlustuse kaasamist takistavad tegurid

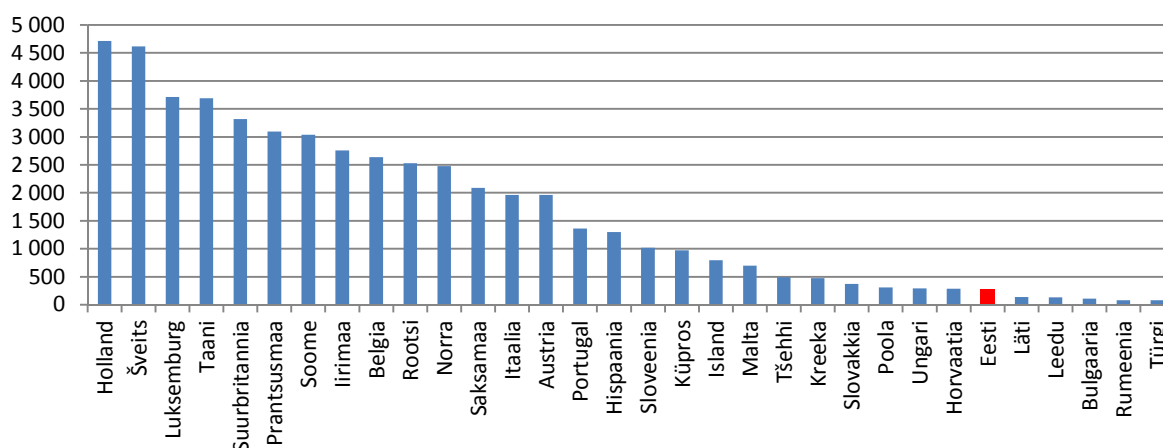
Eespool nimetatud aspektile, et olulist rolli erakindlustuse kaasamisel on mänginud ka kindlustusfirmade ajalooline taust, on võimalik lisada veel tegureid, mis võivad erakindlustuse kaasamist soodustada või hoopis takistada.

Shin (2011) toob välja, et olulist rolli mängivad inimeste ootused. Juhul kui riiklik ravikindlustuse süsteem ei ole vastavuses ühiskonna ootustega (näiteks ei sisalda riiklik pakett piisavalt teenuseid), võib tekkida surve muude võimaluste loomiseks. Siinkohal tekib aga küsimus, kas mittepakutavad teenused on meditsiiniliselt kuluefektiivsed või põhinevad ootused mingitel muudel alustel.

Thomson, Mossialos (2009) toovad erakindlustuse käivitamisele ebasoodsate teguritena välja järgnevad aspektid (lisatud on autorite hinnangud koost viidetega väidete kehtivusele Eesti kontekstis).

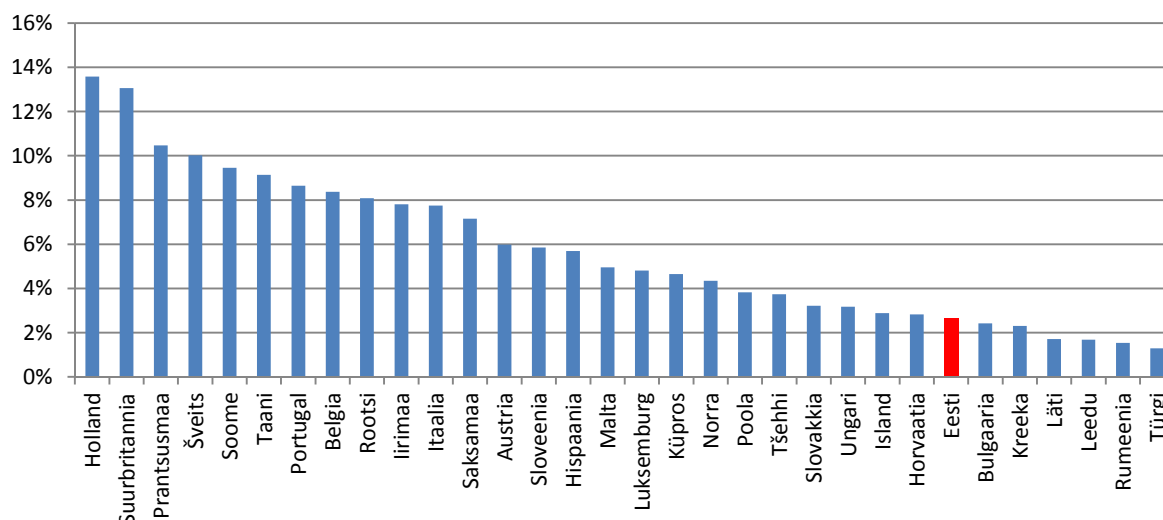
Tabel 4.8.2. Eraravikindlustuse käivitamise ebasoodsad tegurid ja nende kehtivus Eesti kontekstis (Thomson, Mossialos 2009)

Takistav tegur	Kehtivus	Selgitus
Lai riiklik ravikindlustus	Pigem jah	Eestis on lai riiklik kindlustus Haigekassa näol, kuigi on ka teatud teenusegrupe, mille puhul on riiklik kaetus ja kättesaadavus madal.
Erateenuseosutajate vähesus	Pigem jah	Vt ptk 4.7 teenuseosutajate paiknemise tiheduse kohta Eestis.
Kindlustusteenuse kasutamise on vähelevinud	Pigem jah	Vt joonised 4.8.2 ja 4.8.3 (kindlustuspreemiate suurus elaniku kohta ja suhtena SKPsse (CEA 2011)).
Vähe informatsiooni riikliku süsteemi kulude ja ooteaegade kohta	Jah/ei	Teatud teenuste puhul on informatsioon puudulik, näiteks täiskasvanute hambaravi kasutamise ja kulutuste kohta vanusegruppides andmeid alates 2007. aastast ei koguta. Varem tehti seda Leibkonna Eelarve Uuringu raames.
Mitteformaalsete maksete suur osakaal	Jah/ei	Justiitsministeeriumi ja Tartu Ülikooli uuring „Korruptsioon Eestis“ (2010) toob välja, et altkäemaksu on küsitud arstidega suheldes 9% inimestelt. Samas on see näitaja võrreldes 2006. aastaga 5% võrra langenud.

Joonis 4.8.2. Keskmised kindlustuspreemias kokku elaniku kohta Euroopa riikides 2009. aastal (eurodes).

Allikas: CEA 2011

Sarnaselt elaniku kohta, on võimalik näidata ka levimust suhtena SKPsse.

Joonis 4.8.3. Kindlustuspreemias kokku suhtena SKPsse

Allikas: CEA 2011

Erakindlustuse kaasamise mõjud

Kuivõrd erakindlustuse kaasamine võib sõltuvalt kindlustuspaketist anda väga erinevaid tulemusi, ei ole käesolevas analüüsis mõistlik välja tuua üldiseid erakindlustuse kaasamise mõjusid (vastavaid põhjalikke ülevaateid on teinud OECD ja Euroopa Komisjon, (vt Colombo, Tapay 2004 ja Thomson, Mossialos 2009), vaid peab täpsemalt keskenduma konkreetset tüüpi erakindlustuse poliitikavariantide mõjude analüüsile (vt allpool poliitikavariandid). Sõltuvad turu kujunemisest ja riigi poolt kehtestatavatest regulatsioonidest võivad ka mõjud olla erinevad.

Kui aga vaadata makrotasandit, siis Shini (2011) uuringus vaadeldakse OECD riikide kogemust erakindlustuse kaasamisel tervishoius. Keskmiselt moodustab OECD riikides erakindlustus 5,6% tervishoiu kogukulutustest (2007. aasta seisuga), samas kui riiklik ja sotsiaalkindlustus moodustavad kokku 72,7% kogukulutustest. Seejuures on riigi otsene panus (sotsiaalkindlustusel, mitte maksutuludel põhinevates süsteemides) 20,2% kogukulutustest.

Uuringu tulemusena märgitakse, et erakindlustuse kaasamine ei too kaasa riiklike kulutuste või sotsiaalkindlustusmaksete vähenemist ning et erakindlustuse kaasamise tulemusena omaosalus ei vähene.

Samale järeltulele OECD riikide kohta jõudsid ka Colombo ja Tapay (2004). Samuti märgitakse Shini (2010) uuringus, et suurem erakindlustuse kaasamine võib viia suuremate kulutusteni, sest inimeste nõudlus teenustele on suurem ning erakindlustuse kaasatus ei pruugi olla piisavalt mõjus, et tõsta efektiivsust pakkumises. Samas ei pruugi makrotasandi ning mitme riigi korraga vaatlemine olla piisav, sest riikide süsteemide vahel on olulised erinevused, mis on põhjustatud erinevatest mõjuteguritest. Kas makrotasandil tehtud arvutuste tulemused võivad kehtida ka Eesti kontekstis spetsiifiliste kindlustusteenuste puhul, uuritakse erakindlustuse kaasamise poliitikavariantide mõjude analüüsimisel.³⁶

Erakindlustuse kaasamine asenduskindlustusena teatud raviteenuste puhul (poliitikavariant 45)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Pölvkondade sisene solidaarsus	Pölvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Tõsta tervishoiusüsteemi pikaajalist jätkusuutlikkust
- Tõsta sotsiaalset jätkusuutlikkust elanike valikuvõimaluste suurendamise kaudu

Üksikutes Euroopa riikides (Saksamaa, Küpros, Holland kuni 2006. aastani) pakub/pakkus eratervisekindlustus asendavat (*substitutive*) katet inimestele, kes on riiklikust ravikindlustuse süsteemist mõne aspekti alusel välja arvatud või sellest süsteemist välja astunud. Käesoleva poliitikavariandi puhul keskendutakse olemasolevat süsteemi asendava kindlustussüsteemi loomise võimalikkuse ning mõjude analüüsimisele, sest asendav kindlustus nendele, kellel Haigekassa kindlustus puudub, on Eestis olemas (turul on üks kindlustusandja).

Käesoleva poliitikavariandi puhul tuuakse välja olulised asendava kindlustuse mõjud, mis aitavad selgitada paremini ka teiste erakindlustuse kaasamise variantide mõjusid. Poliitikavariant on näitlik ning nagu eespool nimetatud, ei keskenduta eraldi nn riikliku paketi defineerimisele (ehk millele asendust lubatakse), vaid võetakse arvutuste tegemise aluseks laiemalt Haigekassa kulutused eriarstiabile.

Asendav kindlustus on kindlustussüsteem, mis konkureerib olemasoleva süsteemiga teatud või kõikide teenuste ulatuses. Asendava kindlustuse puhul on isikul võimalik olemasolevast süsteemist väljuda ehk Eesti kontekstis tähendaks see sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksmise vabastust vastavas ulatuses. Seega on asendava ravikindlustuse kasutajale ette nähtud sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa vabastus (*opting out*) teatud teenuste (näiteks eriarstiabi) või kogu paketi ulatuses.

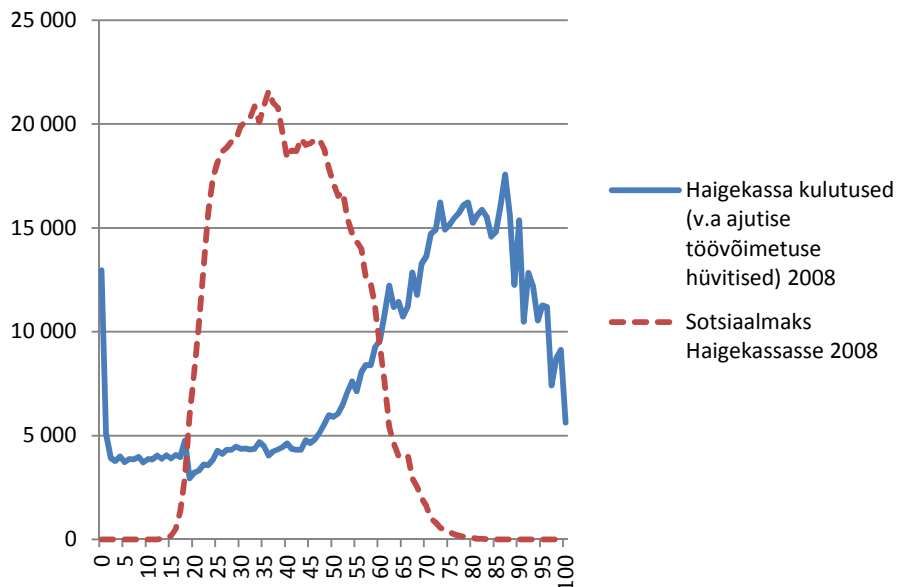
Ühelt poolt tähendab asendava kindlustuse võimaluse loomine valiku laiendamist (isik saab valida kas riikliku või erakindlustuse), teisalt aga tähendab see riskide segmenteerimist – suuremad riskid jäävad riiklikusse süsteemi ning madalamad riskid liiguvad erakindlustusse (Thomson, Mossialos 2009). Selle põhjuseks on aspekt, et kõrgemapalgelised isikud on üldiselt tervemad ning kuna erakindlustuse kindlustusmaks ei sõltu sissetulekust, on kõrgemapalgeliste isikute jaoks kindlustus paremini kättesaadav.

Selle näiteks on ka Saksamaa erakindlustuse kogemus, kus erinevad stiimulid „toovad“ erakindlustusse madalama riskiga inimesi ja kõrgema riskiga inimesed (vanemaealised, naised, lapsed ja suured pered) jäävad riiklikusse süsteemi. Kõikidest erakindlustusega kaetud isikutest on Saksamaal vaid 11% vanemad kui 65 aastat. Samas on töötavate erakindlustatute sissetulekud keskmiselt 60% kõrgemad kui riiklikus süsteemis kindlustatutel (riiklikust süsteemist võib välja astuda alates teatud sissetulekutasemest, sissetulekud peavad seda taset ületama vähemalt kolm aastat). Riskide segmenteerimine Saksa süsteemis tekitab riiklikus kindlustuses defitsiidi ning sellest tulenevalt kasvavad sissemaksed süsteemi, mis tähendas omakorda noorematele isikutele veel suuremaid stiimuleid liituda erakindlustusega. Seevastu vanemaealised võisid riiklikusse süsteemi tagasi tulla (1995. aastal see võimalus kaotati). (Thomson, Mossialos 2009)

³⁶ Mõjude väljatoomisel tuginetakse olulises osas Colombo, Tapay (2004) ja Thomsoni, Mossialose (2009) koostatud põhjalikele erakindlustust käsitlevatele ülevaadetele, vastavalt OECD ja Euroopa riikide kogemuse põhjal.

Kui vaadata Eesti süsteemi kulude ja tulude jaotust, siis allpool toodud graafikust nähtub, et täisealistel elanikel on kõige madalamad kulutused tervisele 20. eluaastate alguses ning samuti 35. ja 45. eluaasta vahel. Kulutused hakkavad kasvama sissetuleku langedes, alates 45. eluaastast.

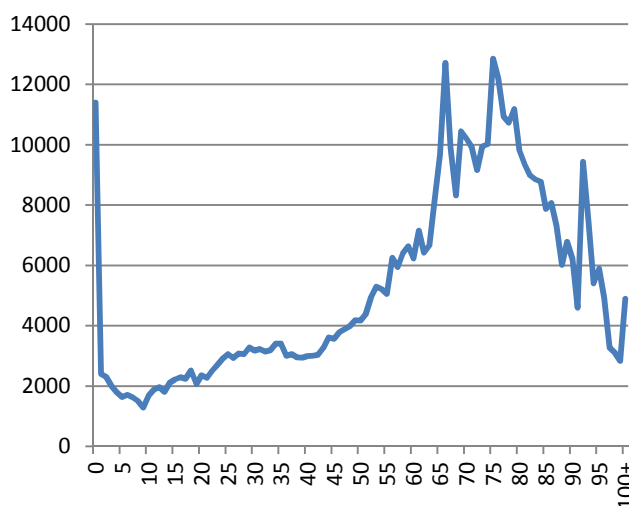
Joonis 4.8.4. Haigekassa kulutused ja sotsiaalmaks haigekassasse ühe inimese kohta vanuse lõikes, kroonides, 2008. aastal.



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, Haigekassa, autorite arvutused

Sarnane kulude jaotus vanuse lõikes on ka puhtalt eriarstiabi puhul, kus kulutused kasvavad järsult pensioniikka jõudmisel (vt joonis 4.8.5).

Joonis 4.8.5. Haigekassa kulutused eriarstiabile ühe inimese kohta vanuse lõikes, kroonides, 2008. aastal.



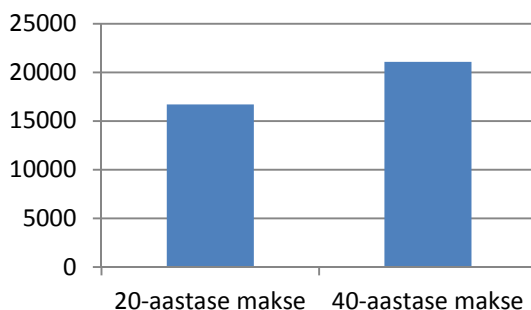
Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Nimetatud kulumustrist lähtuvalt on võimalik välja tuua rahalised kulutused indiviidile eriarstiabi asenduskindlustusega liitumisel ning samuti laiemad konkreetse poliitikavariandi mõjud patsiendile, teenuseosutajatele ning süsteemile tervikuna.

Mõjud

Patsiendile. Joonisel 4.8.6 on toodud kindlustusmakse suurused isikule eriarstiabi puhul³⁷. Nähtub, et kindlustusmakse oleks vaid eriarstiabi kindlustamisel 20-aastasele isikule 1067 eurot (16 693 krooni) ning 40-aastasele isikule 1356 eurot (21 062 krooni) aastas (vastavalt 89 ja 112 eurot kuus).

Joonis 4.8.6. Konstantse kindlustusmakse suurused eriarstiabi kulutuste kindlustamiseks kroonides.



Allikas: autorite arvutused, Haigekassa andmestik

Kuivõrd eriarstiabi kulutused moodustavad sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast üle poole ehk 57% (Haigekassa 2010. aasta MAA), tähendaks see ravikindlustuse sotsiaalmaksuosa vähenemist 7,45 protsendipunkti võrra. Samas moodustaks kindlustusmakse keskmise palga juures 20-aastasel asendava kindlustusega liitujal 11% palgast ning 40-aastasel liitujal 14% palgast. Miinimumpalga puhul oleksid vastavad numbrid 32% ja 40% palgast. Kuivõrd tegemist on konstantse kindlustusmaksega, võivad vastavad proportsioonid isiku palga kasvades väheneda, kuid sõltuvalt kindlustuslepingust võivad kasvada ka kindlustusmaksed, juhul kui tervishoiuteenuste inflatsioon ületab prognoositut. Samuti lisandub kindlustusmaksele administratiivkulude komponent.

Seega oleks asendav kindlustus madalama sissetulekuga isikute jaoks väiksema kättesaadavusega kui kõrgema sissetulekuga isikutele. Samas võivad kindlustuse soetanute puhul tervishoiukulutused väheneda regulaarse monitooringu või ennetustegevuse tõttu.

Haigekassale. Arvestades, et praegune ravikindlustussüsteem sõltub tööjõumaksudest ehk töötavatest kindlustatutest, toob asendava kindlustussüsteemi rakendamine kaasa Haigekassa finantsilise olukorra muutuse. Iga asendava kindlustusega liituja, kes teenib palgatulu, tähendaks Haigekassale tulude vähenemist vastavas proportsioonis. See võib tähendada Haigekassale kulude suurenemist isiku kohta, eeldusel, et nooremad tööealised isikud, kes on keskmiselt tervemad, vahetavad kindlustusandja erakindlustaja kasuks.

Samuti on oluline otsustuskoht alla 18-aastaste ravi katmine. Asenduskindlustuse puhul on võimalik need kulud katta ka nn grupilepinguna (vanem soetab asendava kindlustuse ka lastele) või jätta ka üldisesse süsteemi.

Tervishoiuteenuse osutajale. On tõenäoline, et kindlustuste ja teenuseosutajate vahelist konkurentsi, mis looks stiimulid hindade vähenemisele, ei teki turu osapoolte väikese arvu tõttu. Teatud teenuseid pakutakse vaid üksikutes haiglates ning teenuseosutajal on sel juhul võimalik tasulisi hindu tõsta, juhul kui nendele tekib suurem nõudlus. Seega võivad, olenevalt kindlustuspaketist, kasvada teenuseosutajate tulud. Juhul kui teenuseosutajate tulud kasvavad, võivad kasvada haiglate investeeringud meditsiinilisse tehnoloogiasse ning muudesse kapitalikomponentidesse. Samuti võivad tõusta palgad – lisaraha toomine süsteemi ning palkade kasv võivad tõsta tervishoiutöötajate motivatsiooni valdkonnas töötada. Meditsiinilise tehnoloogia rakendamise suurenemine võib tuleneda ka kõrgendatud ootustest kvaliteedile, mis võib olla teisalt oht üleinvesteeringuteks ning lõpptulemusena viia hindade kasvuni.

Haiglavõrguväliste teenuseosutajate jätkusuutlikkus paraneks, kuivõrd nad sõltuksid vähem Haigekassa lepingust.

³⁷ Eriarstiabi kasutamine arvutuste baasina on siinkohal näitlik. Arvestada tuleb, et vaid teatud eriarstiabiteenuste, kuid samas mitte ravimite hüvitamine ei pruugi olla sotsiaalselt jätkusuutlik.

Tervishoiusüsteemile tervikuna. Positiivse välismõjuna võib toimuda nn õppimise efekt – erakindlustajad katsetavad erinevaid patsientide tervise haldamise süsteeme ehk piloteerivad teenuseid/pakette, mida hiljem võib avalik süsteem samuti kasutusele võtta. Colombo, Tapay (2004) on välja toonud, et nõudluse survele võib erakindlustusega kaasneda suurem innovatsioon, kuivõrd teenusepakette vormitakse individuaalsetest vajadustest lähtuvalt.

Samas võib raskeneda tervishoiustatistika kogumine (seotud suuremate kuludega) ning erakindlustuse osatähtsuse kasv võib vähendada kogu süsteemi läbipaistvust. Teisalt on andmete jagamine võimalik riigi poolt kohustuslikuks muuta, riiklik info kogumine ja jagamine võib vähendada info asümmeetriat ja määramatust. Turuosaliste jaoks võimaldaks see ka teoreetiliselt vähendada administratiivkulusid, sest iga kindlustusandja ei tegele eraldi info haldamisega.

Teisalt võivad administratiivkulud tervishoiusüsteemis tervikuna tõusta, sest muudatus tooks teenuseosutajatele kaasa suurema koormuse, tulenevalt läbirääkimistest ning lepingu sõlmimisest erateenuseosutajatega. Samuti lisanduvad kogu tervishoiusüsteemi administratiivkulutustele uute kindlustusandjate administratiivkulud (sh haldus- ja kahjukäsitluskulud) ning lisakulu patsientidele, kes peavad tegema kulutusi kindlustusandjate ja -pakettide vahel valiku tegemiseks – otsimiskulu.

Tervishoiuteenuste hinnad ja kasutamine võivad kasvada olenevalt loodavatest kindlustuspakettidest – erakindlustuse paketid ei pruugi olla sama kuluefektiivsed kui käesolev süsteem, vaid soodustada ületarbimist (Thomson, Mossialos 2009). Kuigi moraaliriski vähenemine, liiga varase tarbimise või ületarbimise piiramine on kindlustusandjate juhitav probleem, tähendaks selle toimumine ühiskonnas tervikuna ressursside väiksemat kättesaadavust ning samuti survet suurema tervishoiutöötajate koolituse järele.

Teenuseosutajatele võib tekkida stiimul osta Haigekassalt teenust kõrgemate hindadega ning see võib tähendada Haigekassa klientidele teenuse keskmise kulu kasvu ning tervikuna väiksemat kättesaadavust (ehk süsteemis suuremat ebavõrdsust). Teisalt võivad suuremad kulutused soosida meditsiinilise tehnoloogia laiemat rakendamist, mis võib tähendada kvaliteedi kasvu, kuid ühiskonnas tervikuna võib viia meditsiinitehnoloogia dubleerimise ja alakoormatuseni kallima aparatuuri puhul.

Juhul kui asenduskindlustus luuakse ainult teatud osale teenustele (näiteks eriarstiabi), siis võib olla oht, et halveneb koostöö erinevate tervishoiutasandite vahel.

Kui vaadata praegust asenduskindlustusturgu Eestis (asenduskindlustusturg neile, kel puudub Haigekassa kindlustus) ning pakutavaid kindlustuspakette, siis on oluline märkida, et kõikide raviteenuste puhul on seatud maksimaalne piir. See tähendab, et väga suurte arvete puhul kindlustusandja enam ravi eest ei tasu. Kui loodava asenduskindlustuse puhul toimuks samasugune süsteem, siis oleks vajalik lisakindlustus katastroofiliste kulude ehk väga suurte raviarvete jaoks. Kui katastroofilisi kulutusi kataks riiklik süsteem, siis võib see potentsiaalselt viia tervishoiukulude kasvule, sest erakindlustusel on motivatsioon isikuid, kes on kulupiiri ületanud, n-ö üle ravida, juhul kui see ei ole vastavalt reguleeritud. Seega võib piirmäärade kehtestamine kindlustushüvistele põhjustada osa patsientide piisava ravita jäämise, kuid nimetatud oht sõltub konkreetsest paketist ning võib olla ka seadusega välistatav.

Kuna kindlustusturu tekkimise prognoosimine on keeruline ning palju sõltub sellest, kas inimesed valiksid alternatiivse kindlustaja, ei ole võimalik järeldada, kas asenduskindlustus sobiks Eesti süsteemi. Kui aga lähtuda eeltoodud arutluskäigust, Saksamaa näitest ning aspektist, et riskiselektiooni tekkimine võib tähendada ravikindlustuse segmenteerumist ning lisamehhanismide loomise vajalikkust, ei pruugi asenduskindlustus saavutada eesmärki vähendada riigi kulusid tervishoiule, vaid kulutused võivad kasvada.

Sotsiaalse jätkusuutlikkuse vähenemine sõltub asenduskindlustuse juurde loodavatest mehhanismidest – kui need mehhanismid katavad ära katastroofilised tervishoiukulutused ning maandavad ebavõrdsust (riigi poolt subsideeritud paketid), siis võib sotsiaalne jätkusuutlikkus jääda samaks, kuid Eesti väiksust arvestades (kindlustusturu käivitumine võtab aega ning tasandusmehhanismide loomine tähendab administratiivset lisakoormust) on see ebatõenäoline ja pigem oleks asenduskindlustuse rakendamine sotsiaalset jätkusuutlikkust vähendava iseloomuga.

Samas on ka teenuseid, mida Haigekassa ei rahasta ning mille puhul võib erakindlustus täiendava kindlustusena suurendada sotsiaalset jätkusuutlikkust ehk hajutada võimalikust haigestumisest tekkinud riske (vt järgmine poliitikavariant).

Erakindlustuse kaasamine täiendava kindlustusena valitud teenuste puhul (poliitikavariant 46)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Tõsta sotsiaalset jätkusuutlikkust, kindlustades katmata riske ning suurendades isikute valikuvõimalusi
- Kaasata täiendavaid rahalisi vahendeid tervishoiusüsteemi

Täiendav (*complementary*) eraravikindlustus võib katta teenused, mis on välja arvatud riiklikust ravikindlustuspaketist. Eraravikindlustuse täiendav turg võib parandada juurdepääsu tervishoiuteenustele, mis on riikliku ravikindlustuse poolt katmata või mittetäielikult kaetud, pakkudes juurdepääsu sellistele tervishoiuteenustele nagu hambaravi, füsioteraapia või ambulatoorsete retseptiravimite kulud.

Eraravikindlustusega täiendavalt kaetavateks teenusteks Euroopa riikides on peamiselt järgmised teenused:

- **hambaravi** – Austria, Belgia, Bulgaaria, Taani, Prantsusmaa, Saksamaa, Iirimaa, Itaalia, Läti, Liechtenstein, Luksemburg, Holland, Portugal, Sloveenia, Hispaania (15 riiki);
- **silmaravi** – Austria, Belgia, Taani, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Läti, Liechtenstein, Luksemburg, Holland (10 riiki);
- **alternatiivne meditsiin** – Austria, Belgia, Iirimaa, Itaalia, Läti, Liechtenstein, Luksemburg, Holland, Sloveenia, Ungari, Hispaania, Küpros (12 riiki);
- **ravimite omaosalus** – Prantsusmaa, Austria, Soome, Saksamaa, Ungari, Portugal, Rootsi (7 riiki);
- **füsioteraapia** – Austria, Taani, Ungari, Iirimaa, Holland, Läti (6 riiki).

Mitmete ülalnimetatud teenuste puhul on Eestis riiklik finantseerimine madal. Elanike finantskaitse tõstmise seisukohast võib nende teenuste kindlustamine erakindlustuse kaudu olla positiivne, eeldades, et kindlustusmaksed on inimestele taskukohane või madala sissetulekuga inimeste jaoks on olemas täiendavad kompensatsioonimehhanismid.

Prantsusmaal on täiendav kindlustus laialt levinud – 88% prantslastel on täiendav eraravikindlustus eelkõige omaosaluse katmiseks nendele teenustele, mis ei ole riigi poolt täielikult kaetud (hambaravi, silmaravi jms). Konkreetseid piiranguid, mida erakindlustus pakkuda võib, ei ole, on aga mitmeid stiimuleid, mis panevad erakindlustuse toimima kooskõlas üldise süsteemiga (näiteks peavad säilima teatud omaosaluse summad (perearsti visiit 1 euro, ravimi omaosalus 0,5 eurot) ja solidaarsuse printsiipidega (Thomson, Mossialos 2009).

Käesoleva poliitikavariandi all vaadeldakse kindlustusmaksed kujunemist praeguses süsteemis katmata vajaduste tagamiseks. Teoreetiliselt hinnatakse teatud teenused riiklikus süsteemis piiratud ressursside tingimustes teiste teenustega võrreldes mitte kuluefektiivseteks ning need jäetakse riikliku süsteemi poolt katmata. Tegelikuses on aga keeruline neid hinnanguid anda ja iga teenus vajab põhjalikku analüüsi. Hindamine ei ole lihtne ja tulemused saavad tihtipeale patsientide ja teenuseosutajate vastuseisu osaliseks (Thomson, Mossialos 2009).

Samas võib täiendava kindlustuse rakendumine muude teenuste puhul, mis on praegu alarahastatud, viia nende teenuste (näiteks taastusravi ja psühhiaatria) kiirema arenguni ja kvaliteedi kasvuni.

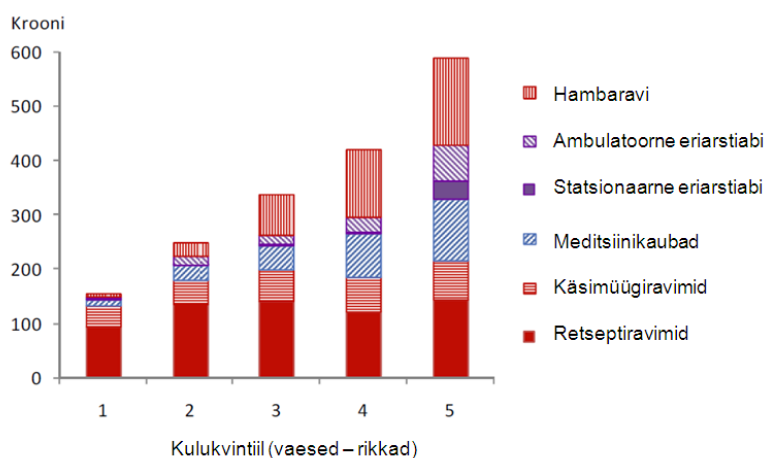
Käesoleva poliitikavariandi puhul ei hinnata, mida mõne teenuse kaotamine või lisamine riiklikusse teenustepaketti võib kaasa tuua, vaid püütakse leida kindlustusmaksed suurus praegu riikliku süsteemi poolt katmata teenustele. Täiendava kindlustuse puhul vaadeldakse alavariandina hambaravi ning ravimite omaosaluse võimalikku kindlustust.

Hambaravi täiendav kindlustus

Patsientide kulutused hambaravile moodustavad olulise protsendi kogu omaosalusest. Rikkamad leibkonnad kulutavad suhteliselt rohkem hambaravile, vaesemad leibkonnad suhteliselt rohkem ravimitele ning hambaravile kulutusi peaaegu ei tehta (Vörk et al. 2010). Kõige suurem kättesaadavuse ebavõrdsus

ongi hambaravis, mis on selgelt paremini kättesaadav rikkamatele elanikele. Juba keskmise sissetulekuga isikud kulutavad hambaravile üle kahe korra vähem kui kõige suurema sissetulekuga isikud (vt joonis 4.8.7).

Joonis 4.8.7. Keskmine kuine kulu patsientide omaosalusele teenuste lõikes 2006. aastal.



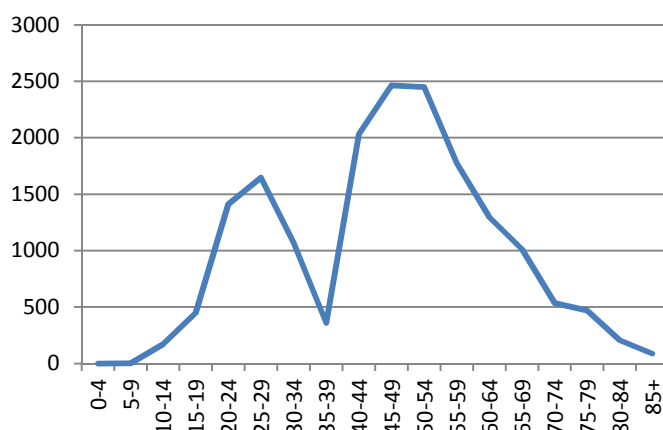
Allikas: Vörk et al. 2010

Ravikindlustuse seaduse kohaselt tasub haigekassa kuni 19-aastaste kindlustatud isikute hambaraviteenuste eest. Seevastu täiskasvanute hambaravikulutuste riiklik toetus on suhteliselt väike. Täiskasvanud isikute hambaravi eest tasub Haigekassa ainult siis, kui teenust on osutatud vältimatu abi korras. Haigekassa hüvitab kindlustatud isikule hambaraviteenuse kuludest ühes kalendriaastas rasedale 450 krooni; suurenenud hambaravivajadusega isikule 450 krooni; alla 1-aastase lapse emale 450 krooni; vähemalt 63-aastasele isikule, riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel määratud vanaduspensionärile ning töövõimetuspensionärile 300 krooni. Hambaproteesimise teenuse eest hüvitatakse kindlustatud isikule, kes on vähemalt 63-aastane või kellele on riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel määratud töövõimetuspension või vanaduspension, kuni 4000 krooni 3 aasta jooksul. (Haigekassa MAA 2010.)

Lisaks võivad hambaravi hüvitada ka kohalikud omavalitsused. Näiteks Tallinna linn pakub hambaravitoetust (kuni 191,73 eurot kalendriaastas) isikule, kelle perekonna netosissetulek avalduse esitamisele eelneval kolmel järjestikusel kuul on esimese pereliikme kohta väiksem kehtivast kuupalga alammäära netosummast ja iga järgmise pereliikme kohta alla 80% kehtiva kuupalga alammäära netosummast ja kes on olnud vähemalt ühe aasta katkematult Töötukassas töötuna arvel (Tallinna linna ... 2011).

Haigekassa 2010. aasta MAA toob välja, et hambaraviteenuste kulud on võrreldes 2009. aastaga vähenenud, kusjuures märgatavalt on vähenenud proteesihüvitise kulud. Võrreldes 2007. aastaga on absoluutsummas oma taskust makstavad hambaravikulutused vähenenud 25% võrra (TAI 2011). Seega on hambaravi väga tundlik inimeste majandusliku seisukorra suhtes.

Leibkonna Eelarve Uuringu 2007. aasta andmete (2008. ning 2009. aastal uuringut ei teostatud) põhjal on võimalik saada ligikaudne pilt hambaravi omaosaluse jaotuse kohta vanuserühmade lõikes. Kuna uuringu valim on väike, siis tuleb vanusegrupid võtta 5-aastase suurusega. Jooniselt 4.8.8 on näha tööealise elanikkonna kulutused hambaravile 2007. aastal. Seejuures on oluline märkida, et suurema sissetulekuga isikute seas on hambaraviteenuse tarbimine suurem ning seetõttu ei näita kulutuste keskmised täpselt võimalikku tarbimise mahtu, vaid pigem alahindab seda.

Joonis 4.8.8. Kulutused hambaravile aastas vanusegruppide kaupa kroonides.

Allikas: Leibkonna Eelarve Uuring 2007

Mõjud

Eeldusel, et Haigekassa hambaravihüvitistes säilib tänane olukord, oleks konstantne kindlustusmaks hambaravi kindlustuseks 20-aastasele isikule (kuni 63. eluaastani) 46 eurot (719 krooni) aastas ehk 4 eurot (60 krooni kuus), millele lisandub administratiivkulu komponent. On tõenäoline, et nimetatud makse suurus on alahinnatud ning kulutused võivad kasvada ning samuti võib kindlustusmaks sõltuda hambaravikontrolli sagedusest ja muudest aspektidest.

Kindlustuspaketi koostamiseks on alternatiivseid võimalusi – eelnevalt on mõistlik kokku leppida Haigekassa-poolne hüvitiste ulatus. Et säilitada kindlustusteenuse kättesaadavus madalama sissetulekuga elanikele, tuleks vältida ületarbimise tekkimist selliselt, et üks kindlustustoode sisaldaks teatud baaspaketti ning mitte nn ilu- ja mugavusteenuseid. Hambaravikindlustuse tekkimise soodustavaks aspektiks on ka hambaraviteenuse osutajate suhteliselt suurem arv võrreldes muude tervishoiuteenuste osutajatega. Kokku on hambaraviteenuse osutajaid Eestis 507 (31.05.2011 seisuga) ehk üks hambaraviteenuse osutaja keskmiselt 89 km² kohta. Teenuseosutajate puhul võib oodata ka lisanduvat administratiivkoormust lepingute sõlmimise vajaduse tõttu.

Hambaravikindlustuse rakendamine võib kindlustuse soetanutele parandada hambaravi kättesaadavust, kaitsta neid ootamatute hambaravikulutuste eest ning samuti pikaajaliselt vähendada kulutusi, eeldusel, et kindlustusega kaasneb regulaarne monitooring ja kontroll. Seega võib kindlustus tuua tervishoiusüsteemi võrreldes tänasega lisaraha.

Samuti võib kindlustuse rakendamine tuua kaasa hambaraviteenuste hindade kasvu, arvestades, et süsteemis on katmata vajadusi ning nõudlus suureneb (Thomson, Mossialos 2009). See võib vähendada ravi kättesaadavust nendele, kes kindlustust mingil põhjusel (näiteks kindlustustoode on liiga kallis) ei soeta.

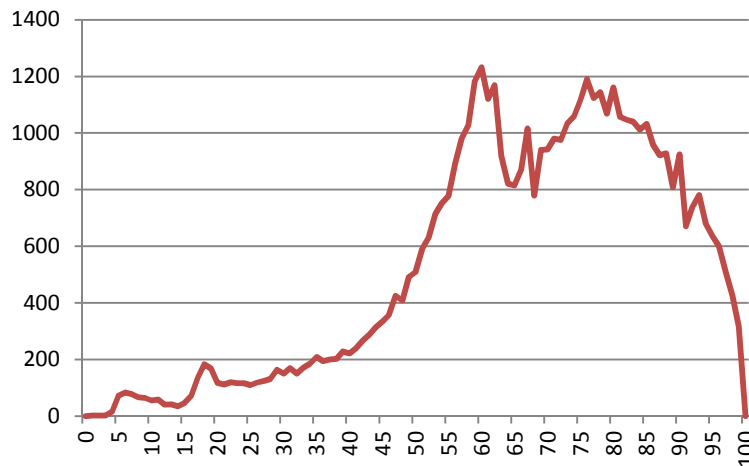
Soodusravimite omaosaluse kindlustus

Käesoleva alavariandi puhul vaadeldakse ravimite lisarahastamise võimalust, kuid tegelikkuses võib ravimite kättesaadavuse tõhustamiseks olla ka muid meetmeid, nagu Haigekassa-poolse hüvitise suurendamine, ravimite hindade reguleerimine, vajaduspõhise ravimieelarve rakendamine või geneeriliste ravimite kasutamise soosimine – seda kõike tuleks vaadelda ravimipoliitika kui terviku kontekstis.

Retseptiravimite omaosalus on suurim omaosaluse komponent Eesti tervishoiusüsteemis. Kindlustatu omaosalus oli 2010. aastal keskmiselt 36%, seejuures 50%liste soodusravimite puhul oli omaosaluse summaks 68%. Omaosalus on tunduvalt kõrgem kui paljudes teistes ELi liikmesriikides. Näiteks Hollandis on omaosalus 0,5%, Prantsusmaal 3,6%, Ühendkuningriikides 6,0% ja Saksamaal 7,1% (Thomson, Vörk *et al.* 2010).

Alloleval graafikul on toodud ravimite omaosalus vanusegruppide lõikes (v.a retseptitasud ning üle piirhinna jääv osa). Nähtub, et kulutused omaosalusele inimese kohta kasvavad vanuse kasvades ning püsivad pensionieas kõrgel.

Joonis 4.8.9. Kulutused ravimite omaosalusele (v.a retseptitasud ja üle piirhinna jääv osa) kuus vanusegruppide kaupa (kroonides).



Allikas: Haigekassa 2008, Haigekassa MAA 2010, autorite arvutused

Mitmetes Euroopa riikides pakub erakindlustus katet ravimite omaosalusele. Piiritledes Eesti tingimustes kindlustatava osa omaosalusega, on võimalik välja tuua järgmised mõjud.

Mõjud

Kindlustusmakse suurus 20-aastasele isikule oleks 207 eurot (3236 krooni aastas) ning 40-aastasele 223 eurot (3490 krooni) aastas (vastavalt 17 ja 19 eurot kuus). Seega kujuneks kindlustusmakse keskmist palka teenivale isikule ligikaudu 2,3% palgast. Miinimumpalka saava isiku jaoks oleks vastav määr ligikaudu 6,5%.

Seejuures tuleb arvestada, et nimetatud poliitikavariandi puhul oleks kindlustuse objektiks vaid nn Haigekassa poolt katmata soodusmäär ehk 90%, 75% ja 50% soodusravimite puhul vastavalt 10%, 25% ja 50% ravimi hinnast (+ üle 12,79 euro (200 krooni) jääv osa). Kindlustus ei kataks retsepti alusmäära ega Haigekassa piirhinnast üle jäävat osa ning sel juhul ei kaoks ka geneeriliste ravimite tarbimist soosiv stiimul (vt Thomson, Vörk *et al.* 2010 soovitusel). Sarnaselt hambaravikindlustusega vajavad nimetatud regulatsioonid täpsemat analüüsi ning eelnevalt on vaja kokku leppida Haigekassa hüvitise ulatus.

Kindlustuse rakendamise tulemusena võib suureneda ravimite tarbimine, kuivõrd ravimid muutuvad kättesaadavamaks, kuigi säilib ka hinnasignaal retsepti alusmäära ja piirhinda ületava osa näol. Samas tuleks selle poliitikavariandiga võrdluses edaspidi täpsemalt analüüsida ka teisi ravimipoliitika meetmeid, mis on suunatud omaosaluse vähendamisele.

Täiendav kohustuslik kindlustus

Laiema kaetuse tagamise kontekstis võib olla võimalik ka kohustuslik kindlustus. Sel juhul on aga oluline riskide võrdsustamise mehhanismi loomine, sest kindlustusandjatel tekib stiimul saada endale vaid madala riskiga kliente, kelle potentsiaalsed kulud on väiksemad. Riskide võrdsustamise mehhanism on kasutusel näiteks Hollandi, Iisraeli, Belgia, Saksamaa ja Šveitsi tervishoiusüsteemis ning selle eesmärk on hüvitada kindlustusandjatele suurema riskiga klientide kulusid. Samas ei ole selline mehhanism täiuslik ning võib tekkida ebasoovitav konkurents (Van de Ven *et al.* 2007). Riskide maandamise mehhanismi loomine tähendab aga administratiivseid lisakulusid ning täpsemaid regulatsioone, mis vajavad eraldi analüüsi (samuti seoses Euroopa kolmanda kahjukindlustuse direktiiviga). Käesolev analüüs aga keskendub eelkõige vabatahtliku kindlustuse võimaluse uurimisele.

Erakindlustuse kaasamine lisakindlustusena (poliitikavariant 47)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Kaasata täiendavaid rahalisi vahendeid tervishoiusüsteemi
- Suurendada sotsiaalset jätkusuutlikkust (teenuste kättesaadavuse suurendamine, isikute valikuvõimaluste suurendamine)

Lisakindlustus (supplementary insurance) pakub tavaliselt juurdepääsu nendele tervishoiusüsteemi teenustele, mis on juba riiklikult ette nähtud, aga annab kasutajatele sagedasti suurema valiku teenuseosutaja või kättesaadavuse osas. Enim on võimalik kindlustada kiiremat ligipääsu raviteenustele (vastav kindlustus on olemas Austrias, Bulgaarias, Taanis, Soomes, Kreekas, Iirimaa, Norras, Sloveenias, Hispaanias ja Rootsis), kuid samuti on levinud mitmesugused mugavusteenused (näiteks parem palat) ning suurem võimalus valida arsti või teenuseosutajat (vt täpsemalt eri riikide pakutavaid lisakindlustuse teenuseid raporti lisa 3).

Käesoleva poliitikavariandi all vaadeldakse lisakindlustuse rakendamise võimalusi ning mõjusid. Lisakindlustus on vabatahtlik kindlustus ning selle käivitumisel on oluline roll maksusoodustustel (vt eespool kirjeldatud Taani kogemus). Lisakindlustuse puhul vaadeldakse alavariandina kiirema ligipääsu kindlustust.

Kiirem ligipääs raviteenustele

Tervishoiuteenuste kättesaadavus on Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi tellitud uuringu (Elanike hinnangud Tervisele ja Arstiabile 2010) põhjal viimastel aastatel vähenenud nii üld- kui ka eriarstiabi puhul. Ka Haigekassa majandusaasta aruandes tuuakse välja, et aastate 2009–2010 jooksul kasvas erakorralise abi osakaal kogu osutatud arstiabist, mis on otseselt seotud ravijärjekordade pikenedamisega: õigel ajal arsti juurde pääsemine oli raskem, kergemad haigusseisundid muutuvad keerukamaks ja inimesed vajavad siis juba erakorralist abi, mille osutamine on märgatavalt kallim kui plaaniline arstiabi. Haigekassa andmetel oli enim isikuid eriarstiabi ravijärjekorras sünnitusabis ja günekoloogias, oftalmoloogis, sisehaigustes (vastavalt 30, 27 ja 25 isikut 1000 elaniku kohta).

Praegu puuduvad Eestis lisakindlustuse teenused, samas on teenuseosutajad leidnud viise tagada oma klientidele paremat kättesaadavust, pakkudes teatud tasu eest kuus eriarstiabi otsekülastust, koduvisiidi võimalust või muid teenuseid. Samuti eksisteerib turul nn raseduse jälgimise terviseplaan, kus teatud tasu eest toimub raseduse jälgimine kuni sünnituseni ja sünnitusjärgne monitooring.

Tõenäoline on, et nimetatud kindlustus tekiks esmalt teatud teenusegruppidele ning teenustele, mida kasutavad enam tööealised (näiteks naiste puhul sünnitusabi või meeste puhul psühhiaatria), kes on ka maksevõimelisemad. Viimasel juhul oleks soodne pinnas ettevõttepõhisele grupikindlustusele. Kiirem ligipääs teatud teenustele võib kaasneda ka kindlustusandja pakutava tervisekontrolli ning monitooringuga.

Mõjud

Patsiendile. Kiirema ligipääsu lisakindlustus tähendaks kindlustusteenust tasuliste teenuste kuludele, mis tähendab, et haiglatel tekiks rohkem tasuliste teenuste kliente ning ka tulud oleks selle võrra suuremad. Samas kasvaks ka turusurve tasuliste teenuste hindadele ning need võivad tõusta. See tähendab tasuliste teenuste kättesaadavuse vähenemist kindlustust mittesoetanutele. Hindade kasv võib viia selleni, et nende isikute jaoks, kes lisakindlustust soetanud ei ole, muutub omaosalus suuremaks.

Kuivõrd kindlustuspaketi hind ei sõltu isiku palgast, siis võib eeldada, et madalamapalgalised nimetatud paketti ei soeta ning vastavate teenuste kättesaadavus nendele halveneb. Seega võib nimetatud kindlustus maksevõimelisematele isikutele ravi kättesaadavust suurendada ning kindlustust mittesoetanutele võib ravi kättesaadavus väheneda.

Lisaks on oht, et toimub teenuste ületarbimine – teenust osutatakse liiga varases haiguse faasis ning seda teeb eriarst, kuigi teenust saaks osutada ka perearst, kelle puhul oleks kulu väiksem. Selle tulemusena võivad tervishoiuressursid (teatud eriarstiabi, kus on eriarstide puudus) vähem kättesaadavaks muutuda.

Nende isikute puhul, kes lisakindlustuse soetavad, võivad tervishoiukulutused regulaarse monitooringu ja ennetustegevuse tõttu väheneda.

Haigekassale. Tasuliste teenuste hinnasurve võib kanduda üle ka Haigekassa hindadele. Ühelt poolt on teenuseosutajate motivatsioon pakkuda teenust võimalikult kalli hinnaga, teiselt poolt on kindlustusandjate soov osta teenust võimalikult madala hinnaga. Juhul kui lisakindlustus on valmis teenuseosutajale rohkem maksma (näiteks et saada paremat kvaliteeti, konkreetsetel tingimustel teenust, täiendavat mugavust), tähendab see, et teenuseosutajal on motivatsioon osta enim teenuseid just lisakindlustuse pakkujalt ja vähem Haigekassast (piiratud teenusepakkumise ressursside tingimuses).

Selleks, et Haigekassa säilitaks konkreetse teenuseosutaja juures oma kindlustatutele teenuse saamise võimaluse, peab ta hindu tõstma (juhu kui see ei ole reguleeritud nii, et Haigekassale on tagatud teatud hulk teenuseid selles piirkonnas). Piiratud eelarve tingimustes tähendab see Haigekassale teenuse keskmise hinna kasvu ning Haigekassa kindlustatutele teenuse väiksemat kättesaadavust. Teisalt võib kaasneda ka Haigekassa järjekordade lühenemine, sest osa isikuid, kes on kindlustuse soetanud, kasutavad kiirema ligipääsu teenust ning seetõttu ei jää Haigekassa järjekorda ootama. Ei ole võimalik täpselt öelda, kumb mõju on Haigekassa kuludele suurem.

Üldine teenuste kasutamise kuluefektiivsus võib väheneda, sest ravi käib vähem läbi esmatasandi ning isikud liiguvad otse eriarstile.

Tervishoiuteenuse osutajale. Suuremate tulude tõttu võivad kasvada haiglate investeeringud meditsiinilisse tehnoloogiasse ning muudesse kapitalikomponentidesse. Samuti võivad tõusta palgad – lisaraha toomine süsteemi ning palkade kasv võivad tõsta tervishoiutöötajate motivatsiooni valdkonnas töötada.

Meditsiinilise tehnoloogia rakendamise suurenemise puhul on ka oht üleinvesteeringuteks. Teisalt võib ka tehnoloogia suurem kasutamine muuta pakku mist kuluefektiivsemaks ja võib seega teenusepakkumise kulu vähendada.

Haiglavõrguväliste teenuseosutajate positsioon paraneks, kuivõrd nad sõltuksid vähem Haigekassa lepingust.

Tervishoiusüsteemile tervikuna. Positiivse välismõjuna võib toimuda nn õppimise efekt – erakindlustajad katsetavad erinevaid patsientide tervise haldamise süsteeme ehk piloteerivad teenuseid/pakette, mida avalik süsteem võib hiljem samuti kasutusele võtta (Colombo, Tapay 2004).

Raskeneda võib tervishoiustatistika kogumine (seotud suuremate kuludega) ning erakindlustuse osatähtsuse kasv võib vähendada kogu süsteemi läbipaistvust. Teisalt on andmete jagamine võimalik riigi poolt kohustuslikuks muuta. Riiklik info kogumine ja jagamine võib vähendada info asümmeetriat ja määramatust. Turuosaliste jaoks võimaldaks see ka teoreetiliselt vähendada administratiivkulusid, sest iga kindlustusandja ei tegele eraldi info haldamisega.

Administratiivkulud tervishoiusüsteemis võivad tervikuna tõusta, sest muudatus tooks teenuseosutajatele kaasa suurema koormuse läbirääkimiste ning lepingute sõlmimise tõttu erateenuseosutajatega. Samuti on kindlustusandjatel administratiivseid lisakulusid ning samuti patsientidel, kes peavad tegema kulutusi kindlustusandja või -pakettide valimiseks.

Kokkuvõtteks. Eesti puhul vajavad täiendava või lisa-eraravikindlustuse rakendamise võimalused täiendavat analüüsi. Kuna eraravikindlustuse rakendamisel võivad olla olulised lansseerimiskulud, siis tuleb vaadelda positiivsete mõjude esiletoomise võimalusi ka riikliku süsteemi kontekstis muude meetmete abiga (lisaks sotsiaalkindlustusele ka näiteks suunatud või vajaduspõhise sotsiaalabi näol) ning erinevaid vormilisi võimalusi vastavalt võrrelda. Riigi roll on oluline ka regulatsioonide kehtestamisel ning ootuste kaardistamisel, milliseid probleeme eraravikindlustus süsteemis lahendada peaks.

Pikaajalise hoolduse (long-term care) kindlustuse rakendamine (poliitikavariant 48)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Kaasata täiendavaid rahalisi vahendeid tervishoiu ja hoolekandesüsteemi.
- Suurendada erinevate pikaajalise hoolduse teenuste osutamise integreeritust.
- Suurendada teenuse kättesaadavust ja kvaliteeti.

Kuigi käesolev analüüs on piiritletud ning pikaajalise hoolduse korraldusel ning rahastamisel täpsemalt ei peatuta, on käesolevas peatükis oluline pakkuda välja esialgseid võimalusi erakindlustuse rakendamiseks ka pikaajalise hoolduse puhul, kuivõrd nimetatud risk on oluliselt seotud teiste sotsiaalkindlustuse riskidega. Sestap antakse ülevaade praeguse pikaajalise hoolduse süsteemi peamistest puudustest, samuti rahvusvahelisest olukorrast ning kindlustuse rakendamise võimalikest mõjudest. Tehakse indikatiivsed arvutused võimaliku kindlustusmakse kohta. Ennetavalt võib märkida, et vaja on selle teema põhjalikumat käsitlust ning et erakindlustus on vaid üks võimalik moodus selle valdkonna probleemide lahendamiseks, hõlmates nii võimalusi kui ka riske.

Praegune olukord

Pikaajalise hoolduse puhul on erinevate aruannete põhjal võimalik välja tuua järgmised olulisemad probleemid (ANCIEN 2010, Hooldus- ja õendusabi ... 2007, PwC 2009).

- Praegune pikaajalise hoolduse finantseerimise mudel ei ole jätkusuutlik – teenusevajadus on suurem kui pakkumine.
- Hooldusravi ei ole kõigile abivajajatele võrdselt kättesaadav, teenuse vajadus on sageli hindamata.
- Hoolekande- ja tervishoiusüsteemid on eraldatud, mis tekitab lünki teenuse järjepidevuses.
- Süsteemid on erinevalt rahastatud, kuid suunatud samale sihtgrupile.
- Puudub patsiendi- ja kliendikesksus – on defineerimata, kes hooldatava eest täpselt vastutab.
- Erinevate teenuste kaetus ressursidega on ebaühtlane ning mitmetel kohalikel omavalitsustel puudub piisav pikaajalise hoolduse teenuste valik.
- Puudus on koolitatud personalist ning puuduvad ajakohased standardid ja tegevusjuhised.
- Kohalike omavalitsuste vaheline koostöö teenuste arendamisel on vähene, samuti piiravad rahalised võimalused KOVide tegevust uute teenuste arendamisel.
- Omaosalus pikaajalise hoolduse teatud teenuste puhul on väga kõrge (täiskasvanute hooldamisteenuse puhul on omaosalus 63% kogukuludest).

Praegu pakuvad hooldusraviteenust hooldushaiglad või üldhaiglad ning ööpäevaringse hooldamise teenuseid üldhooldekodud, kellel puudub õigus tervishoiuteenuse osutamiseks (kuigi paljudes asutustes töötavad õed).

Poliitikavariandi kirjeldus

Eraravikindlustuse kasutajad võivad osta pikaajalise hoolduse erakindlustuse, et kindlustada pikaajalise hoolduse vajaduse risk. Kindlustusmakse suurus sõltub kindlustusega liituja vanusest. See võimaldaks isikul valida, kas maksta kindlustusmakseid varakult või koguda raha ise ning maksta hiljem sellest makseid. Viimasel juhul võtaks isik suurema riski.

Kindlustus võib olla nii vabatahtlik (lisakindlustus riiklikule süsteemile või asendav kindlustus) kui ka kohustuslik. Viimasel juhul oleks vajalik riskide ühtlustamise mehhanismi loomine. Käesolevas ülevaates vaadeldakse eelkõige vabatahtliku lisakindlustuse rakendamist, kuid märgitakse ka põhjalikuma (kohustusliku) süsteemi loomise võimalikke mõjusid.

Ülevaade pikaajalise hoolduse kindlustuse rakendamisest välisriikides

Pikaajalise hoolduse erakindlustus on üldiselt vähelevinud. Levinuim on pikaajalise hoolduse erakindlustus USAs ja Jaapanis (vastavalt 7% ja 5% kogu pikaajalise hoolduse kulutustest). Üldiselt kujuneb erakindlustus riikliku pikaajalise kindlustuse juurde, kas seda täiendades või lisateenuseid pakkudes. Saksamaal on pikaajalise hoolduse turg asendava iseloomuga. Lisaks esineb pikaajalise hoolduse erakindlustust Prantsusmaal, Portugalis, Šveitsis, Sloveenias, Kanadas, Uus-Meremaal, Austraalias. Enamasti jäävad kogukulutused 1% juurde kogu pikaajalise hoolduse kuludest või alla selle. Euroopa riikidest on pikaajalise hoolduse erakindlustus kõige levinum Saksamaal, moodustades ligi 2% kogu Saksamaa pikaajalise hoolduse kulutustest (OECD 2011).

Saksamaal kehtestati 1994. aastal riiklik pikaajalise hoolduse kindlustus ja kohustuslik pikaajalise hoolduse erakindlustus, mis koos katsid peaaegu kogu elanikkonna. Riikliku tervisekindlustuse saajad saavad endale riikliku pikaajalise hoolduse kindlustuse ja need, kellel on erasektori tervisekindlustus, on kohustatud ostma kohustusliku pikaajalise hoolduse erakindlustuse, mis kindlustab riskid vähemalt samas ulatuses nagu riigipoolne kindlustus. Kohustuslik erakindlustus ei ole universaalse katvusega, vaid üksnes asenduskindlustus neile, kes ei ole riikliku kindlustusega hõlmatud (Igl, Rothgang 2007).

Saksamaa riiklik pikaajalise hoolduse kindlustus jälgib *pay-as-you-go*-printsipi. Makse on 1,95% brutosissetulekust. Ülalpeetavad, lapsed ja abikaasa, kelle kuusissetulek ei ületa piirmäära, on kindlustatud ilma sissemakseta kui osana perekonnakindlustustest (Schulz 2010) Pikaajalise hoolduse erakindlustuse kindlustusmaksed ei olene kindlustatu sissetulekust, vaid inimese vanusest, millal ta ennast kindlustab, ja on samad nii meeste kui ka naiste jaoks. Ligikaudu 90% Saksamaa elanikest on kaetud riikliku pikaajalise hoolduse kindlustusega, ligikaudu 9% pikaajalise hoolduse erakindlustusega (MISSOC 2011).

Saksamaal ja ka Prantsusmaal on kindlustuspoliisid enamasti teenusepõhised ehk kindlustushüvitist saadakse teenusena teatud ulatuses vastavalt lepingutingimustele. USAs kasutatakse eelkõige rahalisi hüvitisi ning 30% lepingutest on grupilepingud. Jaapanis on pikaajalise hoolduse kindlustuslepingud enamasti kaaskindlustusena ravikindlustusele ning väljamaksed on rahalised.

Kuivõrd erakindlustuse maksed ei sõltu sissetulekust ning võivad vähendada teenuse kättesaadavust madalama sissetulekuga isikutele, on mitmetes riikides rakendatud erinevaid riigi ja erasektori partnerluse programme. Näiteks USAs on enamikus osariikides programmid, et suurendada madala ja keskmise sissetulekuga isikute erakindlustuse kasutamist. Singapuris on pikaajalise hoolduse teenuste katmiseks kindlustussüsteem nimega *Eldershield* (loodi 2002. aastal). Tegemist on riigi ja erasektori partnerlusega, kus riik on koostanud kindlustuspaketid, mida aga hinnastavad, müüvad ja juhivad erakindlustused. Kõik inimesed liidetakse 40-aastaselt automaatselt süsteemi, kuid säilib süsteemist väljaastumise võimalus. Kindlustusmaksed põhinevad isiku sool ja vanusel ega sõltu tema sissetulekust. Kindlustusmaksed on fikseeritud kuni 65. eluaastani ning seejärel on isik kindlustatud (sügava puude riski vastu) elu lõpuni. Kindlustusmaksete maksmiseks on võimalik kasutada ka *Medisave*'i (vt lisa 2) sääste.

Rakendamise võimalused

Pikaajalise hoolduse erakindlustus ei ole väga levinud (jäädes OECD riikides keskmiselt alla 2% kogu pikaajalise hoolduse kulutustest), sest enamikus arenenud riikides on olemas laialdased riiklikud institutsioonid nende riskide katmiseks. Kui arvestada Eesti süsteemi praegusi puudujääke, tekib küsimus, kas samu eesmärgi, mida täidaks riikliku süsteemi reformimine³⁸, on võimalik saavutada ka erakindlustuse kaasamisega (näiteks erinevate teenuste kaasatus, teenuste profiili laiendamine).

Järgnevalt tuuakse võimaliku kindlustusmaksed esialgsed tulemused ambulatoorse ja statsionaarse hooldusravi puhul (Haigekassa andmetel). Kuna Eestis ei ole kättesaadavad täpsed andmed näiteks üldhooldekodude kulutuste kohta vanuselise jaotuse järgi, on KOVide poolt osutatavate teenuste kindlustusmaksed arvutamine keeruline ning sellesse tuleb suhtuda ettevaatlikkusega. Üldiste kulutuste ning teenusesaajate vanuselise jaotuse kohta kogutakse statistikat ning see võimaldab anda ligikaudse hinnangu võimalike pikaajalise hoolduse kulude kohta. Samuti on kättesaadavad teenuse keskmised hinnad, mis samuti võimaldavad kuluprognose teha. Hooldusravi kulutuste puhul on lähtutud baasstsenaariumi prognoosist, kus hindade kasv sõltub palkade kasvust, kuid üldhooldekoduteenuse puhul on lähtutud

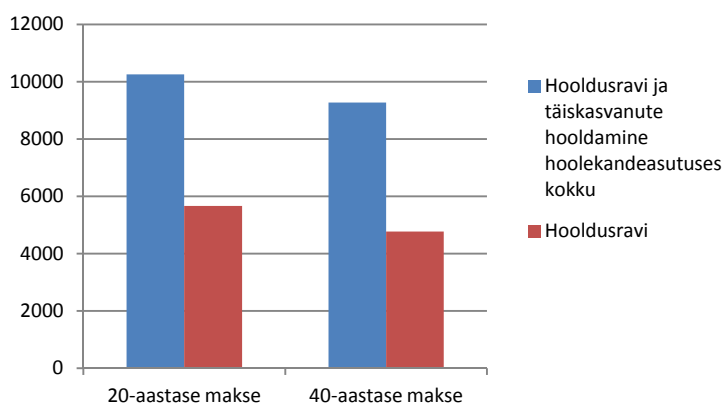
³⁸ Käesolev analüüs riikliku süsteemi võimalikke reforme ei vaatle, kuid nende edasine analüüs on kindlasti vajalik.

tarbijahinnaindeksi kasvust, mis teeb hindade kasvu aeglasemaks. Pikas perspektiivis tähendab see, et hooldusravikulutuste osakaal kindlustuse tehtavates kulutustes kasvab.

Arvutused on tehtud samadel eeldustel, mis olid käesoleva peatüki alguses kirjeldatud mudelis. Administratiivkulusid käesolev analüüs ei vaatle – need võivad varieeruda tulenevalt sellest, milliseid teenuseid kindlustuspaketti lisatakse, kuidas need on korraldatud ning muudest turu aspektidest.

Järgnevalt on toodud kindlustusmakse suurused konkreetses vanuses konstantse kindlustusmakse puhul (kui isik liitub 20-aastaselt ja 40-aastaselt). Selgub, et 20-aastase liituja aastane pikaajalise hoolduse kindlustusmakse³⁹ oleks 656 eurot (10 257 krooni) aastas ehk üle 55 euro kuus. Tulenevalt prognoosi eeldustest on pikemaajalise kindlustuspoliisi puhul (liitumine 20-aastaselt) makse kõrgem kui kõrgemas vanuses liitunutel (40-aastaselt), sest kulutuste (hindade ja kasutuse kasv) on raskemini prognoositav. Tegelikuses peaks turu toimimise puhul olema kõrgemas vanuses kindlustusmakse suurem, kuivõrd reservide kogumise periood on lühem.⁴⁰ Ka Colombo, Tapay (2004) on välja toonud, et pikaajalise hoolduse kindlustusmakse adekvaatne arvutamine on raskendatud nii aktuaarsete arvutuste keerukuse kui ka kindlustusvõtjate püsimatuse tõttu. Samuti ei ole kasutajad nimetatud turuga tuttavad ning kindlustusmaksed on suhteliselt kõrged.

Joonis 4.8.10. Kindlustusmakse suurus aastas (kroonides).



Allikas: Haigekassa 2008, Sotsiaalministeerium 2009, autorite arvutused

Hooldusravi moodustab ligikaudu poole kõikidest kulutustest ning vaid hooldusravi kindlustamise puhul oleks kindlustusmakse väiksem. Tegelikuses võivad hooldusravile lisanduda hooldamine hoolekandeesutuses, koduhooldus või päevakeskuste teenused. Täpsete teenuste määramisel käesolevas analüüsis ei peatuta.

Seega sõltub kindlustusmakse suurus nii konkreetse kindlustusandja spetsiifikast kui ka kindlustusega liituja vanusest. Lisaks võib see sõltuda nii konkreetse isiku riskist kui ka varasematest haigustest ning on võimalik kehtestada näiteks 3–10-aastane ooteperiood lepingule ehk võtta arvesse, et esimestel kindlustatuse aastatel väljamakseid ei toimu (antud näiteks on ooteperiood 3 aastat). Samuti sõltub kindlustusmakse suurus teenuse kasutamise piirmäärdest, pakkumise efektiivsusest, kodu- ja eluasemeteenuste suhtest ning isiku omaosalusest.

³⁹ Kuivõrd teenusel on praegu suur omaosalus, mida kaetakse enamasti isiku pensionist, sisaldab nimetatud kindlustusmakse ka nn toidu- ja elamiskulusid, mis isikul tuleks tõenäoliselt omaosalusena igal juhul kanda. Selles osas on makse suurus üle hinnatud, teisalt aga alahinnatakse makset, lähtuvalt administratiivsete kulude mitteametamisest ja potentsiaalselt baasstsenaariumi ületavast kulude kasvust.

⁴⁰ Võrdluseks: Prantsusmaal on enamik kindlustusega liitujaid vanuses 56–66 aastat. Keskmine makse 2008. aastal oli 360 eurot (5600 krooni) aastas (OECD 2011).

Mõjud

Kuna praegu sõltub sotsiaalhoolekande rahastamine liialt KOVide rahalistest võimalustest, siis pikaajaliselt võimaldaks muudatus vähendada KOVide rahalist koormust. Samas sõltuvad mõjud oluliselt ka vajaduse hindamise ja standardite kvaliteedist ning lepingute sõlmimise tingimustest (kvaliteet, hind).

Mõju **pikaajalisele jätkusuutlikkusele** suureneks, sest kindlustusmakset korrigeeritakse igal aastal ning kindlustusmakse suurus sõltub kindlustusega liituja vanusest, aga ka teenusevajadusest ja eelmiste perioodide väljamaksetest. Üldiselt võib teenuse piirkondlik kättesaadavus paraneda, sest kindlustusandja ei sõltu KOVi piiridest.

Tehnilised kulud süsteemi käivitamisel tulenevad riikliku regulatsiooni vajadusest ning samuti paralleelsüsteemi säilitamise võimalikust vajadusest (turvavõrguna isikutele, kes mingitel põhjustel kindlustust ei soeta). Samuti on oluline informatsiooni edastamine isikutele, et neil on kasulik alustada kindlustusmaksete tasumist võimalikult varases elueas (näiteks USAs on pikaajalise hoolduse kindlustuse puhul kasutusel nn *Shopper's Guide*, mida jagatakse kõigile inimestele ning mis kirjeldab kindlustuspoliisi positiivseid ja negatiivseid aspekte varases lepingu sõlmimise faasis). Arvestades, et tervishoiuteenuste hinnad kasvavad kiiresti, võib olla vajalik ka eraldi inflatsioonikaitse lisakindlustuse pakkumine. Näiteks Prantsusmaal ja USAs on võimalik inflatsioonikaitse lisakindlustus, mis tähendab, et nii sissemaksed kui ka võimalikud hüvitised suurenevad igal aastal. USAs on ligikaudu 75% lepingutel inflatsioonikaitse (OECD 2010).

Muudatus vähendab põlvkondadesisest **ümberjaotust**, juhul kui kindlustusmakse jääb ainult isiku enda kanda. Kui aga osa maksest katab vajaduspõhiselt näiteks KOV (KOV-i ja erakindlustuse partnerlus), võib olukord olla vastupidine.

Muudatuse tulemusena sõltuks pikaajalise hoolduse süsteem vähem **välistingimustest** (demograafia), sest kindlustusmakse arvutatakse vanusegrupi riski põhised. Juhul kui KOV katab osa kulu, säilib kindlustusmakse suuruse määrajal moraalarisk suurendada makset (risk on suurem süsteemi käivitamise algusfaasis).

Käesoleva raporti fookusest jääb võimaliku pikaajalise hoolduse rahastamise riiklik süsteem välja, kuid edaspidistes analüüsid on vajalik hinnata ka olukorda, kus sotsiaalhoolekande seaduses (hoolekandeesutused, päevakeskused, koduteenused) nimetatud pikaajalise hoolduse ja praegu Haigekassa poolt rahastatavate hooldusravi teenuste rahastamine viiakse ühtse pikaajalist hooldust korraldava institutsiooni eelarvesse (eraldi riiklik asutus, kes koondab riskid ja kehtestab teenuse standardid).

Kokkuvõtvalt võib võimalikud positiivsed ja negatiivsed mõjud pikaajalise hoolduse erakindlustuse rakendamisel tuua välja alljärgnevalt.

Võimalikud positiivsed mõjud	Võimalikud negatiivsed mõjud
<ul style="list-style-type: none"> • Võib väheneda KOVide rahaline koormus. • Muudatuse tulemusena sõltuks pikaajalise hoolduse süsteem vähem välistingimustest (demograafiast). • Teenuse piirkondlik kättesaadavus võib paraneda, sest kindlustusandja ei sõltu KOVi piiridest. • Kindlustusandja vs. KOV – kindlustusandja suhtleb mitmete hooldusasutustega või hooldushaiglatega ning võib tagada ühtlasema kvaliteedi, praegu vastutab KOV üksi. • Klientide monitooring ja ennetustegevus võivad hoida ära tulevasi kulutusi. • Riskipõhine lähenemine – ennetuslik mõju kandub üle Haigekassa kulude kokkuhoiuks. • Tööandja grupikindlustus võib kaasata ettevõtjaid rohkem töötajate tervise eest hoolitsemisse. • Võimaldab tuua süsteemi lisaraha ning suurendada teenuse kättesaadavust. • „Õppimise“ efekt – erakindlustajad katsetavad erinevaid patsientide tervise haldamise süsteeme ehk piloteerivad teenuseid/pakette, mida avalik süsteem võib hiljem samuti kasutusele võtta. • Meditsiinilise tehnoloogia rakendamise suurenemine. • Lisaraha toomine süsteemi ning palkade kasv võivad tõsta tervishoiutöötajate motivatsiooni valdkonnas töötada. • Võib leevendada survet riigieelarvele (Haigekassa kulude vähenemine). • Varase kindlustamise puhul võib riskide hindamine viia tervislikuma käitumiseni, mis mõjutab ka ravikindlustussüsteemi tervikuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Üleminekukulud uude süsteemi võivad osutuda väga suureks, tulenevalt sellest, et praegu korraldavad pikaajalise hoolduse eri aspekte erinevad asutused ja valitsustasandid. • KOVide rahaline koormus ei pruugi väheneda, kui KOV võtab teatud vajadusega isikutelt kindlustusmakse tasumise üle. • Juhul kui KOV katab osa kulu, võib kindlustusmakse suuruse määrajal tekkida moraalirisk suurendada makset. • Madalama sissetulekuga isikud võivad valida väiksema kaetusega kindlustuspoliisiid, mis võivad neid tulevikus piisava katteta jätta. • Riskiseleksioon – kui tegemist on vabatahtliku lepinguga, siis võidakse suure kuluga isikuid mitte kindlustada, mis vähendab nende võimalusi kindlustusega liituda. • Nooremad inimesed ei pruugi sõlmida kindlustuslepinguid ehk ei lahendata pikaajalise jätkusuutlikkuse probleemi.

Seega tuleks edaspidi vaadelda riiklikke ja erakindlustusel põhinevaid lahendusi võrdluses, samuti era- ja avaliku sektori partnerluse variante. Lisaks tuleks vaadelda teiste sotsiaaltoetuste, nagu puudetoetus ja töövõimetustoetus, integreerimise võimalikkust tekkiva süsteemi puhul, samuti tuleks selles kontekstis vaadelda elukindlustuslepinguid.

4.9. Ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitamisega seotud poliitikavariandid

Õiguse riigi abile töövõimetuse korral sätestab Eesti Vabariigi põhiseaduse § 28. Abi liigi, ulatuse ning saamise tingimuste ja korra sätestamise jätab põhiseadus seaduste tasandile. Töövõimetuse riskiga kaasneva sissetulekute kahanemise riski maandamiseks-leevendamiseks on välja töötatud kaks riiklikult administreeritavat mehhanismi. Lühiajalise tervisehäirega, raseduse ja sünnituse, haigestunud lähedase hooldamise ning lapsendamise kaasnevat töövõimetuse riski maandab Haigekassa administreeritav ajutise töövõimetuse hüvitis (jaguneb vastavalt haigus-, sünnitus-, hooldus- ja lapsendamishüvitiseks). Pikaajalisest tervisehäirest või puudest tingitud püsiva iseloomuga töövõimetuse riski maandamiseks on loodud Sotsiaalkindlustusameti administreeritav töövõimetuspension.

Nimetatud juriidilis-administratiivsest eristusest hoolimata käsitleb käesolev peatükk tervisehäirest või vigastusest tingitud ajutise ning püsiva töövõimetusega seotud meetmeid üheskoos. Tööealiste inimeste püsivale töövõimetusele eelneb sageli ajutise töövõimetuse periood (või perioodid). Erinevates riikides läbiviidud uurimuste kohaselt on haigushüvitise saamise kestus ja hilisem invaliidsuspensiooni saamine omavahel seotud (vt nt Gjesdal & Bratberg 2001; Kausto *et al.* 2010). Isiku tööle naasmisele suunatud sekkumised juba haigushüvitise saamise perioodil mõjutavad oluliselt haigushüvitise kulusid ning tõenäosust siirduda invaliidsuspensioonile (vt nt OECD 2010).

Peatükis antakse esmalt ülevaade töövõimetuse hüvitamise süsteemi õiguslikest alustest, viimastest trendidest töövõimetuse käsitlemisel teistes OECD ja Euroopa Liidu riikides ning Eesti töövõimetuse süsteemi plussidest ja kitsaskohtadest. Peatüki teises pooles esitatakse tellija poolt analüüsimiseks valitud poliitikavariantide kirjeldused üheskoos nende mõjuanalüüsiga. Peatükk keskendub töötaja üldhaigestumisest (sh olmevigastused) tingitud ajutisele töövõimetusele ja püsivale töövõimetusele. Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise tõttu tekkinud töövõimetust käsitleb peatükk 4.10. Raseduse ja sünnitusega, haigestunud lähedase hooldamisega ja lapsendamisega kaasnevale töövõimetusele käesolevas töös ei keskenduta.

Töövõimetuse hüvitamine Eesti tänases õigusruumis

Ajutine töövõimetus. Haigusest või vigastusest tingitud ajutise töövõimetusega kaasneva haigushüvitise skeem on suunatud kõigile töötavatele isikutele (sh füüsilisest isikust ettevõtjad, ettevõtete juhatuse liikmed, vähemalt kolmekuuse kestusega töövõtulepingu sõlminud) sõltumata nende vanusest kompenseerimaks haigestumise või vigastuse tõttu saamata jäävat töötasu. Haigusjuhtumi korral on töötaval isikul õigus hüvitisele nii tööandjalt kui ka Haigekassalt: haigusjuhtumi 3 esimest päeva on inimese nn omavastutuspäevad, 4. –8. päeva eest maksab tööandja 70% 6 kuu keskmisest palgast (füüsilisest isikutest ettevõtjate puhul ning juhtudel, kus töötamine toimub võlaõiguslik lepingu alusel, mis ei ole tööleping, on omavastutus 1. kuni 8. päevani), 9. –120. päevani maksab Haigekassa 70% haigestumisele eelnenud kalendriaasta töötasust. Sotsiaalkindlustusameti vastava ekspertiisi otsuse korral pikeneb Haigekassast hüvitise maksmise periood kuni haigusjuhtumi 190. päevani (248. päevani tuberkuloosi korral).⁴¹

Haigusjuhtumi formaalseks tõendiks ja haigushüvitise maksmise aluseks oleva haiguslehe väljastab arst või ämmaemand. Haiguslehe väljastamise korra sätestab ravikindlustuse seaduse alusel kehtestatud sotsiaalministri 26.09.2002 määrus nr 114 „Töövõimetusele registreerimise ja väljaandmise tingimused ja kord ning töövõimetusele vormid“. Haigusjuhtumi määramise ja Haigekassa poolt hüvitamise alused on sätestatud ravikindlustuse seaduses ja seaduse alusel kehtestatud sotsiaalministri 19.09.2002 määruses nr 109 „Ajutise töövõimetuse hüvitise määramiseks ja maksmiseks vajalike dokumentide ja andmete koosseis ning hüvitise määramise ja maksmise kord“. Haigushüvitise maksmise kohustus tööandjale tuleneb töötervishoiu ja tööohutuse seaduse §st 12².

Püsiva töövõimetuse hüvitamine. Püsiva töövõimetuse määramise ja hüvitamise korra sätestab riikliku pensionikindlustuse seadus, viimase alusel kehtestatud sotsiaalministri 03.01.2002 määrus nr 3 „Töövõime kaotuse protsendi määramise kord“ ning sotsiaalministri 23.09.2008 määrus nr 57 „Püsiva töövõimetuse, selle tekkimise aja, põhjuse ja kestuse tuvastamise tingimused ja kord ning töövõimetuse põhjuste loetelu“.

Õiguslikult defineeritakse püsivat töövõimekaotust kui seisundit, kus tööealine inimene on haigusest või vigastusest põhjustatud funktsioonihäire tõttu kaotanud töövõime täielikult või osaliselt ega ole võimeline üldse või talle sobiva tööga tööaja üldisele riiklikule normile vastavas mahus elatist teenima (vt pensionikindlustuse seadus § 16 lg 1–3). Olulise määraga püsiva töövõime kao korral (alates 40%-st) on piisava pensionikindlustusstaaziga isikul õigus vastavale hüvitisele – töövõimetuspensionile. Hüvitist finantseeritakse pensionikindlustuse süsteemi kaudu, skeemi administreerib Sotsiaalkindlustusamet.

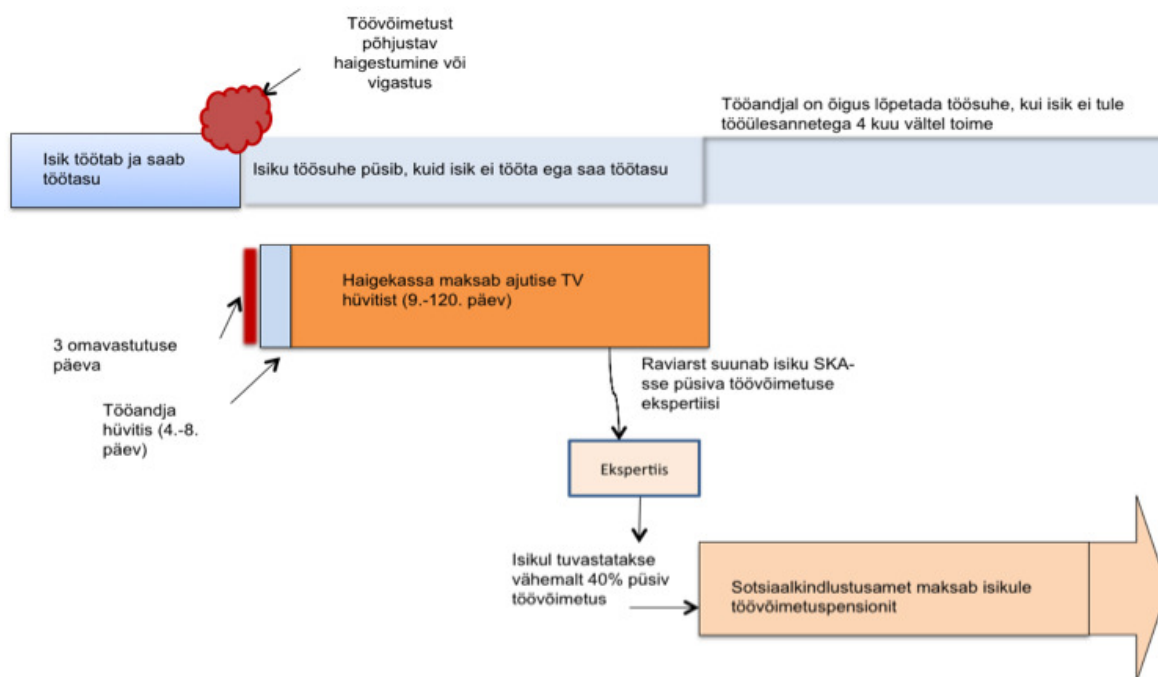
⁴¹ Lisaks lõigus juba nimetatule on haigushüvitise maksmisel veel mitmeid olulisi erandeid. Näiteks maksab raseda haigestumisel talle haigushüvitist vaid Haigekassa, tehes seda haigusjuhtumi 2. päevast. Raseduse tõttu kergemale tööle üleviimise korral korvatakse isikule haigushüvitise ja töötasu vahe. Isikutele, kes on vigastada saanud riigi või ühiskonna huvide kaitsmisel ja kuriteo tõkestamisel, tööõnnetuse tõttu või kelle haigusjuhtumi aluseks on kutsehaigus, maksab haigushüvitist samuti vaid Haigekassa, tehes seda vigastuse või haigestumise 2. päevast ja määraga 100%.

Püsiva töövõimetuse hüvitamise skeem on suunatud vaid tööealistele, s.o 16–62-aastastele isikutele. Püsiva töövõimetuse ekspertiisi viib läbi Sotsiaalkindlustusamet kaasates ekspertarste. Ekspertiisiotsuse langetamisel tuginetakse isiku kirjalikult esitatud ütlustel-hinnangutel ning isiku raviarsti (perearst või eriarst) esitatud hinnangutele ja haigusloo andmetele, inimene ekspertiisi läbiviijatega ei kohtu. **Püsiva töövõime kaotus määratakse protsendina** (vahemikus 10–100%) võttes arvesse nii eelnevat töökogemust kui ka tervisliku seisundi halvenemise aluseks oleva häire ulatust. Töövõimetuse protsent määratakse **kestusega** 6 kuust 5 aastani.

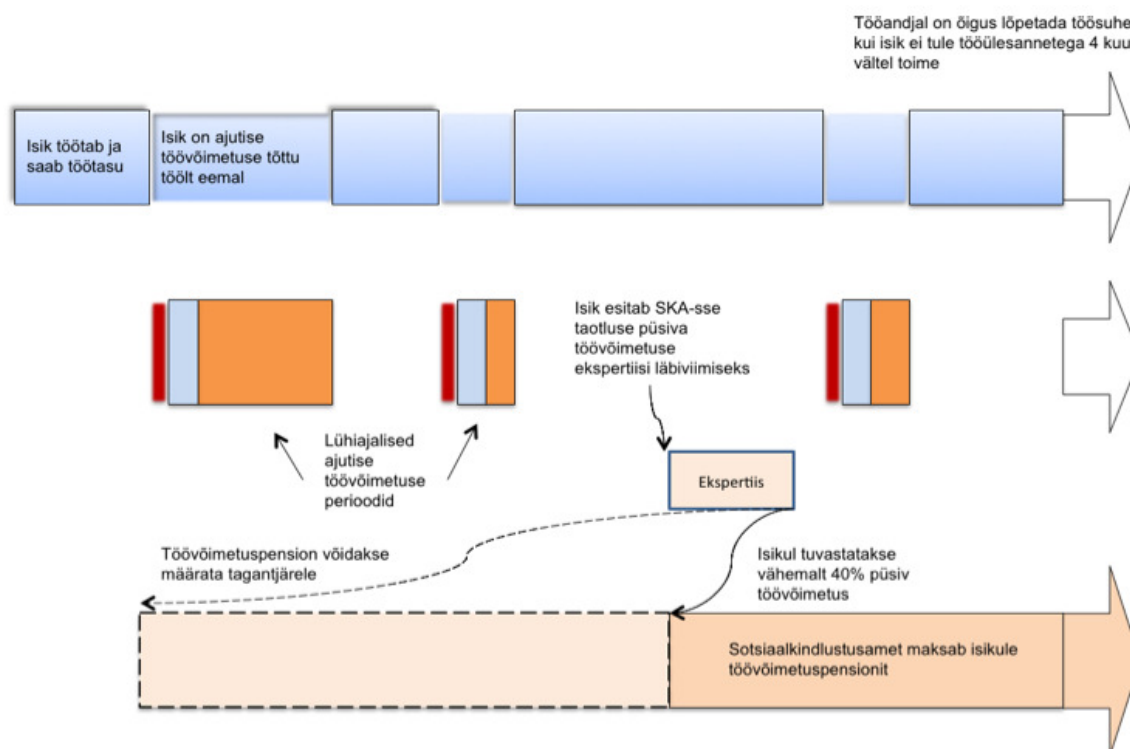
Isikul, kellele on määratud töövõimetuspension, on automaatselt õigus ravikindlustusele ja hambaravi-hüvitisele, tema palkamisel on tööandjal õigus sotsiaalmaksuvabastusele töötasu miinimummääralt.

Ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitamise seosed. Juhtudel, kus töötava tööealise isiku töövõime kaotus tekib õnnetusjuhtumi, ründe või akuutse seisundi (nt peaaju insult) tagajärjel, järgneb püsiva töövõimetuse määramine ja töövõimetuspensioni maksmine tüüpiliselt ajutise töövõimetuse ja haigushüvitise maksmise perioodile (vt joonis 4.9.1). Olulise funktsionaalse häire tekkimisel või pikaajalise ajutise töövõimetuse korral suunab isiku raviarst isiku Sotsiaalkindlustusametisse püsiva töövõimetuse ekspertiisi. Viimane langetab otsuse haigushüvitise maksmise perioodi pikendamiseks või püsiva töövõimetuse määramise kohta. Esimesel juhul jätkab Haigekassa haiguslehe alusel haigushüvitise maksmist kuni eelpool nimetatud maksimumtähtaja saabumiseni. Teisel juhul võidakse isikul tuvastada püsiv töövõimetus, mis toob kaasa ajutise töövõimetuse hüvitise maksmise lõpetamise antud juhtumi raames.

Joonis 4.9.1. Töövõimetuse riski maandamise mehhanismide rakendumine töötava isiku korral akuutse seisundi või õnnetuse tagajärjel.



Joonis 4.9.2. Töövõimetuse riski maandamise mehhanismide rakendumine töötava isiku puhul süveneva (kroonilise) haiguse korral.



Juhtudel, kus töötava tööealise isiku töövõime kaotus tekib kroonilise progresseeruva haiguse tagajärjel, äsjakirjeldatuga samalaadset skeemide järgnevust tekkida ei pruugi (vt joonis 4.10.2). Isik saab püsiva töövõimetuse ekspertiisi läbiviimist taotleda ajutise töövõimetuse hüvitamise skeemist sõltumatult, seejuures on tal õigus taotleda püsiva töövõimetuse tekkimise aja tuvastamist tagasiulatuvalt.

Kui oluline funktsionaalne häire on isikul tekkinud enne tööealiseks saamist, on isikul õigus taotleda püsiva töövõimetuse tuvastamist alates 16-aastaseks saamisest.

Kui isikule on määratud töövõimetuspension ja isik jätkab töötamist, on tal haigestumise või vigastuse korral õigus saada Haigekassalt ajutise töövõimetuse hüvitist sarnaselt teiste töötavate isikutega. Piirangud rakenduvad Haigekassa makstavale hüvitisele vaid juhul, kui ajutine töövõimetus on tingitud samast põhjusest, mille tõttu on isikule määratud püsiv töövõimetus. Sellisel juhul on isikul õigus saada Haigekassalt haigushüvitist kuni 60 järjestikust kalendripäeva ja kokku mitte rohkem kui 90 kalendripäeva kalendriaastas.

Töövõimetuse käsitus mujal maailmas

Viimastel kümnenditel on paljud ELi ja OECD riigid reforminud jõuliselt oma töövõimetuse hüvitamise süsteeme. Muudatused on olnud ajendatud nii hüvitesaajate arvu pidevast suurenemisest kui ka rahaliste hüvitiste kulude pidevast kasvust. Olulised muudatused on viimastel aastatel ellu viidud näiteks Šveitsis, Austraalias, Ühendkuningriigis, Rootsis. Nimetatud riikides läbiviidud reforme iseloomustab töövõimetus-hüvitiste skeemide muutmine tööturustrumendiks. Peamisi muutusi kirjeldavateks märksõnadeks on töövõimetus-iskutele laialdasem ligipääsu tagamine töövõime tõstmisele suunatud teenustele, rahaliste hüvitiste maksmise sidumine teenuste osutamisega, abistava sekkumise organiseerimine töövõimetus varases faasis, meditsiiniliste aspektide tagaplaanile jätmine töövõimetus hindamisel ning juhtumipõhine lähenemine töövõimetus-iskute abistamisel. Isiku senisest kutsest ja haridusest lähtuv töövõime hindamine on paljudel juhtudel asendatud töövõime hindamisega kõikide tööturul olevate tööde suhtes. Pea kõik viimasel ajal töövõimetuspoliitikas olulisi muudatusi teinud riigid on rahaliste hüvitiste võimaldamise tingimusi muutnud rangemaks, seda nii haigushüvitiste kui ka puuetega inimestele suunatud rahaliste hüvitiste puhul. (OECD 2010)

OECD värskeimas põhjalikus töövõimetus teemalises raportis „Sickness, disability and work: breaking the barriers“ (2010) on tõdetud, et parimaks viisiks võidelda puuetega inimeste hüvitesõltuvuse ja tõrjutuse

vastu on nende reintegreerimine tööturule. Kõrgem hõive edendab sotsiaalset kaasatust ja kahandab vaesusriski ning võimaldab kahandada avaliku sektori kulutusi puuetega inimeste toetustele-hüvitistele. Töövõimetuse käsitlemiseks esitab OECD poliitikakujundajatele erinevate riikide positiivsete praktikate põhjal järgmised soovitusel:

- hinnata tuleb tervisehäirega/puudega inimeste säilinud töövõimet, mitte keskenduda häire olemasolu tuvastamisele;
- meetmed peaks olema suunatud eelkõige tervisehäirega/puudega isiku aktiveerimisele;
- rahaliste töövõimetushüvitiste maksmise kestus peaks olema piiratud (v.a erandjuhud, kus isiku tervislik seisund ei võimalda mingilgi kujul töötamist);
- rahaliste hüvitiste disain peaks lähtuma põhimõttest, et töötamine tasub ära; tervisehäirega/puudega isikule suunatud meetmed ei tohi kujuneda atraktiivsemaks kui töötasu või teised tööealistele elanikele suunatud hüvitised;
- töövõimetusjuhtumitega tegelemisel tuleks anda oluline roll tööandjatele kui osapooltele, kellel on olulised hoovad nii töövõimetuse ennetamiseks kui ka töötaja tööle tagasi toomiseks; seejuures tuleks tagada neile piisavad stiimulid (nt maksusoodustused, rahalised toetused) ning ka tugi töötervishoiu spetsialistide näol;
- töövõimetuskäitumist tuleks järjepidevalt monitoorida ning vajaduse korral tagada õigeaegne sekkumine;
- töövõimetute isikute abistamine tuleks korraldada juhtumipõhiselt, osapoolte tegevused peaksid olema koordineeritud ning lähtuma töövõimetu isiku vajadustest;
- töövõimetusjuhtumitega tegelevatele osapooltele tuleks tagada piisavad vahendid töö kliendikeskseks korraldamiseks.

Poliitikakujundamisel tuleks rõhk asetada varasele sekkumisele ja rehabilitatsiooni rakendamisele, nimetatud tegevused peaksid olema suunatud eripalgeliste tervisehäiretega inimeste iseseisva toimetuleku säilitamisele ja parandamisele. Keskele kohale tuleks seejuures tõsta tervisehäiretega isikute kaasatuse ja osaluse igakülgne suurendamine ning seda eelkõige töötamise soodustamise ja hõivatuse säilitamise kaudu (OECD 2010).

Eesti töövõimetuse hüvitamise süsteemi tugevused ja kitsaskohad

Tugevused

Traditsioonilisest põhimõttest – tagada sissetulek isikutele, kellelt ei saa eeldada töötamist – lähtuvad töövõimetuse hüvitamise skeemid tagavad tervisehäirega/puudega isikule peale töövõimetuse tuvastamise olulisi tingimusi seadmata arvestatava rahalise abi. Hüvitiste taotlemise protsess on isikule mugav. Ajutise töövõimetuse hüvitise taotlemiseks tuleb arsti või ämmaemanda väljastatav töövõimetusleht toimetada tööandjale, kes organiseerib selle edasitoimetamise Haigekassasse. Töövõimetuspensioni eelduseks oleva püsiva töövõimetuse ekspertiis ei eelda isikult ekspertiisi läbiviijatega kohtumist. Vormikohase avalduse esitamisel Sotsiaalkindlustusametile hangib amet töövõimetuse määramiseks vajaliku sisendinfo isiku raviarstilt. Pensioniametisse isiklik kohaletulek on siiski vajalik töövõimetuspensioni taotlemisel.

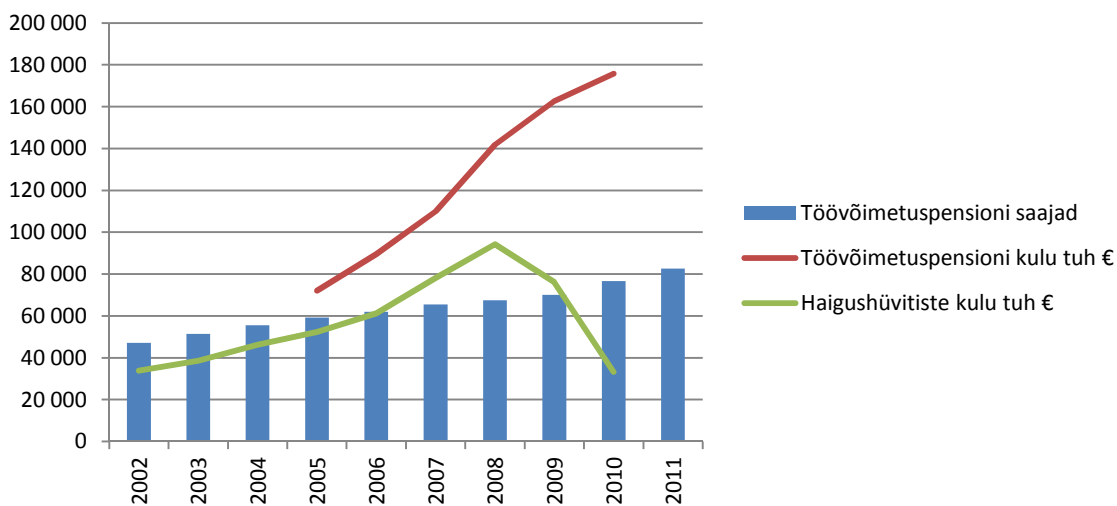
Menetlusprotsess on käsitletav mugavana ka hüvitisi administreerivatele asutustele. Ajutise töövõimetuse hüvitamise protsess algab Haigekassasse nõuetekohase haiguslehe laekumisel, mille alusel loeb Haigekassa kindlustusjuhtumi tõendatuks. Haiguslehtede alusel haigushüvitise arvestamine ja maksmine on Haigekassas automatiseeritud. Püsiva töövõimetuse hüvitamiseks SKA poolt peab isik eelnevalt läbima püsiva töövõimetuse ekspertiisi, mille läbiviimiseks edastab asutusele sisendandmed isik ise ja tema raviarst. Nimetatud sisendandmete põhjal esitab ametiga tsiviilõigusliku lepingu sõlminud ekspertarst hinnangu isiku töövõimetuse protsendi kohta, mida SKA arvestab lõpliku otsuse langetamisel. Pensioni määramisel lähtub SKA ekspertiisiga tuvastatud töövõimetuse määrast ja kestusest ning pensionikindlustuse staaži tõendamiseks esitatud dokumentidest.

Töövõimetuse määramise ja hüvitamise tehniline iseloom võimaldab hoida asutuste menetluskulud madalad. Kirjeldatul on aga ka olulised varjuküljed, millest kõneleme allpool.

Kitsaskohad

Püsiva töövõimetus hūvitamise süsteemi finantsiline jätkusuutlikkus on nõrk. Kui riigi kulu haigestumisest tingitud ajutisele töövõimetusel on tulenevalt 2009. aasta keskel jõustunud hūvitamise aluste muudatusest viimastel aastatel kahanenud, siis töövõimetuspensionäride arvu kasvu ja pensionitõusudega seotult on püsiva töövõimetus hūvitise kulu jõudsalt kasvanud (vt joonis 4.9.3). Töövõimetuspensionäride arvu suhe tööealiste elanike (20–64-aastased) arvu oli Eestis 2011. aastal 9,9%. OECD riikide keskmine oli 2008. aastal 5,7% (Eestis 2008. a 8,2%; OECD 2010, *Sickness ...*).

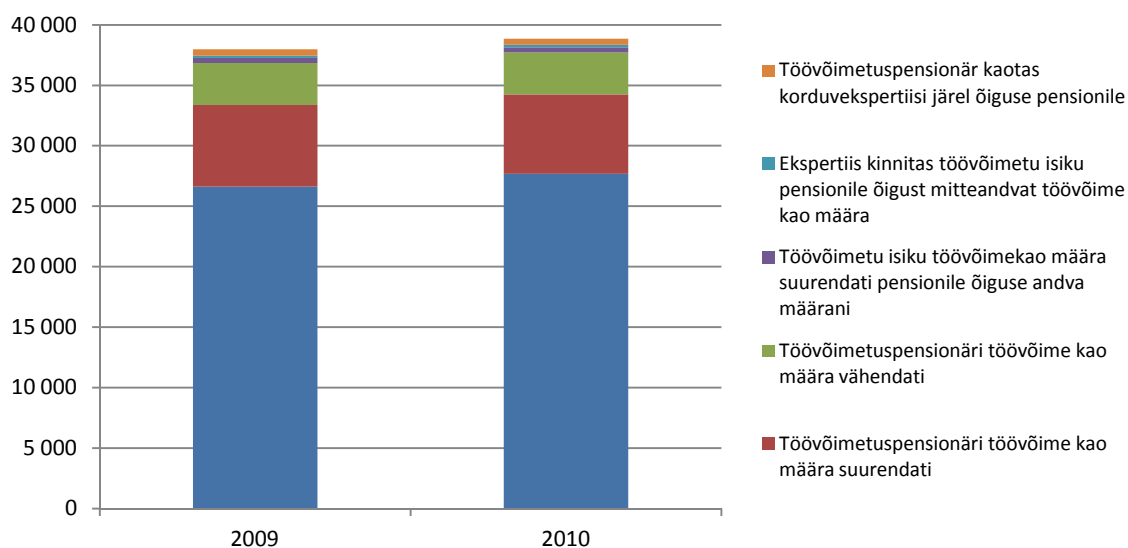
Joonis 4.9.3. Ajutise ja püsiva töövõimetus kulu ning töövõimetuspensionärid 2001-2011 aasta alguses



Allikas: Statistikaamet, Sotsiaalkindlustusamet, Haigekassa

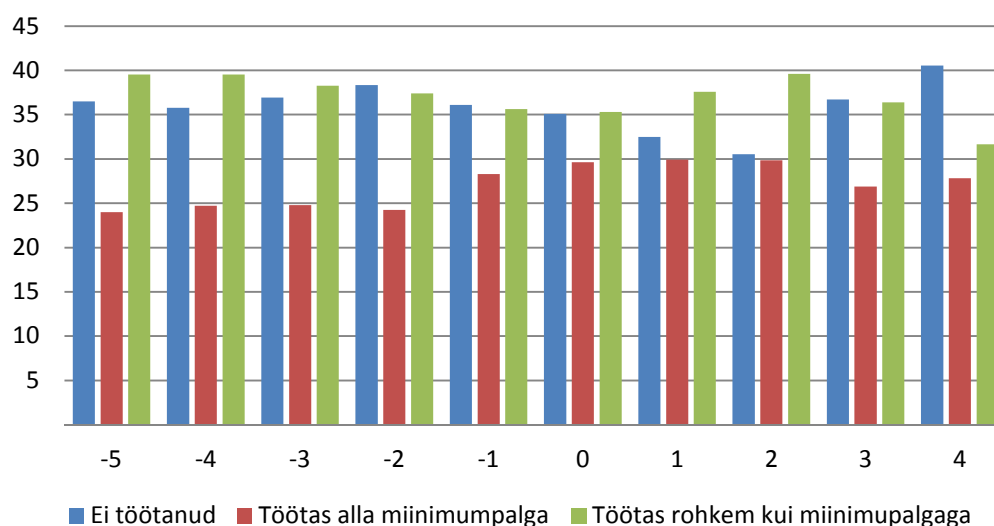
Hūvitise saajate suur osakaal tööealistest elanikest on otseselt seotud töövõimetus hindamise alustega, mis, olles meditsiinilise seisundi keskse ega arvesta isiku tegelikku töövõimet, tagavad hūvitiselaste kõrge juurdevoolu, hoides samas väljavoolu madala (peamiseks põhjuseks skeemilt lahkumiseks on jõudmine vanaduspensionäriks).

Püsiva töövõimetus ekspertiisi raames toimuv otsustusprotsess seisneb objektiivse meditsiinilise leiu ja sellele sotsiaalministri määrusega kinnitatud töövõimetus protsendi vastavusse viimises, kaalutlemist võimaldavate juhtude puhul on õigus arvestada isiku haridust ja ametiala. Suurel hulgal määruses kirjeldatud juhtudest ei ole funktsioonihäire tagasipööratav (nt kroonilised haigused, amputatsioonid) või funktsioonihäire on oluliselt seotud nn tõiste faktoritega (mitmed vaimsed häired, südameveresoonkonnaga seotud haigused), mistõttu on hūvitisele õiguse võtvad otsused harvad (vt joonis 4.9.4).

Joonis 4.9.4. Püsiva töövõimetuse korduvekspertsid 2009 ja 2010 ekspertiisi tulemuse järgi.

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet

Meditiiniline mudel eeldab lineaarset seost haiguse, selle sümptomite ja töövõimetuse vahel. Keskendudes haigusega tüüpiliselt kaasnevatele vaevustele, ei võta see arvesse töövõimetuse personaalset ja sotsiaalset dimensiooni (vt nt Waddell, 2006). Taoline, isiku tegelikku töövõimet mittehindav töövõimetuse hindamise kord võimaldab püsiva töövõimetuse hüvitisele ligipääsu ka isikutel, kes asendussissetulekut ei pruugi vajadagi⁴². Näiteks isikute seas, kel tekkis aastatel 2005–2006 40% töövõime kaotuse tõttu õigus töövõimetuspensionile, hõive ja palgatase järgnevatel aastatel, tingituna jõudsast majanduskasvust, tegelikult paranesid (vt joonis 4.9.5).

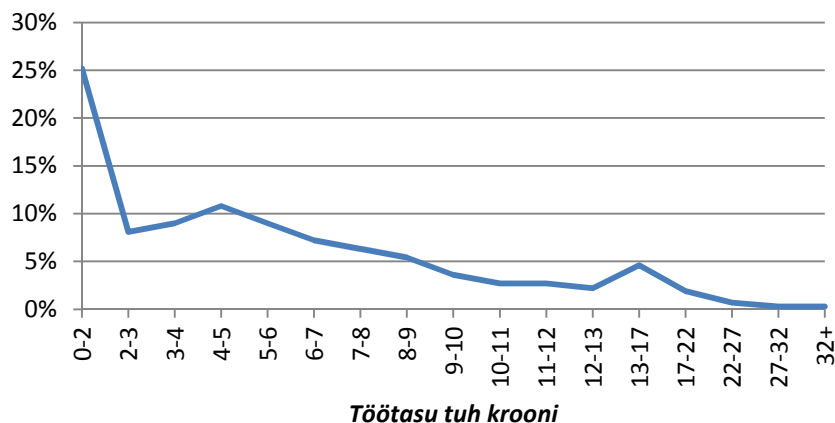
Joonis 4.9.5. 40% töövõime kaoga töövõimetuspensionäride töötamine enne ja pärast töövõimetuse määramist (töövõime kaotus on tuvastatud esmakordselt 2005. ja 2006. aastal).

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet 2011, autorite arvutused

⁴² Käimasoleva uuringu *Liigesepõletike haigus- ja majanduslik koormus Eestis* raames intervjueritud liigesepõletike all kannatavad täistööajaga töötavad töövõimetuspensionärid ei käsitlenud töövõimetuspensionit asendussissetulekuna vaid riigi abina kõrge omaosaluse katmisel haiguse ravimisel (nt ravimite ja taastusravi omaosaluse katmiseks).

Riigikontrolli andmetel teenis 2009. aastal tulu 41% töövõimetuspensionäridest, kellest vähemalt 10% palgatulu ületas riigi keskmist palka (vt joonis 4.9.6). Sealjuures teenis tulu ka 5% täielikult töövõimetuks tunnistatud isikutest (Riigikontroll 2010).

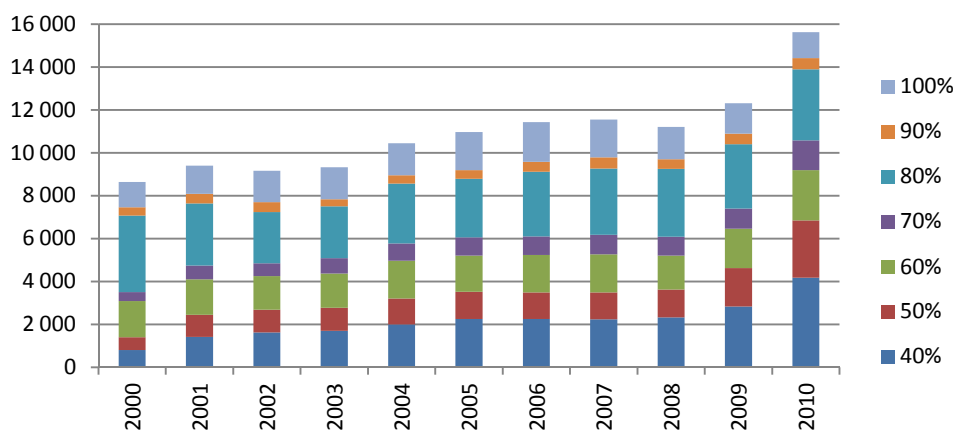
Joonis 4.9.6. Töötavad töövõimetuspensionärid keskmine kuise palgatulu järgi osakaaluna kõikidest töötasu saanud töövõimetuspensionäridest 2009. a.



Allikas: Riigikontroll, autorite arvutused

Teisalt võib töövõimetuse hüvitise tänane korraldus motiveerida hüvitist taotlema ka isikud, kes vajavad muude sissetulekute kahanemise tõttu alternatiivseid tuluallikaid. Töövõimetuspensionäri staatusega kaasneb arvestatav toimetulekut toetav hüvistepakett (sh ravikindlustuse ja ravimihüvitise näol tingimused tulemusrikkamaks raviks). Võimalikule nn käitumuslikule aspektile ehk püsiva töövõimetuse skeemi mittesihipärasele kasutamisele (töövõimetuspension kui sotsiaaltoetus, eelpension või ravikindlustuskaitse tagaja) viitab töövõimetuspensionari tagava minimaalse töövõime kaotuse määraga isikute suur juurdevool majanduskriisi tingimustes (vt joonis 4.9.7). Kui kõigi töövõimetuspensionäride arv on ajavahemikul 2001–2011 kasvanud 90,3%, siis 40%se töövõimetuse määraga isikute arv on kasvanud 6,2 korda, suurim kasv on aset leidnud just aastatel 2009–2010.

Joonis 4.9.7. Püsiva töövõimetuse esmakordsete määramiste arv 2001-2010 töövõimetuspensionile õiguse andva töövõime kao järgi.



Allikas: Statistikaamet

Töövõimetuspensionari saava isiku töötamise korral on tal haigestumise või vigastuse korral õigus saada ajutise töövõimetuse hüvitist, seda ka juhul, kui ajutine töövõimetuse on tingitud sellest samast põhjusest, mille alusel on isikule määratud püsiv töövõimetuse. Sama eesmärgi, s.o äralangenud sissetuleku

asendamise saavutamist silmas pidavate sotsiaalkindlustuse mehhanismide dubleerimine võib kujutada endast avalike vahendite ebasäästlikku kasutamist (vt nt Õiguskantsleri ...).

Töövõimetuse hüvitamise süsteemi sotsiaalne jätkusuutlikkus on nõrk. Eestis kasutusel olev passiivse iseloomuga töövõimetuse süsteem võib demotiveerida tööealisi töövõimelisi isikud tööturul oma töövõimet rakendama, mistõttu ei saa prognoositavas tööjõupuuduse tingimustes (vt nt Majandus- ja ... 2009) pidada süsteemi sotsiaalselt jätkusuutlikuks. Süsteemi aluspõhimõtted ei ole kooskõlas mitmetes kesketes riiklikes dokumentides esile tõstetud printsiipidega, mille raames rõhutatakse töötamise olulisust nii puuetega inimeste sotsialiseerimisel kui ka vaesuse ennetamisel (nt Sotsiaalministeerium 2006; Rahvastiku tervise ...).

Haigekassast haigushüvitise maksmise üheks eeltingimuseks on töövõimetuse perioodil mittetöötamine. Osaliselt säilinud töövõimega isik võib seega olla motiveeritud arvestatava määraga (70% varasemast töötasust) hüvitise saamise eesmärgil enne täielikku töövõime taastumist tööle mitte naasma, seda ka juhul kui haiguse või vigastuse iseloom ning töötingimused võimaldaksid isikul oma säilinud töövõimet näiteks osalise koormusega rakendada.

Sarnaselt võib SKA administreeritav töövõimetuspension tagada säilinud töövõimega, kuid madala töömotiveerimisega isikule toimetuleku tagava sissetuleku. Püsiv garanteeritud sissetulek võib demotiveerida seniseid madalapalgalisi isikuid tööturul jätkama / sinna naasma, kuna harjumuspärane sissetulek on tagatud ka kohustuseta tööd teha.

Määratud töövõimetuspensionist lähtuv püsiva töövõimetuse hüvitamine ei võta arvesse töövõimetu isiku tegelikke võimalusi end tööturul rakendada. Isikud, kelle töövõimekaotus on 80% või 90%, saavad vastavalt 20 või 10% võrra väiksemat hüvitist võrreldes isikuga, kellel on tuvastatud täielik (s.o 100%) töövõime. Eeldus, et 80–90% töövõimekaoga isikul on suurem tõenäosus teenida endale täiendavat tulu, mistõttu väärib ta väiksemat hüvitist, ei arvesta inimese tegelikku vajadust abi järele, vaid täidab pigem meetme lihtsama administreerimise eesmärki. Väiksem hüvitis olulise töövõimekaoga isikule tõstab samas oluliselt isiku ja tema pere riski langeda vaesusesse.

Ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitamise skeemid (sh ajutise töövõimetuse hüvitis) ei sisalda tööandjale motiveerimisvahendite mehhanisme tegutsemaks viisil, et rakendada töövõime osaliselt kaotanud isikut võimalikult kiiresti ja tulemusrikkalt tööle. Töölepingu seadus (§ 88 lg 1 p 1) võimaldab tööandjal vähenenud töövõimega isik nelja kuu möödudes töölt vabastada, kui isik ei tule seniste tööülesannete täitmisega enam toime⁴³.

Töövõimetuse hüvitamise süsteemi ülesehitus on ebaefektiivne. Töövõimetusriski maandamisele suunatud meetmed keskenduvad üksnes vahetult sissetulekuriskile ega ole seostatud rehabilitatsioonitegevustega. Riiklikult väljatöötatud rehabilitatsioonimeetmed on puudulikult integreeritud, erinevad administraatorid ei koordineeri omavahel tegevusi (Eesti sotsiaalkaitsesüsteemi ...).

Sotsiaalkindlustusameti administreeritavale riiklikult rahastatavale rehabilitatsiooniteenusele, mille eesmärgiks on soodustada isiku iseseisvat toimetulekut, sotsiaalset integratsiooni ning töötamist ja tööle asumist, on kehtivate õigusaktide kohaselt õigus isikutel, kellele on määratud või kes taotlevad puude määramist – s.o vaid isikul, kellel on kõrvalabi vajadus juba tekkinud (erandliku grupina on teenusele õigus ka tööealistel psüühilise erivajadusega inimestel, kelle töövõime kaotus on vähemalt 40%). Rehabilitatsiooniprotsessi käimalükkamiseks peab isik ise initsiatiivi üles näitama.

Lubades ajutisel töövõimetusel kujuneda pikaajaliseks ja püsivaks ning võimaldades rehabilitatsiooniteenuseid alles raskete juhtumite puhul (mida peegeldab kõrvalabi vajadus), võib tervisehäirega isiku tööle reintegreerimine osutada kulukamaks ja vähem tulemusrikkaks, kui see oleks võimalik töövõimetuse varases faasis (vt nt OECD 2010).

Riigi ülevaade töövõimetusskeemide kasutamisest on lünklik. Teadmine töövõimetuse skeemide kasutamise kohta Eestis on fragmentaarne, rõhuasetus on raamatupidamislik. Erinevalt enamikust arenenud Euroopa riikidest puudub Eestis teadmine haigestumisest tingitud haigusjuhtumite ning haigushüvitiste tarbijate kohta. Haigekassa väljastab ajutise töövõimetuse statistikat lehtede, s.o

⁴³ Samas peab tööandja enne töölepingu ülesütlemist pakkuma töötajale võimaluse korral teist tööd, korraldama vajadusel töötaja täiendusõppe, kohandama töökohta või muutma töötaja töötingimusi, seda kõike eeldusel, et muudatused ei põhjusta tööandjale ebaproportsionaalselt suuri kulusid ning teise töö pakkumist võib asjaolusid arvestades mõistlikult eeldada (§ 88 lg 1 p 2).

finantsdokumentide keskselt; puudub juhtumi- ja isikupõhine (st demograafiliste, tulu jmt tunnuste löikes) statistika – pole võimalik öelda, kui pikk on keskmine haigusjuhtum ning mitu inimest hüvitieskeemi konkreetse ajaühiku vältel kasutanud on; asjakohased alusandmed on Haigekassa andmebaasides samas olemas. Puudulik on info ajutise ja püsiva töövõimetuskeemide kasutamise vaheliste seoste ning seotuse kohta teiste hüvitieskeemidega.

Võimaldamaks adekvaatsete sekkumiste väljatöötamist ning kahandamiseks skeemide põhjendamatut kasutamist, on tarvilik analüüsida skeemide kasutamismustreid. Arvestades tervisehäirest/puudest tingitud töövõimetusse seotud rahaliste hüvitiste kulude suurt mahtu (2010. aastal oli haigushüvitiste kogukulu 548,7 miljonit krooni, s.o ca 35,1 miljonit eurot, töövõimetuspensioni kulu 2,75 mlrd krooni, s.o ca 175,8 miljonit eurot) võivad teadmatusel edasilükatud või infopuuduses langetatud otsused põhjustada riigile pikaajalisi ja ebamõistlikke kulusid.

Ajutise ja püsiva töövõimetuskeemide hüvitistega seotud poliitikavariandid

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Parameetiline muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Ajutise ja püsiva töövõimetuskeemide samaaegse hüvitamise kaotamine (poliitikavariant 49)
Struktuurne muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Tööandja vastutuse suurendamine (poliitikavariant 50) Ajutise ja püsiva töövõimetuskeemide ühendamine (poliitikavariant 51)
Erakindlustuse kaasamine	<ul style="list-style-type: none"> Erakindlustuse kaasamine töövõimetuskeemide riskide katmisel täiendava kindlustusena (poliitikavariant 52)

Eesti tänase töövõimetuskeemide hüvitamise süsteemi kitsaskohtade rohkuse tõttu (vt eelnev alapeatükk) vajab ajutise töövõimetuskeemide hüvitiste ja töövõimetuspensioni süsteemi ümberkorraldamine põhjalikumalt eelnevat analüüsi, kui võimaldab käesoleva töö raamistik. Selle töö raames väljatöötatud poliitikavariantide valikuga on püütud tabada keskseid süsteemi jätkusuutlikkusega seotud otsustuskohti, mille kohta tuleb töövõimetuskeemide ümberkorraldamisel valikud langetada (vt joonis 4.9.8).

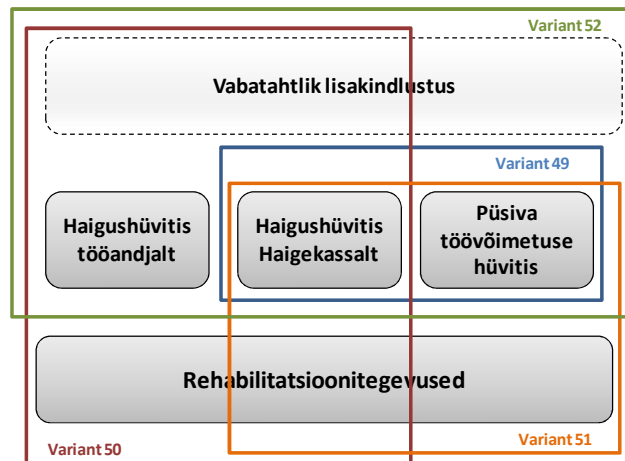
Poliitikavariant 49 ehk **ajutise ja püsiva töövõimetuskeemide samaaegse hüvitamise kaotamine** taotleb sotsiaalkaitsesüsteemi ressursside säästlikumat kasutamist üksikute õigusaktide muutmise kaudu. Poliitikavariandi sisuks on töövõimetuspensioni maksmise kohustuse kaotamine ajutise töövõimetuskeemide perioodil aja eest, mille eest maksavad hüvitist tööandja ja Haigekassa.

Poliitikavariant 50 ehk **tööandja vastutuse suurendamine** töövõimetuskeemide tingitud sissetuleku kahanemise riski maandamisel on eeskujuks võetud Hollandis kasutusel olev printsiip, mille kohaselt lasub vastutus töötaja tervise eest töötaja kõrval arvestataval määral ka tema tööandjal. Poliitikavariant asetab haigushüvitise maksmise kohustuse haigusjuhtumi 4. kuni 182. päevani tööandjale, riigi rolliks on toetada rehabilitatsioonitegevuste koordineerimise kaudu töötaja naasmist tööle ning garanteerida isikule hüvitis juhtudel, kus tööandja ei tule talle pandud kohustusega toime.

Poliitikavariant 51 ehk **ajutise ja püsiva töövõimetuskeemide hüvitise skeemi ühendamine** kaotab senise ajutise ja püsiva töövõimetuskeemide eristamise ning seab pikaajalise töövõimetuskeemide korral hüvitise maksmise tingimuslikuks rehabilitatsiooniprotsessis osalemisest. Poliitikavariandi sihiks on inimeste kiirem naasmine tööturule ning osalise töövõimega isikute hüvitiesõltuvuse vähendamine.

Poliitikavariant 52 ehk **töövõimetuskeemide riskide katmine vabatahtliku kindlustusena** käsitleb töövõimetusriskiga kaasneva sissetulekuriski täiendava maandamise võimalust erakindlustajate toel sarnaselt muude tavapäraste finantsriskide maandamisega.

Joonis 4.9.8. Esitatavate poliitikavariantide skoobid.



Ajutise ja püsiva töövõimetuse samaaegse hüvitamise kaotamine (poliitikavariant 49)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärk

- Vähendada sotsiaalkindlustuse kulu rahalistele hüvitistele

Senine olukord

Haiguse või vigastuse korral on ravikindlustatud isikul õigus saada haigushüvitist kuni haiguslehel märgitud töövõime taastumise päevani või püsiva töövõimetuse kindlakstegemise päevani, kuid mitte rohkem kui 240 järjestikust kalendripäeva tuberkuloosi või 182 järjestikust kalendripäeva mõne muu haiguse korral.

Pikaajalise ajutise töövõimetuse korral saadab kindlustatud isikut raviv arst ekspertiisiks vajalikud dokumendid hiljemalt 121. päevaks ja tuberkuloosi haigestumise korral hiljemalt 178. päevaks alates töövõimetuslehel märgitud töö- või teenistuskohustuste täitmisest vabastuse päevast Sotsiaalkindlustusametile. Viimase otsuse alusel pikendatakse haiguslehe alusel haigushüvitise maksmist kuni ülalnimetatud tähtaja saabumiseni või määratakse isikule püsiv töövõimetus, mis toob kaasa ajutise töövõimetuse hüvitise maksmise lõpetamise sama juhtumi raames.

Ekspertiisi läbiviimine võtab juhul, kui isik on taotluse esitamise hetkel töövõimetuslehel, normaalingimustel aega kuni 30 tööpäeva. Kümne päeva jooksul arvates ekspertiisiks piisavate andmetega taotluse saamise päevast esitab Sotsiaalkindlustusamet ekspertiisitaotluses nimetatud isiku raviarstile taotluse isiku terviseseisundi kirjelduse saamiseks. Isiku raviarst esitab terviseseisundi kirjelduse viie päeva jooksul arvates Sotsiaalkindlustusametilt taotluse saamise päevast⁴⁴. Sotsiaalkindlustusamet viib ekspertiisi läbi viie tööpäeva jooksul arvates ekspertiisiks piisavate andmete saamise päevast (ekspertarsti hinnangu andmisega seotud tähtaegu kehtivad õigusaktid ei käsitle, mistõttu on hinnangu andmise tähtaeg käsitletav nimetatud viie päeva sisse mahtuvana). Andmete mittepiisavuse korral võib menetlusprotsess oluliselt pikeneda (standardaeg täiendavate andmete esitamiseks on 10 päeva).

Püsiva töövõimetuse kindlakstegemise päevaks loetakse ekspertiisitaotluse Sotsiaalkindlustusametile esitamise päev või postiga saatmise korral lähtekoha postitempli kuupäev (v.a korduexpertiisi korral). Kui isik, kes oli ekspertiisitaotluse esitamise või saatmise päeval töövõimetuslehe alusel ajutiselt töövõimetu sama haiguse või vigastuse tõttu, mis tingib püsiva töövõimetuse, loetakse püsiva töövõimetuse kindlakstegemise päevaks Sotsiaalkindlustusameti poolt püsiva töövõimetuse otsuse vastuvõtmise päev.

⁴⁴ Kui isiku raviarst on liitunud e-tervise infosüsteemiga, võib ta terviseseisundi kirjelduse esitamise asemel teha isiku haigusloo infosüsteemis kättesaadavaks.

Kui isik taotleb püsiva töövõimetuse tekkimise aja tuvastamist tagasiulatuvalt ja ekspertiisitaotlus ning tervise seisundi kirjeldus sisaldavad püsiva töövõimetuse tagasiulatuvalks tuvastamiseks piisavalt andmeid, tuvastab Sotsiaalkindlustusamet püsiva töövõimetuse tekkimise aja tagasiulatuvalt alates ekspertiisitaotluse Sotsiaalkindlustusametile esitamise või saatmise päevast, kuid mitte enam kui kolm aastat.

Töövõimetuspensioni saava isiku töötamise korral on tal haigestumise või vigastuse korral õigus saada ajutise töövõimetuse hüvitist, seda ka juhul, kui ajutine töövõimeetus on tingitud sellest samast põhjusest, mille alusel on isikule määratud püsiv töövõimeetus (vt hüvitise arvestamise detaile kattuvuse korral peatüki algusosast).

Seega:

- juhul, kui ajutine ja püsiv töövõimeetus on vahetus järgnevuses, saab isik kuni püsiva töövõimeetuse määramiseni ajutise töövõimeetuse hüvitist ja alates püsiva töövõimeetuse määramise päevast töövõimeetuspensioni (vt joonis 4.9.1);
- töövõimeetuse määramise asemel võib Sotsiaalkindlustusamet haigushüvitise maksmise perioodi pikendada (ameti otsus on vajalik ajutise töövõimeetusjuhtumi 121. päevaks);
- juhul, kui isik esitab taotluse töövõimeetuse määramiseks päeval, mil ta ei ole haiguslehel ja taotleb püsiva töövõimeetuse määramist tagantjärele, on isikul teoreetiliselt võimalik saada ka tagantjärele töövõimeetuspensioni sama aja eest, mille eest Haigekassa on maksnud hüvitist (vt joonis 4.9.2);
- kui isikule on määratud töövõimeetuspension, on tal uue algava haigusjuhtumi korral õigus saada Haigekassalt 60 päeva vältel (90 päeva kalendriaasta kohta) hüvitist sarnasel põhjusel, mille eest makstakse talle töövõimeetuspensioni;
- ajutise töövõimeetuse skeemilt püsiva töövõimeetuse skeemile liikuva isiku (st isik, kellele määratakse püsiva töövõimeetus esmakordselt) sissetulek sõltub oluliselt tema enda, tema raviarsti, ekspertarsti ja Sotsiaalkindlustusameti ametniku käitumiste kombinatsioonist. Isikul, kelle puhul Haigekassa makstav haigushüvitis ületab oluliselt sama ajaühiku eest makstavat töövõimeetuspensioni, on tulusam, kui töövõimeetuse määramise protsess viibib ja haigushüvitise periood kujuneb võimalikult pikaks. Isikul, kelle puhul kalendripäeva eest makstav töövõimeetuspension ületab oluliselt Haigekassast sama ajaühiku eest makstavat haigushüvitist, on tulusam, kui töövõimeetus määratakse võimalikult kiiresti.

Poliitikavariandi kirjeldus

Ajutise töövõimeetuse hüvitise saamise korral piiritletaval perioodil kahandab Sotsiaalkindlustusamet Haigekassalt saadava info põhjal järgmises kalendrikuus isikule makstavat pensionisummat Haigekassa poolt hüvitatud päevade võrra⁴⁵.

Poliitikavarianti on võimalik rakendada erineva nn rangusastmega:

- töövõimeetuspensioni ei maksta aja eest, mil isik sai ajutise töövõimeetuse hüvitist samal põhjusel, mille eest on isikule määratud püsiv töövõimeetus;
- töövõimeetuspensioni ei maksta aja eest, mil isik sai ajutise töövõimeetuse hüvitist.

Variandi a rakendamine välistaks samal eesmärgil s.o äralangenuid sissetuleku asendamiseks rahalise hüvitise maksmise täpselt samal põhjusel, mille eest isikule hüvitist sama aja eest juba makstakse. Sellele, et kõnealune kattuv lahendus võib kujutada endast avalike vahendite ebasäästlikku kasutamist, on tähelepanu juhtinud näiteks õiguskantsler (Õiguskantsleri arvamus ...).

⁴⁵ Tulenevalt Riigikohtu 07.06.2011 otsusest (nr 3-4-1-12-10), mis tõlgendas piirangute rakendamist haigushüvitise maksmisel (küll vanusest tulenevalt) ebavõrdseks ning seetõttu põhiseadusega vastuolus olevaks, on käesolev poliitika-variant disainitud viisil, mis ei sea piiranguid ajutise töövõimeetuse hüvitisele vaid püsiva töövõimeetuse hüvitisele. Töövõimeetuspensioni eesmärgist lähtuvalt on ebatõenäoline ühe hüvitise maksmise piiramise käsitletavus ebavõrdse kohtlemisena olukorras, kus isikule on samal perioodil tagatud sama eesmärgi täitev ja sageli soodsam sotsiaalkaitsehüvitis.

Variandi b rakendamine kaotaks igasuguse paralleelse töövõimetuse hüvitamise, s.o sõltumata ajutise töövõimetuse põhjustest – perioodi eest, mil isik on saanud ajutise töövõimetuse hüvitist tööandjalt või Haigekassalt, kahandab Sotsiaalkindlustusamet proportsionaalselt vastava kalendrikuu eest makstavat pensioni.

Mõjud

Finantsiline jätkusuutlikkus. Poliitikavariandi rakendamise korral kahaneks – võimalikke käitumuslikke mõjusid arvestamata – pensionikindlustuse eelarvest makstav töövõimetuspensionide kulu ajutise töövõimetusega kattuvate päevade ulatuses. Variandi a puhul piirduksid kattuvad päevad haigusjuhtumitega, mis on tingitud samast põhjusest, mille alusel isikule on määratud püsiv töövõimetus.

Poliitikavariandi rakendamisega kaasnevate finantsmõjude kvantitatiivseks analüüsiks oleks vajalik info registreeritud töövõimetulehtede kohta, mis on väljastatud isikutele, kes on ravikindlustuse andmekogus kindlustatud töövõimetuspensionärina. Ülalkirjeldatud variandi a puhul on seejuures oluline teada töövõimetulehe välja „Haigus või vigastus ei ole töövõimetuspensionide määramise põhjuseks“ väärtust.

Haigekassa kirjeldatud lõikes ravikindlustuse andmekogus olevaid andmeid ei analüüsi ega väljasta analüüsi teostamiseks vajalikke andmestikke välistele osapooltele. Sellest tulenevalt piirduks käesoleva poliitikavariandi finantsiliste mõjude analüüs kvalitatiivsete hinnangutega.

Mõju inimeste käitumisele. Poliitikavariandi rakendamine puudutab kõiki töövõimetuspensionäre, kellel on töövõime osaliselt säilinud ning kes võivad seda sobiva töö olemasolul rakendada. 2011. aasta alguses sai töövõimetuspensionide 72 929 isikut (88,3% kõigist töövõimetuspensionäridest), kellel tuvastatud töövõime kadu oli 40–90%. Riigikontrolli 2010. aasta auditi kohaselt sai 2009. aastal töövõimetuspensionide saamise ajal palgatulu 33 304 töövõimetuspensionäri (41% töövõimetuspensionäridest, sh mõned täielikult töövõimetud isikud).

Tõenäoliselt mõjutaks poliitikavariandi rakendumine arvestatavalt nende töövõimetuspensionäride käitumist, kes on tervisliku olukorra tõttu sagedasti haiguslehel ning kelle igakuine töötasu on väiksem või võrdne neile makstava töövõimetuspensioniga. Kuna haigestumise korral saaks isik hüvitist 70% oma senisest tulust, oleks juhul, kui haigestumine on tingitud samast põhjusest, mille alusel on isikule määratud püsiv töövõimetus, mõlema variandi korral isiku sissetulek haigushüvitisest väiksem, kui sama aja eest makstav pension. Taoline „karistus“ haigestumise korral võib kahandada osalise töövõimega isiku motivatsiooni jätkata töötamist. 2009. aasta alguses oli keskmine töövõimetuspension 2595 krooni. Samal aastal tõist tulu teeninud töövõimetuspensionäride osakaal, kelle brutotulu kuus jäi alla 3000 krooni kuus, oli 37% ehk ca 12 300 isikut.

Sarnaselt võib poliitikamuudatuse rakendamine osutada demotiveerivaks töövõimetuspensionäridele, kes ei tööta, kuid sooviks osalise koormusega tööle naasta. Haigestumisest tingitud pikaajalise või sagedase ajutise töövõimetuse korral võib isiku haigushüvitis(t)e ja teenitava töötasu kogusumma osutada väiksemaks või samaväärseks mittetöötamise korral sama perioodi vältel garanteeritud püsiva suurusega töövõimetuspensioniga.

Töövõimetuspensioniga samaaegselt olulist suuremat töötasu teenivate töövõimetuspensionäride (ca 21 000 isikut 2009. aastal) käitumisele poliitikamuudatus tõenäoliselt olulist mõju ei avalda – tervisliku olukorra halvenemisest tingitud ajutise töövõimetuse perioodil saaks isik Haigekassalt pensioniga samaväärset või suuremat haigushüvitist.

Tehniline teostavus. Poliitikamuudatuse rakendamine eeldab Sotsiaalkindlustusameti pensioniametis pensionide maksmise protsessi ja seda toetava infosüsteemi ümberkorraldamist, et võimaldada igakuiste väljamaksete tegemisel korrigeerida töövõimetuspensionide Haigekassast laekuvate töövõimetuspensionäride haigusjuhtumite info põhjal.

Kuna ajutise töövõimetuse hüvitist makstakse tagantjäre, pensioneid aga jooksva kalendrikuu eest, võib tekkida olukord, kus inimene saab sama ajutise töövõimetuse perioodi eest siiski nii ajutise töövõimetuse hüvitist kui ka töövõimetuspensionide ning ühekordne pensioniväljamakse kahandamine võib lükkuda ajas edasi, muutes isikute sissetulekud ebastabiilseks. Probleemi on võimalik leevendada viisil, et Haigekassasse edastatakse andmed haigusjuhtumite kohta juba nende algamisel, mitte haiguslehe lõpetamisel. Kirjeldatu eeldab Haigekassalt täiendavaid arvestatavaid arenduskulusid.

Variandi rakendamisega on seotud olulised õiguslikud aspektid. Ülalkirjeldatud piirangute rakendamise õiguslik lubatavus sotsiaalkindlustushüvitiste võimaldamisel nõuab põhjalikku õiguslikku analüüsi.

Tõenäoliselt on lisaks ülalkirjeldatud piiranguid seadustavatele õigusaktide muudatustele vaja täiendavalt ümber vaadata töövõimetuspensioni kui püsiva töövõimetus hüvitise aluspõhimõtted. Kehtiva pensionikindlustuse põhimõtete valguses on kaheldav olukorra aktsepteeritavus, kus töötamise korral oleks isikul õigus nii töötasule kui ka pensionile, kuid isiku haigestumisel õigust pensionile piiratakse.

Lisaks – kehtiv haldusmenetluse paradigma võib õiguspäraseks lugeda vaid menetlusprotsessi, kus pensionisaajat informeeritakse igast pensioniväljamakse vähendusest iga kord haldusakti vahendusel. See võib lisada menetlusprotsessi täiendava ressursse nõudva etapi.

Poliitikavariandist kokkuvõtvalt. Arvesse võttes peatüki algusosas kajastunud kriitikat töövõimetus hüvitamise süsteemile, võib pikemas perspektiivis osutada süsteemi struktuurne reform mõõdapäasmatuks, mis läbi muutub süsteemi lühiajalise perspektiiviga mõõduka kohandamise mõistlikkus küsitavaks. Kuigi muudatuse rakendamisel säästetakse pensionikindlustuse eelarvehahendeid, võivad tehnilise teostuse kulud ning kulukam menetlusprotsess tekkivat säästu oluliselt kahandada.

Illustreerimaks poliitikavariandi rakendamise mõjusid kvantitatiivse infoga, on tarvis muuta kättesaadavaks andmed ajutise ja püsiva töövõimetus kattuvate hüvitamisjuhtude kohta. Samuti vajab poliitikavariandi rakendatavus juriidilist ekspertarvamust.

Tööandja vastutuse oluline suurendamine isiku ajutise töövõimetus korral (poliitikavariand 50)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Motiveerida tööandjat parandama töökeskkonda, tõstma tööohutust ning panustama enam töötajate tervise eest hoolitsemisse
- Luua eeldused tervisehäiretega/puuetega isikute tulemuslikumaks rehabilitatsiooniks ja kahandada hüvitisestõltuvust
- Vähendada Haigekassa kulutusi rahalistele hüvitistele

Poliitikavariandi kirjeldus

- Tööandjal on kohustus maksta töötajale haigusest või vigastusest tingitud ajutise töövõimetus juhtumi korral haigushüvitist 179 päeva vältel, s.o haigusjuhtumi 4. kuni 182. päevani.
- Töövõime mittetaastumise korral on töötaval isikul õigus taotleda riigilt püsiva töövõimetus hüvitist alates haigusjuhtumi 183. päevast.
- Kui isiku tervislik seisund võimaldab isikul osaliselt töötada ning ajutise töövõimetus tuvastanud arst ei näe selleks vastunäidustusi, on aktsepteeritav, kui töötaja oma säilinud töövõimet soovitud mahus rakendab ning saab selle eest ka töötasu, säilitades seejuures teatud juhtudel õiguse (osalisele) haigushüvitisele.
- Töövõimetus kestuse teatud piiri ületamisel sekkub rehabilitatsiooniprotsessi koordineeriv asutus ning viib läbi rehabilitatsiooniteenuse vajaduse eelhindamise. Sõltuvalt töövõimetus iseloomust, isiku vajadustest ja suutlikkusest alustatakse ajutise töövõimetus juhtumi kestel rehabilitatsioonitegevustega.
- Ravikindlustuse eelarvest finantseeritav ajutise töövõimetus hüvitis säilitatakse senistel alustel rasedus- ja sünnituspuhkuse, lähedase hooldamise ja lapsendamispuhkuse korral ning juhtudel kus isikul on õigus nn soodustingimustel hüvitisele (s.o raseduse tõttu kergemale tööle üleviimine, raseduse ajal haigestumine ning ühiskonna kaitsmisel saadud vigastus).
- Pikaajaliste haiguste korral, millest on võimalik täielikult taastuda (nt tuberkuloos) ja mille puhul püsivat töövõimetus ei tuvastata, võtab haigushüvitise maksmise kohustus 183. päevast üle Haigekassa.
- Tööandjal on õigus hüvitise maksmise kohustusega kaasnev finantsrisk edasi kindlustada.
- Poliitikavariandi raames käsitletakse tööõnnetusest ja kutsehaigusest tingitud ajutist töövõimetus tinglikult samaväärsena nn tavalise haigestumisega.

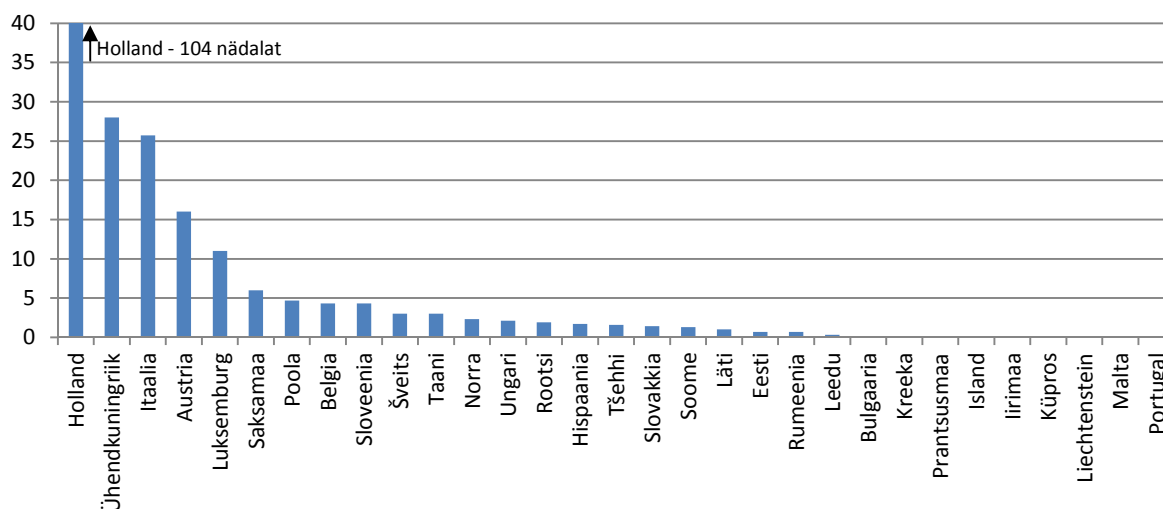
Tööandja vastutus. Tööandja vastutus on poliitikavariandis pikenenud võrreldes kehtiva olukorraga enam kui 35 korda ehk 5 päevalt 179 päevani. Kõnealune muudatus järgib Hollandis 1990ndate keskpaigas toimunud töövõimetuse hüvitamise süsteemi reformi ühte alusprintsipi viia vastutus haigusest tingitud töövõimetusega kaasneva sissetuleku kahanemise riski maandamisel avalikult sektorilt täielikult tööandjatele ja töötajatele.⁴⁶

Tööandjale olulist rahalist vastutust ette näevad töövõimetuse hüvitamise skeemid on arenenud riikides võrdlemisi levinud. Äärmuslikem lahendus on kasutusel Hollandis, kus tööandja on töötaja haigestumisel kohustatud jätkama töötajale töötasu maksmist (vähemalt 70% ulatuses)⁴⁷ kuni kahe aasta vältel ning tegema kõik, mis vähegi võimalik, et reintegreerida töötajat tööle. Juhul, kui tööandja ei suuda tõestada, et ta on töötaja tööle naasmise tagamiseks piisavalt panustanud, võidakse teda kohustada maksma töötajale haigushüvitist ka kolmanda aasta vältel. Sarnaselt on ka töötaja kohustatud meetmetes osalema, kohustuse eiramisel makstav hüvitis kahaneb. Riik hakkab töövõimetule isikule hüvitist maksma üksnes juhul, kui isik ei suuda teha ühtegi tööturul pakutavat tööd. (OECD 2010, Missoc 2011)

Itaalias on tööandja kohustatud töötaja haigestumisel maksma talle haigushüvitist kuni 180 päeva vältel kalendriaastas. Luksemburgis jätkab tööandja töötaja haigestumisel talle töötasu maksmist haigusjuhtumi 77. päevani. Saksamaal on tööandja kohustatud jätkama töötaja haigestumisel talle töötasu maksmist 70% ulatuses kuue nädala vältel. (Missoc 2011, vt joonis 4.9.9)

Belgias on tööandjal kohustus tasuda nn valgekraedest töötajate haigestumisel ühe kuu vältel 100% isiku senisest töötasust, sinikraede puhul esimese 7 päeva korral 100% töötasust, 8. kuni 14. päevani 60% töötasust ja ajutise töövõimetuse toetust ning 15. kuni 30. päevani töövõimetuse toetust. Šveitsis on tööandja vastutus minimaalselt 3 nädalat esimesel tööaastal, periood pikeneb töötaja tööstaaži kasvades. Sloveenias on tööandja vastutus 30 päeva. (Missoc 2011)

Joonis 4.9.9. Tööandja poolsete hüvitiste maksmise maksimaalne kohustus nädalates Euroopa riikides.



Allikas: Missoc 2011

Hüvitise maksmise periood. Poliitikavariandis on hüvitise maksmise alguspäev jäetud sarnaseks kehtiva korraga, st tööandja alustab hüvitise maksmist 4. päevast, haigusjuhtumi esimesed 3 päeva on töötaja nn omavastutuse päevad. Tegemist on Euroopa Sotsiaalkindlustuskoodeksi sätestatud maksimumperioodiga, mille vältel ei pea haigestunud töötajale hüvitist maksma.

⁴⁶ Hollandi töövõimetussüsteemi reformimisel oli teine keskne alusprintsip, mida käesolev poliitikavariant ei järgi, avaliku sektori rolli kahandamine ning erateenusepakujate (nt töötervishoiu- ja tööturuteenuste osutajad) rolli suurendamine.

⁴⁷ Hüvitise maksmise kohustus ei laiene üle 65-aastaste isikute haigestumisel; hüvitise maksimaalne päevamäär on limiteeritud; kui 70% päevamäärast on väiksem, kui miinimummäär, on võimalik riigilt taotleda täiendavat hüvitist.

Hüvitamise perioodi kestus haigusjuhtumi 182. päevani tuleneb Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksis sätestatud minimaalsest perioodist (26 nädalat iga haigusjuhtumi kohta), mille vältel tuleb töötajale tagada haigushüvitise maksmine.

Hüvitise arvestamise alused. Hüvitise arvestamise alused on poliitikavariandis jäetud samaks kehtiva olukorraga, s.t tööandja arvestab hüvitist haigestumisele eelneva kuue kuu töötasu alusel ja maksab hüvitist kalendripäeva põhiselt ning määraga 70% keskmisest töötasust.

Erinevalt senisest lahendusest on poliitikavariandi rakendamisel võimalik haigusjuhtumi vältel töötamise korral saada teatud tingimustel jätkuvalt ka hüvitist (eeldusel, et raviarsti hinnangul ei ole töötamine vastunäidustatud. Töötasu ja hüvitise maksmise kombinatsioon peaks arvestama järgmisi põhimõtteid (OECD 2010 põhjal):

- töötaja on motiveeritud töötama, kui tervislik olukord seda võimaldab;
- töötaja on motiveeritud töövõime taastumisel tööle asuma;
- töötasu ja hüvitise kombineeritud maksmine ei karista töötamist töövõimetuse ajal;
- tööandja on huvitatud töötaja töölenaasmisest nii kiiresti kui võimalik;
- töötaja ega tööandja ei ole motiveeritud ajutise töövõimetuse perioodi omakasu ajel (nt väiksem maksukoormus tööandjale) ise ellu kutsuma ega kunstlikult pikendama.

Vastamaks osadele nimetatud kriteeriumitele, on poliitikavariandi rakendamisel võimalik kasutada üksikult või üheskoos järgmisi põhimõtteid:

- töötajal on töövõimetuse ajal osaliselt töötades õigus saada tööandjalt töötasu ja hüvitist kokku >70% kuid <100% senisest töötasust (töövõimetuse perioodil osakoormusega töötamine tasub ära, kuid täielikult tööle naasmine on tulusam);
- hüvitist ei maksustata sotsiaalmaksu ega töötuskindlustusmaksudega (isik on motiveeritud muude, võimalike tulevikus makstavate hüvitiste suurendamise eesmärgil naasma tööle nii kiiresti kui võimalik; printsiip identne senise olukorraga);
- tööandjale antakse maksuvabastus juhtudel, kus ta panustab töötajate tervislike eluviiside kujundamisse (nt tervisesport, tervisekontrollid) ning võimaldab töötajale teenuseid (nt rehabilitatsiooniteenusena käsitletavat teenust *à la* füsioteraapia, massaažiteenus) või kaupu (nt erimööbel), mis soodustavad töötaja töövõime parandamist või rakendamist ajutise töövõimetuse perioodil.

Rehabilitatsioonitegevused. Poliitikavariant näeb ette aktiivse rehabilitatsiooniprotsessi alustamist, kui töövõimetuse kestus ületab kokkulepitud piiri või kui selle järele näeb vajadust töötaja raviarst haigusjuhtumi algamisel. Rehabilitatsiooniprotsessi koordineeriv vastava pädevusega rakendusasutus viib läbi eelhindamise ning sõltuvalt vajadusest töötab välja rehabilitatsioonikava ning organiseerib rehabilitatsioonitegevuste võimalikult kiire alustamise. Asutus koordineerib vajadusekorral töötaja-tööandja või isiku ja rehabilitatsiooniasutuse suhtlust ning juhiv vajadusel töökeskkonna kohandamist.

Asutuse või tema täitevõimu asutusest koostööpartneri käsutusse antakse õiguslikud vahendid motiveerimaks nii tööandjat kui töötajat osalema aktiivselt rehabilitatsiooniprotsessi (nt pädevus tuvastada juhtumid, mille raames on tööandjal õigus sotsiaalmaksuvabastusele ning anda luba isikule makstava hüvitise kahandamiseks või tööandja poolse hüvitise maksmise perioodi pikendamiseks, kui osapoolte käitumine ei vasta kokkulepitud kavale).

Vajadust kiirema sekkumise järele töövõimetuse/puude tekkimisel on väljendatud PITRA II lõppraportis (PITRA II ...). Rehabilitatsioonitegevuste rakendumine juba ajutise töövõimetuse perioodil on keskel kohal mitmetes Euroopa riikides. Rootsis on haigestunu tööandja kohustatud koostöös töötajaga selgitama välja rehabilitatsioonivajaduse juhul, kui töötaja on tööst eemal olnud enam kui neli järjestikust nädalat, on sageli lühikeste töövõimetuspriodide kaupa töölt eemal või avaldab konkreetset soovi rehabilitatsioonitegevuste järele. Vastav administreeriv asutus hindab rehabilitatsioonitegevuste põhjendatust ning asub koordineerima rehabilitatsiooniteenuste osutamist. (Missoc 2011)

Tervisekulutuste maksustamine. Poliitikavariandi rakendamisega kaasneb tõenäoliselt vajadus kahandada või kaotada maksukohustus tööandjate tehtavatelt tervisespordi ja muude tervise edendamiseks või parandamiseks suunatud kulutustelt (sh rehabilitatsioonitegevuste alla liigitatavad tegevused ja tervisekindlustuse maksed). Kehtiva seaduse kohaselt on sellised kulutused maksustatavad erisoodustusena, st

mitterahalise palgana, nii tulu- kui ka sotsiaalmaksuga. TMS § 13 lg 3 p 8 kohaselt on tulumaksust osaliselt vabastatud üksnes puudega töötajale antud abivahendid ning sama lõike punkt 10 kohaselt tööandja kulutused töötaja või teenistuja tööõnnetuse või kutsehaiguse tagajärjel saadud tervisekahjustuse raviks. Samuti ei maksustata tulumaksuga töötervishoiu ja tööohutuse seaduse § 13 lõikest 1 tulenevaid kulusid (TMS § 32 lg 1).

Riski edasikindlustamine. Tööandjal on võimalik töötajate ajutise töövõimetusega kaasnev haigushüvitise maksmise kohustuse risk edasi kindlustada. Erakindlustuse rakendamist täiendava vabatahtliku kindlustusena töövõimetusega kaasneva finantsrisi kindlustamisel käsitleb põhjalikumalt poliitikavariant 52.

Mõjud

Finantsiline jätkusuutlikkus. Poliitikavariandi rakendamise peamise mõjuna saab esile tõsta ravi-kindlustuse ja pensionikindlustuse vahendite kokkuhoiu. Rehabilitatsioonitegevuste varasem ja laialdasem rakendamine nõuab samas senisest oluliselt enam ressursse, mis võib tingida rehabilitatsiooniteenuse rahastamise mahtude olulist tõstmist.

Ravikindlustuse vahendid. Haigekassa senine kulu haigushüvitistele haigusjuhtumi 9. kuni 182. päeva eest nihkub poliitikavariandi rakendumisel tööandjale. Haigekassa kulu rahalistele haigushüvitistele 2010. aastal oli 548,7 miljonit krooni (35,1 miljonit eurot), sh nn soodustingimustel hüvitamise juhud (s.o raseduse tõttu kergemale tööle üleviimine, raseduse ajal haigestumine, ühiskonna kaitsmisel saadud vigastus) ning tööõnnetushüvitiste kulu 29,6 miljonit krooni (1,89 miljonit eurot). Seega – juhul kui samaaegselt poliitika-variandi rakendamisega ei rakendata sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa kahandamist (vt käsitlust järgmiselt leheküljelt) – vabaneb variandi rakendumisel 2010. aasta ajutise töövõimetuse kulusid aluseks võttes ravikindlustuse eelarves kuni 35 miljonit eurot kalendriaastas (5% Haigekassa kogukuludest).

Võimalus rakendada ajutise töövõimetuse perioodil oma säilinud töövõimet, kaotamata hüvitist edasise töövõimetuse perioodi vältel, suurendab tõenäoliselt ajutiselt töövõimetute isikute eest makstavat sotsiaalmaksutulu, sh ravikindlustuse osa.

Pensionikindlustus. Kui töötava tööealise inimese puhul tekib püsiva töövõimetuse hüvitise, s.o töövõimetuspensioni taotlemise õigus alles ajutise töövõimetuses skeemi ammendumisel, s.o haigusjuhtumi 183. päevast, kaasneb sellega arvestatav sääst pensionikindlustuse vahendites. Võrreldes töövõimetuspensioni määramise seniste alustega, kus töövõimetuspensioni esmakordse määramise protsessi algatab töövõimetu isik ise või tema raviarst ning pensioni maksmise alustamine leiab tüüpjuhul, kooskõlas õigusaktidega aset enne 121. haiguspäeva, nihkub poliitikavariandi rakendumisel püsiva töövõimetuse määramine kõikide töötavate isikute puhul oluliselt hilisemaks.

Lähtudes konservatiivsest eeldusest, et pikaajaliselt töövõimetute isikute raviarstid esitavad kooskõlas ravi-kindlustuse seaduse § 57 lg-ga 2 ekspertiisiks vajalikud dokumendid Sotsiaalkindlustusametile ajaks, mis võimaldab ekspertiisil langetada kõik töövõimetuspensionile õiguse andvad otsused keskmiselt haigusjuhtumi 121. päeval, lükkub kõikide uute töövõimetuspensionide määramine⁴⁸ ca kahe kuu võrra edasi, mistõttu säästab riik 1/6 uute juhtudega kaasnevast esimese aasta finantskulust. Lähtudes keskmisest töövõimetuspensioni suuruselt 2010. aasta lõpus (178,89 eurot) ja ekspertiiside arvust, mille raames määrati 2010. aastal esmakordselt pensionile õiguse andev töövõimetuse määr (15 625), säästab poliitikavariandi rakendamine pensionikindlustuse vahenditest 5,59 miljonit eurot kalendriaastas. Kuna praktikas on raviarstil võimalik suunata ja ajutiselt töövõimetu isikul ka taotleda pensionile õiguse andvat ekspertiisi varem, võib kaasnev mõju pensionikindlustuse vahenditele olla suurem.

Võimalus rakendada ajutise töövõimetuse perioodil oma säilinud töövõimet, kartmata hüvitise kaotamist edasise ajutise töövõimetuse perioodi vältel, suurendab tõenäoliselt ajutiselt töövõimetute isikute eest makstavat sotsiaalmaksutulu, sh pensionikindlustuse osa.

⁴⁸ Vastavalt riikliku pensionikindlustuse seaduse § 32 lg 2 p-le 1 määratakse töövõimetuspension püsivalt töövõimetuks tunnistatud isikule püsiva töövõimetuse kindlakstegemise päevast. Vastavalt sotsiaalministri 23.09.2008 määruse nr 57 „Püsiva töövõimetuse, selle tekkimise aja, põhjuse ja kestuse tuvastamise tingimused ja kord ning töövõimetuse põhjuste loetelu“ § 7 lg-le 2 on juhul kui püsiv töövõimetus tuvastatakse esmakordselt isikul, kes oli ekspertiisitaotluse esitamise või saatmise päeval töövõimetuslehe alusel ajutiselt töövõimetu sama haiguse või vigastuse tõttu, mis tingib püsiva töövõimetuse, loetakse püsiva töövõimetuse kindlakstegemise päevaks Sotsiaalkindlustusameti poolt püsiva töövõimetuse otsuse vastuvõtmise päev.

On alust eeldada, et õigusega taotleda püsiva töövõimetuse hüvitist üksnes pärast haigusjuhtumi 182. päeva kahaneb oluliselt isikute hulk, kes püsiva töövõimetuse hüvitist taotlevad. Tingimusel, et töövõimetuse määramisel võetakse aluseks isiku suutlikkust toimida talle juba kohandatud töökeskkonnas, on alust eeldada, et efektiivsem rehabilitatsioon (sh nt töökohtade kohandamine) kahandab isikute hulka, kellele omistatakse töövõime kadu määraga, mis annab õiguse töövõimetuspensionile. Sarnaselt on alust eeldada, et juhtudel, kus isikule omistatakse töövõime kadu määraga, mis tagab talle töövõimetuspensioni, kahaneb samas keskmine tuvastatav töövõimetuse kao määr ja seda väiksem on isikutele makstav töövõimetuspension.

Samas – võttes arvesse, et poliitikavariandi rakendumisel on isikul ajutise töövõimetuse perioodil isikul õigus töötada ning talle makstavat hüvitist kahandatakse sõltuvalt teenitava töötasu suuruselt, muutub küsitavaks töövõimetuspensioni maksmise printsiibi (s.o töötamine ei mõjuta hüvitise maksmist) samaks jätmise põhjendus. Seetõttu võib tarvilik olla üheskoos ajutise töövõimetuse hüvitise aluspõhimõtete muutmisega hinnata ümber ka püsiva töövõimetuse tuvastamise ja hüvitamise põhimõtted.

Rehabilitatsiooniteenus. 2010. aastal oli SKA administreeritava rehabilitatsiooniteenuse kulu 310,68 miljonit krooni (19,85 miljonit eurot), inimestele kompenseeriti rehabilitatsiooniteenuse kulu 2,28 miljoni krooni (ca 145 700 euro) eest (Saldoandmike ...). Võttes arvesse, et nimetatud summast ei piisa, et rahuldada vajadust tänastes passiivsetes oludes (PITRA II), eeldab poliitikavariandis kirjeldatud kujul rehabilitatsiooniteenuse rakendamine oluliselt suuremat vahetut teenusekulu ning eelhindamisega kaasnevat administreerimise kulu.

Lähtudes konservatiivsest eeldusest, et rehabilitatsiooniteenust kasutab samaväärne hulk osalise töövõimega isikuid, kellele määratakse kalendriaasta jooksul töövõimetuspensioni tagav püsiva töövõimetuse määr (2010. aastal 15 624 isikut) ning keskmine kulu igaühele oleks samaväärne puudega isikule kalendriaastas ette nähtud rehabilitatsiooniteenuste maksimummääraga (448 eurot kalendriaastas nn tavajuhtumi korral), oleks kulu rehabilitatsiooniteenustele kalendriaastas ca 7 miljonit eurot. Eespool kirjeldatud põhjustel ei pruugi nii palju tööealisi isikuid rehabilitatsiooniteenust tegelikult vajada. Teisalt on kaheldav, kas ülalnimetatud rehabilitatsiooniteenuste maksimummäär isiku kohta kalendriaastas on efektiivseks rehabilitatsiooniks piisav.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise ümberkorraldamine juhtumikorralduse põhimõttest lähtuvaks võib kaasa tuua rehabilitatsiooniteenuse administratiivkulude arvestatava kasvu. Teenuse tõhus ja kliendisõbralik korraldus eeldab Töötukassaga samalaadset juhtumikorraldajate võrgustikku ning sarnast teenuste juhitud sisseostmise pädevust. Alternatiivina täiesti uue asutuse loomisele on rehabilitatsiooniteenuste osutamise efektiivseks koordineerimiseks võimalik ümber korraldada Sotsiaalkindlustusameti töö või anda rehabilitatsiooniteenuse administreerimine Töötukassa pädevusse. Ümberkorraldustega kaasnev administratiivkulude maht sõltub ümberkorralduse täpsest viisist – kõnealuste kulude hindamine jääb väljapoole käesoleva töö skoopi.

Maksukoormus. Tervisekulutuste maksuvabastuste tulemusena väheneb tulu riigieelarvele seni laekunud summas. 2008. aastal laekus tervisekulutuste maksustamise tõttu riigieelarvesse arvestuslikult 3 miljonit krooni (ca 192 300 eurot).

On alust eeldada, et ajutise töövõimetuse hüvitise maksmisel tööandja vastutuse suurendamise kavandamine võib kaasa tuua surve kahandada samaväärselt tööandjale liikuva kuluga sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa. 2010. vastas Haigekassa kulu haigushüvitistele ca 5,1%-le sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa laekumistest. Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osamäärast (13%) vastab haigushüvitiste kulule seega 0,663 protsendipunkti. Leevendamaks tööandjatele täiendavalt nihkuvat ajutise töövõimetuse kulu samas mahus 2010. aasta kuludega, peaks sotsiaalmaksu maksemäär kahanema 33%lt 32,337 %le (vt ka ptk 4.5).

Mõju osapoolte käitumisele. Töötaja. Poliitikavariandi olulisima sotsiaalse mõjuna on käsitletav rehabilitatsiooniprotsessi rakendumine ajutise töövõimetuse perioodil. Inimene ei pea enam rehabilitatsioonitegevuste algamiseks taotlema puude raskusastme või töövõimekao määramist. Varasem ning isiku vajadusi silmas pidav rehabilitatsioonitegevuste rakendumine tagab eelduslikult rehabilitatsiooniprotsessi parema tulemuse ning võimaldab tõenäolisemalt säilitada kahanenud töövõimega isiku töökohta või tööandja või leidma töökaotuse korral kiiremini uue töö ning kahandama seeläbi hüvisesõltuvust (nt OECD 2010).

Lahendus võimaldab isikutel, kelle töövõime on osaliselt säilinud ning kelle puhul raviarst peab töötamist aktsepteeritavaks, säilinud töövõimet rakendada ning teenida töötasu ka haigestumise perioodil, kartmata haigushüvitise kaotamist või vähenemist. Osalise koormusega töötamine ajutise töövõimetuse perioodil aitab maandada töövõimetusega kaasnedavat võivat toimetulekuriski.

Tööandjapoolse ajutise töövõimetuse hüvitise arvutamise mehhanismi rakendumine kogu töövõimetuse perioodi vältel (kui tööandja lähtub hüvitise arvestamisel haigestumisele eelnenud kuu kuu töötasust, siis Haigekassa võtab haigushüvitise arvestamisel aluseks haigestumisele eelneval kalendriaastal isiku töötasust arvestatud sotsiaalmaksu) seab soodsamasse olukorda miinimumtöötasust enam teenivad isikud, kes pole eelmisel kalendriaastal töötanud (värsked koolilõpetanud, lapsehoolduspuhkuselt naasnud vanemad). Kehtiva olukorraga ebasoodsamasse olukorda satuvad aga isikud, kelle töötasu haigestumisele eelnenud poolaastal on eelmise kalendriaastaga võrreldes kahanenud.

Poliitikavariandi rakendumisel satuvad ebasoodsama olukorra riski ka isikud, kelle tööandja maksevõime on häiritud ja kelle tööandja ei ole töövõimetuse riski edasi kindlustanud (või kelle puhul kindlustuskaitse on maksehäirete tõttu katkenud või peatunud). Vältimaks võimalust, et ajutiselt töövõimetud isikud jäävad tööandja maksevõimetuse korral sissetulekuta, on poliitikavariandi rakendumisel tarvilik tagada nn garantiiasutuse olemasolu ja operatiivne tegutsemine neil probleemsetel juhtudel. Garantiiasutuse võimalikke rolle käsitletakse allpool.

Tööandja täiendav finantsrisk töötaja haigestumisel või vigastuse korral võib ühelt poolt parandada tervislikumate eluviiside ja väiksema riskikäitumisega töötajate positsiooni tööturul. Teisalt võivad tööandjad personalivalikul diskrimineerida ilmse tervisehäirega ning vanemaealisi isikuid, kes võivad tõenäolisemalt (raskemini) haigestuda ja põhjustada tööandjale arvestatavaid kulusid. Kirjeldatud riskide leevendamiseks on võimalik tööandja finantsriski tänasest rangemate hüvitise võimaldamise reeglitega ning täiendavate meetmetega maandada (nt minimaalse töösuhte kestuse määramine, kus tööandjal tekib kohustus hüvitist maksta; kroonilise tervisehäirega, puudega inimese või eaka inimese palkamisel võtab garantiiasutus osa hüvitisest enda kanda)

Tööandja. Vastutuse oluline suurendamine (koos kirjeldatud maksuvabastustega) motiveerib tööandjat tõenäoliselt enam panustama töökeskkonna ja töötajate tervisekäitumisse parandamisse ning looma haigestunud töötajatele võimalusi rakendada oma säilinud töövõimet. Haigestumisega kaasnevast finantskulust tulenevalt on tööandja eelduslikult huvitatud töötaja haigestumisel viimase võimalikult kiirest tööle naasmisest ja/või töötaja maksimaalsest rakendamisest ajutise töövõimetuse perioodil.

Ettevõtteid, kus praegu töötajate tervisele aktiivselt tegeletakse, võib poliitikamuudatus motiveerida neid tegevusi enam laiendama (kuni maksuvaba piirmäärani). Teisalt võivad need ettevõtted, kes panustavad üle nimetatud summa, maksukulude optimeerimiseks vastavat summat piirmäärani vähendada. Kui tööandjate panustamine töötajate tervisesse kasvab, võib see kaasa tuua haigestumise kahanemise ning vähendada sellest tulenevaid kulusid nii tööandjale kui ka sotsiaalkindlustussüsteemile. Soodsate maksutingimuste korral võib tööandja tõenäolisemalt võtta enda kanda isikute (töölase) rehabilitatsiooniga seonduvaid kulusid, mis samuti võib avaldada mõju sotsiaalkindlustussüsteemi kulude vähenemisele.

On tõenäoline, et võrreldes senise passiivsust eeldava korraldusega kahandavad töötamist aktsepteerivad hüvitise maksmise tingimused ning efektiivsem (töölane) rehabilitatsiooniprotsess tööandjale eelduslikult liikuva haigushüvitiste kogukulu. Teisalt võib tööandja õlule liikuda osa töövõimetuspensioni kulusid, kuna tööandjal on erinevalt Haigekassast väga pikaajalise haigusjuhtumi korral kohustus maksta hüvitist ka haigusjuhtumi 122.–182. päeva eest, s.o juhtudel, kus Haigekassal lõppes hüvitise maksmise kohustus kuna isikule määrati haigusjuhtumi 122. päevaks püsiv töövõimetus.

Eelduslikult suurendab poliitikavariandi rakendumine tööandjate investeeringuid töökohtadest tulenevate riskide kahandamiseks, seda eriti juhul, kui tööandja otsustab riski edasi kindlustada ning kindlustuse pakkuja võtab kindlustusmaksu määramisel arvesse ettevõtte töökeskkonnast ja haigestumiste arvust ja kestusest tulenevaid riske.

Tehniline teostatavus. Poliitikavariandi rakendamine eeldab sotsiaalkaitse institutsionaalse korralduse kohandamist viisil, et üks olemasolev või loodav sotsiaalkaitse rakendusasutus toimiks ajutise töövõimetuse hüvitise garantiiasutusena ning sama või teine asutus rehabilitatsiooniprotsessi aktiivselt koordineeriva asutusena.

Garantiasutus. Tööandja maksejõuetuse ning võimalikest kindlustusvaidlustest tingitud maksehäirete puhuks tuleb poliitikavariandi rakendumise raames välja töötada skeem, mis tagaks, et töövõimetu isik ei jääks äsjanimetatud probleemide tõttu töövõimetuse perioodil sissetulekuta. Skeemi administreeriva nn garantiasutuse ülesandeks on reageerida operatiivselt juhtudel, kus kavandatud tööandjakeskne hüvitamise mehhanism ei toimi, ning hüvitise maksmise kohustus ajutise töövõimetuse perioodiks või tööandja maksevõime taastumiseni üle võtta.

Oleks ootuspärane, et garantiasutuse funktsiooni täidab asustus, mis maksab välja ka nn soodustingimustel haigushüvitisi (s.o haigestumise tõttu kergemale tööle üleviimine, raseduse ajal haigestumine, ning ühiskonna kaitsmisel saadud vigastus) ning sünnitus-, hooldus ja lapsendamishüvitisi. Täna maksab kõiki äsja nimetatud ajutise töövõimetuse hüvitisi Haigekassa.

Vältimaks süsteemi kuritarvitamist, peavad garantiasutuse käsutuses olema õiguslikud vahendid hüvitise hilisemaks sissenõudmiseks vastavalt tööandjalt, tema õigusjärglaselt või kindlustusandjalt.

Garantiasutuse funktsiooni täitmine eeldab seega võimekust maksta rahalisi hüvitisi, kontrollida töövõimetusjuhtude põhjendatust ning nõuda tööandjatelt sisse haigushüvitisi juhtudel, kui asutus on makseraskuste korral võtnud tööandjalt enda kanda kohustuse maksta töötajale hüvitisi.

Rehabilitatsioonitegevusi administreeriv asutus. Tagamaks rehabilitatsiooniprotsessi rakendumist ajutise töövõimetuse pikaajalisuse korral, on tarvilik vastava rehabilitatsiooniprotsessi juhtiva asutuse olemasolu. Asutuse ülesandeks on analüüsida jooksvalt ajutise töövõimetuse juhtumite kestuseid, reageerida juhtudele, kus kestus ületab seatud piiri (või isiku raviarst on teinud ettepaneku hinnata rehabilitatsiooniteenuse vajadust) ning viia läbi rehabilitatsioonivajaduse eelhindamine. Rehabilitatsioonitegevuste vajadusel korraldab asutus rehabilitatsiooniplaani väljatöötamise ning koordineerib plaanis olevate teenuste osutamist isikule.

Rehabilitatsiooniprotsessi administreerimise funktsiooni täitmine eeldab asutuselt juhtumikorraldajate võrgustikku, mis suudab operatiivselt ja juhtumipõhiselt eespool kirjeldatud juhtudel reageerida ning viia läbi rehabilitatsioonivajaduse eelhindamine. Asutus peab omama suutlikkust osta turult optimaalse hinnaga kvaliteetseid rehabilitatsiooniteenuseid erinevatelt teenusepakkujatelt erinevates Eesti piirkondades ning tagada rehabilitatsiooniks ette nähtud raha otstarbekas kasutus ning soodustada samas teenuste kvaliteedi hoidmist ja parandamist.

Juhtudel, kus isik ei täida kokkulepitud rehabilitatsioonitegevusi, peab asutus olema suuteline andma eksperthinnanguid isiku käitumise kohasuse/mittekohasuse kohta rehabilitatsiooniprotsessis osalemisel, mis on aluseks õiguslikku jõudu omava otsuse väljastamiseks, mis vabastab tööandja hüvitise maksmise kohustusest või võimaldab kahandada makstava hüvitise määra.

Ajutise töövõimetusjuhtumi tõendamine. Haigusest tuleneva ajutise töövõimetuse hüvitamise muutmine tööandja kohustuseks võimaldab oluliselt lihtsustada senist haigestumise tõendamise korraldust, kus töötajal tuleb esitada haigusleht kõigile oma tööandjatele, kes peavad omakorda esitama selle paberikandjal (või digitaliseerituna) Haigekassale, sõltumata sellest, kas viimane lehe alusel isikule hüvitist maksab või mitte. Antud poliitikavariandi juurutamisel on võimalik lahendada tööandja teavitamine haigestumisest vastavasisulise tõendi vahendusel, mida tööandjad enam Haigekassale esitama ei pea. Sarnaselt kehtiva korraga jätkavad tervishoiuteenuse osutajad haigestumise statistika eesmärgil haigusjuhtumi andmete edastamist vastavaid andmeid koguvale asutusele (täna edastatakse andmed elektrooniliselt Haigekassale).

Olukorras, kus haigestumisest tingitud töövabastus suurendab oluliselt tööandja rahalisi kohustusi, võib olla põhjendatud tööandja õiguste laiendamine, et kontrollida töötaja töövabastuse põhjendatust. Aspekt vajab põhjalikumalt õiguslikku analüüsi.

Rehabilitatsioonitegevuste õigeaegseks võimaldamiseks on tarvis ümber korraldada töövõimetusjuhtumi andmete digitaalse edastamise põhimõtted. Kehtiv lahendus kohustab töövõimetuslehe väljastanud arstil või ämmaemandal edastada töövõimetuslehe andmed Haigekassale pärast lehe väljastamist. Poliitikamuudatuse rakendumisel kaob vajadus töövõimetuslehepõhise töövõimetusjuhtumi käsitlemise järele. Võimaldamaks rehabilitatsiooniprotsessil õigeaegselt rakenduda, on põhjendatud, et andmed töövõimetusjuhtumi kohta jõuaksid rehabilitatsiooniprotsessi administreeriva asutusele kohe juhtumi algamisel ning selle lõppemisel. Kirjeldatu eeldab raviteenuse osutajatelt ja seotud rakendusasutustelt arvestatavaid infotehnoloogilisi ümberkorraldusi ning sellega seonduvate kulude kandmist.

Ajutise ja püsiva töövõimetus hüvitise skeemi ühendamine (poliitikavariant 51)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Tagada tõhusam pensionikindlustuse ja ravikindlustuse vahendite kasutamine
- Luua eeldused tervisehäiretega/puuetega isikute tulemuslikumaks rehabilitatsiooniks ja parandada nende iseseisvat toimetulekut

Poliitikavariandi kirjeldus

- Haigusest tingitud ajutise töövõimetus ja osalise püsiva töövõimetus skeemid ühendatakse (senised ajutise ja püsiva töövõimetus mõisted asendatakse lühiajalise ja pikaajalise töövõimetus eristusega).
- Hüvitise arvestamisel lähtutakse järgmistest põhimõtetest:
 - haigusjuhtumi esimesed 3 päeva on töötaja nn omavastutuse päevad, mille vältel talle hüvitist ei maksta;
 - 4.–8. päevani hüvitab tööandja kõikide päevade eest kokkulepitud määras;
 - 9. kuni 90. päevani hüvitab töövõimetus saamata jäävat tulu seatud määras riiklik administreerija; töövõime hindamisel lähtutakse senisest ametist/kutsest (varasema kvalifikatsiooni kaitse); juhtumi kestel alustatakse meetme administreerija initsiatiivil rehabilitatsioonitegevustega;
 - 91. kuni 182. päevani võetakse töövõime määramisel aluseks võimalikkus töötada oma senise tööandja juures mõnel teisel ametikohal (senise tööandja kaitse); hüvitise maksmise eelduseks on isiku osalemine rehabilitatsiooniprotsessis; töövõimetus saamata jäävat tulu hüvitab seatud määras riiklik administreerija;
 - 183. päevast alates hinnatakse töövõime määramisel isiku jääktöövõime olemasolu suhtena kogu tööturгу – st suutlikkust teha mis tahes tööd; hüvitise maksmise eelduseks on isiku osalemine rehabilitatsiooniprotsessis ja/või tööturuteenustel; töövõimetus saamata jäävat tulu hüvitab seatud määras riiklik administreerija.
- Mittetöötava isiku haigestumisel hinnatakse tema jääktöövõimet suhtena kogu tööturгу; töövõimetus hüvitise maksmine mittetöötavale isikule eeldab eritingimuste väljatöötamist.
- Juhtudel, kus töövõime kadu on täielik ning prognoos töövõime osaliseks taastumiseks on ebasoodne (nt massiivsed pea- ja seljaaju vigastused), rakendub alates töövõimetusjuhtumi 183. päevast senine pensionisüsteemiga seotud hüvitamise skeem; hüvitis määratakse sõltumata isiku vanusest kuni vanaduspensionieani võimalusega seisundi muutumisel isiku seisund ümber hinnata.

Õigus hüvitisele. Sarnaselt kehtiva korraga on haigestumisest tingitud ajutise töövõimetusjuhtumi aluseks töövõimet kahandava haigestumise või vigastuse diagnoosimine isiku raviarsti poolt. Töövõime kahanemise hindamise alused sõltuvad haigusjuhtumi kestusest.

Töövõimetusjuhtumi olemasolu otsuse langetab isiku raviarst objektiivseid leide ning isiku ütlusi arvestavalt oma erialase pädevuse põhjal. Haigusjuhtumi esimese kaheksa päeva korral on arsti poolt haiguse tuvastamine aluseks töötaja töölt eemale jäämiseks ning tööandja poolt hüvitise maksmiseks juhtumi 4. kuni 8. päevani.

Alates 9. päevast, mil hüvitise maksmise võtab üle töövõimetus hüvitise riiklik administreerija, on arsti esitatav eksperthinnang vaid üheks sisendiks hüvitise maksmise aluste määratlemisel – lõpliku otsuse hüvitise maksmise põhjendatuse kohta langetab administreeriv asutus (selle juhtumikorraldaja) võttes arvesse isiku haigestumise perioodil teenitud töötasu (st kui isiku töötasu ületab kokkulepitud määra, kaotab isik õiguse hüvitisele) ning pikaajalisema juhtumi korral isiku osalemist rehabilitatsioonitegevustes (sh tööturuteenused).

Hüvitise periood ja määr. Hüvitamise põhimõtted on haigusjuhtumi algamisel jäetud samaks kehtiva olukorraga: haigusjuhtumist tingitud töövõimetus esimesed 3 päeva on töötaja nn omavastutuse päevad

– tegemist on Euroopa Sotsiaalkindlustuskoodeksis sätestatud maksimumperioodiga, mille ulatuses võib haigusjuhtumi algamisel jätta isik hüvitisest ilma. Kolmepäevane omavastutuse määr on kasutusel näiteks ka Ühendkuningriigis.

Isiku tööandja maksab hüvitist 4. kuni 8. päevani. Alates 9. päevast võtab hüvitise maksmise üle riiklik administreerija.

Kuni töövõimetusjuhtumi 182. päevani on hüvitise arvestamisel aluseks olevad nn arvvaartused sarnased tänase olukorraga. Töövõimetusjuhtumi 182. päevani säilivad hüvitise arvestamisel kehtiva olukorraga sarnased alused: hüvitist arvestatakse kalendripäeva põhiselt ning määraga 70%. Tööandja lähtub hüvitise arvestamisel haigestumisele eelneva kuue kuu töötasust, riiklik administreerija võtab hüvitise arvestamisel aluseks töövõimetusjuhtumi algusele eelnenud perioodil isiku eest tasutud sotsiaalmaksu.

Nimetatud 182-päevane kestus tuleneb Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksis sätestatud minimaalsest perioodist (26 nädalat iga haigusjuhtumi kohta), mille vältel tuleb tagada töötajale haiguse korral haigushüvitise maksmine määraga, mis vastab vähemalt 50%le nn standardse hüvitisesaaja töötasust.

Alates töövõimetusjuhtumi 183. päevast jätkatakse osaliselt töövõimetusle isikule, kes osaleb rehabilitatsiooniprotsessi, hüvitise maksmist. Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeks kohustab juhtudel, kus võimetus tegeleda mis tahes tulutoova tegevusega ettenähtud ulatuses on tõenäoliselt püsiva iseloomuga või kestab pärast haigushüvitise maksmise perioodi lõppemist, tagada isikule hüvitis, mis vastab 40%le standardse hüvitise saaja töötasust. Nõue kehtib tingimusel, et töövõimetus on 100%. Seega on võimalik kahandada võrreldes eelneva perioodiga haigushüvitise määra.

Lahendused, kus lühiajalisest haigestumisest või vigastusest tingitud töövõimetusle hüvitis ja invaliidusest tingitud püsiva töövõimetusle hüvitamine on kaetud järjestikuste skeemidega või on hõlmatud ühte skeemi, on kasutusel näiteks Belgias, Rootsis ja Ühendkuningriigis. Belgias võtab pärast tööandja poolset hüvitise maksmist hüvitise maksmise kohustuse üle isiku kindlustusfond. Kui tööealise isiku haigusperiood on kestnud aasta ja ta ei ole tervislikest põhjustest tulenevalt võimeline tööle naasma (täpsemalt: teenima enam kui üks kolmandik sama taseme ja sama väljaõppega töötaja palgast), tekib tal õigus invaliidsushüvitisele. (Missoc 2011)

Rootsis on haigushüvitise maksmise periood piiratud 364 päevaga 450 päeva vältel, kuid juhul, kui haigestumisest või vigastusest tingitud töövõimetus kestab, on isikul õigus taotleda nn pikendatud haigushüvitist, mida makstakse täiendava 550 päeva vältel määraga 75%. Raske püsiva haiguse korral (vähkkasvajad, amüotroopne lateraalne skleroos) või organi siirdamise ootamisel on isikul õigus saada nn pidevat haigushüvitist, mille maksmise kestus ei ole ajaliselt piiratud. (Missoc 2011)

Ühendkuningriigis makstakse alates 2008. aastast nii lühiajalisest haigusest kui ka invaliidusest tuleneva töövõime kahanemise korral toetust ühest ja samast skeemist (*Employment and Support Allowance*).

Hüvitise maksmine ja töötamine. Erinevalt senistest haigushüvitise maksmise aluspõhimõtetest on poliitikavariandi rakendamisel aktsepteeritud hüvitise maksmisega samaaegselt töötamine, seda juhul kui raviarsti hinnangul puuduvad selleks vastunäidustused. Töötasu ja hüvitise maksmise kombinatsioon peaks arvestama järgmisi põhimõtteid (OECD 2010 põhjal):

- töötaja on motiveeritud töötama, kui tervislik olukord seda võimaldab;
- töötaja on motiveeritud töövõime taastumisel tööle asuma;
- töötasu ja hüvitise kombineeritud maksmine ei karista töötamist töövõimetusle ajal;
- tööandja on huvitatud töötaja töölenaasmisest nii kiiresti kui võimalik;
- töötaja ega tööandja ei ole motiveeritud ajutise töövõimetusle perioodi omakasu ajel (nt väiksem maksukoormus tööandjale) ise ellu kutsuma ega kunstlikult pikendama.

Vastamaks osadele nimetatud kriteeriumitele, on võimalik kasutada üksikult või üheskoos järgmisi lahendusi:

- töötajal on töövõimetusle ajal osaliselt töötades õigus saada töötasu ja hüvitist kokku >70% kuid <100% senisest töötasust (töövõimetusle perioodil osakoormusega töötamine tasub ära, kuid täielikult tööle naasmine on tulusam);
- hüvitisele kehtestatakse ülempiir;

- hüvitist ei maksustata sotsiaalmaksu ega töötuskindlustusmaksuga (identne tänase lahendusega: isik on talle tulevikus makstavate hüvitiste suurendamise nimel motiveeritud naasma tööle nii kiiresti kui võimalik);
- osana rehabilitatsiooniprotsessist võtab riik tööandja eest piiratud aja vältel ja seatud piirides kanda sotsiaalmaksu tasumise kohustuse (sarnane tänase sotsiaalmaksu tasumise kohustuse ülevõtmisega töövõimetuspensionäri palkamisel);
- tööandja poolt töötajale võimaldavad teenused (nt rehabilitatsiooniteenusena käsitletavat taastusraviteenused *à la* füsioteraapia, mudaravi jne) või kaubad, mis soodustavad töötaja töövõime parandamist või rakendamist töövõimetuse perioodil, vabastatakse erisoodustusmaksust.

Isiku töötamise korral on hüvitis võimalik seada sõltuvaks jooksvatest sissetulekutest: hüvitist vähendatakse kui sissetulek ületab X määra või maksmine lõpetatakse kui sissetulek ületab Y määra. Rootsis makstakse sõltuvalt isiku töötamise koormusest talle arvestatud hüvitisest $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ või $\frac{3}{4}$. Prantsusmaal peatatakse invaliidsushüvitise maksmine, kui hüvitise ja palga kogusumma teatud perioodil on suurem kui keskmine tasu enne invaliidsuspensiooni saamist. Ungaris peatatakse invaliidsushüvitise maksmine, kui isiku kuue kuu järjestikune sissetulek ületab kahekordset invaliidsuspensiooni summat ja miinimumpalka.

Alates haigusjuhtumi 183. päevast võib haigushüvitise määr olla väiksem kui varasemal perioodil. Tööealise isiku püsiva täieliku töövõimetuse korral ebasoodsa prognoosiga töövõime taastumiseks fikseeritakse seisund vastava ekspertiisi käigus ning isikule hakatakse hüvitist maksma tänase töövõimetuspensioniga samadel alustel. Töövõimetushüvitist administreeriv asutus tegeleks seega vaid isikutega, kellelt võib eeldada, et nad sobiva töökoha olemasolul rakendavad oma töövõimet.

Töövõime hindamine. Töövõime hindamisel on võrreldes senise olukorraga kaks olulist erisust. Esiteks sõltuvad hindamiskriteeriumid töövõime hindamisel haigusjuhtumi kestusest. Teiseks rakendatakse erinevat lähenemist sõltuvalt sellest, kas isik on täielikult või osaliselt töövõimetu.

Haiguse kestusest sõltuvat töövõime hindamist rakendatakse näiteks Rootsis (alates 2008. aasta keskpaigast), töövõime määratlemine on peaaegu identne kirjeldatuga: kuni 90-päevase haigestumise korral hinnatakse töövõimet suhestatuna isiku senise tööga, 91.–180. haiguspäevani hinnatakse töövõimet seotuna isiku senise tööandjaga, alates 181. päevast on töövõime hindamise lähtepunktiks kogu tööturg – hüvitisele on isikul õigus juhul, kui ta ei suuda teha ühtegi tööturul pakutavat tööd. Kui isiku on suhtena tööturgu ka alates haigestumise 365. päevast töövõimetu, on tal õigus taotleda eraldiseisvat invaliidsushüvitist. (Missoc 2011) Eraldiseisvale invaliidsustoetusele on Rootsis õigus vaid tööealistel isikutel, kel on oluline kõrvalabi vajadus nii tava- kui ka tööelus ning isiku tervislik seisund põhjustab talle märkimisväärseid lisakulusid (Palmer 2011; äsjanimetatud skeemi põhialused on sarnased Eestis puuetega inimeste sotsiaaltoetuse alusel makstavale tööealise puudega isiku toetusele).

Kuna teatud terviseseisundite korral (raske vaimupuue, massiivsed pea- või seljaaju vigastused jmt) ei ole ratsionaalne eeldada, et inimene töötaks, näib jätkuvalt põhjendatud täielikult töövõimetute isikute eristamine osalise töövõimega isikutest ning neile jätkuvalt hüvitise maksmine on käsitletav kohaseima meetmena. Sarnasest põhimõttest lähtuvad näiteks Ühendkuningriigi ja Hollandi töövõimetussüsteemid. (Missoc 2011)

Rehabilitatsioonitegevused. Poliitikavariant näeb ette aktiivse rehabilitatsiooniprotsessi alustamist, kui töövõimetuse juhtumi kestus (ka töövõimetuspäevade hulk viimase 6 kuu vältel) on ületanud kokkulepitud piiri, seda eeldab haiguse iseloom või rehabilitatsioonitegevuste järele näeb vajadust töötaja raviarst kohe haigusjuhtumi algamisel. Kiirema sekkumise vajadust pikaajalise haigusega/puudega isikule on väljendatud PITRA II lõppraportis (2008). Rehabilitatsioonitegevuste rakendumine juba ajutise töövõimetuse (*sickness benefit*) perioodil on keskel kohal nii Hollandis, Taanis kui ka Rootsis (nt OECD 2010).

Poliitikavariandi kohaselt koordineerib rehabilitatsiooniprotsessi vastava pädevusega rakendusasutus. Haigusjuhtumi teatud kestuse ületamise korral (või isiku raviarsti soovitusel) viib rehabilitatsiooniteenus riiklik administreerija esmalt läbi rehabilitatsioonivajaduse eelhindamise. Vajaduse ilmnemisel organiseerib asutus rehabilitatsioonikava väljatöötamise ning rehabilitatsioonikavas nimetatud teenuste võimaldamise seatud ajaraamide vältel. Vajaduse korral koordineerib asutus töötaja-tööandja või isiku ja rehabilitatsiooniasutuse suhtlust ning juhib töökeskkonna kohandamist.

Rehabilitatsioonivajaduse olemasolul seatakse hüvitise maksmise tingimuseks rehabilitatsiooniprotsessis osalemine. Invaliidsushüvitise maksmise eeltingimusena rehabilitatsiooniprotsessis osalemise nõudmine on maailmapraktikas tavaline lahendus. Austrias on 1996. aastast püsiva töövõime kaotusega isikutele kutsealane rehabilitatsioon kohustuslik – iga töövõime kaoga seotud rahalise hüvitise taotlust käsitletakse automaatselt ka kui taotlust rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks. Alates 2008. aastast on osalus rehabilitatsiooniprotsessis hüvitise maksmise eelduseks ka Ungaris. Šveitsis on viimase püsiva töövõimetuse hüvitise reformiga püütud astuda samm veelgi kaugemale ning liikuda lahenduselt rehabilitatsioon-enne-hüvitise-maksmist skeemile rehabilitatsioon-rahalise-hüvitise asemel. (OECD 2010)

Taanis alustatakse rahalise hüvitise maksmist üksnes juhul, kui rehabilitatsioonitegevused on ammendunud. Austraalias koheldakse osalise töövõimega mittetöötavaid isikuid sarnaselt teiste töötutega – rahaliste hüvitiste saamiseks peab isik osalema tööturuteenustel ning vaba töökoha olemasolul selle vastu võtma (OECD 2010).

Administraatori või täitevvõimu asutusest koostööpartneri käsutusse antakse õiguslikud vahendid, et motiveerida nii tööandjat kui ka töötajat aktiivselt rehabilitatsiooniprotsessis osalema. Vastandina nn karistavatele meetmetele (hüvitise kahandamine või peatamine) on võimalik rakendada vastupidiseid motivatsiooniskeeme. Näiteks Norras ja Ungaris on isikul, kes osaleb rehabilitatsioonitegevustes, õigus aktiivse rehabilitatsiooniperioodi vältel kõrgema määraga rehabilitatsioonitoetusele. (OECD 2010)

Finantseerimise alused. Ajutise ja püsiva töövõimetuse skeemi aluspõhimõtete ühtlustamine loob vajaduse muuta seniseid finantseerimise aluseid. Tänapäevast finantseerimisalustest lähtuvaid alternatiive finantseerimis põhimõtete ühtlustamiseks on üldjoontes kolm:

- haigestumise korral makstava töövõimetushüvitise rahastamine viiakse täiel määral ravikindlustuse eelarvesse;
- haigestumise korral makstava töövõimetushüvitise rahastamine viiakse täiel määral pensionikindlustuse eelarvesse;
- sotsiaalmaksust märgistatakse/lahutatakse kindel osamäär töövõimetushüvitiste tarbeks (vt ka poliitikavariant 34, Sotsiaalmaksu komponentideks jaotamine)

Euroopas domineerivad lahendused, kus rahaliste hüvitiste finantseerimine on tervisesüsteemist lahutatud. Näiteks Ühendkuningriigis on kõigi kindlustuspõhimõttel võimaldatavate riiklike rahaliste sotsiaalkaitsehüvitiste administreerimine koondatud National Insurance Scheme'i alla. Tervishoiuteenuste osutamist koordineerib National Health Service. (Missoc 2011)

Mõjud

Finantsiline jätkusuutlikkus. Poliitikavariandi rakendamisel kahaneks tõenäoliselt võrreldes senisega pikaajaliselt töövõimetushüvitist (sh senine töövõimetuspension) saavate isikute arv, kuna aktiivne rehabilitatsioon ja hüvitise maksmise rangemad tingimused ei võimalda enam pikaajaliselt ja passiivselt hüvitiseskeemil püsida. Samuti kahaneks tõenäoliselt lühemate ja keskmise pikkusega töövõimetuse juhtude puhul isikutele keskmiselt makstav hüvitis, kuna muutunud tingimustes on isikutel võimalik rakendada oma säilinud töövõimet ning teenida töötasu. Optimaalse disainiga töövõimetushüvitis sümbioosis tulemusriikka rehabilitatsiooniga suurendab tõenäoliselt riigi maksutuluseid ja kahandab vahetat hüvitisekulu.

Poliitikavariandi mõju vastavalt ravikindlustuse ja pensionikindlustuse eelarvele sõltub otseselt poliitikavariandi raames valitava rahalise hüvitise finantseerimise skeemist, hüvitise arvestamise täpsetest alustest ning ülemineku tingimustest. Kulu hüvitistele on võimalik oluliselt kontrollida seatavate põrandate ja lagede määramisega. Kõrge põrand ja lagi (või lae puudumine pikaajalise töövõimetuse juhtumite korral) võib riigi kulusid töövõimetuse hüvitisele märkimisväärselt kasvatada ning töötamist jätkuvalt demotiveerida. Liialt madalad piirid ja järsk hüviseõiguslikkuse piiramine võib kahandada isikute toimetulekut ja hüppeliselt kasvatada kohalike omavalitsuste sotsiaalabi kulusid.

Mõju osapoolte käitumisele. Poliitikavariandi olulisim aspekt on rehabilitatsiooniprotsessi rakendumine enne haigestunud isiku töövõimetuse pikaajaliseks muutumist. Inimene ei pea rehabilitatsiooniks taotlema puude raskusastme või töövõimekao määramist ega näitama selleks ise üles initsiatiivi. Rehabilitatsiooniprotsessi lükkab käima keskne riiklikult selleks seatud asutus hetkel, mil haigusjuhtumi eripäradest ning isiku töö iseloomu koosmõjudest tulenevalt ilmneb vajadus aktiivse rehabilitatsiooni järele. Varane ning isiku vajadusi silmas pidav rehabilitatsioonitegevuste rakendumine võimaldab senisest

tõenäolisemalt säilitada isikul oma töökoht või tööandja ning suutmatuse korral teha oma senist tööd leida kiiremini uus töö ja parandada seeläbi oma toimetulekut.

Rehabilitatsiooniprotsessis osalemise kohustus ning haigusjuhtumi kestusest tulenev töövõime hindamise vajadus toob kaasa administreerija sekkumise ja töövõimetusjuhtumi kontrolli pikaajaliste haigusjuhtumite korral, mistõttu kahaneb tõenäoliselt isikute hulk, kes tarbivad hüvist pikaajaliselt (või sageli lühikeste perioodidena) ilma selleks objektiivset põhjust omamata.

Eelnenud viiel aastal Rootsisis läbi viidud sarnaste printsiipidega töövõimetusüsteemi reformi järel kahanes oluliselt ülipikaajaliste (kuni 30 kuud) haigusjuhtumite arv, ajavahemikus 2005-2009 kahanes 25% võrra pikaajaliste (> kolm kuud) haigusjuhtude arv. Viimase muutuse taga nähakse olulise tegurina eelkõige töövõimetusjuhtumite käsitlemiseks välja töötatud juhendeid (Palmer 2011).

Isikutel, kelle töövõime on osaliselt säilinud, on võimalik oma töövõimet soovi korral (juhul, kui tööandja on selleks loonud eeldused) rakendada ning teenida töötasu ka haigestumise perioodil, kui isiku raviarst peab seda aktsepteeritavaks. Hüvitise ja töötasu kombineerimise võimalikkus maandab vaesusriskis elavate isikute ja nende sissetulekutest sõltuvate leibkondade sissetuleku kahanemisega kaasnevat võivat toimetulekuriski.

Poliitikavariandi rakendamisel avaneb tööandjatel võimalus rakendada osaliselt töövõimetus töötajat, mistõttu on tööandja poolt kantav töötaja haigestumisest tulenev kahju väiksem. Erisoodustumaksu kaotamine tervisekulutustelt loob tööandjale soodsamad võimalused panustamiseks töökeskkonna ja töötajate tervisekäitumise parandamiseks ning loomaks oma haigestunud töötajatele võimalusi rakendada oma säilinud töövõimet.

Tehniline teostatavus. Rehabilitatsiooniprotsessi koordineerimine. On ilmne, et kõigi 9. päevani jõudvate haigusjuhtumite korral ei ole rehabilitatsiooniprotsessi koordineerival asutusel mõistlik töövõimetusjuhtumi määramisega aktiivselt tegeleda, mistõttu kujuneb arsti hinnang lühemapoolsete haigusjuhtumite korral jätkuvalt ainsaks aluseks hüvitise maksmisel. Asutus võtab oma juhtumikorraldajate kaudu aktiivse rolli kõikidel juhtudel, kus haigestunu vajab haiguse iseloomu või pikaajalisuse tõttu tõenäoliselt aktiivset rehabilitatsiooni või asjaolud toovad administreerivale asutusele muul viisil kaasa arvestatava finantskoormuse (nt kõrgendatud tähelepanu väga suurte hüvitiste korral).

Poliitikavariandi rakendamisega kaasneb oluline kulude kasv nii otseselt rehabilitatsioonile kui ka rehabilitatsiooniteenuste administreerimisele. Rehabilitatsiooniprotsessi juhtiva asutuse ülesandeks on jälgida jooksvalt töövõimetusjuhtumeid ning hinnata töövõimetusperioodi kestusest lähtudes ning koostöös isiku raviarsti ja tööandjaga isiku õigust hüvitisele, samuti viia läbi rehabilitatsioonivajaduse eelhindamine. Rehabilitatsioonitegevuste vajadusel töötab asutus välja rehabilitatsiooniplaani ning koordineerib plaanis fikseeritud teenuste osutamist isikule.

Rehabilitatsiooniprotsessi administreerimise funktsiooni täitmine eeldab asutuselt juhtumikorraldajate võrgustikku, mis suudab operatiivselt ja juhtumipõhiselt eespool kirjeldatud juhtudel reageerida ning viia läbi rehabilitatsioonivajaduse eelhindamine. Asutus peab omama suutlikkust osta turult optimaalse hinnaga kvaliteetseid rehabilitatsiooniteenuseid erinevatelt teenusepakkujatelt erinevates Eesti piirkondades ning tagada rehabilitatsiooniks ette nähtud raha otstarbekas kasutus ning soodustada samas teenuste kvaliteedi hoidmist ja parandamist. Mõju rehabilitatsioonikuludele on samaväärne poliitikavariandis 50 kirjeldatuga.

Jääktöövõime määramine. Jääktöövõime määramiseks tuleb langetada valikud, mille suhtes isiku töövõimet hinnatakse. Töövõimet on võimalik suhestada tööajaga (nt Austraalias makstakse alates 2006. aastast hüvitist vaid juhul, kui isiku töövõime ei luba tal töötada üle 15 tunni nädalas), teoreetilise 100% töövõimega (sisuliselt Eesti tänane lahendus) või näiteks objektiivse funktsionaalse häire ja teenitava tulu kooslusega (Hollandis on 2006. aasta reformi järel pikaajalise tervisehäire korral hüvitise maksmiseks vajalik tulude langus vähemalt 35% ulatuses).

Sõltumata töövõime hindamise meetodist – kui töövõimet hinnatakse suhtena kogu tööturгу, peaks rehabilitatsiooniprotsess olema kombineeritud mahuka ümberõppe programmiga, et mitte sundida isikuid, kel on potentsiaal ümberõppe toel jätkata töötamist kõrge tootlikkusega töökohal, siirduma madalat kvalifikatsiooni eeldavatele töökohtadele.

Infotehnoloogiline teostatavus. Poliitikavariandi rakendamine toob kaasa arvestatavad infotehnoloogilised ümberkorraldused ning sellega seonduvaid kulud nii seotud sotsiaalkaitse rakendusasutustele kui ka

raviteenuse osutajatele. Rehabilitatsioonitegevuste õigeaegseks võimaldamiseks on tarvis ümber korraldada töövõimetusjuhtumi andmete digitaalse edastamise põhimõtted. Kehtiv lahendus kohustab töövõimetuslehe väljastanud arsti või ämmaemandat edastama töövõimetuslehe andmed Haigekassale pärast lehe väljastamist. Poliitikamuudatuse rakendamisel tekib vajadus edastada hüvitise maksmist administreerivale asutusele ja/või rehabilitatsiooniprotsessi administreerivale asutusele andmed töövõimetusjuhtumi algamisel ning selle lõppemisel. Hüvitist administreerivale asutusele on vajalik eelmise kalendrikuu maksuinfo operatiivne laekumine võimaldamaks korrektset hüvitise arvestamist.

Üleminek. Poliitikavarianti on võimalik rakendada erinevate rangusastmetega. Uut korda on võimalik rakendada üksnes uute haigusjuhtumite algamisel, jätkates varem hüvitist saanud isikutele väljamaksete tegemise samadele alustele. Teisalt, kuna senine püsiva töövõimetusüsteem võimaldas töövõimetus määrata vaid kuni viie aasta kestusega, on võimalik täielik üleminek uuele süsteemile kuni viie aastaga uue korra jõustumisest. Ülemineku teostamisel on võimalik täiendavalt aluseks võtta ka vanuselised kriteeriumid.

Osalise töövõimega pensionieelikutest mittetöötavate isikute sundimine osalema tööalases rehabilitatsioonis pärast seda, kui riik on mitmete aastate vältel taganud neile toimetuleku täiendavaid tingimusi esitamata, toob kaasa olulise poliitilise riski. Liialt aeglane reform laseb tööturult alatiseks välja langeda need kahanenud töövõimega isikud, kes suudaks veel tööd teha.

Ülemineku erandeid on rakendatud näiteks Saksamaal aastatuhandevahetusel läbiviidud töövõime hindamise reformi puhul. Isikutele, kes olid reformi hetkel üle 40-aastased ja kellele oli juba määratud varasem hüvitis, jätkati hüvitise maksmist senistel alustel (hinnates isikute suutlikkust jätkata töötamist oma senises ametis selmet hinnata isiku suutlikkust töötada suvaliselt vabal ametikohal). Ühendkuningriigis 2008. aastal rakendunud *Employment and Support Allowance* kehtib vaid uutele taotlejatele.

Vabatahtlik täiendav kindlustus töövõimetuslega kaasneva finantsriski katmisel (poliitikavariant 52)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Suurendada sotsiaalset jätkusuutlikkust
- Kaasata sotsiaalkindlustussüsteemi täiendavaid rahalisi vahendeid

Poliitikavariandi kirjeldus

- Isikuil on võimalik vabatahtliku täiendava kindlustuse vahendusel kindlustada end töövõime vähenemisega kaasneva sissetuleku kahanemise riski vastu.
- Säilib riiklik turvavõrk tänases mahus.
- Võimalik on kindlustada end nii lühiajalise kui ka pikaajalise töövõimetus vastu.
- Võimalik on grupikindlustus tööandja kaudu.

Kindlustusjuhtum. Kindlustusjuhtumi piiritlemise tingimused on kliendi ja kindlustaja vahelise kokkuleppe küsimus. Võimalik on kindlustada end nii lühiajaliste haigestumistega kui ka invaliidistumisest või kroonilisest haigusest tingitud töövõime kahanemisega kaasneva sissetuleku kahanemise riski vastu.

Kindlustusjuhtumina on võimalik käsitleda haigusjuhtumiga kaasnevat olulist töövõime kadu või seotult sissetulekute langust, kuid ka üksnes töövõime või sissetulekute täielikku kadu.

Hüvitise tingimused. Hüvitise arvestamise alused on kindlustusteenuse pakkuja otsustada. Kindlustushüvitised võivad sisaldada piiranguid rahalistele hüvitistele suurusele (lagi, põrand), hüvitise maksmise kestusele ning hüvitise maksmise määrale. Tingimused võivad kindlustuspaketiti erineda ning olla sõltuvuses kulutuste volatiilsusest. Hüvitise suurus võib olla samaaegses sõltuvuses nii kindlustusmaksete maksmise perioodist kui ka kindlustusmaksete suurusel.

Leedus⁴⁹ kasutusel oleva vabatahtliku sotsiaalkindlustuse raames makstava haigushüvitise puhul on hüvitise maksmise maksimaalne kestus seatud sõltuvusse perioodist, mille vältel isik on tasunud kindlustusmaksleid. Minimaalse – 6-kuulise maksete tasumise perioodi järel on isikule tagatud haigushüvitis 10 päeva vältel, 48 kuu vältel maksed tasunul on seevastu õigus 80-päevase kestusega haigushüvitisele. USA-s võimaldavad mitmed teenusepakkujad klientidel otsustada lepingu sõlmimisel omavastutusperioodi olemasolu ja hüvitise maksmise perioodi kestuse üle (vt nt Lincoln Financial Group 2011).

Hüvitise arvestamise alused võivad oluliselt sõltuda sellest, kas tegu on grupi- või individuaalse kindlustusega. Erinevusi hüvitise arvestamisel ning muid olulisi aspekte avab USA praktika põhjal tabel 4.9.1.

Hüvitise maksmine on võimalik seada tingimuslikuks rehabilitatsioonitegevustes osalemisest, sissetulekuriskiga käsikäes on võimalik kindlustada ka kaasnev rehabilitatsioonikulu risk. Sellisel juhul peab kindlustuspaketi disain olema selline, et kindlustusandja oleks huvitatud töötaja tööturule naasmisest (rehabilitatsiooniteenuse pakkumisest) ning et ei tekiks olukorda, kus kasulikum oleks jätkata töövõimetushüvitise maksmist ilma rehabilitatsioonita.

Tabel 4.9.1. Töövõimetusriski kindlustamine grupikindlustuse ja individuaalse kindlustusena USA näitel.

	Tööandja grupikindlustus	Individuaalne kindlustus
Kindlustusmaksed	<ul style="list-style-type: none"> Tavaliselt odavamad kui individuaalsed lepingud. Maksemäärad võivad muutuda igal aastal. Maksab tööandja, võimalik töötaja-poolne kaasmakse. 	<ul style="list-style-type: none"> Tavaliselt kallimad kui grupilepingud. Maksemäärad on enamasti konstantse suurusega. Maksab töötaja.
Kindlustushüvitised	<ul style="list-style-type: none"> Hüvitised kasvavad igaaastaselt koos palgakasvuga. Hüvitised on seotud palgaga. 	<ul style="list-style-type: none"> Hüvitised fikseeritakse lepingu sõlmimisel. Hüvitised on seotud palgaga.
Ülekantavus	<ul style="list-style-type: none"> Töötaja võib kaotada töö lõppedes kindlustuskatte (võimalik on ka poliisi ülekantavus). 	<ul style="list-style-type: none"> Kindlustuskate jätkub ka siis kui tööandja vahetub.

Allikas: (America's Health Insurance Plans 2004)

Finantseerimise alused. Finantseerimine toimub kindlustusmaksete alusel. Kindlustusmakse suurus võib sõltuda kindlustuse tingimustest, üldisest tööturuolukorrast, varasemast kahjuajaloost ning riikliku paketi ulatusest. Riski kindlustamisel tööandja poolt on võimalik rakendada grupikindlustust ning panna tööandja kindlustusmakse sõltuvaks muuhulgas haigusjuhtumite arvust (*experience-rating of premiums*; nt osamakse = X% töötaja palgast + diferentseeritud määr vastavalt ettevõtte töötajate ajaloolisele haigestumise määrale). Sarnased lahendused on tööõnnetuse ja kutsehaiguse ja/või invaliidsuspensiooni kindlustamisel kasutusel näiteks Soome ja Hollandi nn poolriiklike süsteemide puhul, kuid ka eralahenduste puhul Šveitsis ja Hollandis (vt ka peatükki 4.10).

Mõjud

Mõju osapoolte käitumisele. Eestis on kirjeldatud printsiipidele vastavad kindlustustooted lisakindlustusena turul olemas (suunatud üksikisikutele; nii eraldiseisva tootena kui ka elukindlustuse tavapaketi nõ laiendusena). Seega tähendaks poliitikavariandi rakendamine eelkõige riigipoolset selgesõnalist kommunikatsioon, et kodanikel on võimalik riigi poolt madala määraga kaetud riskid maandada täiendavalt erakindlustuse toel. Kindlustuspakkujalt eeldab variant vaid mõningast tootarendust, võimaldamaks toodete müüki lisaks üksikisikutele ka nende tööandjatele.

⁴⁹ Teggu ei ole küll erakindlustusega, kuid siiski vabatahtlikkuse printsiipi järgiva individuaalkindlustusega.

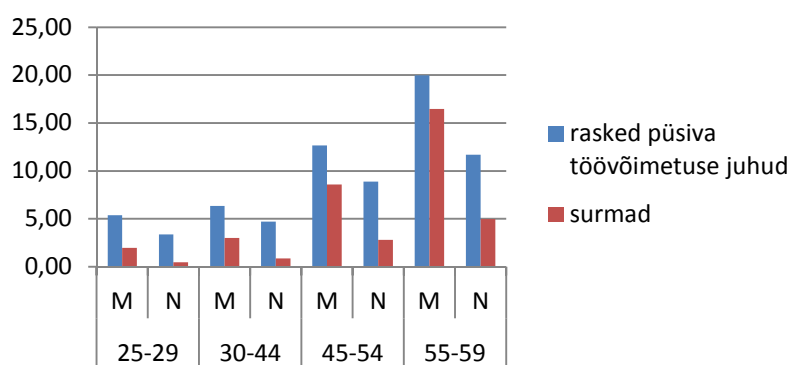
Kuna riiklik süsteem on haigushüvitise maksmisel tänastes tingimustes piisavalt helde, tagades haigusjuhtude korral isikule 70% määraga sissetuleku haigusjuhtumi 9. kuni 121. päevani, ei ole alust uskuda erasikutele suunatud lühiajalisest haigestumisest tingitud sissetuleku riski maandavate kindlustustoodete elujõulisusse. Maksujõulistel isikutel on võimalik oma riske mitmel teisel viisil kindlustada (investeermistooted, kogumiskontod), toimetulekupiiril elavad isikud, kes võiks kindlustusjuhtumi tekkimisel saada toimetulekuks olulist lisatoetust, ei pruugi kindlustustootete tarbimiseks majanduslikku suutlikkust omada.

Invaliidsusrisi või pikaajalisest haigusest tingitud sissetulekute kahanemise või kadumise riski maandav kindlustustoodete omab kvaliteetse turunduse toel tugevamaid eeldusi osutada elujõuliseks. Selle kasuks räägivad riiklike meetmete madal tulu asendusmäär ning suhteliselt kõrge haigestumise või vigastusega kaasneva püsiva töövõimetuse riski määr. Keskmine kuine töövõimetuspension täieliku töövõimetuse puhul moodustas 2011. aasta alguses 22,6% keskmisest kuisest töötasust, mis jätab täiendavale kindlustusele piisavalt ruumi.

Haigestumisest või vigastusest tingitud töövõime olulise languse risk on kõikides tööealise elanikkonna vanusegruppides oluliselt suurem kui suremuse risk (vt joonis 4.9.10) – vabatahtlikud elukindlustustooted on Eestis elujõulised, surmajuhtumi vabatahtliku kindlustuse preemiade maht oli 2010. aastal 6,89 miljonit eurot.

Maksujõulisi tööandjaid võib grupipõhise kindlustamise võimalus motiveerida enam panustama töötajate tervise eest hoolitsemisse ja haiguste ennetamisse (tervisekontrollid, vaksineerimised). Erakindlustusandja poolne töökeskkonna monitooring ning ennetustegevus võivad ära hoida tulevasi kulutusi. Tööandja grupi-kindlustuse tulemusriikka rakendamise eelduseks võib olla kindlustusmaksete vabastus erisoodustumaksust.

Joonis 4.9.10. Surmad ning esmakordsed rasked, s.o vähemalt 70% töövõimekaotuse tuvastusega püsiva töövõimetuse juhtumid 1000 elaniku kohta aastas.



Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

Põlvkondadesisene solidaarsus. Riikliku süsteemi tänasel kujul säilimine üheskoos täiendava erakindlustuse rakendamisega võib pikas perspektiivis kahandada kindlustatute solidaarsust ja suurendada ebavõrdsust, kuna madala sissetulekuga isikutele ning väikse töötajaskonnaga ettevõtetele võib toode jääda finantsiliste barjääride tõttu kättesaamatuks. Teisalt on USA uuringud näidanud, et ettevõttepõhised töövõimetuse kindlustused on ühed odavamad kindlustuslepingud (America’s Health Insurance Plans 2004).

Finantsiline jätkusuutlikkus. Juhul kui täiendavakindlustusega on kaetud suur hulk töötajaskonnast ning kaasnevalt rakendub tulemuslik ennetustegevus, võib poliitikavariandi rakendamisega kaasneda sääst sotsiaalkindlustuse vahendeis. Paranev tervisekäitumine võib kahandada haigestumust ja vigastusi ning lühendada seeläbi töövõimetuserioode, ravikuludid ning suurendada läbi paranenud maksude laekumise sotsiaalkindlustuse tulusid.

Erakindlustajate finantsiliste mõjude hindamine on keeruline, kuna info inimeste ja ettevõtete valmisoleku kohta vastavaid kindlustusteenuseid tarbida on napp. Rahaliste hüvitiste kindlustusmakse arutamiseks oleks vajalikud andmed ajutise ja püsiva töövõimetuse juhtumipõhised andmed vanusjaotuste lõikes, et hinnata töövõimetuse tekkimise tõenäosust. On alust oletada, et pikaajalise töövõimetuse

kindlustusjuhtumi piiritlemisel ei pruugi kõikidele erakindlustajatele vastuvõetavad olla kehtivad püsiva töövõimetus tuvastamise alused, kuna praktikas ei pruugi isikul tuvastatud töövõimetus (eelkõige madala töövõimetus protsendi korral) tema tegeliku töövõimega ja sissetulekuga oluliselt seotud olla. Seega võivad erakindlustajad vajada kindlustustoote laialdasemal tarbimisel objektiivsemat kindlustusjuhtumi määratlemise süsteemi.

Poliitikavariant käsitleb töövõimetuselt tingitud finantsriski maandamist vabatahtliku täiendava kindlustusena taotluslikult lihtsustatult, piirates selle rahaliste hüvitiste võimaldamisega ning seostamata rehabilitatsiooniteenusega. On samas ilmne, et piirdudes kindlustatu ja tööandja finantsriskide hajutamisega, ei lahenda erakindlustuse kaasamine süsteemi peamisi probleeme, mida käsitletakse peatüki algusosas.

Sissetulekuriski vabatahtlik kindlustamine vajab põhjalikumat analüüsi, kui võimaldab käesoleva töö skoop. Põhjendatud on teema käsitlemine käsikäes pikaajalise hoolduse (vt ptk 4.8) ning tööõnnetuse- ja kutsehaiguskindlustusega (vt ptk 4.10).

4.10. Tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud poliitikavariandid

Kui eelmine peatükk vaatles haigestumisest tingitud töövõimetus hüvitamist (sõltumata haigestumise/vigastuse põhjusest), siis käesolev peatükk keskendub kitsalt tööõnnetusest ja kutsehaigusest tingitud töövõimetus hüvitamise süsteemidele. Tuleb märkida, et soovitatav on enne käesolevasse peatükki süvenemist tutvuda Töövõimetus peatüki (4.9) sisuga, sest viimane annab laiemat käsitlust lühiajalise ja püsiva töövõimetus hüvitamisest, mille alaliigiks on omakorda tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamine.

Muudatuse ulatus	Poliitikavariant
Parameetriline muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Ajutise töövõimetus hüvitiste maksimiseel tööõnnetuste puhul tööandja vastustuse suurendamine (poliitikavariant 53)
Struktuurne muudatus	<ul style="list-style-type: none"> Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine avalik-õigusliku või riikliku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu (poliitikavariant 54)
Erakindlustuse kaasamine	<ul style="list-style-type: none"> Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine erakindlustusel põhineva tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu (poliitikavariant 55)

Antud peatükis esitatakse valik poliitikavariantidest, mis on suunatud tööõnnetuse ja kutsehaiguse skeemi tänaste probleemide lahendamisele. Esmalt vaadeldakse praegust olukorda tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud kahjude hüvitamisel ning vaatluse all on erinevad institutsioonid, kes sellega tegelevad. Esitatakse peamised probleemid, mis seda valdkonda puudutavad. Seejärel analüüsitakse vastavate poliitikavariantidega kaasnevat võimalikke finantsilisi ning sotsiaalseid mõjusid.

Tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud poliitikavariantide analüüsi lugejal tuleb arvestada, et tegemist on eelkõige rahastamise analüüsiga, kuigi oluline roll tööõnnetustest ja kutsehaigustest tulenevate kahjude hüvitamisel on kogu korralduslike ja administratiivsete meetmete paketi väljatöötamisel.

Tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamise praegune olukord ja probleemid

Elanikkonna töövõimelisena hoidmiseks on oluline hoida ära tööst tingitud tervisekahjustused. Töötervishoiu ja tööohutuse seadus (§ 27¹ ja § 27²) sätestab küll trahvid töötervishoiu ja tööohutuse nõuete rikkumise ning tööõnnetuste või kutsehaiguste varjamise eest, kuid sellist süsteemi, mis looks ettevõtjale stiimulid töökeskkonna parandamiseks ning tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamiseks, praegu ei ole.

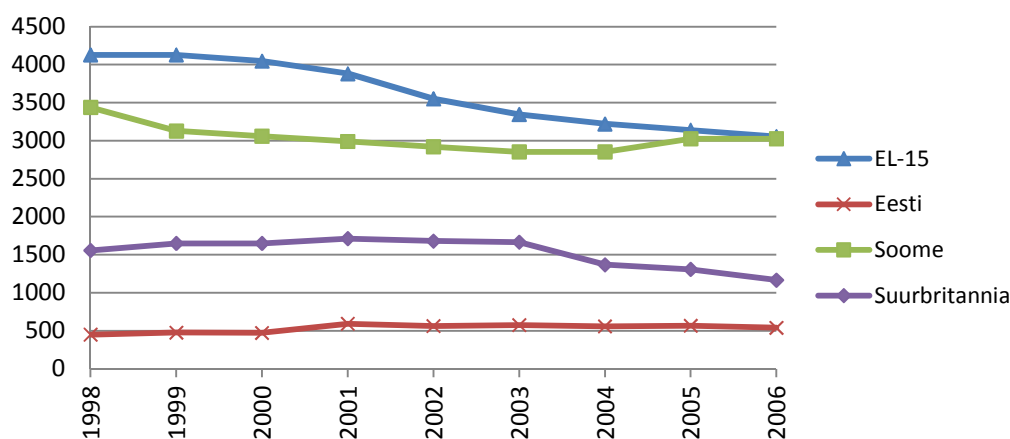
Tööinspektsiooni andmetel oli Eestis tööõnnetusi 2010. aastal 3213, mis tähendab 563 juhtumit 100 000 töötaja kohta (2009. aastal oli 2939 tööõnnetust ehk 493 õnnetust 100 000 elaniku kohta). Surmaga lõppenud tööõnnetusi oli 3 juhtumit 100 000 töötaja kohta (2009: 3,2). Kutsehaigestumusi registreeriti

2010. aastal 104 juhtumit ning tööst põhjustatud haigestumisi 154 juhtumit, vastavalt 8 ja 11 juhtumit 100 000 elaniku kohta (2009. aasta vastavad arvud 73 ja 139 ehk 5 ja 10 juhtumit 100 000 elaniku kohta).

Haigekassa 2010. aasta majandusaasta aruande andmetel vormistati 2010. aastal 4154 tööõnnetushüvitise lehte. Isikute arv, kes said Haigekassalt töövõimetushüvitist, on teadmata. Lehe keskmine pikkus 2010. aastal oli 21,9 päeva. Samas kui võtta aluseks töövõimetuse juhtumid Tööinspektsiooni andmetel (lahutatud surmaga lõppenud juhtumite) ehk 3196 tööõnnetust ja Haigekassa poolt hüvitatud haiguspäevade arv (90 877), on võimalik leida ühe juhtumi keskmine pikkus, milleks on 28,4 päeva.

Võrreldes Euroopa Liidu liikmesriikide keskmisega registreeritakse Eestis tööõnnetusi (vt joonis 4.10.1) ning kutsehaigusi palju vähem. Selle põhjuseks peetakse eelkõige kergete tööõnnetuste alaregistreerimist ja kutsehaiguste registreerimist üldhaigestumistena. Põhjuseks, miks paljud kutsehaigustest põhjustatud tervisekahjud hüvitatakse üldhaigestumistena, on asjaolu, et töötervishoiuarstid pole piisavalt kaasatud kutsehaiguste diagnoosimisse, kuna töötervishoiu ja tööohutuse seadus ei määra, kes peaks kandma diagnoosimisega seotud kulud (töötervishoiuarsti poolt pakutavad töötervishoiuteenused ei ole Haigekassa poolt finantseeritavate tervishoiuteenuste nimekirjas), samuti puudub tööandjatel motivatsioon kutsehaigestumiste registreerimiseks (Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse ... 2006).

Joonis 4.10.1. Tööõnnetused 100 000 töötaja kohta valitud riikides aastatel 1998-2006



Allikas: Eurostat (2010)

Samas võib tööõnnetuste suuremale registreerimisele kaasa aidata hiljutine seadusemuudatus ajutise töövõimetuse hüvitamises, kus nii ettevõtjal kui ka töötajal on **finantsiline** huvi, et haigus registreeritaks tööõnnetusena (juhul kui sellega kaasneb ka ajutine töövõimetus). Nn tavalise haigestumise ning olme- või liiklusvigastuse korral hüvitavad ajutist töövõimetust nii tööandja kui ka Haigekassa, isikul on kolm omavastutuspäeva ning hüvitise määr on 70% sotsiaalmaksuga maksustatavast tulust. Kutsehaigestumise ja tööõnnetuse korral maksab hüvitist vaid Haigekassa, tehes seda töövabastuse teisest päevast, hüvitise määraks on 100%.

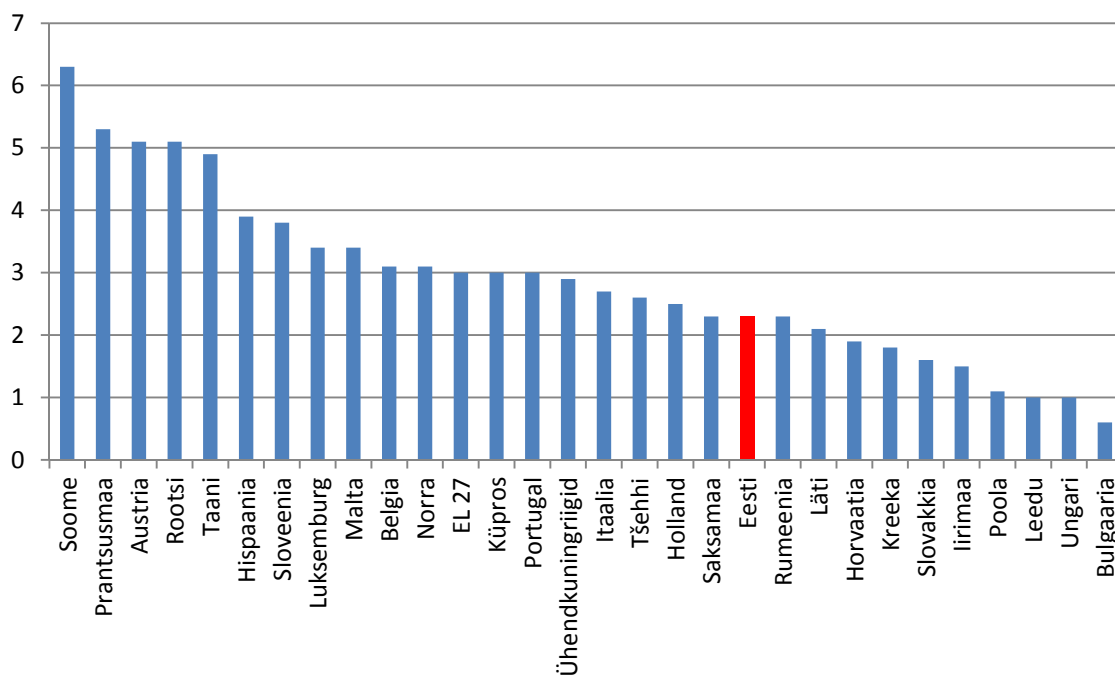
Motivatsiooni registreerida tööõnnetused tööõnnetusena võib vähendada selle registreerimisega kaasnevate **administratiivsete** toimingute kulukus. 2011. aasta esimese poolaasta andmed näitavad jätkuvalt tööõnnetuste arvu kasvu. Kokku toimus perioodil 01.01–07.08.2011 2048 tööõnnetust, mis on 223 tööõnnetust rohkem kui 2010. aasta samal perioodil ning 388 tööõnnetust rohkem kui 2009. aasta samal perioodil.

Tööinspektsioon toob 2010. aasta Töökeskkonna ülevaates välja, et ametlikult registreeritakse **tööõnnetusi** Eestis 2,4 korda vähem, kui neid tegelikkuses toimub (hinnatuna küsitlusuuringute põhjal⁵⁰). Nimetatud uuringu tulemused on avaldatud ka Eurostati andmebaasis (vt joonis 4.10.2). Uuringu alusel on Eestis 12 kuu jooksul juhtunud tööõnnetus 2,3%ga töötajatest ehk toimunud on üle 13 000 tööõnnetuse aastas. Siinkohal on oluline rõhutada, et küsitluses kasutatav tööõnnetuse definitsioon ei vasta õigusaktides

⁵⁰ 2007. a oli Eesti Tööjõuuuringusse lisatud moodul tööõnnetuste statistika kogumiseks.

kasutatavale tööõnnetuse definitsioonile ja riigiti võivad tööõnnetuste definitsioonid erineda (Health and safety at work statistics 2011).

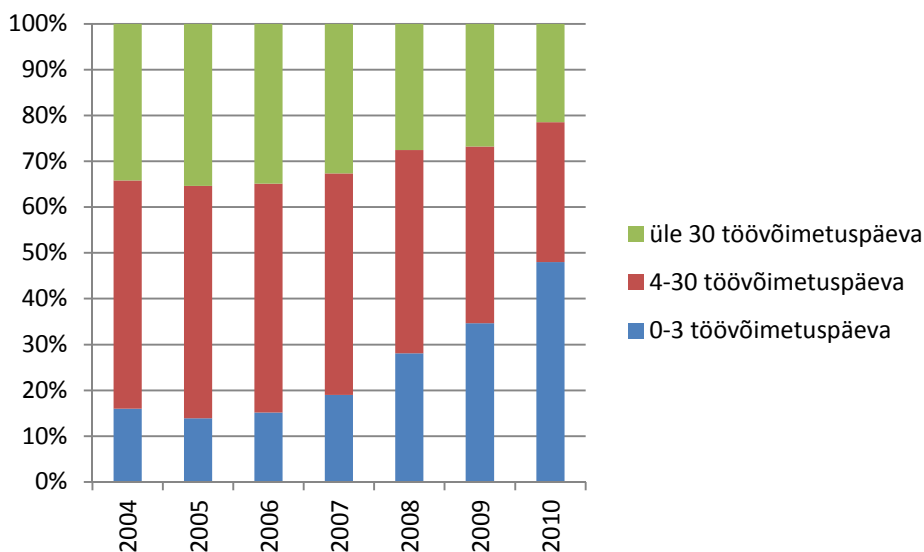
Joonis 4.10.2. Viimase 12 kuu jooksul tööõnnetusest raporteerinud inimeste osakaal protsentides.



Allikas: Eurostat (2010)

Indikatsiooni tööõnnetuste raskusastmest annab allolev joonis (4.10.3). 2010. aastal tõi kõigist tööõnnetustest 22% kaasa enam kui 30 päeva kestnud töövõimetuse. Samas on viimastel aastatel suurenenud kergemate, 0–3 töövõimetuspäevaga tööõnnetuste osakaal. Raskete, üle 30 töövõimetuspäevaga õnnetuste osakaal on langenud. Sotsiaalministeeriumi hinnangul jääb tööõnnetuste arv Eestis vahemikku 7000–15 000, nendest raskeid on ligikaudu 1000. Käesolevas analüüsis eeldatakse, et registreeritud raskete õnnetuste arv peegeldab tegelikku olukorda ning alaregistreerimine esineb valdavalt kergemate õnnetuste osas.

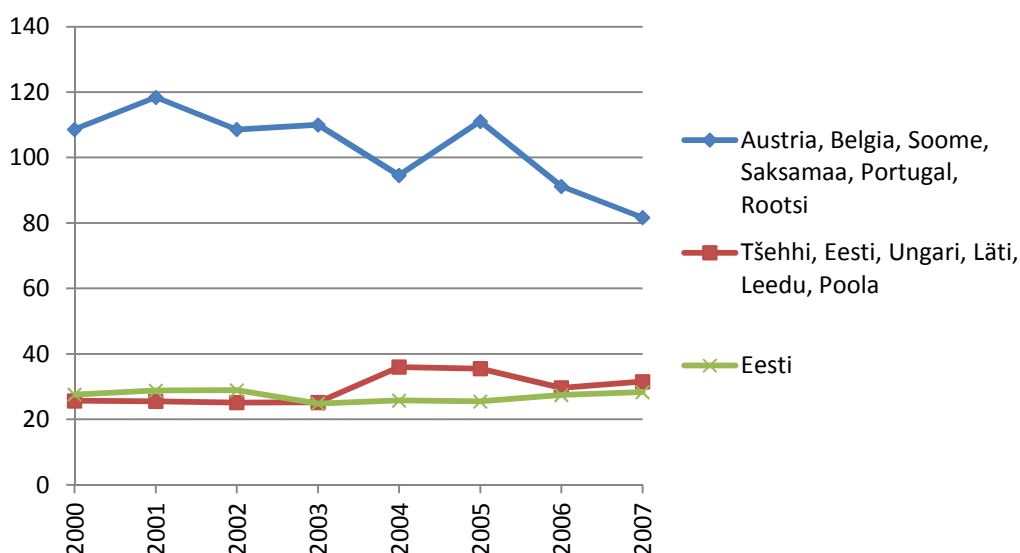
Joonis 4.10.3. Tööinspeksioonis registreeritud tööõnnetuste osakaal töövõimetuspäevade arvu järgi, 2004–2010



Allikas: Tööinspeksioon (Haigekassa andmed)

Viimase viie aasta keskmine registreeritud **kutsehaigestumise** juhtumite arv aastas on 90. Kutsehaiguste arvu hindamise teeb keeruliseks see, et tavaliselt ilmnevad need teatud viitajaga, põhjusliku seose tuvastamine võib olla komplitseeritud, kutsehaigust diagnoosib üksnes töötervishoiuarst ning tegemist on tasulise teenusega – neil põhjustel esineb kutsehaiguste alaregistreerimist. On täheldatav, et Ida-Euroopa riikides (sh Eestis) on kutsehaiguste registreerimine oluliselt madalam kui Lääne-Euroopas, samas kui töökeskkonna riskid ei ole ilmselt madalamad (joonis 4.10.4). Sotsiaalministeeriumi hinnangul on kutsehaigestumise juhtumeid tegelikkuses aastas ca 350.

Joonis 4.10.4. Kutsehaigusjuhtumeid 100 000 töötaja kohta



Allikas: WHO andmebaas

Arstliku ekspertiisi andmeil määratakse ligikaudu 3%le tööõnnetustes kannatanutele (12% raskesti kannatanutest) ja 70–80%le kutsehaigetest püsiv töövõimetus (Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse ... 2006). Esmakordne püsiv töövõimetus määrati 2010. aastal tööõnnetuse põhjusel 85 korral ja kutsehaiguse põhjusel 92 korral. Kuivõrd tööõnnetusi registreeriti 3213 korral ja kutsehaigestumisi 104 korral, siis

ligikaudu 3% tööõnnetustest ja 88% kutsehaigestumistest päädis püsiva töövõimetuse määramisega (Tööinspeksioon 2010, Sotsiaalkindlustusamet 2010).

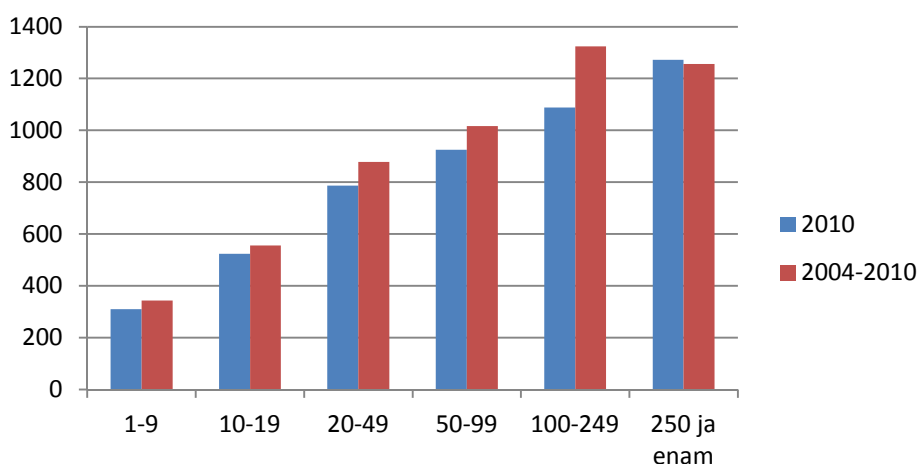
Eesti ettevõtete töökeskkond on EL 15 riikide keskmisest halvem, samas on tööandjad ka sellest teadlikud, kuid väga paljud ei võta töökeskkonna parandamiseks kasutusele mingisuguseid meetmeid (Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse ... 2006). 2010. aasta seisuga oli riskianalüüs tegemata 30%l küsitletud ettevõtetest (Tööinspeksioon 2010). 2010. aasta seisuga oli kõige rohkem tööõnnetusi (suhtena töötajate arvu sektoris) järgnevas valdkondades:

- töötleva tööstuse valdkondadest
 - toiduainete, jookide ja tubakatoodete tootmine,
 - puidutöötlemine ja puittoodete tootmine,
 - paberimassi, paberi ja pabertoodete tootmine;
- veevarustus, kanalisatsioon, jäätme- ja saastekäitlus;
- haldus- ja abitegevused.

Kõigis nimetatud valdkondades toimus üle 1000 tööõnnetuse 100 000 töötaja kohta, kokku töötas nendes valdkondades 2009. aastal keskmiselt 49 300 inimest (Tööinspeksioon 2010, Statistikaamet 2010).

Samuti on oluline arvestada ettevõtete suurust: Eestis töötab 25% tööga hõivatutest ettevõtetes, kus on palgal 1–9 töötajat. Kokku on 1–9 töötajaga ettevõtteid 48 700 (87% kõigist ettevõtetest). Arvutuslik keskmine töötajate arv on nende puhul 2 töötajat (Statistikaamet 2009). Tööinspeksiooni andmetel toimub aga rohkem õnnetusi suurema töötajate arvuga ettevõtetes. Allpool toodud joonis 4.10.5 näitab, et keskmiselt toimub suuremates ettevõtetes töötaja kohta rohkem tööõnnetusi kui väiksema töötajate arvuga ettevõtetes. Samas on võimalik, et õnnetuste **alaregistreerimist** esineb enam just väikeettevõtetes.

Joonis 4.10.5. Tööõnnetusi 100 000 töötaja kohta ettevõtete löikes töötajate arvu järgi 2010 aastal ja 2004.–2010. aastal keskmiselt



Allikas: Tööinspeksioon, Statistikaamet, autorite arvutused

Mitmetes analüüsid on korduvalt tõdetud (Riigikontroll 2010, Tööõnnetuste ja kutsehaiguste ... 2006), et riigil ei ole täpset ülevaadet tööõnnetuste ja kutsehaiguste kohta. Tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud kahjusid hüvitavad hetkel erinevad institutsioonid, kelle tegevus ei ole alati koordineeritud. Järgnevalt tuuakse välja tööõnnetuste ja kutsehaiguste kahjude hüvitamisega tegelevad institutsioonid ja nende osutatavad teenused.

Haigekassa kulu. Kutsehaigestumise ja tööõnnetuse korral maksab ajutise töövõimetuse hüvitist Haigekassa, tehes seda töövabastuse teisest päevast. Tööõnnetuse ja kutsehaiguse puhul on haigushüvitis 100% kindlustatu referentstöötasust. Haigekassa 2010. aasta ajutise töövõimetushüvitiste kulud olid 1,2 miljardit krooni (141 miljonit eurot), millest 29,6 miljonit krooni (1,9 miljonit eurot) kulus tööõnnetushüvitistele. Kutsehaiguste osakaal haiguslehtedest (v.a sünnitushüvitised ja hooldushüvitised) on ca 1% (Haigekassa MAA 2010), proportsionaalselt võib registreeritud kutsehaigustele olla suurusjärgus

kuni 5,5 miljonit krooni. Tulenevalt nii tööõnnetuste kui ka kutsehaigestumiste alaregistreerimisest, võivad tegelikud aastased kulud olla Haigekassa jaoks suuremad ning need summad kajastuvad üldhaigestumiste all.

Lisaks rahastatakse Haigekassa eelarvest ravikulusid (sealhulgas üldarstiabi, eriarstiabi, ravimite ja hooldusravi kulused).

Euroopa Sotsiaalkindlustuskoodeksi artiklite 34 ja 35 kohaselt⁵¹ peaks töövigastuse korral kaasnema minimaalselt järgnevad hüvitised ja teenused:

- üldarstiabi ja eriarstide osutatav statsionaarne ja ambulatoorne arstiabi, sealhulgas koduvisiidid;
- hambaravi;
- hooldusravi kodus, haiglas või teistes meditsiinasutustes;
- hooldus haiglates, taastusraviasutustes, sanatooriumites või teistes meditsiinasutustes;
- hambaraviga seotud, farmatseutilised ja muud meditsiinilised või kirurgilised tooted, kaasa arvatud proteesid koos nende hooldusega ja prillid;
- abi, mida arsti või hambaarsti järelevalve all osutavad selliste elukutsete esindajad, mis võivad olla õiguslikult tunnustatud kui arsti erialaga seotud.

Eesti on ratifitseerinud Euroopa Sotsiaalkindlustuskoodeksi, kuid ei ole seni tunnistanud ennast seotuks koodeksi tööõnnetushüvitisi puudutava osaga. Hetkel on hambaravi, põetusravi, hooldus- ja taastusravi ning ravimite puhul Eestis suur **patsiendi omaosalus**. Vastavalt koodeksile, peaksid tööõnnetuse korral nimetatud teenused olema kindlustatud isikule tagatud omaosaluseta. Tööõnnetuse korral osutatava arstiabi puhul peab kindlustatu praegu tasuma üldises korras ka visiiditasu ja voodipäevatasu, mis samuti ei ole koodeksiga kooskõlas.

Tööandja poolt makstavad hüvitised. Haigekassal on ravikindlustuse seaduse alusel õigus nõuda tööandjalt tagasi tööõnnetuse ja kutsehaiguse puhul makstava haigushüvitise määra 100% ja üldhaigestumise puhul makstava hüvitise määra vahe, kuid alates 2007. aastast ei ole seda enam tehtud. Riigikohtu tsiviilkolleegiumi otsuse nr 3-2-2-133-06 (17.01.2007) järgi tuleb tööandjalt hüvitise väljamõistmiseks tuvastada tööandja süü. Süü tõendamise on õiguslikult aeganõudev ja kulukas, tagasinõutav hüvitise vahe aga suhteliselt väike, mistõttu ei pea Haigekassa hüvitise tagasinõudmist otstarbekaks.

Puudub statistika, kui paljudele kannatanutele ning millistes summates maksavad kahjuhüvitist tööandjad. Tööandjatel on võimalik sõlmida ka vabatahtlik tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus, kuid kuna seda pole ette nähtud seadusega, on tulumaksuseaduse järgi tegemist erisoodustusega (juhul kui tööandja kindlustab kogu töökollektiivi on soodustatud isikuks tööandja ning sel juhul maksustatakse kindlustushüvitist hetkel, mil tööandja maksab hüvitist töötajatele edasi), mis ei soodusta vabatahtliku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse levikut.

Sotsiaalkindlustusameti poolt makstavad hüvitised. Sotsiaalkindlustusamet maksab töövõimetuspensionini ning samuti hüvitab rehabilitatsiooniteenust. Euroopa Sotsiaalkindlustuskoodeksis on sätestatud, et tööõnnetuse ja kutsehaiguste tagajärjel sissetuleku teenimise võime täieliku kaotuse korral peaks töövõimetushüvitist moodustama vähemalt 50% standardse hüvitise saaja töötasust. Võttes referentstöötasuks meeslihttöölise palga, on 100% töövõimekaotuse korral 2011. aasta seisuga töövõimetuspensionini suurus 58% varasemast palgast (Sotsiaalministeeriumi kommentaar 27.07.2011).

Sotsiaalkindlustusamet maksab ka kahjuhüvitisi tööõnnetuse või kutsehaiguse tõttu saamata jäänud töötasu ulatuses pankrotistunud või likvideeritud tööandjate töötajatele. 2011. aasta riigieelarves oli tööõnnetustega seotud kahjuhüvitiste summa 3 miljonit eurot (47 miljonit krooni).⁵²

⁵¹ Eesti ei ole Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksi (<https://www.riigiteataja.ee/akt/729138>) töövigastushüvitisi puudutavat osa (koodeksi VI osa) ratifitseerinud.

⁵² 2012. aasta riigieelarves suurenevad tööõnnetustest tingitud kahjuhüvitiste kulud ligi kolm korda võrreldes 2011. aastaga, mis on tingitud eelkõige tööõnnetustest tingitud kahjuhüvitiste suurenemisest 5,38 eurot. Kasv on tingitud jõustunud kohtuotsustest, mille kohaselt ei tohi vanaduspensionieas oleva isiku töövõimetushüvitisest maha arvata vanaduspensioniosa. Seoses sellega makstakse vanaduspensioniealistele isikutele hüvitisi tagasiulatuvalt ning suurendatakse väljamakstavaid hüvitisi (Riigieelarve seletuskiri 2012)

Lisaks töövõimetuspensionile võimaldavad soodustingimustel vanaduspensionide seadus ja väljateenitud aastate pensionide seadus pärast vastava pensionistaaži omandamist tervist kahjustavates tingimustes, raskete või eriliste töötingimustega töödel jääda pensionile enne riikliku pensionikindlustuse seaduses kehtestatud vanaduspensioniga, kusjuures mõningatel juhtudel kaasneb sellega ka kõrgem pension. Eriseadustega on teatud isikute ringile (politseiametnikud, kaitseväelased, prokurörid, kohtunikud jt) ette nähtud tööga seotud töövõime kaotuse puhul kõrged töövõimetuspensionid (kohtunikel ka tööga mitte seotud töövõime kaotuse puhul), neile lisanduvad ühekordsed toetused, mille suurus sõltub üldjuhul töövõime kaotuse protsendist ning sellest, kas kannatanu saab edasi töötada või mitte.

Sisuliselt absorbeerivad soodustingimustel vanaduspensionid, väljateenitud aastate pensionid ja mõned riiklikud eripensionid osa tööõnnetuste ja kutsehaiguste kuludest, kuivõrd osadele töökeskkonna riskidega kokkupuutunud isikutele määratakse soodustingimustel vanaduspension või väljateenitud aastate pension enne, kui töökeskkonna mõjud neil kutsehaigusena ilmnevad.

Pensioni määramine iseenesest küll ei välista hiljem kutsehaiguse diagnoosimist, kuid võib oletada, et teatud mõju võib sellel olla. Samas on soodustingimustel vanaduspensionid, mis määratakse tervistkahjustavate tööde nimekirja kuuluvates ametis töötanud inimestele, küllalt ebaefektiivne kulu, sest kompenseeritakse potentsiaalset, mitte faktiliselt tuvastatud tervisekahjustust ning need pensioniliigid toovad märgatavalt allapoole tegelikku pensionileiirdumise vanust. Samas töötingimused paljudel nimekirja kuuluvatel ametikohtadel ei pruugi tänapäeval enam olla tervistkahjustavad.

Aastane kulu soodustingimustega vanaduspensionidele on ligikaudu 132 miljonit krooni (SKA 2010), millele lisandub eriseadusega määratud pensionide kulu (politseiametnikele, kaitseväelastele, prokuröridele, kohtunikele jt).

Tööturuteenused. Euroopa Sotsiaalkindlustuskoodeksi artikkel 35 sätestab muu hulgas, et arstiabi haldavad asutused või valitsuse ametkonnad teevad vajaduse korral koostööd kutsealaste rehabilitatsiooniteenuste osutajatega, et taasennistada puuetega isikuid sobivale tööle. Kuivõrd töövõime säilitamine ning isiku tööturule tagasitoomine tööturuteenuste abil on olulised töötajate tööle naasmise soosimisel, kirjeldatakse siinkohal olulisi tööturuteenuseid, mida Töötukassa hetkel osutab (tabel 4.9.1). Ei ole võimalik kindlaks määrata, kas nimetatud teenuseid kasutasid tööõnnetuse või kutsehaigusega isikud või mitte, kuna Töötukassa ei pea arvestust teenust saanute isikute tööõnnetuste ja kutsehaiguste kohta. Järgnevalt on kirjeldatud teenuseid, mida töötukassa osutab.

Tööruumide ja -vahendite kohandamine puudega⁵³ inimesele, millega muudetakse töökeskkond või töövahend puudega inimesele ligipääsetavaks ja kasutatavaks. Kui tööandja teeb vajalikud kohandused ning võtab seejärel tööle töötaja puudega või pikaajalise tervisehäirega inimese, hüvitab Töötukassaga tööandjale kuni 100% kohanduse maksumusest. Kui kohandus tehakse tööandja juures juba töötava inimese töökeskkonna parendamiseks, hüvitab Töötukassa tööandjale kuni 50% kohanduse maksumusest.

Töötamiseks vajaliku tehnilise abivahendi tasuta kasutada andmine puudega inimesele. Töötamiseks vajalik tehniline abivahend on vahend, ilma milleta puudega või pikaajalise tervisehäirega inimene ei saa oma tööülesandeid täita. Tehnilise abivahendi tasuta kasutada andmiseks sõlmib Töötukassa halduslepingu kas tööandja või inimese endaga. Haldusleping sõlmitakse sama tähtajaga, milleks on puudega või pikaajalise tervisehäirega inimesega sõlmitud tööleping või vormistatud teenistusse võtmine, kuid mitte kauemaks kui kolmeks aastaks, vajaduse korral lepingut pikendatakse.

Tugiisikuga töötamise teenus, mille eesmärgiks on puudega või pikaajalise tervisehäirega inimeste tööleasumise või töötamise toetamine, võimaldades puudest või tervisehäirest tulenevalt abi ja juhendamist töökohal. Tugiisikuga töötamise teenust võimaldatakse puudega või pikaajalise tervisehäirega töötaja tööerakendamiseks või juba töötava puudega või pikaajalise tervisehäirega isiku töötamise jätkamise toetamiseks. Tugiisikuga töötamise teenuse osutamise eest makstav tunnitasu määr kehtestatakse igaks eelarveaastaks riigieelarves (2011. aasta riigieelarves 2,56 eurot).

Tööintervjuul abistamise teenus on mõeldud isikule, kes vajab puude või pikaajalise tervisehäire tõttu tööandjaga suhtlemisel abi. Seega hüvitatakse tööõnnetuste või kutsehaiguste tagajärjel tekkinud kahjusid ka riiklike tööturumeetmete abil.

⁵³ Tööhõiveprogrammi alusel on võimalik osutada käesolevas alapunktis toodud teenuseid ka isikutele, kellel ei ole puue või töövõimetus määratud.

2010. aastal osutas Töötukassa võrreldes eelneva aastaga rohkem puuetega inimestele suunatud teenuseid. 15 inimest asusid tööle tugiisiku abiga, kuuel juhul anti töötule tööle saamiseks vajalik tehniline abivahend, neljale inimesele pakuti tööintervjuul abistamise teenust ning ühel juhul kohandati töötukassa abiga töökoht vastavalt inimese erivajadustele.

Lisaks võivad töötaja tööle kaasamise puhul olla asjakohasteks teenusteks ka erinevad rehabilitatsiooni teenused, hooldusteenuse hüvitamine, tööpraktika ja tööharjutuse võimalused. Allpool on toodud kokkuvõtlik tabel erinevatest teenustest, teenust saanud isikute arv ning kulu.

Tabel 4.10.1. Töötukassa osutatud tööturuteenused 2010. aastal⁵⁴

Aktiivsed tööturumeetmed	Teenust saanute isikute arv	Summa kroonides	Keskmine kulu teenust saanud isiku kohta
Tööturukoolitus	16 913	60 622 273	3584
Tööpraktika	3769	28 459 577	7551
Tööharjutus	1003	13 923 609	13 882
Nõustamisteenused (sh sotsiaalne rehabilitatsiooni 23 juhtumit)	748	4 149 474	5547
Töökoha kohandamine ja abivahendid	1	21 180	21 180
Tehnilise abivahendi tasuta kasutamine	6	76 750	12 792
Abistamine tööintervjuul	4	0	0
Tugiisikuga töötamine	15	235 946	15 730
Muud teenused (sh hooldusteenuse hüvitamine)	289	1 021 668	3535
Kokku	22 748	108 510 477	4770

Allikas: Töötukassa 2011

Kohalike omavalitsuste kulutused. KOVid teevad kulutusi sotsiaalhoolekande seaduses sätestatud sotsiaalteenustele, sh pikaajalisele hooldusele. Ei ole teada, kui suur osa KOVide kulutustest sotsiaalteenustele on seotud tööõnnetuste ja kutsehaigustega. Ilmselt varieerub see KOVide lõikes, sõltudes nii KOVi pakutavatest teenustest kui ka kõrgema riskiga ettevõtete paiknemisest KOVides. Edasistes analüüsid oleks vajalik saada täpsem ülevaade KOVide praktikatest, et analüüsida, millised on KOVide kulutused seoses tööõnnetuste ja kutsehaigustega ning millised oleksid täpsemad mõjud KOVidele erinevate tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud poliitikamuudatuste puhul.

Seega on hetkel tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud kahjude hüvitamine kaetud erinevate institutsioonide poolt. Nendevaheline koostöö ei ole aga piisav ning koordineerimatus tekitab süsteemis ebaefektiivsust. Selle tulemusena kannatavad nii abi kvaliteet kui ka kättesaadavus. Kokkuvõtvalt on eri institutsioonide tegevused välja toodud järgnevas tabelis.

⁵⁴ Loetelust on välja jäetud palgatoetus, ettevõtluse alustamise toetus kui tööõnnetuste ja kutsehaigustega hüvitamisega otseselt mitte seotud teenused.

Tabel 4.10.2. Tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamisega seotud osapooled ja osutatavad teenused

Osapool	Osutatavad teenused
Ettevõtjad	<i>Täpne informatsioon puudub</i>
Tööõnnetuses kannatanud ja kutsehaiged	Omaosalus tervishoiuteenuste tasumisel, kulud hooldus- ja hambaravi eest tasumisel, üldhaigestumisena registreeritud tööõnnetuse haigushüvitise omavastutuspäevad, muud kulud (<i>täpne informatsioon puudub</i>)
Haigekassa	Ajutise töövõimetuse hüvitised, ravi- ja ravimikulud
Sotsiaalkindlustusamet	Töövõimetuspension, rehabilitatsiooniteenused, soodus- ja eripensionid, kahjuhüvitised
Töötukassa	Tööturuteenused
Kohalikud omavalitsused	Sotsiaalhoolekandeteenused ja muud toetused (<i>täpne informatsioon puudub</i>)

Seega on teadmine tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamise skeemide kasutamise kohta Eestis fragmentaarne ning ei võimalda täpselt määratleda ei tegelikku kannatanute arvu ega ka kulusid. Nimetatud probleem on eriti aktuaalne poliitikavariantide 54 ja 55 analüüsimisel, sest mõjude hindamiseks tuleb teha hulk eeldusi.

Tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamise süsteemi puudused

Järgnevalt tuuakse välja tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamise praeguse süsteemi puudused kokkuvõtvalt töötajale, tööandjale ja riigile.

Töötajale ei ole tagatud tööõnnetuse või kutsehaiguse tulemusena tekkinud kahjude ühetaoline ja õiglane hüvitamine ega õnnetuse või haigestumise eelsele võimalikult lähedase olukorra tagamine. Töökoha kaotamise hirmus ei pruugi töötajad julgeda oma õigusi kaitsta, sh nõuda õnnetuse registreerimist tööõnnetusena. Sellisel juhul jäävad tööõnnetuste või kutsehaigestumise juhud registreerimata ning need hüvitatakse üldhaigestumisena. Õiglase hüvitise saamiseks on võimalik hageda oma tööandjat, see võib aga tähendada pikka ja kulukat kohtuvaidlust.

Kutsehaigused tuvastatakse alles pärast töö kaotust ning selleks ajaks on kutsehaigus enamasti süvenenud ja inimest on raskem aidata, samuti on raskem tuvastada, millise tööandja juures kutsehaigus tegelikult välja kujunes.

Osa töötajast võivad olla motiveeritud tervistkahjustaval töökohal kauem töötama (suurendades riski kutsehaiguste tekkimiseks), et saada õigus soodustingimustel pensioniks.

Puudub hoovastik tööandja motiveerimiseks hinnata ja parandada töökeskkonda ning tegeleda töötajate tervise eest hoolitsemisega. Seejuures tugineb hüvitise maksmise kohustus süüdlase leidmise põhimõttele, süüdlase või süüdlaste (endised ja praegused tööandjad) väljaselgitamine võib tööandjale tähendada kohtumenetlust, kohtuvaidluse kaotamisel kaasneb tihti suure hüvitise maksmise kohustus, mis on tööandjale märkimisväärne finantsrisk.

Töötajate töövõimetuse tõttu kaotatakse väärtuslikku tööjõudu, asendustööjõu palkamine on tööandjale täiendav finantsrisk. Kutsehaigusega isiku palganud tööandjad kannavad kulusid (kui töötaja on haige) hoolimata sellest, kas ettevõtte ise on panustanud töökeskkonna ja -tingimuste parandamisse või mitte.

Tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamise tänane skeem on ebaefektiivne ja ei soosi töövõime säilitamist ega selle taastamist. Senine süsteem eeldab süüdlase väljaselgitamist ega taotle tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamist ja kannatanute tagasitoomist tööellu. Ettevõtete pankrotistumise korral ei ole ettevõtetele sageli õigusjärglast ning neil juhtudel läheb hüvitamise kohustus üle riigile, kujutades endast riigielarve jaoks täiendavat koormust.

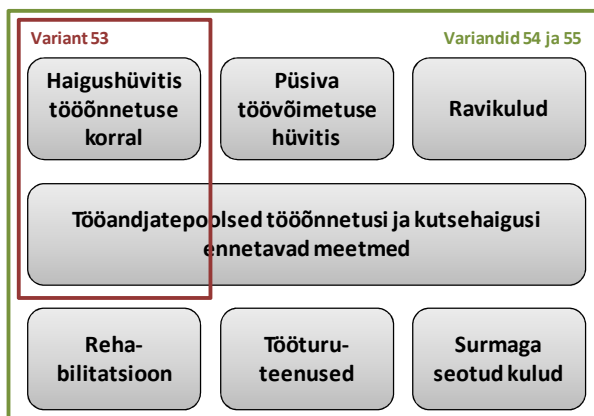
Keskne vastutus nii ravi määramisel, töölt vabastamisel (teadmata töötingimusi ja töömahtu) kui ka püsiva töövõimetuse määramiseks (ekspertiisiks) vajalike dokumentide täitmisel on raviarstil. Ekspertiisi tegemine toimub põhiliselt ühe arsti dokumentide alusel. Töötervishoiuarstide vähesus ning kutsehaigust

diagnoosimise kulude mitte hüvitamine takistab kutsehaiguste tuvastamist ning seega ka nende kahjude hüvitamist kannatanutele.

Tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamisega seotud poliitikavariandid

Järgnevalt tuuakse välja kolm poliitikavarianti, mis adresseerivad tööõnnetuste ja kutsehaiguste süsteemiga seotud probleeme. Esmalt vaadeldakse varianti, kuidas praeguse süsteemi parameetrite muutmisega motiveerida tööandjat rohkem töökeskkonda ja tööohutusse panustama. Seejärel vaadeldakse juba põhjalikumaid süsteemi muutmise võimalusi, mis kataksid kõik tööõnnetuste ja kutsehaiguste tekitatud kahjud. Poliitikavariantide piiritlust aitab selgitada järgnev joonis.

Joonis 4.10.6. Esitatavate poliitikavariantide piiritlus



Poliitikavariant 53 ehk **tööõnnetuste puhul ajutise töövõimetuse hüvitiste maksmisel tööandja vastustuse suurendamine** püüab motiveerida tööandjat enam panustama töökeskkonda ja tööohutusse. Poliitikavariandi sisuks on tööandja rahalise vastutuse suurendamine ajutise töövõimetuse hüvitise maksmisel ja vastutuse täiel määral tööandjale suunamine.

Poliitikavariant 54 ehk **tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse rakendamine riikliku või avalik-õigusliku sotsiaalkindlustusskeemina** vaatleb riigipoolse süsteemi tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud kahjude hüvitamiseks loomise mõjusid. Kindlustusteenust pakub keskne asutus ning võimalik on nii ristsubsidieerimine kui ka teatud ulatuses riskide diferentseerimine.

Poliitikavariant 55 ehk **tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse rakendamine erakindlustusel põhineva kindlustussüsteemina** vaatleb erakindlustuse poolt hallatava tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi loomise mõjusid. Toimuks riski diferentseerimine ja tööandjal oleks vabadus kindlustusseltsi valimisel.

Tööõnnetuste puhul ajutise töövõimetuse hüvitiste maksmisel tööandja vastustuse suurendamine (poliitikavariant 53)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Motiveerida tööandjat parandama töökeskkonda, tõsta tööohutust ning panustada töötajate tervise eest hoolitsemisse
- Vähendada Haigekassa kulusid

Poliitikavariandi kirjeldus

Muudatuse tulemusena kaasatakse tööandja ajutise töövõimetuse hüvitise maksmisesse tööõnnetuse puhul. Esimese 8 päeva jooksul tasub hüvitist tööandja (100% varasemast palgast), alates 9. päevast maksab hüvitist Haigekassa 70% referentstootasu ulatuses ning sellele lisandub ettevõtte panus järelejäänud 30% ulatuses.

Järgnevalt tuuakse välja muudatuse rakendamise mõjud ning alavariandina käsitletakse ka tööandja vastutuse suurendamist maksimummääras (tööandja on kohustatud hüvitist maksma 182 päeva⁵⁵) ehk kogu ajutise töövõimetuse kulu tööõnnetuse puhul oleks tööandja kanda. Nimetatud alavariandi puhul viidatakse ka poliitikavariandile 50 (vt pkt 4.9), mis käsitles laialdaselt ettevõtte vastutuse suurendamist ajutise töövõimetuse hüvitamisel.

Käesoleva poliitikavariandi puhul ei analüüsita täpsemalt kutsehaiguste puhul tööandja vastutuse pikendamist, kuna tööandja vastutuse pikendamisel kutsehaiguste puhul võivad tekkida olulised õiguslikud probleemid, mis vajaks täiendavat õiguslikku analüüsi. Kutsehaiguste tekke hindamine on keeruline protsess ning juhul kui töötaja on töötanud mitme tööandja juures, ei pruugi olla võimalik täpselt määratleda, millise tööandja töökeskkond haiguse põhjustas.

Mõjud

Finantsiline jätkusuutlikkus. Kuivõrd maksimalkohustus kanduks Haigekassalt osaliselt üle tööandjale, tähendaks muudatus Haigekassa kulude vähenemist ning tööandja kulude suurenemist. Rahaliste mõjude arvutuste aluseks võetakse järgnev valem (arvutused tehakse eeldusel, et töövõimetuspäevade arv jaotub ühtlaselt ning kulu on keskmine; tegelikud andmed võivad varieeruda tulenevalt töövõimetuslehtede pikkuse võimalikust erinevast jaotusest).

$$Ev' = \frac{p'}{p-1} \times Hk + \frac{p-p'-1}{p-1} \times Hk \times 0,3$$

$$Hk' = Hk - Ev',$$

kus

Ev' = ettevõtte kulu töövõimetushüvitistele (tööõnnetuste puhul) muudatuse tulemusena (tuh kroonides),

p' = ettevõtte poolt täielikult hüvitatavate haiguspäevade arv uues süsteemis,

p = hüvitatavate haiguspäevade keskmine arv juhtumi kohta (Haigekassa ja Tööinspektsiooni andmete põhjal),

Hk = Haigekassa kulu töövõimetushüvitistele (tööõnnetuste puhul) Haigekassa andmete põhjal (tuh kroonides),

Hk' = Haigekassa kulu töövõimetushüvitistele (tööõnnetuste puhul) muudatuse tulemusena (tuh kroonides).

Lähtudes 2010. aasta andmetest (Tööinspektsiooni juhtude arv ja Haigekassa hüvitatud tööõnnetuspäevade arv), kahaneksid **Haigekassa** kulutused kalendriaastas töövõimetushüvitistele 14,7 miljoni krooni võrra. Seevastu suureneb tööandja finantsrisk tööõnnetuse juhtumisel (kogukulu, mis **tööandjad** peaksid täiendavalt kandma, oleks ligikaudu 14,9 miljonit krooni).

Kui tööandja vastutust pikendada kogu haigushüvitise maksmise perioodile, s.t tööandja maksab 100% varasemast tötasust kuni 182. haiguspäevani, siis Haigekassa kogukulu ajutistele töövõimetushüvitistele kahaneb ca 29,6 miljoni krooni võrra (0,3% Haigekassa kogueelarvest). Seevastu suureneb tööandja finantsrisk tööõnnetuse juhtumisel (kogukulu, mis tööandjad peaksid kandma, oleks olemasolevatest andmetest ja eeldustest lähtudes 29,6 miljonit krooni).

Kuivõrd rohkem tööõnnetusi registreeritakse suuremates ettevõtetes, siis peaksid need katma suurema osa täiendavatest kulutustest. Samuti laskuks suurem koormus nende valdkonna ettevõtetele, kus toimub hetkel rohkem tööõnnetusi.

Mõju käitumisele. Tööandja vastutuse oluline suurendamine võib **tööandjat** motiveerida enam panustama töökeskkonna ja töötajate tervisekäitumise parandamisse ning looma haigestunud töötajatele võimalusi rakendada oma säilinud töövõimet. Haigestumisega kaasnevast finantskulust tulenevalt on tööandja

⁵⁵ Hüvitise maksmise kestus (kuni 182 päeva) on seotud Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksis sätestatud haigushüvitise maksmise kestusega (26 nädalat iga haigusjuhtumi kohta).

eelduslikult huvitatud töötaja haigestumisel viimase võimalikult kiirest tööle naasmisest ja/või töötaja maksimaalsest rakendamisest ajutise töövõimetuse perioodil.

Muudatuse tulemusena võib suureneda tööandja motivatsioon registreerida tööõnnetus üldhaigestumisena, sest üldhaigestumise puhul oleksid tööandja kulutused väiksemad (tulenevalt esimese kolme päeva omavastutusest ning alates 9. päevast Haigekassa täielikust kulutuste katmisest). Suureneb tõenäosus, et **töötaja** võib piiripealsete juhtude korral (tööõnnetus vs. olmevigastus) jääda tööandja poolsest hüvitisest ilma, mis võib pikaajalise haigusjuhtumi korral kahjustada oluliselt tema finantsolukorda (100% asemel saadakse 70% varasemast palgast).

Seega võib väheneda tööõnnetuste registreerimine võrreldes praeguse olukorraga, kus tööandjal on finantsiline (mitte administratiivne) huvi registreerida piiripealne juhtum siiski tööõnnetusena.

Sotsiaalne jätkusuutlikkus. Poliitikavariandi rakendamisel langevad ebasoodsasse olukorda isikud, kelle tööandja maksevõime on häiritud ning kes ei ole töövõimetuse riski edasi kindlustanud (või kelle puhul kindlustuskaitse on maksehäirete tõttu katkenud või peatunud). Kahandamaks võimalust, et ajutiselt töövõimetud isikud jäävad tööandja maksevõimetuse korral sissetulekuta, on üks võimalus tagada nn garantiiasutuse olemasolu (nimetatud võimalust analüüsiti eelmises peatükis poliitikavariandi 50 juures).

Samuti võib olla vajalik rehabilitatsiooniprotsessi koordineeriv vastava pädevusega rakendusasutus, mis aitaks tööandjal rehabilitatsioonitegevust korraldada (vt poliitikavariant 50). Tööandja võib olla huvitatud riskide edasisest maandamisest erakindlustuse kaudu. Viimase puhul on oluline roll soodustavatel maksumeetmetel.

Tööandjate vastutuse oluline suurendamine vaid ühe haigestumise liigi korral eeldab põhjalikku õiguslikku analüüsi.

Poliitikavariandist kokkuvõtvalt

Poliitikavariant võib suurendada tööandja motivatsiooni töökeskkonda parandada, kuid samuti mõjutada tööandjat muudel (töötaja perspektiivist negatiivsetel) viisidel enda kulusid optimeerima. Mõju sotsiaalkindlustuse eelarvele ja süsteemi finantsilisele jätkusuutlikkusele on minimaalne. Poliitikavariant ei lahenda mitmeid olulisi probleeme, nagu tööandja maksejõuetus, rehabilitatsiooni puudulikkus ning kutsehaiguste registreerimise ja diagnoosimisega seotud probleeme. Tööandja vastutuse suurendamise puhul tuleb arvesse võtta ka poliitikavariandi 50 puhul analüüsitud mõjusid.

Sellest tulenevalt on oluline tööõnnetuste ja kutsehaiguste käsitlemine tervikuna ning analüüsida kõikehõlmava tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi rakendamist, et soovitud eesmäärke paremini adresseerida.

Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse erinevad valikud

Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksiga on kehtestatud miinimumstandardid, mis puudutavad arstiabi, kaitstavate isikute arvu, õiguslikke kriteeriume (lubatav kvalifikatsiooniperiood, maksimaalne ooteperiood, hüvitise maksmise minimaalne kestus jms) ja hüvitiste suhtelist taset, kuid koodeks ei sekku sotsiaalkindlustuse korralduslikele küsimustesse ning jätab riikide otsustada, kuidas sotsiaalkindlustust, sh tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustust finantseerida ja korraldada.

Enamikus Euroopa riikides on kasutusel riiklik või avalik-õiguslik sotsiaalkindlustussüsteem tööõnnetuste ja kutsehaiguste riskide maandamiseks (13 vanas Euroopa Liidu liikmesriigis). Mõnes riigis toimub tööõnnetuste hüvitamine ühe ja kutsehaiguste hüvitamine teise skeemi alusel. Eestis, Kreekas, Ungaris ja Sloveenias eraldi süsteem tööõnnetuste ja kutsehaiguste riskide katmiseks puudub.

Eri riikide süsteemid on välja toodud alljärgnevalt (Munich Re 2002 ja Missoc 2011 põhjal):

- Suurbritannias ja Iirimaa korraldavad tööõnnetus- ja kutsehaigus hüvitiste maksmist valitsusasutused.
- Enamikus ELi liikmesriikides (Austria, Saksamaa, Itaalia, Prantsusmaa, Rootsi ja Luksemburg) vastutavad tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi eest avalik-õiguslikud sotsiaalkindlustusorganisatsioonid, mis on enamasti riigi poolt asutatud ja rahastatud *pay-as-you-go* põhimõttel. Nimetatud organisatsioonide juhtimises osalevad reeglina sotsiaalpartnerid.
- Mitmetes nimetatud riikides toimub seejuures riski diferentseerimine (Prantsusmaa, Saksamaa, Itaalia).

- Näiteks Prantsusmaal toimub riski diferentseerimine väiksematel ettevõtetel varem määratletud riskigruppide alusel, suurematel ettevõtetel võetakse aluseks 3 aasta väljamaksete ajalugu.
- Saksamaal võetakse samuti iga ettevõtte puhul aluseks väljamaksete ajalugu ning võrreldakse seda riskigrupi keskmisega. Konkreetse ettevõtte kindlustusmakse määra tõstetakse, kui väljamaksete arv ületab teatud protsendi keskmisest riskigrupi väljamaksete arvust.
- Soomes on kindlustuse juhtimine usaldatud erakindlustusandjatele ning kasutusel on kohustuslik kindlustus. Soomes on kindlustusmaksed väiksemate ettevõtete puhul kindlaks määratud ning sõltuvalt riskigrupist. Suurte ettevõtete puhul võetakse täielikult aluseks väljamaksete ajalugu.
- Samuti on erakindlustusseltsid hüvitamise kaasatud Norras, Taanis, Belgias ja Ameerika Ühendriikides.

Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse rakendamise mudel

Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse rakendamise rahaliste mõjude hindamiseks kasutatakse Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse mõjuanalüüsis (2006) koostatud kindlustustariifi lihtsustatud mudelit ning kohandatakse seda uute kättesaadavate andmete ning hinnangutega. Mudelit kasutatakse erakindlustusel põhineva ja riikliku süsteemi maksemäära/tariifi arvutamisel. Kuivõrd eeldatakse eraldi süsteemi loomist, tuuakse välja ka olemasoleva süsteemi kulude vähenemised ning seejärel kirjeldatakse konkreetsete poliitikavariantide mõjusid.

Tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustamisel leitakse aastane kindlustuspreemia kindlustustariifi rakendamisel kindlustusvõtja vastava kindlustusaasta sotsiaalmaksuga maksustatavale palgafondile (PF). Eeldatakse, et kindlustusaasta ja kalendriaasta langevad kokku.

Tariifi- ehk riskiklassid määratakse Eesti majanduse tegevusalade klassifikaatori (EMTAK) esimese või teise taseme või nende kombinatsiooni põhjal. Antud mudelis piirdatakse kombinatsiooniga, mida kasutab Tööinspeksioon. Tariifiklassi indeks alljärgnevas tekstis on i . Iga riskiklassi jaoks leitakse kaks tariifi osist – kutsehaiguste tariif ja tööõnnetuse kindlustamise tariif. Esmalt tuuakse välja erinevate riskiklassiga ettevõtete jaoks tariifide arvutamise mudelid.

Tööõnnetuse kindlustamise tariif – $T\tilde{O}_i(x)$

$$T\tilde{O}_i(x) = \frac{RT_i(x)}{(1 - GF - K - T)},$$

kus

$RT_i(x)$ = riskiklassi i riskitariif kindlustusaastaks x ,

GF = Garantiifondile tehtavate eraldiste suurus,

K = sõlmimis-, kahjukäsitlus- ja administratiivkulude osa tariifis (kulumäär),

T = oodatav kasum.

Riskitariif kujuneb omakorda järgmise valemi alusel:

$$RT(x)_i = \frac{\sum_k VM_{ik}(x)}{PF_i(x)},$$

kus

$VM_{ik}(x)$ = riskiklassi i hüvitiste liigi (riski) k eeldatavate väljamaksete summa kindlustusaastal x toimunud juhtumite pealt,

$PF_i(x)$ = riskiklassi i summaarne eeldatav palgafond kindlustusaasta x jooksul.

Kutsehaiguste kindlustamise tariif – KHI(x)

$$KH_i(x) = \frac{RT_i(x)}{(1 - GF - K - T)},$$

kus

$RT_i(x)$ = riskiklassi i riskitariif kindlustusaastaks x ,

GF = Garantiifondile tehtavate eraldiste suurus,

K = sõlmimis-, kahjukäsitlus- ja administratiivkulude osa tariifis (kulumäär),

T = oodatav kasum.

Riskitariif kujuneb omakorda järgmise valemi alusel:

$$RT(x)_i = \frac{\sum_j VM_{ij}(x)}{PF_i(x)},$$

kus

$VM_{ij}(x)$ = riskiklassi i hüvitiste liigi (riski) j eeldatavate väljamaksete summa kindlustusaastal x toimunud juhtumite pealt,

$PF_i(x)$ = riskiklassi i summaarne eeldatav palgafond kindlustusaasta x jooksul.

Ühtne maksemäär – MM(x)

Kui riskide diferentseerimist ei toimuks, avalduks ühtne maksemäär järgnevalt:

$$MM(x) = \frac{\sum_j VM_j(x) + \sum_k VM_k(x) + A}{PF(x)},$$

kus

A = riikliku/avalik-õigusliku kindlustusasutuse administratiivkulud,

$PF(x)$ = kogu Eesti tööandjate palgafond kindlustusaasta x jooksul.

Hinnatavad parameetrid

Parameetrite K , T ja GF väärtused või väärtuste piirmäärad fikseeritakse seaduses või selle rakendussätetes. Antud analüüsis eeldatakse K väärtuseks kahjukindlustusseltside keskmist brutokulusuhet 25%. Tehnilise kasumi suuruseks on 2% (põhineb 2006. aasta TÕKS analüüsi hinnangul). Parameetri GF väärtuseks on 7,5%. GF ehk Garantiifondile tehtav eraldis sõltub sellest, kui kõrgeks lubatakse tõusta väga riskantsete ettevõtete kindlustusmaksed, või millise maksemäära puhul on võimalus leping sõlmida Garantiifondiga (vt allpool arutusi poliitikavariandi 55 juures).

Väljamaksete summade (VM) puhul võetakse aluseks Sotsiaalministeeriumi hinnangud tööõnnetuste ja kutsehaiguste arvu kohta ning tehakse vastavad eeldused kõikidele tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustamise kuludele.

Sotsiaalministeeriumi hinnangul on tööõnnetuste tegelik arv ligikaudu kolm korda suurem kui ametlikult registreeritud ehk hinnanguliselt 9647 tööõnnetust aastas.⁵⁶ Kutsehaiguste arv on Sotsiaalministeeriumi hinnangul 350 haigestumist aastas. Surmaga lõppenud õnnetuste arvu puhul võetakse aluseks 2010. aasta surmade arv 17.

PF ehk palgafondi puhul on aluseks Statistikaameti andmetel 2010. aasta brutopalk 12 397 krooni. Riskigruppide kindlustusmaksete arvutamisel vaadatakse konkreetse ettevõtlusvaldkonna (valdkondlikud määratletud grupid Tööinspektsiooni liigituse järgi) palkasid. Hõivatute arv tegevusalati põhineb Statistikaameti 2010. aasta andmetel.

Riskigruppe ei ole mõistlik kasutada kutsehaiguse kindlustamise juures, sest kutsehaigus tuvastatakse kindlustusjuhtumina haiguse diagnoosimise hetkel, mitte tekkimise momendil. Ühest seost kindlustusvõtja ja kutsehaiguse põhjustanud töötingimuste vahel ei pruugi seega olla (Tööõnnetuste ja kutsehaiguste ... 2006).

Hüvitise liigid ehk riskid (indeksite j ja k kvalitatiivsed väärtused) määratakse seaduses. Antud analüüsis eeldatakse, et hüvitatakse järgnevad kulud:

- pikaajalise töövõimetuse hüvitis (sissetuleku säilitamine);
- lühiajalise töövõimetuse hüvitis (sissetuleku säilitamine);
- ravikulud (haiglaravi, ambulatoorne, ravimid, hambaravi);
- rehabilitatsioonikulud;
- mittevaraline kahju (nn valu ja vaev);
- tööellu naasmise kulud (töökeskkonna ümberkujundamine, uue eriala omandamine, psühholoogiline abi, tehniliste abivahendite soetamise kulud);
- kindlustatu surmaga seotud kulud (matusekulu, ülalpeetavatele suunatud hüvitised).

Et oleks võimalik hinnata erinevate kindlustussummade mõju tariifile, tuleb leida iga hüvitise liigi jaoks selle ligikaudne tõenäosusjaotus. Andmete puudulikkuse tõttu (hüvitisi pakuvad praegu erinevad asutused, osa eelduslikest hüvitistest ei pakuta üldse või need ei ole seostatavad tööõnnetuse ja kutsehaigustega) ei ole võimalik tõenäosusjaotust enamiku hüvitise liikide jaoks välja tuua. Sestap tuuakse välja ligikaudsed tõenäosusjaotused vaid töövõimetuspensionide ja toitjakaotuspensionide kohta. Teiste hüvitiseliikide puhul võetakse aluseks parimad kättesaadavad andmed ning selgitatakse võimalikke mõjusid.

Püsiva töövõimetuse kulud. Püsiva töövõimetuse kulude hindamise aluseks võetakse 2010. aasta püsiva töövõimetuse määramise osakaal kõikidest tööõnnetusjuhtumistest või kutsehaigestumistest, selleks on eespool nimetatud 3% tööõnnetuste puhul ja 88% kutsehaigestumiste puhul. Töövõimetuse puhul eeldatakse keskmiseks makstavaks palgaks 70% varasemast sissetulekust (aluseks praegune ajutise töövõimetuse hüvitise määr). Sissetuleku andmed leitakse riskigruppide lõikes (Statistikaameti andmetel) ning selle põhjal arvutatakse konkreetse riskigrupi ühe püsiva töövõimetuse juhtumi kohustuse suurus. Eeldatakse, et hüvitise kasvumäär aja jooksul (tulenevalt inflatsioonist) võrdub hüvitise maksmiseks kogutud reserve kasvumääraga.

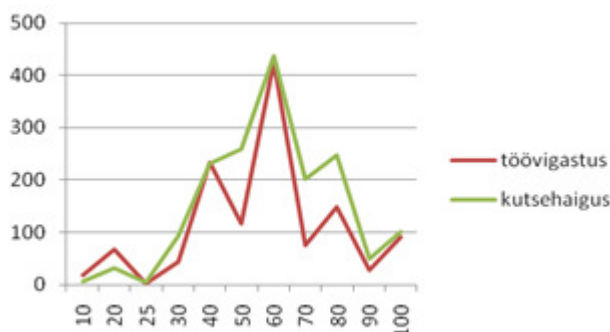
Töövõimetuspensionide perioodi puhul võetakse aluseks tänane olukord, kus praktiliselt töövõime taastumist ei toimu (ligi 100% juhtudest säilib töövõime) ning hinnatakse seda töövõime määramise keskmise vanuse järgi. 2010. aastal määratud töövõime määrad kokku vanuse jaotuse järgi, eeldades töövõime kuni pensionieani, annavad töövõime perioodiks 18,4 aastat. Kutsehaiguste puhul on vastav näitaja 10 aastat, kuivõrd keskmine vanus kutsehaigusest tingitud püsiva töövõime määramisel on 53 eluaastat (SKA 2010). Tuleb märkida, et töövõime pensionide perioodi pikkus võib sõltuda rehabilitatsioonikulude mahust. Põhjalikum ja tõenäoliselt ka kulukam rehabilitatsioon võib vähendada pikemas perspektiivis töövõime pensionide maksmise vajadust, teisalt madalad rehabilitatsioonikulud võivad suurendada töövõime pensionide perioodi.

Enamiku töövõime pensionäride tuvastatud töövõime kaotuse protsent jääb 40% ja 80% vahele. Suurima osakaaluga on 60% töövõime määraga töövõime pensionäride arv. Samas ei näita see informatsioon

⁵⁶ Kuivõrd alaregistreerimist eeldatakse kergete tööõnnetuste puhul, siis korrutati summa leidmiseks 2010. aasta kergete õnnetuste arv läbi kordajaga 3,6; raskete vigastuste arvu aluseks on 2010. aasta registreeritud raskete juhtumite arv 715. Seega kokkuvõttes hinnanguuline tööõnnetuste arv 3 korda suurem kui registreeritud.

tegelikku isiku töövõimekaotust, vaid tegemist on pigem administratiivsetest kriteeriumitest lähtuva määratlusega (vt eelmine ptk 4.9).

Joonis 4.10.7. Töövõimetuspensionäride arv töövõimetuse määra (protsentides) lõikes töövigastuse ja kutsehaiguste puhul 31.12.2009 seisuga.



Allikas: SKA 2010

Lühiajalise töövõimetuse kulude hinnangu aluseks võetakse ajutise töövõimetuse kulu kogumaksumus 29,6 miljonit krooni (Haigekassa 2010) ja töövõimetuse juhtumite arv 3213 (Tööinspeksioon 2010) ja leitakse keskmine tööõnnetusest põhjustatud ajutise töövõimetuse juhtumi kulu, milleks on 9213 krooni.

Ravivajaduse kulud (haiglaravi, ambulatoorne, ravimid, hambaravi). Ravijuhu keskmise maksumuse kuluks tööõnnetuste puhul on 3128 krooni. Aluseks Haigekassa 2007. aasta analüüs tööõnnetuste ja kutsehaiguste tõttu kindlustatud isikutele osutatud tervishoiuteenuste ja ravimite eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise ja ajutise töövõimetuse hüvitise kohta. Andmed on korrigeeritud keskmise raviteenuste hindade kasvuga. Summa ei sisalda isiku omaosalust ning seega võib olla tegelikkuses suurem, kuivõrd Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeks määrab, et hüvitada tuleb ka isiku omaosaluse (sh hambaravi) kulud. Ei ole täpselt teada, mitu protsenti moodustab isiku omaosalus tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud ravikuludest.

Kutsehaigestumiste puhul on aluseks Terviseameti 2008. aasta analüüs kutsehaiguste ja tööga seotud haigestumisega seotud ravikulude kohta. Ühe ravijuhu keskmine maksumus on nende andmete põhjal 14 057 krooni.

Rehabilitatsioonikulude puhul võetakse aluseks aluseks kalendriaastas nn tavajuhtumite korral SKA maksimaalne rehabilitatsioonikulu isiku kohta ehk 448 eurot.

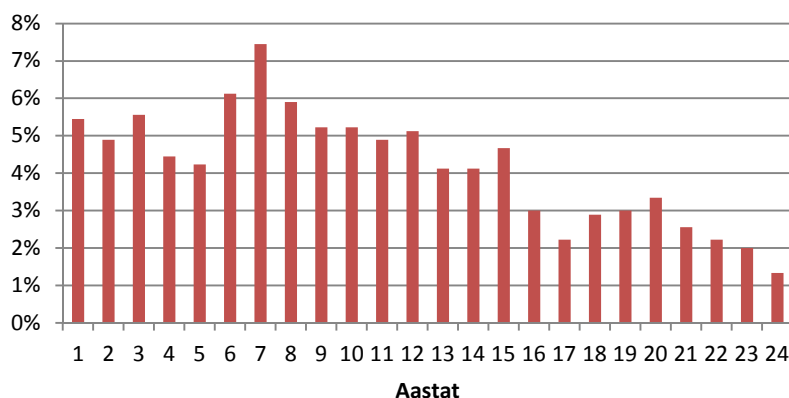
Mittevaralise kahju puhul lähtutakse sotsiaalministri määruse „Liiklusõnnetusega seotud mittevaralise kahju hindamise kord“ § 2 lõikest 2 (kergete vigastuste mittevaralise kahju puhul makstakse hüvitist 2034 krooni (130 eurot)) ja lõikest 5 (raskete vigastuste mittevaralise kahju puhul makstakse hüvitist 8136 krooni (520 eurot)).

Tööellu naasmise kulud. Käesolevas analüüsis tööellu naasmise kulude olemasolu ei eeldata, kuivõrd hetkel sellist teenust laialdaselt ei pakuta ning ei ole teada, kas on pakutud tööõnnetuste ja kutsehaigestumiste juhtumite puhul.

Kindlustatu surmast tulenevate kulude puhul võetakse aluseks surmade arv, ning tehakse eeldus, et keskmiseks toitjakaotuse hüvitise määraks on 70% toitja palgast – aluseks praegune ajutise töövõimetuse hüvitise määr.

Kuivõrd toitjakaotuspensionari kõrgemas vanuses kui 24 aastat praktiliselt ei saada, siis võime leida toitjakaotuspensionari maksmise potentsiaalse kestuse jaotuse aastates. Vanemate kui 24-aastaste inimeste puhul võtame pensioni maksmise kestuse võrdseks ühe aastaga, mille tulemusena alahindame kestust. Samas lähivad mitmed toitjakaotuspensionari saajad tööle varem kui 24 ja seetõttu me teisalt mõnevõrra ülehindame pensioni maksmise kestust. Keskmine toitjakaotuspensionari maksmise kestus on seega 10 aastat, aga näeme, et maksmise kestus varieerub oluliselt (vt joonis 4.10.8).

Joonis 4.10.8. 2010. aastal määratud toitjakaotuspensioni või rahvapensioni toitjakaotuse alusel saavate inimeste jaotus potentsiaalse kestuse järgi.



Allikas: Sotsiaalkindlustusameti mikroandmed, autorite arvutused⁵⁷

Matusekulude hinnangu aluseks võetakse kohalikele omavalitsustele matuse korraldamise kulude osaliseks katmiseks makstav riiklik matusehüvitise määr.⁵⁸ (Sotsiaalministeerium 2011)

Eelnimetatud andmete põhjal leitakse võimalik maksemäära suurus diferentseeritud ja diferentseerimata makse puhul ning hinnatakse mõjusid tervikuna (mõjud kehtivad nii poliitikavariandi 54 kui ka 55 kohta):

- Haigekassa kuludele;
- Sotsiaalkindlustusameti kuludele;
- Töötukassa kuludele;
- KOVide kuludele.

Ja seejärel **poliitikavariantide 54 ja 55 kaupa**:

- ettevõtetele;
- tööõnnetuse või kutsehaiguse tagajärjel kannatanutele;
- kindlustusandjatele (erakindlustuse puhul).

Mõjud süsteemi osapooltele ja analüüsi eeldused

Nii avaliku kui ka erakindlustusel põhineva süsteemi rakendamisel kaasnevad olulised mõjud süsteemi kõikidele praegustele osapooltele. Eeldusel, et olemasolevad institutsioonid enam tööõnnetuste ja kutsehaiguste kahjude hüvitamisega ei tegele, toimub praeguse sotsiaalkindlustuse eelarve kulude vähenemine. Alltoodud mõjud kehtivad nii avaliku kui ka erakindlustusel põhineva süsteemi rakendamise puhul eeldusel, et mõlema süsteemi puhul toimub raha kogumine uue asutuse poolt.

Mõju Haigekassale. Eeldusel, et Haigekassa enam tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud kulud ei hüvita, väheneksid Haigekassa kulud ravile ja ajutise töövõimetuse hüvitistele. Aastaste ravikulude (nii tööõnnetuste kui ka kutsehaiguste puhul) ligikaudne vähenemine oleks 35 miljonit krooni ning tööõnnetuste haigushüvitiste kulude vähenemine 29,6 miljonit krooni. Registreeritud kutsehaigustest põhjustatud haigushüvitiste kulude vähenemine oleks suurusjärgus 5,5 miljonit krooni kalendriaastas.

Samuti võivad väheneda üldhaigestumisenähtude registreeritud ajutise töövõimetuse kulud, mis tegelikkuses on põhjustatud tööõnnetustest või kutsehaigustest.

Mõju Sotsiaalkindlustusametile. Sotsiaalkindlustusameti kulud väheneksid sotsiaalmaksu vahenditest makstavate töövõimetuspensionide ja toitjakaotuspensionide osas, samuti riigieelarve eraldistest

⁵⁷ 2010. aastal määratud toitjakaotuspension tingimusel, et pensioni saaja oli elus 1. aprillil 2011.

⁵⁸ Kuigi matusehüvitise määr ei ole käsitletav piisavana, jäetakse see analüüsis samaks, kuna selle mõju finantsilisele jätkusuutlikkusele ei ole suur. Kõik eeldused ja määrad võetud pikaajalise jätkusuutlikkuse analüüsimise aluseks.

makstavate puuetega inimeste sotsiaaltoetuste, rehabilitatsiooniteenuse ja muude teenuste osas, kus on oluline kaal tööõnnetustest ja kutsehaigustest tingitud kulutustel. Samuti maksab Sotsiaalkindlustusamet riigieelarvest eraldatavatest vahenditest kahjuhüvitised pankrotistunud või likvideeritud ettevõtete töötajatele.

Tulenevalt tööõnnetuste ja kutsehaiguste praegusest alaregistreerimisest ei ole võimalik täpselt öelda, kas töövõimekaotus ja/või puue on määratud tööõnnetuse või kutsehaiguse tõttu. Arvestuslik tööõnnetuse või kutsehaiguste alusel määratud töövõimetuspensionide kulu 2010. aasta andmete põhjal oli ligikaudu 6 miljonit krooni aastas. Sellele lisandub toitjakaotuspensionide kulu ligikaudu 0,5 miljonit krooni, samuti lisanduksid administreerimise ja ekspertiisi kulude vähenemised. Kahjuhüvitisteks seoses tööõnnetustega oli Sotsiaalkindlustusametile 2010. a eelarves eraldatud 45 milj krooni. Lisaks võivad väheneda ka rehabilitatsiooniteenuste kulud, kuid ei ole võimalik hinnata, kui suures ulatuses.

Pikaajaliselt väheneks ka kulu soodustingimustega vanaduspensionidele, mis hetkel on ligikaudu 132 miljonit krooni (SKA 2010), see ei hõlma eriseadusega määratud pensionide kulu (politseiametnikele, kaitseväelastele, prokuröridele, kohtunikele jt). Kindlustuse kehtestamine ei vabasta veel kohe seda kulu, sest määratud pensione tuleb õigustatud isikutele maksta eluaegselt. Nendele pensionidele kuuluva sotsiaalmaksu koormuse vabanemine võtab aega, kuid pikaajalise jätkusuutlikkuse seisukohalt on see siiski oluline.

Mõju Töötukassale. Mõju Töötukassa kuludele on marginaalne tulenevalt puuetega inimestele osutatavate tööturuteenuste suhteliselt väikesest mahust. Samas võivad tööalast rehabilitatsiooni ja integratsiooni puudutavad teenused jääda ka edaspidi Töötukassa hallata, kuid see eeldaks tihedat koostööd tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustusega tegeleva institutsiooniga. Pikemas perspektiivis võib Töötukassa kulu väheneda tulenevalt tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustusega kaasnevast efektiivsest ennetusest ja rehabilitatsioonist, mille tulemusena isik jätkab töötamist või ei jää töötuks.

Mõju KOVidele. Sisendandmete puudulikkuse tõttu ei hinnata KOVide kulu vähenemist. Erinevad kohalikud omavalitsused pakuvad erinevaid hooldamise teenuseid, mis võivad olla tingitud tööõnnetustest ja kutsehaigestumistest. Nimetatud kulud vajavad seega täpsemaid uuringuid, mis hõlmaksid kõiki KOVe.

Kuivõrd riigi tegelikke kulutusi tööõnnetustele ja kutsehaigustele ei ole võimalik hinnata, ei ole võimalik täpselt välja tuua ka võimalikku sotsiaalmaksu vähendamise määra. Küll aga tähendaks uue süsteemi rakendamine tõenäoliselt tööõnnetuste ja kutsehaiguste paremat kaetust ning ühtsemat rahastamist. Hetkel katavad kulusid erinevad institutsioonid ning kõik ei ole sõltuvad sotsiaalmaksust. Järgnevalt tuuakse välja mõjud poliitikavariantide kaupa.

Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine avalik-õigusliku või riikliku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu (poliitikavariant 54)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Vähendada efektiivse ennetustegevusega tööõnnetuste ja kutsehaiguste arvu ning hoida töövõimeliste isikute arvu võimalikult kõrgel
- Vagada kõigile kindlustatutele (ja nende perekonnaliikmetele) tööõnnetuse või kutsehaiguse korral ühetaoline kindlustuskaitse ja kahju hüvitamine
- Aidata kaasa kannatanute ja haigestunute tööellu naasmisele erinevate rehabilitatsioonimeetmete abil
- Motiveerida tööandjat parandama töökeskkonda, tõstma tööohutust ning panustama töötajate tervise eest hoolitsemisse

Poliitikavariandi kirjeldus

Avalik-õigusliku või riikliku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi puhul toimuks rahastamine *pay-as-you-go* põhimõttel ning maksete kogumine tööõnnetustest ja kutsehaigustest tingitud kulude korvamiseks. Makse arvutamise alused sätestatakse seadusega. Võimalik on kehtestada ühtne või reguleeritud vahemikuga maksemäär, et vältida liiga kõrget kindlustusmakse koormust kõrgema riskiga,

kuid strateegiliselt olulistele ettevõtlusharudele. Sel juhul toimuks süsteemisene ristsubsideerimine. Samas on võimalik ka maksemäära diferentseerimine, kas täielikult riskipõhiselt või teatud etteantud skaalal, näiteks punktisüsteemi loomisega sarnaselt Prantsusmaa või Saksamaa skeemidele.

Süsteemi finantsiliseks ja administratiivseks haldamiseks loodaks eraldi asutus (edaspidi Agentuur) või antakse pädevus mõnele olemasolevale asutusele, kellel on kompetents nii kahjukäsitluse (tööõnnetusjuhtumite analüüs, tervisekahjude ulatuse kindlakstegemine, kutsehaiguse diagnoosimine, raviarvete ning hilisemate taastusravi ja kannatanu tööellu tagasipöördumiseks tehtud kulutuste põhjendatuse analüüs), ennetuse kui ka rehabilitatsiooni alal.

Kindlustusmaksleid kogub kõigilt tööandjalt (ettevõtelt, riigi ja KOVi asutustelt) Maksu- ja Tolliamet ning maksetest laekunud vahendid eraldatakse Agentuuri eelarvesse.

Ennetuse eesmärki täidaks maksemäära diferentseerimine, kas riskipõhiselt või teatud punktisüsteemi alusel. Viimast kompetentsi Eesti valitsusasutustel ja avalik-õiguslikel sotsiaalkindlustusasutustel hetkel ei ole ning selle arendamise kulu vajaks täpsemat analüüsi. Maksemäära diferentseerimise kõrval oleks tööandjatele suunatud täiendavaid ennetustegevusi võimalik rakendada ka riskihindamise korraldamisega, episoodiliste kampaaniate ja muude ennetava iseloomuga tegevustega. See eeldab vastavate kulutuste planeerimist maksemäära. Selline lahendus võimaldaks ka süsteemsemalt probleemsete valdkondadega tegeleda.

Mõjud⁵⁹

Mõju tööandjatele. Rahaline mõju tööandjatele tuleb eeskätt kindlustusmaksest. Siinjuures eeldatakse, et esialgu (kuni diferentseerimissüsteemi rakendumiseni) on kindlustusmaks määr kõigile tööandjatele ühtne. Arvutuslik maksemäär oleks 1,33% töötajate brutopalgast. Sellele lisandub riigipoolne administratiivse kulu komponent. Tabelis 4.10.3 on välja toodud tööõnnetuste arv 100 000 töötaja kohta ettevõtete valdkonniti, et näidata, millise tegevusala tööandjad kõige rohkem ühtsest maksumäärast võidaksid ning millised kaotaksid. Kõige vähem toimub tööõnnetusi info ja side valdkonnas ning kõige rohkem puidutöötlemise ja puittoodete tootmises. Tööõnnetuste arv 100 000 töötaja kohta varieerub oluliselt (standardhälve 492).

Tabel 4.10.3. Tööõnnetuste arv 100 000 töötaja kohta tegevusalade lõikes

Tegevusala	Tööõnnetusi 100 000 töötaja kohta
Põllumajandus, jahindus	791
Metsamajandus	203
Kalandus	200
Mäetööstus	449
Töötlev tööstus, sh:	
... toiduainete, jookide ja tubakatoodete tootmine	1468
... tekstiili- ja rõivatootmine, nahatöötlemine ja nahktoodete tootmine	487
... puidutöötlemine ja puittoodete tootmine	1954
... paberimassi, paberi ja pabertoodete tootmine	1259
... kemikaalide ja keemia-, kummi- ja plastmasstoodete tootmine	732
... metalltoodete, masinate ja elektriseadmete tootmine, muu tootmine	729
... mööblitootmine	980
Elektrienergia, gaasi, auru ja konditsioneeritud õhuga varustamine	207
Veevarustus; kanalisatsioon, jäätme ja saastekäitlus	1609
Ehitus	564
Hulgi- ja jaekaubandus; mootorsõidukite ja mootorrattaste remont	393
Veondus ja laondus	578
Majutus ja toitlustus	582

⁵⁹ Mõjud Haigekassa, SKA, Töötukassa ja KOVide kuludele on toodud eespool.

Info ja side	89
Finants- ja kindlustustegevus	149
Kinnisvaraalane tegevus	228
Kutse-, teadus- ja tehnikaalane tegevus	151
Haldus- ja abitegevused	1111
Avalik haldus ja riigikaitse	908
Haridus	159
Tervishoid ja sotsiaalhooldus	410
Kunst, meelelahutus	510
Muud teenindavad tegevused	235
Kokku	564

Allikas: Tööinspeksioon 2010, Statistikaamet 2010, autorite arvutused

Nähtub, et enim tööõnnetusi 100 000 töötaja kohta toimub töötleva tööstuse harudes (sh puidutöötlemise ja puittoodete tootmises), veevarustuses, kanalisatsioonis, jääme- ja saastekäitluses ning haldus- ja abitegevustes. Ühtne (diferentseerimata) maksemäär suurendaks nende ettevõtete konkurentsivõimet ja vähendaks madala tööõnnetuste arvuga ettevõtete konkurentsivõimet.

Eespool toodud jooniselt 4.10.3 nähtus, et suhteliselt rohkem registreeritakse tööõnnetusi suurema töötajate arvuga ettevõtetes ning seega toimuks ristsubsideerimine ka väiksematelt ettevõtetelt suurematele.

Lahtiseks jääb administratiivsete kulude suurus, mis suurendab maksemäära ning mis sõltub nii tegevuse intensiivsusest (ennetuskampaaniad, teenuste arendamine) kui ka võimalikust riskipõhisest maksemäära diferentseerimisest. Maksemäära diferentseerimise süsteemi loomine tähendaks põhjalikumalt tööõnnetuste ja kutsehaiguste analüüsi ja Agentuuri otsesuhtlust ettevõtetega ning samuti nõuete hindamise analüüsi vajadus. Selleks tuleb seaduses sätestada erinevad riskiastmed ja nendele vastavad maksed ning riski hindamise alused. Rahaliste ja muude stiimulite loomine eeldab loodava süsteemi põhjalikku analüüsi.

Mõju tööõnnetuses kannatanutele ja kutsehaigetele. Suureneb tööõnnetuste ja kutsehaiguste tuvastamine. Kuna riskide kaetus on täielikum, siis tähendab see isikule näiteks pikaajalise töövõimetuse puhul tulude suurenemist, samuti rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavuse paranemist ning seega võimalusi leida uus töö. Eesmärkide saavutamine sõltub väga palju institutsiooni korraldusest, mida käesoleva töö piiritus ei hõlma.

Sensitiivsus. Uues rakendunud süsteemis omaksid kõige suuremat kaalu pikaajalise töövõimetuse kulud. Samas kui praeguses süsteemis on rehabilitatsiooni osakaal väike, siis uue süsteemi puhul peaks see oluliselt kasvama, mis võib pikas perspektiivis vähendada ka püsiva töövõimetuse kulusid. Töövõimetusperioodi vähenemine 10% võrra tähendaks maksemäära vähenemist 0,07 protsendipunkti.

Analüüsis on hetkel eeldatud keskmist asendusmäära pikaajalise töövõimetuse puhul 70%. Juhul kui see oleks 10% võrra väiksem ehk 60%, siis tähendaks see maksemäära vähenemist 0,10 protsendipunkti.

Sensitiivsusanalüüsi puhul on olulisim vaadelda tööõnnetuste tegeliku arvu muutuste mõju keskmisele maksemääradele. Juhul, kui tööõnnetuste tegelik arv on 10% suurem, siis tähendaks see maksemäära kasvu 0,09 protsendipunkti.

Finantsiline jätkusuutlikkus. Eeldades, et kogu vajadus praegu kaetud ei ole, tähendab uue süsteemi juurutamine suuremaid kulusid ning vastavas summas maksude kogumise vajadust. Administratiivsed kulud võivad kasvada tulenevalt madalast kulusurvest. Samuti võivad kulud tulenevalt kahjude kõikumisest episoodiliselt kasvada, kuna riik on viimane finantsilise stabiilsuse tagaja. Lühiajaliselt kulud kasvavad kiiremini, sest süsteemi käivitamise algusfaasis kaetakse katmata riske.

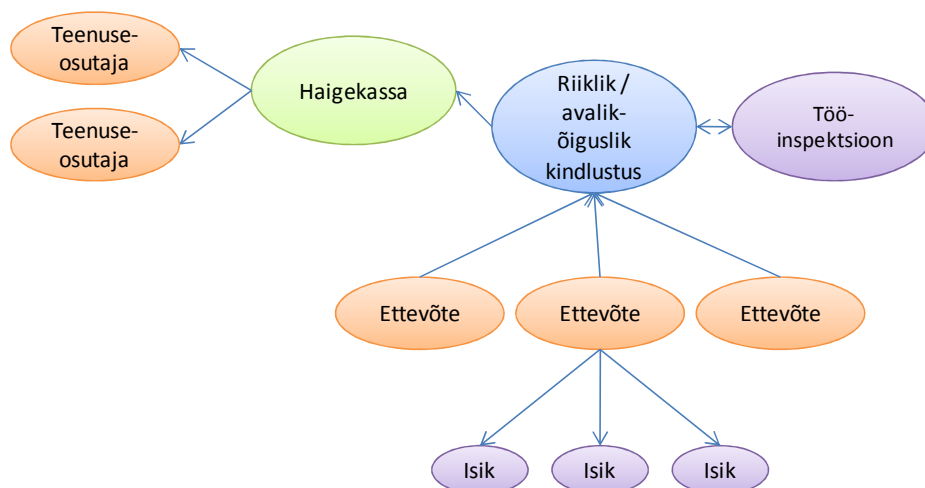
Põlvkondadevaheline **solidaarsus** kasvab, kuna süsteem sõltub tulevaste kindlustatute maksetest. Põlvkonna sisene solidaarsus võib kasvada olenevalt sellest, kas ühe sektori suured kulud või kulude järsk kasv ristsubsideeritakse teise sektori kulude kasvuga või toimub riskide diferentseerimine, mis potentsiaalselt vähendab solidaarsuse kasvu.

Tööandja maksukoormus tervikuna tõuseb. Mõju süsteemi efektiivsusele sõltub sellest, millisele probleemile keskendutakse, riikliku või avalik-õigusliku süsteemi loomine võib tähendada väiksemat paindlikkust ning monopoolne staatus ning madal kulusurve võivad efektiivsust vähendada. Samuti ei ole ettevõtjatel võimalik kindlustajat muuta, kui nad ei ole teenusega rahul. Otsene mõju ettevõtte **käitumisele riski vähendada** sõltub administratiivsete ennetusmeetmete või riski diferentseerimise rakendamisest ning nende kuluefektiivsusest.

Süsteem sõltub demograafilistest trendidest ning majandusüklitest. Kui aktiivse elanikkonna osakaal väheneb, siis peab vastavalt kohandama ka maksemäära.

Tehniline teostatavus. Tehnilist teostatavust raskendab eraldi süsteemi loomise vajadus (korraldus, riski diferentseerimise kulud). Võrreldes erakindlustusel põhineva TÕKSiga ei ole aga vaja reguleerida erakindlustusandjate tingimusi, tariife, tariifi määramist, reservinõudeid, samuti puudub Garantiifondi loomise vajadus. Samas tuleb arendada kompetentsi nii kahjukäsitluse (tööõnnetusjuhtumite analüüs, tervisekahjude ulatuse kindlakstegemine, kutsehaiguse diagnoosimine, raviarvete ning hilisemate taastusravi ja kannatanu tööellu tagasipöördumiseks tehtud kulutuste põhjendatuse analüüs), ennetuse kui ka rehabilitatsiooni alal.

Joonis 4.10.9. Riikliku või avalik-õigusliku kindlustuse kokkupuutepunktid asutuste vahel (näitlik skeem).



Ühelt poolt peab riiklik kindlustusasutus infot vahetama kõikide ettevõtetega, teisalt peab toimuma ka koostöö Tööinspeksiooniga. Riiklik kindlustusasutus rahastab kogutud vahenditest ravi ja rehabilitatsioonitegevust. Selleks on võimalik kasutada käesoleva süsteemi võimalusi (vajab täpsemaid uuringuid) ehk Haigekassa käest osta töötervishoiuarstide ja raviarstide raviteenust, Töötukassast tööturuteenuseid jne. Kindlustusmaksete kogumine saab toimuda MTA kaudu.

Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine erakindlustusel põhineva tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu (poliitikavariant 55)

Finantsiline jätkusuutlikkus (pikk)	Finantsiline jätkusuutlikkus (lühike)	Põlvkondade sisene solidaarsus	Põlvkondade-vaheline solidaarsus	Maksukoormus	Majanduslik efektiivsus	Mõju osapoolte käitumisele	Kohanemine välisriskidega	Tehniline teostatavus
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

Eesmärgid

- Vähendada efektiivse ennetustegevusega tööõnnetuste ja kutsehaiguste arvu ning hoida töövõimeliste isikute arvu võimalikult kõrgel;
- Tagada kõigile kindlustatutele (ja nende perekonnaliikmetele) tööõnnetuse või kutsehaiguse korral ühetaoline kindlustuskaitse ja kahju hüvitamine;
- Aidata kaasa kannatanute ja haigestunute tööellu naasmisele erinevate rehabilitatsioonimeetmete abil;
- Motiveerida tööandjat parandama töökeskkonda, tõstma tööohutust ning panustama töötajate tervise eest hoolitsemisse;
- Vähendada riikliku süsteemi finantskoormust.

Poliitikavariandi kirjeldus

Rakendatakse tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus erakindlustuse kaasamisega, mis tähendab, et igal tööandjal on kohustus⁶⁰ sõlmida kindlustusleping kindlustuspakkujaga (kusjuures tal on vabadus kindlustusandja valimisel). Kindlustuse maksemäära diferentseeritakse ning see põhineb ettevõtte riskiastmel ja/või varasemal kahjuajalool. Kindlustusandja kataks nimetatud kahjuhüvitiste kulud kogutavast kindlustusmaksetest (kindlustustariif), mis koosneks järgnevatest komponentidest:

- riskiklassi tariif (vt mudel eespool),
- sõlmimis-, kahjukäsitlus- ja administratiivkulude osa tariifis,
- oodatav kasum,
- garantiifondi tehtavate eraldiste suurus (tagab Garantiifondi kohustuste täitmise kulud).

Käesolevas analüüsis eeldatakse süsteemis kehtiva omaosaluse säilimist tervishoiuteenuste puhul (nt ravimikulude omaosalus), kuigi tegelikkuses peaks nimetatud süsteem katma ka omaosaluse, seega võivad tegelikud kulud olla kõrgemad.

Kindlustuskohustus laieneb ka riigi ja kohaliku omavalitsuse asutustele. Teatud juhtudel on kindlustusandjaks Garantiifond.

Ainult Garantiifondi osanik võib tegutseda Eestis tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kindlustusandjana. Kindlustusandjatel on õigus nõuda kindlustusvõtjalt töötervishoiu ja tööohutuse seaduses (§ 13 lg 1 p 3) sätestatud riskianalüüsi tulemuste esitamist, samuti teostada riskianalüüsi kohapeal.

Kindlustamise puhul tekiks tööandjale lisatööjõukulu kindlustustasu ja töökeskkonna hindamiskulude näol, samuti kindlustuspaketi valimise ajakulu. Eeldades, et ettevõtte teeb pärast süsteemi rakendamist aja jooksul investeeringuid töökeskkonda, kasvavad esialgu tööandjate kulud ning pikas perspektiivis võivad kindlustusmaksed hakata langema, tulenevalt töökeskkonna ohutuse kasvust, kogutud reserveid mahust ja madalamast riskiastmest. Vanade juhtumite puhul rakendatakse kehtivaid hüvitamise põhimõtteid.

Erakindlustusel põhinev süsteem osaleks ennetavas töös kahel viisil:

- Kindlustuspreemiate diferentseerimine (lisaks hinnaalanduse- ja preemiasüsteemid)
- Vahtu ennetustöö (näiteks töökeskkonnaalane nõustamine, inspekteerimine)

Erakindlustusel põhineva süsteemi puhul on kindlustusfirmadel võimalik spetsialiseeruda spetsiifilise majandusharu või ettevõtete kindlustamisele, mis võimaldab ettevõtete paremini ohtudest teavitada ning motiveerida ennetustegevusele.

Mõjud⁶¹

Mõju tööandjatele. Ettevõtetele on mõju suurenenud kulutustest. Kõigile ettevõtetele sõltuks maksemäär tööõnnetuste puhul riskist. Keskmine maksemäär tööõnnetuste puhul oleks 1,41%. Kutsehaiguste kindlustamiseks lisanduks sellele määrale 0,59% brutopalgast. Järgnevalt on toodud erinevate valdkondade tariifid tööõnnetuste puhul (tabel 4.10.4).

Tabel 4.10.4. Tööõnnetuste kindlustamise tariifid tegevusalade lõikes

TEGEVUSALA	Tööõnnetuse kindlustamise tariif
Põllumajandus, jahindus	1,98%
Metsamajandus	0,56%
Kalandus	0,62%
Mäetööstus	0,96%
... toiduainete, jookide ja tubakatoodete tootmine	3,86%

⁶⁰ Kohustus sarnane hetkel liikluskindlustuse sõlmimise kohustusega kõikidel autoomanikel.

⁶¹ Mõjud Haigekassa, SKA, Töötukassa ja KOVide kuludele on toodud eespool.

... tekstiili- ja rõivatootmine, nahatöötlemine ja nahktoodete tootmine	1,21%
... puidutöötlemine ja puittoodete tootmine	4,88%
... paberimassi, paberi ja pabertoodete tootmine	2,78%
... kemikaalide ja keemia-, kummi- ja plastmasstoodete tootmine	1,85%
... metallitoodete, masinate ja elektriseadmete tootmine, muu tootmine	1,78%
... mööblitootmine	2,64%
Elektrienergia, gaasi, auru ja konditsioneeritud õhuga varustamine	0,41%
Veevarustus; kanalisatsioon, jäätme ja saastekäitlus	4,31%
Ehitus	1,37%
Hulgi- ja jaekaubandus; mootorsõidukite ja mootorrattaste remont	1,03%
Veondus ja laondus	1,49%
Majutus ja toitlustus	1,76%
Info ja side	0,22%
Finants- ja kindlustustegevus	0,34%
Kinnisvaraalne tegevus	0,70%
Kutse-, teadus- ja tehnikaalne tegevus	0,41%
Haldus- ja abitegevused	2,92%
Avalik haldus ja riigikaitse	2,35%
Haridus	0,36%
Tervishoid ja sotsiaalhooldus	1,03%
Kunst, meelelahutus	1,39%
Muud teenindavad tegevused	0,60%
Töötajate arvuga kaalutud keskmine	1,44%

Nimetatud tariifidele lisandub iga valdkonna puhul kutsehaiguste kindlustamise tariif 0,59% brutopalgast. Tulenevalt suurest varieerumisest (suurim makse tööõnnetuste puhul 4,31% ning väikseim 0,36%) võib tariif mõnede ettevõtetele liiga koormavaks osutada (seetõttu vaadeldakse ka Garantiifondi võimalikku abi nende ettevõtete kindlustamisel).

Garantiifondi käivitamisega seotud kulud. Ainult Garantiifondi osanik võib tegutseda Eestis tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kindlustusandjana. Garantiifondil (GF) on neli kohustust:

- GF hüvitab kahju, kui kindlustusleping oli sõlmimata ja nõuab hüvitatud summa sisse tööandjalt, kes rikkus kindlustuse kohustust;
- GF võtab kindlustusandja pankrotistumise korral üle kindlustuslepingud, kui seda ei tee mõni teine kindlustusandja;
- GF peab kesket tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse andmekogu (kantakse andmed kindlustusandjate, -õtjate, sõlmitud lepingute, makstud hüvitiste, riskianalüüside kohta)
- GF sõlmib kindlustuslepingu tööandjaga, kes liiga kõrge riski tõttu ei leia kindlustuskatet kindlustusturult.

Viimasena nimetatud kohustus võib osutada turu algaasis kõige määravamaks. Nimelt, nagu eespool toodud tabelist nähtub, võib mõnede valdkondade puhul ettevõtete maksemäär ületada oluliselt turu keskmist. See võib nendele ettevõtetele kaasa tuua finantsprobleeme. Eeldades, et appi tuleb Garantiifond, on võimalik leida Garantiifondi maht selleks tegevuseks.

Eeldatakse, et kahekordset keskmist maksemäära ületavate riskirühmade puhul võimaldab Garantiifond kindlustada ettevõtetel end keskmise määraga ning ülejäänud kulud katab Garantiifond. Sel juhul kujuneks tööõnnetuste puhul Garantiifondi tööõnnetuse osa kulumääraks 13%. Sellele lisandub kutsehaiguste kindlustamisest tulenev Garantiifondi osa 7,5% kutsehaiguste kindlustusmaksetest. Nendest summadest

peab Garantiifond katma ära esimesed kolm kohustust. Tervikuna kujuneks Garantiifondi kulumääraks 27% ehk ligikaudu 73% kuludest läheks täiendavateks kahjuhüvitisteks ning 27% ülejäänud kohustuste täitmiseks. Käesoleva analüüsi tulemusena kujuneks Garantiifondi tariifi osisest tulenev osa 126 miljoni krooni suuruseks (sh 89 miljonit tööõnnetuste tariifidest ning 37 miljonit kutsehaiguste tariifidest) ning sellele lisanduks kõrge riskiga ettevõtete kindlustusmaksed turu kaalutud keskmises määras. Kokku moodustaksid tariifi osisest tulenevad kulud 57% Garantiifondi kogukuludest.

Mõju tööõnnetuses kannatanutele ja kutsehaigetele. Suureneb tööõnnetuste ja kutsehaiguste tuvastamine. Kuna riskid kaetakse täielikumalt, siis tähendab see isikule näiteks pikaajalise töövõimetuse puhul tulude suurenemist, samuti rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavuse paranemist ning seega võimalusi leida uus töö.

Mõju kindlustusandjatele. Kindlustusandjad peaksid hakkama lepinguid sõlmima iga ettevõttega eraldi. Samuti on võimalik, et kindlustusandja katab küll ravi kulud, kuid ravi rahastamist korraldab ja raviarved edastab kindlustusandjale Haigekassa. Vastasel juhul peaksid kindlustusandjad hakkama suhtlema raviteenuse osutajatega. See võib tõsta kindlustusandjate teadlikkust ravikindlustusturust ning soodustada võimalikku ravikindlustuse teket. Samuti lisandub kindlustusandjatele kutsehaiguste diagnoosimise kulu.

Sensitiivsus. Olulisemad välistegurid, mis süsteemi mõjutavad, on tervishoiuteenuste inflatsioon ja palkade tase. Kõige suurem kuluartikkel tööõnnetuste puhul on töövõimetuspension ehk pikaajaline töövõimetushüvitis (see sõltub omakorda suremusest). Alguses on reservimäär kõrgem, kuid võib langeda tulenevalt töökeskkonna riskide vähenemisest, isikute tööle tagasi pöördumisest ning ka töövõimetuspensioni saavate isikute suremusest.

Riikide kogemus süsteemide erastamisel näitab selle keerukust. Näiteks Norras tekkis kiiresti probleem pärast töötajate kompensatsioonisüsteemi erastamist, kus empiiriliste andmete puudulikkus ning aktuaarsete arvutuste eksimused kahjuhüvitiste hindamisel põhjustas ulatuslikku reserveid alakogumist ning kuni 200% kahjumimarginaale (Munich Re 2009). Kirjeldatu valguses oleks ootuspärane, kui turu algaasis toimuks ulatuslikum ja täpsem turu reguleerimine.

Mõjud kriteeriumite lõikes

Finantsiline jätkusuutlikkus. Eeldades, et praegu on süsteemis katmata vajadusi, siis pikaajaliselt võivad kulud kasvada, aga seda kasvu võib vähendada ettevõtete tegevus riskide vähendamisel. Rahastamise kulud praegusele süsteemile vähendaks SKA ja Haigekassa kulude katmine kindlustuspreemiast. Negatiivseks mõjukuks riigieelarvele oleks riigi ja KOVi asutuste tööjõukulu suurenemine kohustuslike kindlustusmaksete tõttu. Pikaajaliselt võib süsteemi tulude ja kulude vahe suurendada ennetustegevuse toimimine ning ettevõtete poolne töökeskkonna riskide maandamine. Lühiajaliselt võivad kulud kasvada seoses süsteemi rakendamise keerukusega ning võimaliku kindlustuspreemia määramisel eksimisega.

Põlvkondade sisene **solidaarsus** väheneb tulenevalt sellest, et kaob ristsubsideerimine ning konkreetse ametiala/ettevõtte riskid tähendavad selle riskigrupi jaoks kõrgemaid kindlustusmaksid. Põlvkondadevaheline solidaarsus jääb üldiselt samaks, kuna kahjusid hüvitatakse kindlustatavate varasematest kindlustuspreemiast.

Maksekoormus kasvab, kuna praegune süsteem ei kata ära kõiki riske ning kindlustustariifid on alguses tõenäoliselt kõrgemad.

Tulenevalt süsteemi paindlikkuse kasvust võib **majanduslik efektiivsus** kasvada, sest konkurentsi- ja kulusurve sunnib erakindlustusandjaid paindlikkusele ning muudatustega kiiremini kohanema. Kindlustusvõtjate (ettevõtete) võimalus vahetada teenusepakkujat tähendab samuti survet majandusliku efektiivsuse kasvule. Majanduslikku efektiivsust võib aga vähendada (võrreldes avalik-õigusliku süsteemiga) erasüsteemi keerukus, mis tuleneb vajadusest hinnata igal aastal riske, et määrata tariife ning tagada maksevõimet. Terve majanduse konkurentsi seisukohalt on ka oluline võimalik investeerimispotentsiaal, mis kindlustuste kogutud reservidest tekib.

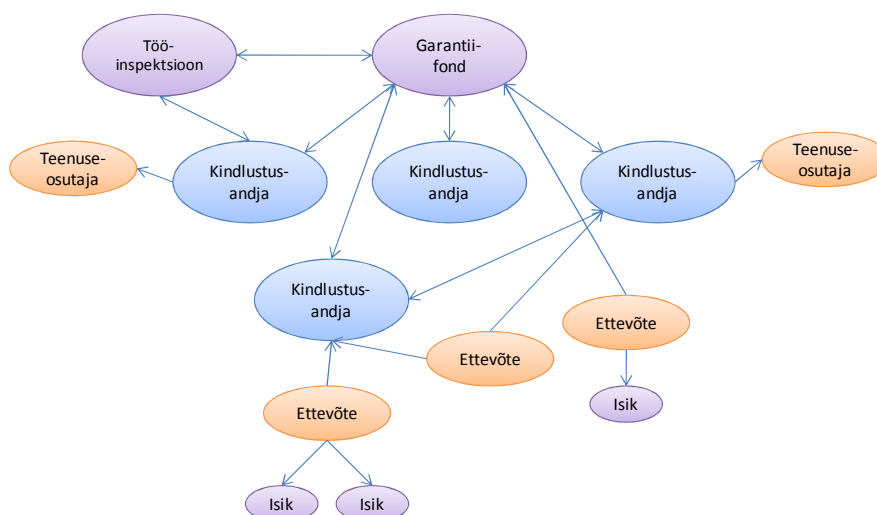
Erakindlustusel põhineva TÕKSi eeliseks on ennetavate stiimulite tekkimine. Maksemäära diferentseeriv TÕKS omab olulist mõju ettevõtete **käitumisele riski vähendada**. Käitumine kandub edasi ka töötajatele, juhul kui ettevõtte rakendab erinevaid ennetavaid tegevusi, mis stimuleerivad töötajaid käituma tervislikumalt. Lisaks mõjutaks muudatus ettevõtte käitumist selles osas, et ettevõtted võivad püüda enda riski ja seega ka kindlustusmakset vähendada, palgates parema tervisega töötajaid.

Tööjõuturu demograafia trendidest on süsteem suhteliselt sõltumatu, kuna kindlustusfirmad muudavad tariifi jooksvalt vastavalt turusituatsiooni ja riskide muutumisele ning sisuliselt on tegu eelfinantseerimisel põhineva süsteemiga. Samas on süsteem sõltuv aktsiaturgude tulususest ning kui eeldada, et kindlustusfirmad investeerivad välisturgudele, siis ka maailmamajanduse trendidest.

Tehniline teostatavus. Mida kõrgem on hinnangute individualiseerituse tase, seda vastuvõetavam võib süsteem olla ühiskonnale ja seega kergemini teostatav. Tehnilist teostatavust lihtsustab kindlustusandja teenindusvõrgu olemasolu. Samas on tehniline teostatavus keeruline, kuna eksisteerib risk määrata tariifid liiga kõrged või liiga madalad. Hetkel puudub adekvaatne statistika, mis aitaks usaldusväärselt hinnata erinevate ettevõtete tööõnnetuste ja kutsehaiguste riskide suurusi. Olulised on regulatsioonide kehtestamine ja efektiivne järelevalve. Tehnilise teostatavuse keerukust tõstab samuti Garantiifondi loomise vajalikkus (selle reguleerimine), et katta ära need riskid, mida konkureerivad erakindlustusandjad ei kata (kõrge riskiga ettevõtted, ettevõtte pankrot, erinevad vaidlused).

Tehnilise teostatavuse seisukohast on oluline infovahetus erinevate süsteemi osapoolte vahel. Administratiivsete kulude iseloomustamiseks tuuakse välja võimalikud asutustevahelise suhtlemise vajadused (vt joonis 4.10.10). Iga erakindlustaja peab suhtlema ettevõtetega, keda ta kindlustab. Lisaks peavad erakindlustajad olema kontaktis Garantiifondiga ning samuti omavahel selleks, et sujuks kindlustuslepingute vahetamine.

Joonis 4.10.10. Erakindlustusel põhineva kindlustuse kokkupuutepunktid asutuste / subjektide vahel (näitlik skeem).



Iga kindlustusandja peab sõlmima lepinguid raviasutustega ning korraldama tööturuteenuseid (alternatiivina saab toimuda ka variant, kus tehakse koostööd Haigekassa ja Töötukassaga). Samuti peab iga kindlustusandja olema kontaktis Tööinspeksiooniga kui järelevalveorganiga (tööõnnetuste registreerimine). Lisaks mängib olulist rolli süsteemis garantiifond, kes on ise kõrge riskiga ettevõtte kindlustajaks, aga lisaks muudele rollidele peab ka andmekogu ning seetõttu vahetab infot kõigi teiste kindlustusandjatega.

Võrdlustabel

Järgnevalt on toodud kokkuvõtlik tabel (tabel 4.10.5) avaliku (poliitikavariant 54) ja erakindlustusel põhineva (poliitikavariant 55) tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse vahel (Munich Re 2002 ja käesoleva analüüsi põhjal).

Tabel 4.10.5. Eraõigusliku ja avalik-õigusliku/riikliku mudeli võrdlus

Eraõiguslik mudel	Avalik-õiguslik või riiklik mudel
Üldprintsüübid	
Eraõiguslikud kindlustusandjad, kes käsitlevad kahjusid seaduses määratletud hüvitamise põhimõtetele ja ulatusele vastavalt. Vastavate kulutuste tegemiseks kogub kindlustusandja vahendid kindlustusmaks näol kindlustusvõtjatelt.	Riiklik või avalik-õiguslik sotsiaalkindlustusasutus. Tööandjatelt kogutakse sundkindlustusmaksid hüvitiste ja administreerimise finantseerimiseks, sotsiaalkindlustusasutus menetleb kahjuavaldusi, maksab hüvitisi, finantseerib ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid ning korraldab ennetustegevust.
Kindlustusandjate paljusus, kelle vahel valitseb konkurents.	Monopoolne asutus.
Eelfinantseerimisel põhinev süsteem.	Jooksval finantseerimisel põhinev (<i>pay-as-you-go</i>) süsteem.
Erakindlustusel põhinev skeem taotleb kasumit.	Avalik süsteem ei pea tegema kulutusi turundusele ega taotle kasumit.
Tariifide vaba kujunemine sõltuvalt tööandja riskiastmest ja turukonjunktuurist.	Kas fikseeritud (ühtsete) või diferentseeritud kindlustusmaksetega süsteem. Võimalikud erinevad makse diferentseerimise alused ja ulatused (riskihindamise põhine, realiseerinud riski põhine, ettevõtte tüübi või tegevusala põhine, makse alam- ja ülemäära kehtestamine).
Kindlustusmudeli valik on paindlik.	Kindlustusmudeli valik on piiritletud ühe süsteemiga.
Tööõnnetuse või kutsehaiguse tõttu kannatanud töötajale osutatud abi ja teenused	
Teeninduse standardite ja käsitlusvõrgustiku olemasolu on kindlustusandja konkurentsieeliseks. Kindlustusandja ja tööandja (kliendi) vaheline suhe põhineb lepingupartneri parima teenindamise ideel, eesmärgiks säilitada pikaajaline kliendisuhe.	Kannatanule osutatavad teenused ja abi on osa administratiivsest protseduurist, mis on tavaliselt kohandatud kannatanute spetsiifilistele vajadustele. Teenused ei jää osutamata, sest sellel pole seost tulu saamisega.
Kõikehõlmav kate riskidele Üks tööõnnetuse ja kutsehaiguskindlustuse eesmärke on pakkuda adekvaatset katet kõikvõimalikele riskidele, eriti kõrge riskiga tegevusaladel.	
Eraõiguslikud kindlustusandjad on piisavalt paindlikud, et pakkuda lahendusi mis tahes riskide kindlustamiseks (erinevate kindlustuspakettide loomine või integreerimine).	Avalik süsteem pakub adekvaatset kaitset ka kõrge riskiga ettevõtetele. Nende puhul on võimalik ristsubsideerimine.
Makromajanduslikud perspektiivid – kohanemine välisriskidega	
Sotsiaalkindlustuse eelarvekulud vähenevad, kui tööõnnetuse ja kutsehaiguskindlustust pakuvad eraõiguslikud kindlustusseltsid. Eelfinantseerimise (reservide moodustamise) põhimõtte rakendamisel tekib ühiskonnas märkimisväärne investeerimispotentsiaal. Kindlustusseltside kahjumeid ei saa katta maksumaksja arvelt.	Avalikku süsteemi on võimalik stabiliseerida riigipoolse subsideerimisega. Välistatud on konkurentsisureve hinnale.

<p>Deregulatsioon Majanduse ülereguleerimine võib vähendada majandussubjektide konkurentsivõimet. Regulatsiooni puudumine võib samuti viia negatiivsete tagajärgedeni. Seega on oluline regulatsiooni tasakaalustatus.</p>	
<p>Eraõiguslik süsteem võib kergesti jõuda negatiivsete tulemusteni, kui ei suudeta vältida laostavat konkurentsi. Eriti ohtlik on see eraõigusliku süsteemi esimestel aastatel.</p>	<p>Avalikku süsteemi iseloomustab kõikehõlmav regulatsioon. Mitte ainult üldisi põhimõtteid, vaid kõiki detaile reguleerib keskne institutsioon. Regulatsiooni saab kohaldada muutuvate vajadustega, kuid see võib olla oluliselt paindumatum.</p>
<p>Andmeanalüüs Tööõnnetuse ja kutsehaiguskindlustuse süsteem peab paindlikult kohanema uute olukordadega. Seetõttu on tähtis adekvaatse statistika olemasolu.</p>	
<p>Andmete ja statistika kogumise võib delegeerida ühe keskse organisatsiooni ülesandeks (riikliku või ka kindlustusandjate ühenduse). See tähendab administratiivseid lisakulusid. Statistika kogumist võib piirata ärihuvide kaitse.</p>	<p>Avalikul süsteemil on kerge koguda andmeid ja teostada analüüsi üle kogu turu, mille põhjal korraldada vastavaid meetmeid või suunata tegevusi sihtgruppidele. See aga sõltub konkreetse organisatsiooni võimekusest ning teiste süsteemi osapoolte huvidest.</p>
<p>Töökeskkonna ohutus</p>	
<p>Eraõiguslike kindlustusandjate jaoks on kaasaegsete efektiivsete ohutusmeetmete juurutamine pika perspektiiviga investeering, millel on eeldused ära tasuda. Kindlustusandjate eeliseks on see, et neil on võimalik spetsialiseeruda, näiteks tegeleda sügavuti teatud majandusharude või teatud tüüpi ettevõtetega. Kliendi (tööandja/kindlustusvõtja) töökoha ohutegurite analüüsi võib integreerida teiste kindlustusliikidega seotud riskihaldusega (näiteks varakindlustus, vastutuskindlustus).</p>	<p>Ka riikliku kindlustusandja jaoks on ennetustegevus investeering, sest pikaajaliselt kulud väheneksid, samas väiksem surve majanduslikule efektiivsusele võib kahandada motivatsiooni panustada pikaajaliselt ning keskendutakse pigem lühiajalise perspektiiviga efektiivsusele. Töökeskkonna ohutuse küsimusi saab reguleerida ja standardiseerida keskselt ja kõikehõlmavalt.</p>
<p>Ennetus Tööõnnetuse ja kutsehaiguskindlustuse eduka toimimise eelduseks on see, et kindlustusandja ei astu tegevusse mitte ainult juhtumi toimumisel („passiivne kindlustus“), vaid osaleb ka ennetustegevuses („proaktiivne kindlustus“). Ideaalseks tulemuseks on õnnetuste ennetus, seda nii tööandja kui ka töövõtja seisukohast.</p>	
<p>Realistlik ja õiglane kindlustusmaks on ohutu töökeskkonna kujundamisel esimeseks sammuks. Mitmed kindlustuse käsutuses olevad vahendid (bonus-malus süsteem, soodustused) stimuleerivad tööandjaid investeerima ennetustegevusse. Lisaks aitab kindlustus rakendada integreeritud riskihaldust, kuivõrd töökeskkonna ohutusmeetmeid rakendatakse koos teistest kindlustusliikidest (vara, vastutus, elu) tulenevate meetmetega.</p>	<p>Avaliku süsteemi käsutuses on sunnimeetmete pakett, selle raames on võimalik rakendada tõhusat riikliku järelevalvet. Samuti on võimalik luua maksemäära diferentseerimise või punktisüsteemi mehhanisme, mis tähendaks samas lisanduvaid halduskulusid.</p>

Tuleb märkida, et edasine analüüs on vajalik seoses enne kindlustuse kehtima hakkamist toimunud juhtumite hüvitamisega. Vajalik võib olla muudatusmeetmete pilootprojektide rakendamine ning sujuva, maandatud riskidega üleminekumehhanismi loomine. Lahendamist vajab ka kvalifitseeritud personali (töötõrvisohiuarstide) vähesuse probleem.

III OSA. KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED

Uuringu eesmärk on anda hinnang Eesti praeguse sotsiaalkindlustussüsteemi pikaajalise jätkusuutlikkuse kohta ning analüüsida võimalikke poliitikamuudatusi, et algatada ühiskonnas diskussioon muudatuste vajaduse ja sisu üle. Raportis kirjeldatakse süstemaatiliselt 55⁶² üksiku poliitikavariandi mõjusid sotsiaalkindlustuse eri valdkondade finantsilisele ja sotsiaalsele jätkusuutlikkusele.

Töö fookuses on sotsiaalkindlustussüsteem: selle rahastamine, riskide maandamise mehhanismid ja inimeste käitumise mõjutamise võimalused riiklike meetmete kaudu. Sotsiaalsetest riskidest on vaatluse all vananemise, töötuse, haigestumise ja töövõimetuse risk (ei vaadelda laste sünni ja kasvatamisega seotud riske). Riskide maandamise alternatiive analüüsitakse eelkõige praeguse sotsiaalkindlustussüsteemi kontekstis, mõne teema puhul käsitletakse alternatiivina erakindlustuse ja individuaalsete kogumiskontode rakendamise võimalust.

Käesoleva uuringu puhul ei ole tegemist tüüpilise probleem-lahendus uuringuga. Pigem on see sotsiaalkindlustuse jätkusuutlikkuse mitmete erinevate aspektidega tegelemiseks koostatud poliitikavariantide mõjuanalüüs. Teisisõnu on tegemist sotsiaalkindlustuse jätkusuutlikkuse tööriistakastiga – antakse ülevaade sellest, missuguseid probleeme on võimalik konkreetsete poliitikavariantidega lahendada, kuid ei esitata kindlapiirilisi seisukohavõtte, milliseid konkreetseid muudatusi praeguste ja ettenähtavate kitsaskohtade lahendamiseks teha tuleks.

Järgnevas koondülevaates tuuakse välja olulisemad tähelepanekud ja järeldused analüüsitud poliitikavariantide kohta, mis esitatakse muudatuse ulatuse lõikes ja sotsiaalkindlustuse valdkondade eripäradest lähtuvalt. Samuti on käesoleva koondülevaate ülesandeks osundada lisaanalüüsi vajadustele, kas siis täpsemate mõjude leidmiseks, poliitikavariantide põhjalikumaks võrdlemiseks või reformikavade koostamiseks.

⁶² Analüüsi kaasatud poliitikavariantide loetelu ei ole ammendav ega sisalda kõiki võimalusi sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikkuse tõstmiseks (vaata raporti peatükki 2 „Metoodika kirjeldus“ teistest sotsiaalkaitse riskide katmise meetmetest).

5. Poliitikavariandid muudatuse ulatuse lõikes

Kuivõrd uuring hõlmas kogu sotsiaalkindlustussüsteemi, vajas analüüsi kaasatavate poliitikavariantide valik ühtviisi mõistetud korda kõigi protsessis osalenud osapoolte jaoks. Seetõttu ei lähtunud mitte probleemidest või teemadest, vaid võimalikust muudatuse ulatusest – parameetiline muudatus, struktuurne muudatus või erakindlustuse kaasamine (vt definitsioone ptk-s 2.2). Selline tinglikult lihtsamalt-keerukamale-printsipi kasutamine aitas suunata diskussiooni variantide analüüsilõikes kaasamisel ja läbiarutamisel eri osapoolte vahel ning vältida mõne valdkonna üle- või alatähtsustamist.

Poliitikavariantide vahel valiku tegemine ei ole võimalik enne süstemaatilist analüüsi, mida käesolev töö sisaldab. Teisalt ei ole analüüsitulemused vahetuks aluseks poliitilistele reformidele ka tulenevalt asjaolust, et viimased lähtuvad maailmavaatelistest valikukohtadest.

Erinevatel sotsiaalkindlustusliikidel leidub märkimisväärseid eripärasid riski suuruse ja prognoositavuse ning kaasnevate kahjude suuruse puhul. Näiteks pensionisüsteemis on riskid suhteliselt hästi prognoositavad, samas kui ravikindlustuses on väliste tegurite (nagu tehnoloogia areng ja inimeste käitumine) roll finantsilise jätkusuutlikkuse tagamisel tunduvalt suurem.

Samas on mitmed poliitikavariandid omavahel loogiliselt seotud ja sarnased muudel alustel kui riskide iseloom. Näiteks võib nii parameetrilise kui ka struktuurse muudatuse poliitikavariant olla suunatud ühe ja sama probleemi lahendamisele ning mõlema analüüsimisel tuleb arvesse võtta sama konteksti ja mõjutatavaid osapooli. Seejuures võib tihti peale üht ja sama probleemi adresseerida nii maksu parameetrilise muudatuse kui ka maksubaasi või raha jaotamise muutmisega. Näiteks ravikindlustussüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust on võimalik parandada nii tulude suurendamisega kui ka kulude vähendamisega – samas võivad mõjud ja mõjutatavad osapooled olla erinevad.

Poliitikavariantide arvu jaotusest muudatuse ulatuse ja sotsiaalkindlustuse valdkondade lõikes annab aimu järgnev tabel, kus on toodud poliitikavariantide arv (iga pallike tähistab ühte poliitikavarianti).

Tabel 5.1 Poliitikavariandid muudatuse ulatuse ja sotsiaalkindlustuse valdkondade lõikes.

	Pensiooni-kindlustus	Ravikindlustus	Töötus-kindlustus	Töövõimetuse hüvitamine
Parameetiline muudatus	●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●●	●●●●	●●●●●●●● ●●●●●	●●
Struktuurne muudatus	●●●●●●●● ●	●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●	●●	●●●●
Erakindlustuse kaasamine		●●●●●●		●●

Allikas: autorite koostatud

Järgnevalt tuakse välja eri ulatusega (parameetiline muudatus, struktuurne muudatus, erakindlustuse kaasamine) poliitikavariantide erinevused ning põhitähelepanekud sellest aspektist lähtuvalt. Leitakse kokkupuutepunkte ja tehakse üldistusi sama ulatusega poliitikavariantide puhul.

Parameetrilise muudatuse poliitikavariandid

Parameetrilise muudatuse kohaselt muudetakse praeguse süsteemi tehnilisi parameetreid (näiteks maksumäär), mis võivad omada mõju süsteemi tulude suurusele ja kogumisviisile, kuid **ei muudeta süsteemi rahastamise põhiprintsipi**.

Parameetrilise muudatuse poliitika-variantide puhul on raha kogumise aspektist lähtuvalt suurim roll maksumuudatustel, kuivõrd Eesti sotsiaalkindlustussüsteem põhineb sissemaksetel ning nende määrade muutmine võib omada suurt mõju väga paljudele subjektidele.

Kuigi maksumuudatused on tehniliselt lihtsad, on neil (näiteks sotsiaalmaksumäära tõstmisel) **väga ulatuslik mõju kogu süsteemile** nii tulude kui ka kulude poole pealt. Tuleb arvestada, et kõik parameetrite muudatusega seotud poliitikavariandid võivad omada laialdast mõju süsteemi osapooltele ning süsteemi finantsilisele ja sotsiaalsele jätkusuutlikkusele. Ühelt poolt tähendab sotsiaalmaksu määra tõstmine suuremaid tulusid sotsiaalkindlustussüsteemile, teisalt aga suuremaid tööjookulusid ettevõtetele, mis võib piirata nende konkurentsivõimet ning sealt omakorda võib mõju kanduda tööhõivele ja palkadele.

Samas süsteemi parameetiline muudatus **ei pruugi olla piisav**, et kriitilisi probleeme lahendada. Näiteks tööandja vastutuse pikendamise ja tööõnnetuste ja kutsehaiguste puhul haigushüvitiste tasumisel (ptk 4.10) pole tõenäoliselt võimalik tõhusalt motiveerida ettevõtteid töökeskkonna ohutusse panustama ning nii ei lahendata ka töövõime taastamise ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavusega seotud probleeme. Seega võivad eesmärgi saavutamiseks olla sageli vajalikud laiemad ümberkorraldused, kusjuures need ei välista ka parameetrilisi muudatusi.

Lisaks raha kogumisele on tervishoiu oluline see, kuidas raha jagatakse, sest tuleviku kulude prognoosimine on märksa keerukam kui pensioni- või töötuskindlustuse süsteemi puhul. Ravikindlustuses on hüviseks teenuse osutamine, kusjuures süsteemi rahastamine toimub mitmetest allikatest ja erinevate printsiipide alusel, kuigi avaliku sektori tervishoiukuludest kaetakse enam sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast. Seejuures on vahetu hüviste pakkumine (teenused) ja individuaalne vajaduse üle otsustamine delegeeritud teenuseosutajatele ning seega **mõjutatud suuresti teiste huvigruppide poolt** lisaks rahastamise korraldusele (nimetatud variantidega tegelevad struktuurse muudatuse poliitikavariandid).

Käesoleva töö fookusest jäi välja ravimipoliitika – ravikindlustuse jätkusuutlikkuse seisukohast kindlasti oluline valdkond, milles on võimalik teha muu hulgas parameetrilisi muudatusi, kuid mille puhul on vajalikud täiendavad uuringud ka võimalike struktuursete muudatuste kohta.

Raha kasutamise või jaotamise vaatenurgast ongi parameetrite kohandamisega seotud poliitikavariante enam pensioni- ja töötuskindlustuse puhul, kuivõrd nendes süsteemides on väljamaksed enamasti rahalised ning väljamaksete ulatust, maksmise kestust, hüvitiste suurust ja muud sellist on võimalik kohandada poliitiliste otsuste kaudu.

Näiteks riikliku pensionikindlustuse olulisteks analüüsitud parameetriteks on pensionikindlustuse aastakoefitsiendi kujunemine, pensioniindeksi komponendid ning selle rakendamine ja kvalifikatsiooniperiood. Nende kohandamisega saab korrigeerida pensionide suuruse jaotust, pensionisumma kasvu kiirust ja stabiilsust ning pensionile kvalifitseerujate arvu. Niisamuti on töötuskindlustuse puhul vaatluse all enamjaolt hüvitamise süsteemi parameetrilised muudatused – võimalik on muuta töötuskindlustuse makse määra, aga ka väljamakstavaid hüvitisi.

Finantsilise jätkusuutlikkuse probleemi lahendamisel on olulised nii raha kogumise kui ka jaotamise aspektid. Niinimetatud juhtkangide ehk parameetrite hulk süsteemis on tegelikkuses piiratud ning selleks, et mingeid tulemusi saavutada, võivad olla vajalikud põhjalikumad muudatused juba maksubaasis,

Parameetrilise muudatuse poliitikavariandid

- Sotsiaalmaksu määra muutmise seotud poliitikavariandid (1–4)
- Pensioniparameetrite muutmise seotud poliitikavariandid (5–19)
- Töötuskindlustushüvitise, töötutoetuse ja koondamishüvitise suuruse ning maksmise perioodi muutmine (25–27, 29–30, 32)
- Aktiivsete ja passiivsete tööturumeetmete sidumine (28)
- Ajutise ja püsiva töövõimetuse samaaegse hüvitamise kaotamine (49)
- Tööõnnetuste ja kutsehaiguste ajutise töövõimetuse hüvitiste maksmise puhul tööandja vastutuse suurendamine (53)

maksumaksjates või konkreetse süsteemi haldamises, korraldamises või raha jaotamise reeglites. Keerukamate, eeskätt inimeste käitumise muutusele orienteeritud eesmärkide puhul on tõenäoline, et pikemas perspektiivis aitab soovitud eesmärgi saavutada paremini struktuurne muudatus.

Põhjus, miks parameetriline muudatus ei pruugi toimida, on ka see, et mitmed eraldi käsitlust vajavad süsteemid (töövõimetuse hüvitamine, tööõnnetuste ja kutsehaiguste kahjude hüvitamine) on Eestis välja arendamata. Sellisel juhul võimaldab käesolev töö järgmise sammu tegemist ehk tutvustab võimalikke struktuurseid muudatusi ja nende mõjusid.

Kui parameetrisel muudatusel toimuvad automaatselt (näiteks pensionisüsteemi automaatse kohandamise mehhanismi loomisel või töötuskindlustuse rahastamise vastutsükliliseks muutmisel), siis on muudatus liigitatud juba struktuurseks, sest tegemist ei ole mitte ühekordse kohandamisega, vaid pikaajaliste eesmärkide nimel parameetrisel muudatuste tegemise korra loomisega. Eraldi teemaks on kogutud rahaliste vahendite jaotamine, selle haldamine ja organisatsioonide halduskorralduse muutmine, millel käesolevas töös põhjalikult ei peatuta, kuid märgitakse edasist uurimist vajavad aspektid.

Struktuurse muudatuse poliitikavariandid

Struktuurse muudatuse puhul tehakse sisulisi muudatusi Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi rahastamise struktuuris, maksubaasis, maksumaksjates või raha kasutamises, kuid säilitatakse avaliku sektori juhtiv roll. Samuti sisaldab see selliseid muudatusi nagu ressursside ümbersuunamine sotsiaalkaitse valdkondade vahel (sh täiendav rahastamine riigieelarvest) ja ressursside ümbersuunamine sotsiaalkaitse valdkondade sees.

Mitmete poliitikavariantide puhul on eeltingimuseks ka administratiivsed ja õiguslikud muudatused. Selle näiteks on pensionisüsteemi automaatse kohandamise mehhanismi rakendamise poliitikavariandid, mille sisu on raamistiku loomine pensionisüsteemi jätkusuutlikust tagavate muudatuste automaatseks toimumiseks.

Kui eesmärk on tagada pikaajaliselt tasakaalus pensionisüsteem, mis ei sõltu poliitilistest otsustest, siis automaatsed kohandusmehhanismid kindlustavad, et pensionisüsteem kohandub oodatava eluea ja teiste **pensionisüsteemi** finantsilist jätkusuutlikkust mõjutavate teguritega, kohandades automaatselt ja tõenäoliselt väiksemate hüpetega pensioniiga, määratavate pensionide suurusi, pensioniindeksit või muid parameetreid. Sarnase iseloomuga muudatus on ka töötuskindlustussüsteemi rahastamise vastutsükliliseks muutmine (majanduse kasvu ja madala töötuse faasis on maksemäär kõrge, et koguda reserve majanduse languse ja kõrgema töötusega perioodi tarvis, mil maksemäär saab langetada) ning hüvitiste makseperioodi kohandamine töötuse taseme muutumisega lisab majandussüsteemi automaatse stabilisaatori, mis võimaldab vähendada majanduse tsüklilisi arenguid.

Ravikindlustuse maksubaasi ja täiendavat rahastamist puudutavad poliitikavariandid on samuti selle muudatuse astme osa. Ühelt poolt on käesolevasse süsteemi võimalik raha juurde tuua, teisalt aga on

Struktuurse muudatuse poliitikavariandid

- Pensionisüsteemi automaatsed kohandamise mehhanismid (20–24)
- Töötuskindlustuse rahastamise vastutsükliliseks muutmine ning hüvitise pikkuse kohandamine töö leidmise tõenäosusega (31)
- Kohustuslike sissemaksetega töötushüvitiste kogumiskonto loomine (33)
- Sotsiaalmaksu jagamine komponentideks (34)
- Ravikindlustuse täiendav rahastamine riigieelarvest või muudest maksudest (35–36, 39)
- Põhivara tasu ja kapitalikulu komponendi mehhanismi rakendamine (37)
- Kindlustamata isikute ravikindlustusega katmine (38)
- Hinnaga konkureerimise ja tulemspõhise teenuste ostmise võimaluste suurendamine lepingute sõlmimisel teenuseosutajatega (40)
- Perearstide/esmatasandi vastutusala laiendamine (41)
- Kohustusliku ravikonto ja individuaalsete eelarvete rakendamine (42–44)
- Tööandja vastutuse oluline suurendamine isiku töövõimetuse korral (50)
- Ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitise skeemi ühendamine (51)
- Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine avalik-õigusliku või riikliku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu (54)

oluline ka selle raha jaotamine. Näiteks kapitaliinvesteeringute tegemine ning ka kindlustamata isikute raviga katmine võib lühiajaliselt kulusid suurendada, kuid eelkõige viimati nimetatud variandi puhul võib toimuda pikas perspektiivis ka kulude vähenemine. Samuti vaadeldakse põgusalt tervishoiuteenuste pakkumist mõjutavaid muudatusi, mis puudutavad tervishoiuteenuste ostmise ja rahastamise praeguse korralduse alternatiive.

Kuigi **kogumiskontod** ei ole levinud sotsiaalkindlustuse instrumendid, on kontodesüsteemi rakendamise võimalusi vaadeldud ravikindlustuses ja töötuskindlustuses ning seda riikliku süsteemi osana (kuigi võimalik on ka finantssektori kaasamine).

Parameetrilise muudatuse mittepiisavus **töövõimetuse hüvitamisega** seotud probleemide lahendamisel viib mitmete struktuurse muudatuse poliitikavariantideni (vt ptk 4.9) töövõimetuse hüvitamisel, aga ka töövõime taastamisel ning ettevõtete rolli suurendamisel haigusest põhjustatud kahjude hüvitamisel. Struktuursed muudatused lähtuvad eeldusest, et säilinud töövõimega töörealiselt inimeselt peaks riik ootama säilinud töövõime rakendamist, rahalisi hüvitisi tuleks maksta üksnes asendussissetuleku vajamisel ning keskele kohale peaks tõusma rehabilitatsioon.

Struktuurse iseloomuga **tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustuse** poliitikavariandid taotleavad esmajoones nii tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamist, inimeste töövõime hoidmist kui ka õiglasemat vastutuse jaotust tagajärgedega tegelemisel. Struktuurse muudatuse puhul vaadeldakse nii riigi rolli säilimise võimalust ehk avalik-õigusliku või riikliku tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustamise rakendamist kui ka juhtiva rolli andmist erakindlustustele. Üldiselt on struktuurse muudatuse puhul poliitikavariantide mõju sotsiaalsele jätkusuutlikkusele suurem kui näiteks parameetrilise muudatuse puhul, kuid teisalt tähendab see ka keerulisemat tehnilist teostatavust.

Kui ka olemasoleva süsteemi ümberstruktureerimine ja riigi keske rolli säilitamine ei ole piisav, on üheks sotsiaalkindlustuse muutmise võimaluseks erakindlustuse kaasamine, mis võib olla nii täiendus praegusele süsteemile kui ka eksisteerida ulatuslikult reguleerituna riikliku süsteemi osana.

Erakindlustuse kaasamise poliitikavariandid

Erakindlustuse kaasamine muudab avaliku sektori rolli sotsiaalkindlustuse rahastamises, lisades rahastamisel senisest olulisemaks osapooleks finantssektori, näiteks kindlustuspõhiste lahendustena ravikindlustuses, tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuses või töövõimetuse riskide katmisel.

Erakindlustuste puhul on oluline see, et kindlustusmakse ei sõltu mitte palgast, vaid riskist (erandiks on tööõnnetuste ja kutsehaiguste kindlustus), samuti see, et erakindlustuses toimub rahastamine eel-finantseerimise põhimõttel.

Kuigi erakindlustuse kaasamine oleks uudne lahendus Eesti sotsiaalkindlustussüsteemis, siis tegelikult ei pruugi muudatus olla väga suure korraldusliku mõjuga – seda juhul, kui tegemist on vabatahtliku kindlustusega, mis ei too süsteemi kontseptuaalset muutust, vaid on täiendus olemasolevale süsteemile. Vaatamata sellele eeldab erakindlustuse kaasamine vastavaid riigipoolseid regulatsioone ning raamide seadmist. Võib eeldada, et põhjalikum erakindlustuse kaasamine sotsiaalsüsteemi on tõenäolisem, kui varem on levinud sotsiaalkindlustuse riskide kindlustamine vabatahtliku kindlustusena.

Vabatahtliku kindlustuse puhul vaadeldakse asendavat, täiendavat ja lisakindlustust (vt ptk 4.8) vabatahtliku eraravikindlustusena ning täiendavat kindlustust töövõimetuse riskide kindlustusena. Lisaks on vaatluse all pikaajalise hoolduse kindlustus (praegu kaetakse pikaajalise hoolduse riske peale sotsiaalhoolekande ka ravikindlustuse kaudu, kuid esineb probleeme nende süsteemide vähese integreerituse ja madala kaetuse osas).

Erakindlustuse kaasamise poliitikavariandid

- Erakindlustuse kaasamine asenduskindlustusena teatud raviteenuste puhul (45)
- Erakindlustuse kaasamine täiendava kindlustusena teatud teenuste puhul (46)
- Erakindlustuse kaasamine lisakindlustusena (47)
- Pikaajalise hoolduse (*long-term care*) kindlustuse rakendamine (48)
- Erakindlustuse kaasamine töövõimetuse riskide katmisel täiendava kindlustusena (52)
- Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine erakindlustusel põhineva tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu (55)

Erakindlustuse puhul on väga oluline riikliku ravikindlustussüsteemi ulatus ning riigi regulatiivne roll – riik loob nii võimalused kui ka raamid erakindlustuse tekkeks. Välismaine kogemus näitab, et mida laiemalt on erakindlustus kaasatud, seda ulatuslikum võib olla ka riigipoolne regulatsioon. Üheks põhjuseks on see, et erakindlustusandjad on olnud ajalooliselt olulised osapooled tervishoiuteenuste pakkumisel. Ka tööõnnetuse- ja kutsehaiguskindlustuse puhul näitab välismaine kogemus, et erakindlustusel põhineva süsteemi puhul on kindlustuslepingute haldamine enamasti usaldatud kindlustusandjate kätte, kuid süsteemi raamid on seadnud riik.

Kui vaadelda teisi sotsiaalkindlustuse skeeme, siis toimub vabatahtlik erakindlustus juba pensionisüsteemis (III samm). Ravikindlustuse ja töövõimetuse riskide hüvitamise puhul on sellised võimalused aga Eestis vähe levinud.

Kõikide poliitikavariantide puhul on toodud välja nn puhtad variandid, kuid olulisi probleeme sotsiaalkindlustuse süsteemis võib lahendada ka nende sümbioos.

Eeltoodust lähtuvalt on oluline vaadata konkreetseid probleeme, mis puudutavad sotsiaalkindlustuse valdkondi (pensionikindlustus, töötuskindlustus, tervishoid, töövõimetuse hüvitamine), ning seda, millised poliitikavariandid võivad nendes sisalduvate probleemide lahendamisel aktuaalsed olla.

6. Poliitikavariandid sotsiaalkindlustuse valdkondade lõikes

Sotsiaalkindlustussüsteemi kui terviku jätkusuutlikkus kätkeb nii finantsilist kui ka sotsiaalset jätkusuutlikkust. Esimese puhul peetakse silmas süsteemi rahastamisvõimaluste ja kulutuste tasakaalu ning teise puhul süsteemi võimet rahuldada ühiskonna erinevate gruppide ootusi ja vajadusi.

Eesti sotsiaalkindlustuse kolm suuremat skeemi (pensioni-, ravi- ja töötuskindlustus) põhinevad osamaksetel ehk on suures osas sõltuvad süsteemi panustajate arvust ja nende sissetulekute tasemest. Neid kaht tegurit mõjutavad aga oluliselt süsteemivälised muutujad – rahvastiku vanuskoosseis ja majandusolukord.

Rahvastiku vanuskoosseis määrab suures osas süsteemi panustajate ja süsteemist kasu saajate suhte, sest rahvastiku vananemise tingimustes väheneb tööealiste inimeste arv ning see mõjutab omakorda sotsiaalkindlustussüsteemi tulubaasi. Riigi majanduslik olukord aga mõjutab inimeste sissetulekute taset ja tööhõive kaudu sotsiaalkindlustussüsteemi panustajate arvu. Nii rahvastiku- kui ka majandusareng sõltuvad mitmetest erinevatest teguritest ning nende arengute alusel koostatud sotsiaalkindlustussüsteemi tulude ja kulude prognoosid on tundlikud aluseks võetavate eelduste suhtes.

Samas omab sotsiaalkindlustussüsteem omakorda mõju riigi majanduse arengule. Näiteks hästi toimiv ravikindlustussüsteem hoiab inimesed tervena ja seega töövilimisena. Samuti võib sotsiaalkindlustussüsteemi ülesehitus mõjutada inimeste või ettevõtete riskikäitumist.

Üht ideaalset, finantsiliselt ja sotsiaalselt jätkusuutlikku sotsiaalkaitsesüsteemi ei eksisteeri, oluline on konteksti ja ajaloo mõju. Lõplik hinnang süsteemi toimimisele, eesmärkidele ja vajalikele muudatustele on subjektiivne ning sõltub tugevalt väärtushinnangutest, näiteks suhtumisest solidaarsusesse ja individuaalsesse vastutusse, ning sellest, milliseid eesmärke soovitakse sotsiaalsüsteemiga saavutada. Seetõttu ei ole ka käesolevas uuringus lõplikke hea-halb hinnanguid ega eesmärkide väärtuspõhist edetabelit (näiteks kas olulisem on kuluefektiivsuse tõstmine või vaesusriski vähendamine), vaid tuuakse välja poliitikavariantide võimalik mõju laiemalt, lähtudes kvalitatiivsest või kvantitatiivsest analüüsist ning arvestades Eesti konteksti.

Järgnevalt on toodud baasstsenaariumi⁶³ tulemused, põhiprobleemid ning poliitikavariantide mõjud ja järeldused pensionikindlustuse, töötuskindlustuse, ravikindlustuse ja töövõimetuse hüvitamise kohta. Põhjalikuma käsitluse jaoks palume vaadata raporti konkreetset alapeatükki. Iga valdkonna puhul hinnatakse ka seda, kas ja mil määral võimaldavad analüüsitud poliitikavariandid täita seatud eesmärke ning kas teatud sotsiaalsete riskide maandamiseks on vajalik suuremate või väiksemate ümberkorralduste tegemine.

Pensionikindlustus (raportis peatükid 4.1 kuni 4.3)

Riikliku pensionikindlustuse finantsilist jätkusuutlikkust ühelt poolt ja pensionide piisavust teiselt poolt mõjutavad pensioni saavate inimeste arv, pensioni suurus, sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa maksvate inimeste arv ja maksubaasi suurus. Pensioni saavate inimeste arvu mõjutab esmajärjekorras pensioniiga, mis praeguste seaduste kohaselt jõuab 2026. aastaks nii meestel kui ka naistel vanuseni 65.

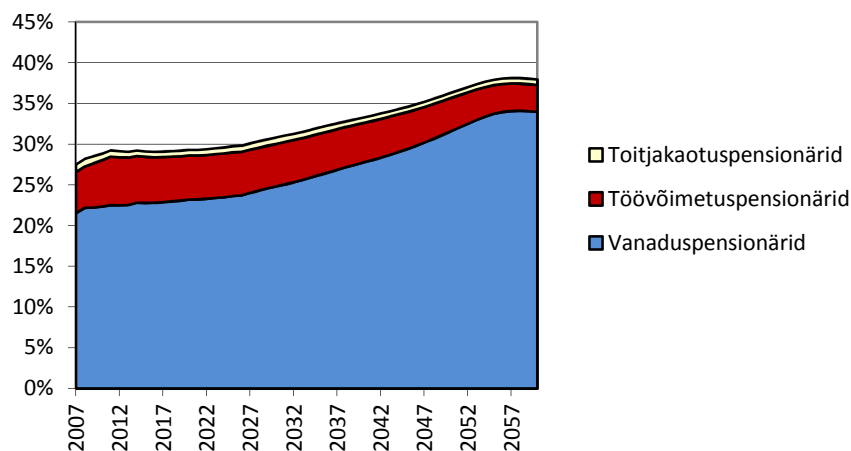
Baasstsenaariumi analüüsi⁶⁴ tulemused näitavad, et pensionäride osakaal rahvastikus kasvab (vt joonis 1). Kuni aastani 2026 on kasv tingitud nii töövõimetuspensionäride arvu mõningasest kasvust (toimub vanaduspensionide osaline asendamine töövõimetuspensionidega) kui ka pensionäride oodatava eluea pikenemisest. Kui pensioniea tõus seiskub, siis hakkab kasvama üksnes vanaduspensionäride arv. Baasstsenaariumi põhjal selgub, et kui 2010. aasta alguses moodustasid pensionärid rahvastikust ca 29%,

⁶³ Baasstsenaarium ehk sotsiaalkindlustuse tulude ja kulude areng, kui praeguses süsteemis muudatusi ei tehta.

⁶⁴ Pensionikindlustuse baasstsenaariumi puhul on põhilisteks eeldusteks rahandusministeeriumi 2011. aasta kevadine makromajandusprognoos hindade, palkade ja tööjõu produktiivsuse muutuse kohta, hõivemäärade konvergeerumine 2008. aasta tasemele 2030. aastaks, oodatava eluea tõus 2060. aastaks meestel 82 ja naistel 88 aastani, summaarse sündimuskordaja tõus 2060. aastaks 1,7 lapseni, 2010. aasta pensionile jäämise muster ning makstud sotsiaalmaksu struktuur (vt ka ptk 3.2.2).

siis 2030. aastal on nende osakaal 31%, 2040. aastal 33% ja 2060. aastal 38%. See omakorda paneb surve riiklikule pensionisüsteemile, sest pensionäride arv ühe töötava inimese kohta tõuseb.

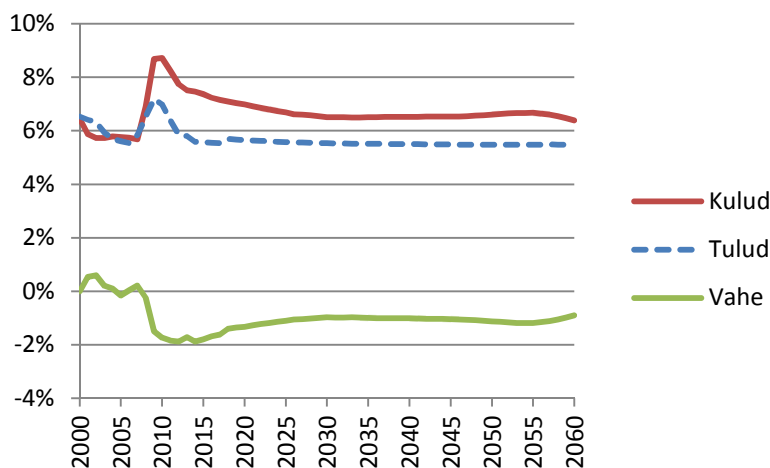
Joonis 6.1. Pensionäride osakaal rahvastikus 2010–2060



Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemuudel, autorite arvutused

Pensionikindlustuse prognoositud kulud stabiliseeruvad tasemel ca 6,5–6,6% ja tulud ca 5,5% SKPst. Selle tulemusena jääb riiklik pensionikindlustus aastasessse puudujääki ca 1% SKPst. Puudujääk on kõrgeim lähiaastatel, kui on taastunud II samba maksed ja toimub täiendav vahepealse II samba maksete peatamise kompenseerimine aastatel 2014–2017. Seejärel aastatel 2017–2026 puudujääk väheneb tulenevalt pensioniea tõusust ja hiljem kulude tase stabiliseerub, sest õigused riiklikule pensionikindlustusele hakkavad muutuma väiksemaks, kuna aina enam pensionäre on liitunud kogumispensioni skeemiga.

Joonis 6.2. Riikliku pensionikindlustuse kulud, tulud ja vahe aastatel 2000–2060

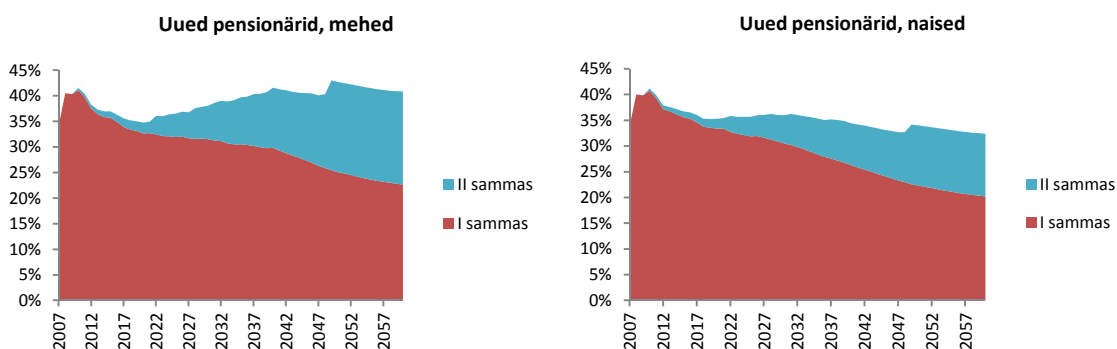


Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemuudel, autorite arvutused

Riikliku pensioniea vanuses pensionile jäävate inimeste keskmine pension I ja II sambast kokku on praegu ca 40% keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatud tulust. I samba pensioni asendusmäär pikas perspektiivis langeb, sest pensioniindeks kasvab aeglasemalt kui keskmine palk.

Tingituna pensioni baasosa kiiremast indekseerimisest⁶⁵ kasvab I samba pensionis baasosa osakaal (2010. aastal 38%, 2060. aastal 57%) ja väheneb aastakoefitsientide osakaal. Järk-järgult kasvab pensionis kogumispensioni osakaal. Keskmine pension I ja II sambast kokku seadusega määratud vanaduspensionieas pensionile jääjatel on 2060. aastal meestel ca 41% ja naistel 32% keskmisest sotsiaalmaksuga maksustatud tulust. Meeste kõrgem pension on tingitud nii kõrgemast I samba pensionist suuremate aastakoefitsientide tõttu kui ka suurematest maksetest kogumispensioniskeemi.

Joonis 6.3. Keskmine pensionide brutoasendusmäär uutel vanaduspensionäridel vanaduspensionieas pensionile jäämise ajal



Allikas: Praxise sotsiaaleelarvumudel, autorite arvutused

Pensionisüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust ja asendusmäärade arengut mõjutavad oodatava eluea muutused ja tööhõivemäärade areng. Kui oodatav eluiga kasvab rahvastikuteadlaste prognooside järgi, siis isegi juhul, kui hõivemäärad saavutavad senise kõrgeima taseme, ületavad riikliku pensionikindlustussüsteemi kulud vaadeldaval perioodil tulusid (kui ei toimu muutusi pensionide suurusel või pensionile jäämise vanuses).

Simulatsioonid näitavad, et pensionisüsteem on tundlikum oodatava eluea muutuste suhtes. Kõrgem oodatav eluiga suurendab riikliku pensionikindlustuse kulusid, sest pensioni peab maksma kauem, ja vähendab samaaegselt märgatavalt kogumispensionisüsteemist saadavat igakuist pensioni, sest kogutud summad jagunevad pikema pensioniloleku aja peale. Madalam tööhõive suurendab samuti riikliku pensionikindlustuse puudujääki ja toob kaasa madalamad pensionid, kuid mõju on väiksem kui oodatava eluea kasvul.

Pensionikindlustuse jätkusuutlikkuse seisukohast on seega esmatähtsad reformid, mis tagavad, et pensionisüsteemi tulud ja kulud oleksid suutelised reageerima oodatava eluea muutustele. Lisaks aitavad pensionikindlustuse olukorda parandada tööhõivet soodustavad meetmed, mis suurendavad sotsiaalmaksu laekumist ja inimeste enda panust kogumispensioniskeemi. Sellest tulenevalt tuuakse välja järgnevad muudatused, mis adresseerivad pensionikindlustuse jätkusuutlikkusega seotud erinevaid probleeme.

Riikliku **pensionikindlustuse muudatuste** puhul on peamisteks analüüsitud parameetriteks pensionikindlustuse aastakoefitsient, pensioniindeks ja kvalifikatsiooniperiood. Nende parameetrite kohandamisega saab mõjutada pensionide jaotust, pensionikulude kasvu kiirust ja pensionisummade stabiilsust ning pensionile kvalifitseerujate arvu. Lühemas ajaperspektiivis on aastakoefitsientide ja kvalifikatsiooniperioodi muutuste mõju pensionikuludele ühel eelarveaastal suhteliselt väike. Summaarne mõju pensionisüsteemi kohustustele pika perioodi jooksul võib siiski olla märkimisväärne. Olulisemad ja kiirema fiskaalmõjuga on aga pensioniindeksit puudutavad muutused. Mõistagi on pensionisüsteemi oluliseks parameetriks ka pensioniiga, kuid pensioniiga puudutavad parameetritelised *ad hoc*-muutused jäävad käesolevast analüüsist välja. Pensioniea küsimust vaadeldakse seoses automaatsete kohandamise mehhanismidega.

⁶⁵ Vastavalt riikliku pensionikindlustuse seadusele indekseeritakse praegu baasosa väärtust kiiremini kui aastakoefitsientide väärtust. Baasosa juurdekasvutempo on 10% kõrgem ja aastakoefitsientide juurdekasvutempo 10% madalam kui arvestuslik pensioniindeks.

Kuivõrd hõive ja nominaalpalgad on üle majandustsükli olnud paindlikumad kui hinnad, siis pensionide **indekseerimine** tarbijahinnaindeksiga tagab stabiilsema pensionide suuruse majandustsükli jooksul. Sotsiaalmaksulaekumisega indekseerimine kiirendab pensionide kasvu buumi ajal, kuid külmutab nende taseme ka pikemaks ajaks majanduslanguse perioodil või selle järgselt (juhul kui nominaalpensionide langus ei ole lubatav) või langetab pensionide taset rohkem (juhul kui on lubatav ka nominaalpensionide langus). Niikaua kui produktiivsuse kasv on kiirem kui hõivatute arvu langus, annab sotsiaalmaksulaekumise alusel pensionide indekseerimine pikemaajaliselt kõrgema pensioni. Rahvastiku vananedes langeb hõivemäär aga kiiremini ja sotsiaalmaksu laekumise kasvutempo väheneb ning pensionide indekseerimise muutmine ei tagaks pikas perspektiivis praeguse pensionide ja palga suhte püsimist.

Pensionikindlustuse jätkusuutlikkuse vaatenurgast näitab analüüs, et praeguse indekseerimise korra põhjal säilib riikliku pensionikindlustuse puudujääk kogu prognoosiperioodi jooksul, prognoositav aastane puudujääk on keskmiselt 1% SKPst aastas. Kui pensioniindeks sõltuks täiel määral sotsiaalmaksu kasvust, siis suureneks aastane puudujääk 2,4%ni SKPst 40 aastaga. Tarbijahindade suurem osakaal pensioniindeksis vähendab pikas perspektiivis riikliku pensionisüsteemi kulusid märgatavalt. Pensioniindeks, kus pensionide muutus sõltub 50% ulatuses tarbijahindade muutusest, tooks riikliku pensionisüsteemi tulude ja kulude tasakaalu paarikümne aastaga, ca aastaks 2030. Täies ulatuses tarbijahindadest sõltuv pensioniindeks tasakaalustaks pensionisüsteemi juba aastaks 2020.

Lisaks eelmainitud kohandamistele vaadatakse riikliku pensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamist, aastakoefitsientide arvutusreeglite muutmist, ennetähtaegselt pensionile jäämise tingimusi, pensioni edasilükkamise tingimusi ja pensioni vähendamist töötamise ajal.

Pensionisüsteemi **mõju vanaduspensionile jäämise ajenditele** on praegu pigem soovitud vastupidine, soodustades varast pensionile jäämist. Ennetähtaegse pensioni puhul peaksid pensionide vähendamised pensionide kogusumma samaks jäämise jaoks (ehk aktuaarse samaväärsuse tagamiseks) olema praegu seaduses kehtestatud suuremad. Edasilükatud vanaduspensionari puhul peaksid kohandused pensionide kogusumma samaväärsuse tagamiseks olema praeguses seadusandluses kehtestatud väiksemad. Praktikas on edasilükatud pensioni kasutamine seni väga tagasihoidlik, mistõttu nende muutmise mõju käitumisele on väike.

Ennetähtaegse vanaduspensionari juurdepääsu piiramine ei pruugi tuua kaasa märgatavat kulude kokkuhoidu, eriti kui inimesed kasutavad teisi võimalusi hüvitiste taotlemiseks (näiteks töövõimetuspensionari või toimetulekutoetust). Pensioni ja töötasu samaaegsel saamisel pensionisumma vähendamine, kui saadav töötasu ületab näiteks alampalga, mõjutaks umbes 43 000 vanaduspensionäri. Arvestades, et pensionäride tööjõupakkumine on tundlikum töötasu suhtes kui tööealistel, sest pensionäridel on olemas garanteeritud sissetulek pensionist ning samaaegselt on töötamisega seotud kaudsed kulud halvema terviseseisundi tõttu suured, siis võiks pensionide vähendamine töötavatel pensionäridel tuua kaasa eakate tööhõive tuntava vähenemise.

Kui pensionihüvitiste parameetrite muutustega soovitud jätkusuutlikkuse eesmärgid ei saavutata ja eksisteerib pikaajaline täiendav rahavajadus, tuleb kaaluda lisavahendite kogumist pensionikindlustuseks. **Sotsiaalmaksu tõus** näiteks protsendipunkti võrra tooks lisaraha, kuid I pensionisamba puudujäägi katmiseks sellest ei piisaks. Et säilitada nii sotsiaalmaksu pensionikindlustuse praegune maksumäär (20%) kui ka I samba pensionide asendusmäär keskmisesse palka, peaks pensionide saajaid olema 2040. aastal 25–30% vähem kui praegused rahvastiku- ja pensionisaajate arvu prognoosid pakuvad. Inimeste eluiga pikeneb kiiresti ning praeguste prognooside põhjal pensioniea tõstmine 65. eluaastani ei tasakaalusta kahaneva suremuse mõju ehk surve pensionisüsteemi kuludele kasvab, sest inimesed saavad pensioni pikema perioodi jooksul. Kuluraset suurendab tööealiste inimeste ja pensionäride suhtarvu kiire halvenemine. Seega seisavad **ees sisulised debatid** suurema maksukoormuse, pensionide asendusmäärade vähenemise ja pensioniea tõstmise üle, võttes arvesse eluea pikenedamist tervena elatud eluaastate arvel.

Aktuaalne on ka **pensionisüsteemi demograafiliste stiimulite tugevdamine**, et saavutada soovitud perepoliitilist käitumist. Laste kasvatamise perioodil sotsiaalmaksu maksmine riigi poolt keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatavalt summalt ehk laste kasvatamise perioodide eest antavate pensioniõiguste eelfinantseerimine oleks suhteliselt kallim kui vastavate õiguste finantseerimine jooksvalt sel ajal, kui praegu lapsi kasvatavad vanemad ükskord pensioniikka jõuavad. Praegu esineb lapsevanemate erinev kohtlemine tulenevalt laste sünniajast, kuid ühetaolisema kohtlemise tagamiseks tuleks pikendada II sambaga mitteliitunud vanematele lapse kasvatamise eest pensionilisa maksmist I sambas.

Pensionisüsteemi teise olulise komponendi ehk kohustusliku **kogumispensioni** puhul toimub inimese kohustuslik säästmine pensionieaks, vähendades maksudejärgset töötasu nende töötamise ajal, kuid suurendab tulevast oodatavat pensioni. Kogumispensioni maksemääratõstmise suurendamine suurendab kohustuslikku säästmist ja võimaldab kõrgemat pensionide asendumääratulevikus. Inimese seisukohalt on oluline paindlik pensioni väljavõtmise aeg. Kogumispensioni väljavõtmine vastavalt inimese soovile aitab vältida kogutud summade sunnitud realiseerimist majanduslanguse või väga madalate intresside tingimustes.

Sotsiaalmaksust tehtavad siirded kogumispensioniskeemi mõjutavad riikliku pensionikindlustussüsteemi tasakaalu. Kui siirded kaotada, siis oleksid riikliku pensionikindlustuse tulud ja kulud praktiliselt tasakaalus. Kui sotsiaalmaksust kogumispensioniskeemi siirded aga suurenevad, siis suureneb vastavalt ka riikliku pensionikindlustuse puudujääk.

Senised muudatused pensionides on toimunud pigem *ad hoc*. Kui eesmärk on tagada pikaajaliselt tasakaalus pensionisüsteem, mis ei sõltu poliitilistest otsustest, siis **automaatsed kohandamise mehhanismid** kindlustavad, et pensionisüsteem kohandub oodatava eluea ja teiste pensionisüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust mõjutavate teguritega, kohandades automaatselt (s.t ilma vajaduseta igakordsete poliitiliste otsuste järele) pensioniiga, määratavate pensionide suurus, pensioniindeksit või muid parameetreid. Automaatsete kohandamise mehhanismide rakendamine võib kaasa tuua põlvkondadevahelise solidaarsuse vähenemise, kuid kasvaks süsteemi finantsiline jätkusuutlikkus ning kohanemine välisriskidega. Kaovad *ad hoc*-stiilis pensioniiga tõstes või pensioneid kärpides tehtud poliitiliselt ebatäpsed otsused.

Töötuskindlustus ja töötushüvitised (raportis peatükk 4.4)

Baasstsenaariumi⁶⁶ (pikemalt alapunktis 3.2.4) põhjal moodustavad kõigi töötushüvitiste (töötuskindlustushüvitis, koondamishüvitis, tööandja maksejõuetuse hüvitis ja töötutoetus) kulud pikaajaliselt 0,3% SKPst. Kokku moodustavad aktiivsete ja passiivsete meetmete kulud baasstsenaariumi eelduste kohaselt 0,4–0,5% SKPst, kui aktiivse tööpoliitika kulud jäävad 2010. aasta tasemele ühe töötada sooviva isiku kohta, ning ligi kaks korda rohkem (1% SKPst), kui aktiivse tööpoliitika kuluga isiku kohta soovitakse jõuda ELi keskmisele tasemele. Töötuskindlustusmakse laekumine on praeguste maksemäärade juures ligikaudu 1,3% SKPst.

Pikaajalistest teguritest mõjutavad töötuskindlustussüsteemi kulude ja tulude tasakaalu vähem demograafilised tegurid ning rohkem tööturu areng. Rahvastiku vananemine vähendab samaaegselt nii Töötukassa tuluseid kui ka kulusid, seega mõju eelarve tasakaalule on väike. Küll on Töötukassa tulud ja kulud väga tundlikud hõivatute ja töötute arvu muutuse suhtes. Kui hõivemäärad jääksid 2010. aasta tasemele ja kui aktiivse tööpoliitika kuludega soovitaks samal ajal saavutada ELi keskmise tase, siis ületavad tööpoliitika kulud töötuskindlustusmaksest saadava laekumise pikas perspektiivis ca 1,7-kordselt. Küll oleks töötuskindlustusmakse laekumine piisav, et katta ära töötushüvitiste prognoositud kulud ja 2010. aasta tasemel aktiivse tööpoliitika kulud.

Töötuskindlustussüsteem on tulnud seni hästi toime ka väga kiire töötuse kasvuga perioodil, kogutud on reserve ning baasstsenaariumi järgi lisaraha vajadust praeguste maksemäärade juures ei ole. Samas on töötute vaesusrisk kõrge, põhjuseks nii vähenenud hüvitistega kaetus, töötutoetuse madal määr kui ka suhteliselt lühike hüvitiste saamise periood. Võimalik, et töötushüvitiste saamise kriteeriumid piiravad liigselt hüvitistele ligipääsu, madal töötutoetus ei kata aktiivse tööotsingu kulusid või oleks kõrge töötuse tingimustes, kui töö leidmine on keerulisem, otstarbekas hüvitiste maksmise perioodi pikendamine.

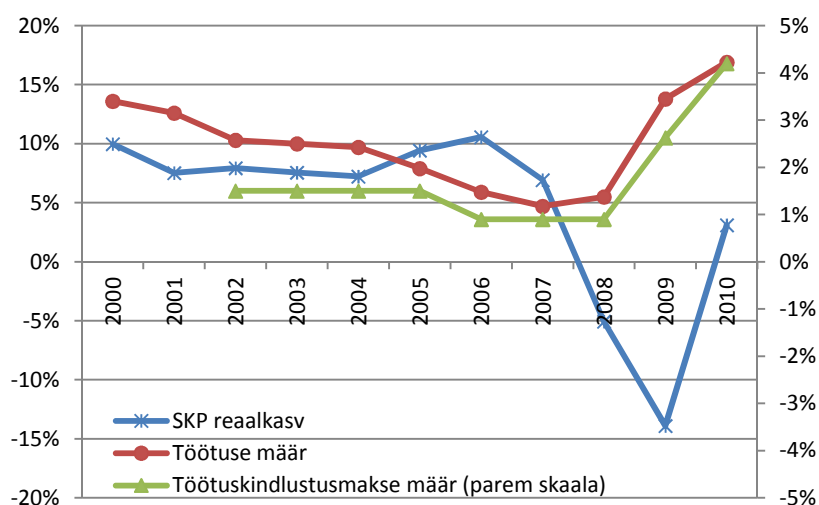
Töötushüvitistega seotud poliitikavariantide analüüs vaatab töötuskindlustuse rahastamise muutmist vastutsükliliseks ja alternatiivse rahastamisviisina individuaalsete kogumiskontode rakendamist, kuid peamiselt keskendutakse praeguste hüvitiste parameetritele muudatustele, sest erinevalt pensionikindlustusest ei ole töötuskindlustuses lisafinantseerimise vajadust. Pigem on küsimus selles, kuidas tagada praeguses süsteemis parimal moel eesmärkide saavutamine ja kuidas teha seda võimalikult efektiivselt. Enam käsitletakse töötushüvitiste tingimusi ja nendega hõlmatust, sealjuures keskendutakse kahele peamisele hüvitisele: töötuskindlustushüvitisele ja töötutoetusele. Töötushüvitistega kaetuse suurendamiseks ja töötute vaesusriski vähendamiseks analüüsitakse hüvitiste suuruse ning maksmise perioodi muutmist, töötutoetuse maksmise menetluse lihtsustamist ja õigustatud subjektide ringi

⁶⁶ Töötuskindlustuse baasstsenaarium võtab arvesse töötutoetuse tõusu pooleni alampalgast 2013. aastast ja optimistlikku hõivestsenaariumi, mille järgi hõive määrad tõusevad 2008. aasta tasemele, töötuse määr langeb tasemeni 6,2%.

laiendamist, töötutoetuse tõstmist minimaalse töötuskindlustushüvitise tasemele, aktiivsete ja passiivsete tööturumeetmete sidumist, töötuskindlustushüvitise maksmise jätkamist, kui töötu asub ajutisele või osalise ajaga tööle, ning koondamishüvitise paindlikumaks muutmist.

Seni on töötuskindlustusmaks määr liikunud koos töötuse tasemega (vt joonis 4). **Töötuskindlustus-süsteemi rahastamise vastutsükliliseks muutmine** tähendab, et majanduse kasvu ja madala töötuse faasis on maksemäär kõrge, et koguda reserve majanduse languse ja kõrgema töötusega perioodi tarvis, mil maksemäär saab langetada. Rahastamise vastutsükliliseks muutmine ning hüvitiste makseperioodi kohandamine töötuse taseme muutumisega lisavad majandusse automaatse stabilisaatori, mis võimaldab vähendada majanduse tsüklilisi arenguid. Ühte makseperioodi asemel **hüvitise maksmise perioodi kohandamine töö leidmise tõenäosusega** aitab suunata rahalisi vahendeid enam perioodidesse, kus hõivesse liikumiseks on vajalik pikaajalisem tugi – see soodustab kasvuaastatel kiiremat tööle siirdumist, languseaastatel toetab töötötsinguid pikemalt ja vähendab püsivalt toimetulekutoetustele liikujate osakaalu.

Joonis 6.4. SKP reaalkasv, töötuse määr ja töötuskindlustusmaks määr 2000–2010



Allikas: Statistikaamet, Töötukassa, autorite arvutused

Töötuse ajaks asendussissetuleku tagamise süsteem peaks kindlustama, et **töötamine jääks majanduslikult kasulikuks** ehk annaks suurema sissetuleku kui mittetöötamine. Töötushüvitiste hõivesse tagasipöördumist demotiveeriva mõju neutraliseerimiseks püütakse töötuse hüvitamise süsteemi lisada ka vastupidiseid stiimuleid, mida annavad näiteks aktiivsushõuded, aktiivsetes meetmetes osalemise kohustus ja järelevalve.

Töötuskindlustushüvitist või töötutoetust ei saa 60% registreeritud töötutest ning raskendatud on töölerakendamiseks tulemusliku abi osutamine inimestele, kel puuduvad piisavad ressursid aktiivseks töö otsimiseks ja aktiivsetes meetmetes osalemiseks. Töötuid, kellel puuduvad rahalised vahendid, on **keeruline kohustada osalema töötamiseks vajalikes tegevustes**. Samuti on erinevus võimalikes sanktsioonides: töötutel, kes hüvitisi ei saa, puudub rahaline motivatsioon aktiivsushõude täitmiseks, ja nende mittetäitmisel on ainsaks meetmeks töötuna arveloleku lõpetamine.

Töötute finantskaitset tõstvad ja tööotsimist **toetavad meetmed** suurendavad kulusid ning on seega iseloomult põlvkonnasisest solidaarsust tõstvad – ümberjaotus töötajatelt töötutele kasvab.

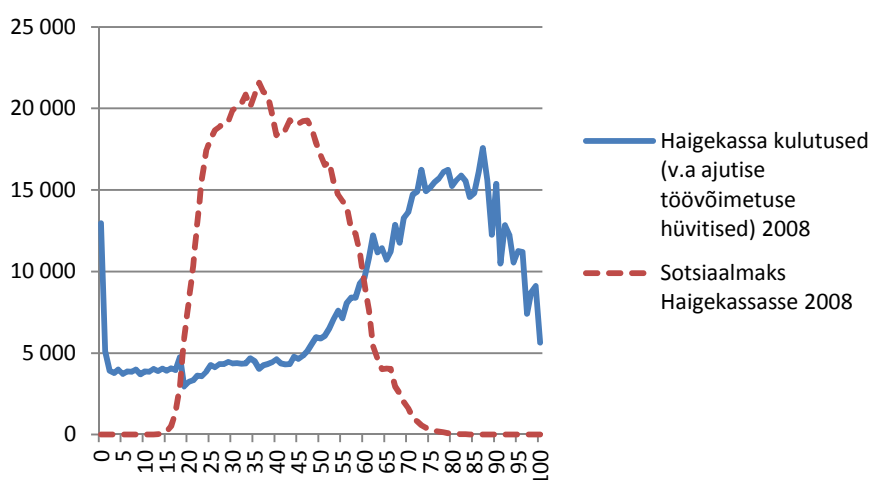
Alternatiivne viis töötuse kompenseerimise korraldamiseks on **töötushüvitiste kogumiskontod** analoogselt pensioni II sambaga. Arvestada tuleb sellega, et töötuks jäämise risk ja kestus on sotsiaaldemograafilistes rühmades erinev. Seega paljud kontod saaksid kiiresti tühjaks, teistelt väljamakseid ei toimukski, nii et individuaalse kogumisprintsipi rakendamine vähendab solidaarsust erinevate sotsiaalsete rühmade vahel.

Ravikindlustus ja tervishoid (raportis peatükid 4.5 kuni 4.8)

Tervishoiu rahastamisel prognoositi eraldi Haigekassa kulude ja tulude poole võimalikku arengut aastani 2060. Tulude poolel on kõige olulisem allikas sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, mille pikaajaline prognoos on analoogne pensionikindlustuse prognoosiga. Kulude poolt mõjutavad rahvastiku vananemine, mis toob kaasa tervishoiuteenuste nõudluse struktuuri muutuse, ning teenuste hindade muutus. Lisaks tuleks võimaluse korral arvestada haigestumise trende ja muid võimalikke tegureid.⁶⁷ Ka uute tehnoloogiate ja teenuste kasutuselevõtt mõjutab kulusid nii tõhususe kui ka kasvu suunas, kuid mõju tervishoiukuludele on suuresti prognoosimatu. Teenuse hinda võivad suurendada veel tervishoiutöötajate vabast liikumisest tulenev väline palgasurve ning kapitaliinvesteeringute potentsiaalne vajadus.

Ravikindlustuse rahastamine on tundlik rahvastiku vanuskoosseisu muutuse suhtes, sest kõige suuremad ravikulud inimese kohta on lapseas ja vanemas eas. Kõige rohkem panustatakse süsteemi tööeas.

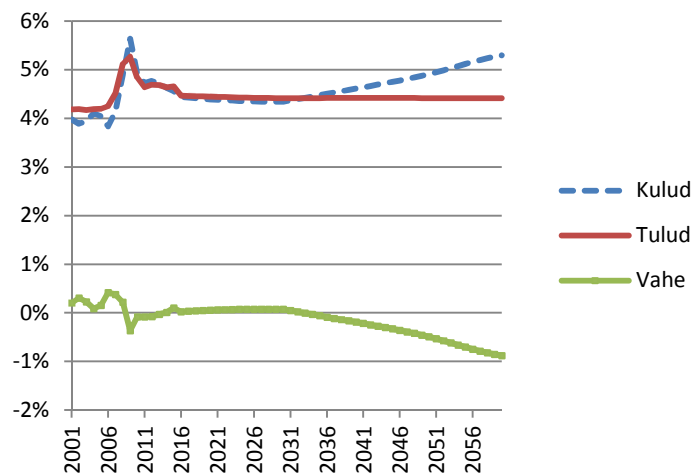
Joonis 6.5. Haigekassa kulutused ja laekunud sotsiaalmaks ühe inim kohta vanusrühmades 2008. aastal, kroonides



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, Haigekassa, autorite arvutused

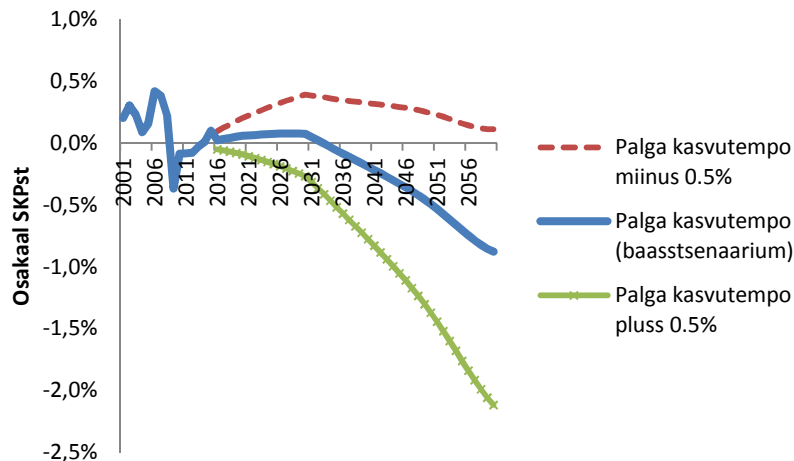
Ravikindlustuse tulud sõltuvad ravikindlustuse sotsiaalmaksu laekumisest. Baasstsenaariumi kohaselt on Haigekassa tulud ja kulud lühiajaliselt tasakaalus, kuid alates aastast 2030 hakkab ravikindlustuse puudujääk kasvama tingituna üksnes rahvastiku vananemisest ja ulatub kuni 1%ni SKPst 2060. aastaks (erinevaid tundlikkusanalüüse vt ptk 3.2.3).

⁶⁷ Tervishoiukulutused sõltuvad muu hulgas sellest, kui lähedal on inimene elu lõpule, mitte bioloogilisest vanusest, kuna oodatava eluea kasv toob kaasa ka vastava terviseseisundi muutuse igas vanusegrupis. Sellest tulenevalt võib puhas demograafiline prognoos kulusid üle hinnata. Teisalt on aga tõenäoline, et rahuldamata vajadused ehk tegelik nõudlus on suurem kui pakutavate teenuste hulk, ning see võib tähendada survet kulude suurenemisele. Lisaks tuleb arvestada generatsioonide harjumuste erinevusi (praeguste vanemaealiste tervisekäitumine ja raviteenuste kasutamine võivad olla erinevad järgnevatest põlvkondadest).

Joonis 6.6. Eesti ravikindlustuse tulud, kulud ja vahe 2001–2060, % SKPst

Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Ravikindlustuse puhul mõjutab tulude ja kulude tasakaalu oluliselt tervishoiuteenuste hindade areng, mis võib olla tingitud kas sisendite hindade kasvust või uute teenuste kasutuselevõtust. Kui tervishoius kasvaksid kõik hinnad igal aastal pool protsendipunkti aeglasemalt kui keskmine palk, siis sellest piisab, et ravikindlustuse laekumistega oleks võimalik katta lisakulud, mis tekivad üksnes demograafilistest muutustest. Teisest küljest tähendaks pool protsendipunkti kiirem hindade kasvutempo, et puudujääk kasvaks märksa kiiremini.

Joonis 6.7. Ravikindlustuse tulude ja kulude vahe erinevate hindade muutumise eelduste korral, % SKPst

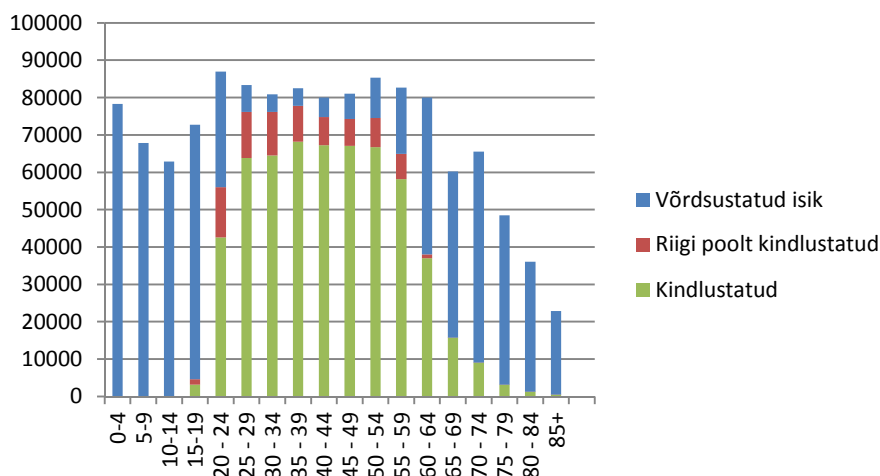
Allikas: Praxise sotsiaaleelarvemudel, autorite arvutused

Ravikindlustuse rahastamise jätkusuutlikkust mõjutab märkimisväärselt hõivemäärade ja rahvastiku eluea areng. Kui oodatav eluiga ei pikeneks, siis oleksid kulud osakaaluna SKPst ligi viiendiku võrra madalamad ja ravikindlustus oleks ülejäägis peaaegu 20 aastat kauem kui baasstsenaariumi korral. Kui aga hõivemäärad ei kasvaks, siis suureneks Haigekassa puudujääk kohe ning kulud ja puudujääk on pikemas perspektiivis 0,6% SKPst kõrgemad.

Töötasult makstava sotsiaalmaksu areng ja täiendavad sotsiaalmaksusiirded riigieelarvest sõltuvad palju rahvastiku vanusstruktuurist ja inimeste tööturuseisundist. Rahvastiku vanusstruktuuriga on seotud ka Haigekassa kindlustuse alus. Töötavad kindlustatud isikud moodustavad kõigist Haigekassas kindlustatutest

45% (565 000 inimest) 2011. aasta I kvartali lõpu seisuga, kindlustatud isikutega võrdsustatud isikud 49% (610 000 inimest) ja riigi poolt on kindlustatud 6% (79 000 inimest).

Joonis 6.8. Haigekassas kindlustatute vanuseline jaotus, 31.03.2011 seisuga



Allikas: Haigekassa 2011

Eeldades, et praegune teenuste osutamise tase on piisav ning raviteenuste hinnad ei tõuse keskmisest palgast kiiremini, peaks prognoosi järgi rahvastiku vananemisest tingitud ravikindlustuse tulevase puudujäägi katmiseks piisama sellest, kui **ravikindlustatutega võrdsustatud inimeste eest tasutaks töötasu alammääralt sotsiaalmaksu** ravikindlustuse osa.

Täiendavatest rahastamisallikatest analüüsiti **sotsiaalmaksu tõstmise** mõju ravikindlustuse laekumistele, kuid peab arvestama, et sotsiaalmaksu tõus suurendaks küll ravikindlustuse tulusid, kuid ka ravikindlustuse kulud kasvaksid tervishoiutöötajate palgakulude kasvu tõttu.

Alternatiiviks on ka ravikindlustuse tulude maksubaasi laiendamine. Ravikindlustuse rahastamise puhul analüüsiti **sotsiaalmaksu osadeks jaotamist**: ajutise töövõimetuse kindlustuse maks, pensionikindlustusmaks ja ravikindlustusmaks. Esimesed kaks jääksid endiselt tööandja maksta, kuid ravikindlustusmaks muutuks füüsilise isiku maksuks. Sotsiaalmaksu kolmeks erinevaks maksuks jagamise eesmärk on rakendada erinevatele maksudele erinevat maksuobjekti, et ravikindlustuse eelarve kujunemine oleks enam kooskõlas demograafilise olukorra muutumisega. Samal ajal on võimalik vähendada ebavõrdsust tervishoiu rahastamises erinevate tululiikide saajate vahel.

Sotsiaalmaksu osadeks jaotamise tulemusena saab laiendada ravikindlustuse maksubaasi lisaks tõisele tulule ka teistele tululiikidele (nt sotsiaalkindlustushüvitised, dividenditulu). Eriti just sellistele tululiikidele, mille saajate arv kasvab koos rahvastiku vanuselise struktuuriga, näiteks riiklik vanaduspension ja kogumispension.. Ravikindlustusmaksu hakkaks maksuma töötaja sarnaselt praegu kehtivale töötuskindlustusmaksule või inimeste makstavale kogumispensioni maksele. Ravikindlustuse maksubaasi laiendamine võimaldab langetada sotsiaalmaksu praegust määra või muuta selle struktuuri, tõstes sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa määra, mis läheb riiklikusse pensionikindlustusskeemi (I sambasse). Kui ravikindlustusmaks laieneks ka osale sotsiaaltoetustele, sh pensionidele, siis saab sotsiaaltoetuste ühekordsete tõstmistega kompenseerida täiendava maksustamise.

Pikaajaliselt mõjutavadi ravikindlustusmaksu laiendatud maksubaasi dünaamikat ja suurust kõige rohkem pensionisüsteemist saadavad tulud, mis sõltuvad demograafilistest arengutest ja on seega kooskõlas maksubaasi laiendamise algse eesmärgiga.

Simulatsioonid näitavad, 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 tulused samaaegselt ei tõsteta. Tööjõu maksukoormuse vähenemine on kokkuvõttes siiski väike.

Võrreldes teiste sotsiaalkaitse liikidega sõltuvad tervishoius kulutused tunduvalt rohkem osapoolte käitumisest, mistõttu jätkusuutlikkust mõjutab lisaks raha kogumisele ka see, kuidas kogutut jagatakse. Näiteks kas teenuste ostmisel tekib hinnakonkurents, milline on perearstide vastutusala ja kuidas toimub investeringute tegemine.

Haiglatesse tehtavad kapitaliinvesteeringud mängivad rolli ravikindlustuse efektiivsuse aga ka ravi kvaliteedi ja kättesaadavuse tõstmisel. **Põhivara tasu ja kapitalikulu komponendi mehhanismi rakendamisel** vajaks süsteem täiendavat riigieelarvelist rahastamist, kuivõrd põhivara tasuga oleks võimalik katta vaid murdosa investeeringuvajadusest.

Samas võib mehhanismi loomine kapitaliinvesteeringute haldamiseks tagada parema investeeringute korralduse ja koordineerituse ning tõsta finantsilist jätkusuutlikkust ja majanduslikku efektiivsust kogu süsteemis. Seda enam, et haiglavõrgu arengukava haiglate lähiaastate investeeringuvajadust on hinnatud rohkem kui 510 miljoni euronit (8 miljardit krooni) ning nõrk kontroll infrastruktuuri ja kallite meditsiiniseadmete investeeringute üle ehk kapitaliinvesteeringute ja elanike tervishoiuvajaduste ühitamata jätmine on pikaajaliselt ebaefektiivne ning mõjutab negatiivselt ravikindlustuse finantsilist jätkusuutlikkust.

Eelnimetatud poliitikavariant pöörab tähelepanu haiglavõrgu reformimise vajadusele, mida ka varasemad analüüsid on välja toonud. Tuleb märkida, et haiglate autonoomia vähendamine investeerimisotsuste tegemisel muudaks märgatavalt senist poliitikat, kus haiglatele endile on usaldatud suur roll kuluefektiivsuse suurendamisel.

Tervishoiuteenuse osutajatega seoses vaadeldi kaht poliitikavarianti – konkurentsi ja tulemuspõhise teenuste ostmise võimaluste suurendamist Haigekassa poolt eriarstiabi rahastamisel ning perearsti vastusala laiendamist. **Hinnaga konkureerimise ja tulemuspõhise teenuste ostmise** võimaluste suurendamine lepingute sõlmimisel teenuseosutajatega võib tekitada surve hindade alandamisele, nagu osutab rahvusvaheline kogemus. Et hinnakonkurentsi olukorras ei halveneks ravitulemused ning teenuste kvaliteet, peavad toimima kaasaegsed infosüsteemid ja andmeanalüüs. Seega võib hinnapõhine konkureerimine ja tulemuspõhine rahastamine suurendada tervishoiusüsteemi läbipaistvust ning huvi tegeleda ravikvaliteedi mõõtmisega. Hinnakonkurentsi kõrvalmõjuna võib teenuseosutajatel tekkida motivatsioon välja arendada spetsiifilised võimekused, mis loob eeldused spetsialiseeritud teenusepakujate tekkimiseks. Suurema hinnakonkurentsiiga võib kaasas käia risk riigi pikaajaliste strateegiliste investeeringutele. Nende huvide kaitsmiseks ja senise kahjumlike teenuste ristsubsidieerimisel põhineva haiglate rahastamispraktika muutmiseks on otstarbekas välja töötada koostöös teenuseosutajatega ratsionaalne hinnakujundus, mis arvestab välismõjusid, kuid lähtub kulupõhistest hindadest.

Perearstide vastutusala laiendamisel arvestuslike eelarvete loomise, perearstide ravimieelarvete rakendamise või põimitud rahastamise kaudu on samuti äärmiselt suur roll infosüsteemide arendamisel. Muudatusega kaasnev mõju sõltub oluliselt valitud poliitikate planeerimise, ettevalmistuse ja elluviimise kvaliteedist.

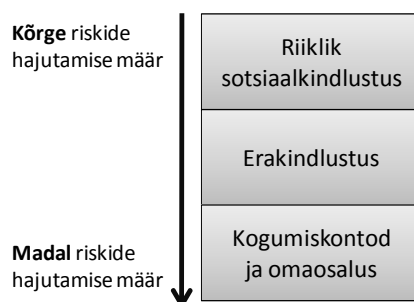
Sotsiaalkaitse süsteemi mitut valdkonda puudutav teema on **ravikindlustuseta isikud**, kelle arvestuslik hulk on üle 80 000. Kuivõrd need inimesed otsivad kindlustatuse saamiseks abi teistest süsteemidest (näiteks töötuks registreerimine, kohaliku omavalitsuse (KOV) poole pöördumine), on nad suureks koormuseks teistele sotsiaalsüsteemidele, mis ei ole samas mõeldud selle probleemiga tegelemiseks. Samuti jõuavad ravikindlustuseta isikud erakorralise meditsiini osakonda või arsti juurde oma terviseprobleemide suhteliselt hilises faasis ja nende ravimine on kallim, kui oleks olnud õigeaegse meditsiinilise sekkumise korral. Kindlustamata isikute keskmine ravikulu statsionaarses eriarstiabis on 27% suurem kui keskmisel kindlustatul.

Kuivõrd kulud katmata haigestumuse riskidest avalduvad lühiajaliselt teistes sotsiaalsüsteemides, pikaajaliselt ravikindlustuses ning majanduses tervikuna, võib **ravikindlustuse andmine kindlustamata isikutele** tuua ühiskonnale kaasa rohkem tulusid kui kulusid nii finantsilises kui ka sotsiaalses mõttes. Seega ühelt poolt tähendaks muudatus lühiajalist lisakulu, kuid teisalt on oluline kulude minimeerimine varase sekkumise kaudu – mida varem haigusega tegeletakse, seda odavam on selle ravimine ning väiksem on oht krooniliste haiguste tekkeks.

Tervishoiu alternatiivsete rahastamise viiside – **individuaalsete kogumiskontode ja erakindlustuse** – puhul ei analüüsitud mitte kogu tervishoiu rahastamise viimist teistele alustele, vaid valitud teenuste katmist, et mõjutada inimeste käitumist, laiendada inimeste valikuvõimalusi ning suurendada süsteemi paindlikkust ja finantsilist jätkusuutlikkust.

Riiklik sotsiaalkindlustus, erakindlustus ja individuaalsed kogumiskontod on rahastamise süsteemid, mis hõlmavad nii raha kokkukogumist kui ka selle kasutamist. Sisult on riiklik sotsiaalkindlustus, erakindlustus ja individuaalsed kogumiskontod ka erineva riskide hajutamise astmega (vt joonis 6.9).

Joonis 6.9. Riikliku sotsiaalkindlustuse, erakindlustuse ja individuaalsete kogumiskontode riskide hajutamise määr



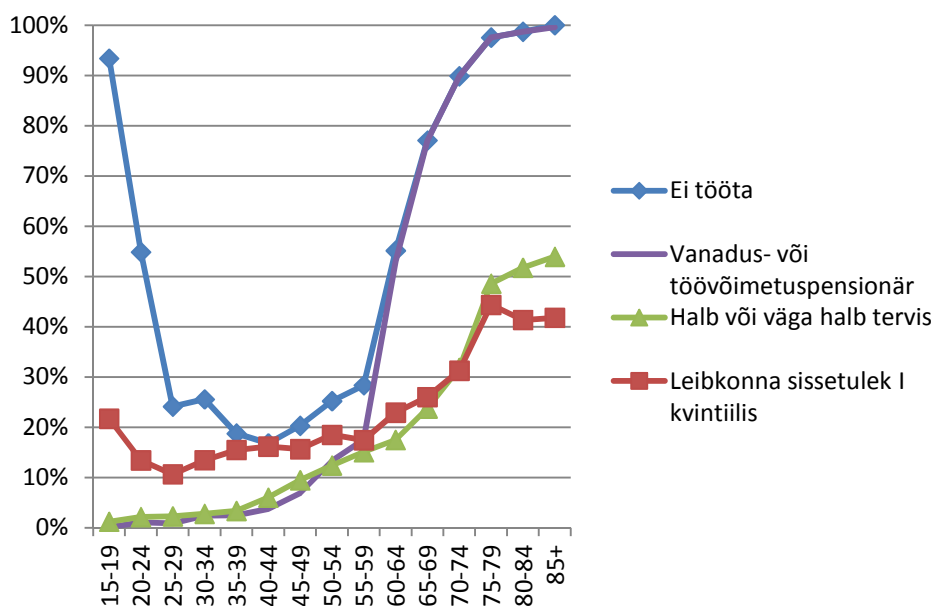
Allikas: autorite koostatud

Individuaalsed kogumiskontod on madala riskide hajutamise astmega ehk individuaalset vastutust kasvatava ja solidaarsust vähendava iseloomuga – isik kogub enda kulutuste jaoks raha ise, sõltumata oma tegelikust riskist. Samas tuleb märkida, et uuringus ei vaadata täielikult kontodel põhineva süsteemi juurutamist, vaid selle seostamist praeguse süsteemiga ning koos rahvusvahelisest praktikast pärinevate toetavate mehhanismide loomisega. Poliitikavariandi raames loodi hüpoteetiline konto, mille rakendamise mõjusid hinnati kvalitatiivselt ja kvantitatiivselt.

Kontodesüsteemiga on võimalik luua ressursse tulevikus tekkivate tervishoiukulude jaoks, kuid kuna **väikese osa inimeste tervishoiukulud on väga suured**, siis osal inimestest ei koguneks kontole vahendeid vajalike kulutuste tegemiseks. Ressursside loomine tulevikukulusteks võib paremini toimida, kui toimub kontrol oleva raha **kasutamise suunamine** ehk isikud saavad kontrol oleva raha eest kasutada teenuseid, mis ei tekita kiiret konto tühjenemist. Lisaks võib konto raha kasutamise suunamine omada ka inimeste tervislikku käitumist soosivat efekti, kuid Eestis pole inimeste tervisekäitumise mõjutamise võimaluste kohta analüüse tehtud ning kättesaadavad ei ole ka andmed, mis seda konto näitel võimaldaksid uurida.

Konto efektiivsust ei ole võimalik suurendada erinevate sotsiaalkontode vahel raha liikumise võimaldamise kaudu, kuna **sotsiaalsed riskid**, nagu püsiv töövõimetus, töötus ning halvem terviseseisund, **korreleeruvad ehk on omavahel positiivselt seotud** (vt joonis 10)

Joonis 6.10. Sotsiaalsete seisundite esinemise tõenäosus vanusrühmades



Allikas: Eesti Sotsiaaluuring 2009, autorite arvutused

Kogumiskontode otstarbekus sõltub seega paljuski tervisekäitumise muutusest tulenevast kulusäästust ja administratiivkulude suurusel, millest esimest on väga keeruline prognoosida. Samas, tehnilise teostatavuse seisukohast ei soodusta kogumiskontode rakendamist tervishoius Eesti üldine kontekst, eelkõige rahvastiku ebasoodne vanusstruktuur ja kõrge tööpuudus.

Erakindlustusel on mitmeid kontseptuaalseid sarnasusi sotsiaalkindlustusega. Erakindlustus võib täita sotsiaalkindlustusega sarnast funktsiooni, leevendada haigestumisega kaasnevat riski või sissetulekute langust. Samas on erakindlustusel ja sotsiaalkindlustusel olulisi erinevusi. Erakindlustuse individuaalne lähenemine tähendab muu hulgas, et üldjuhul hindab kindlustusselts konkreetse isiku riske ning kindlustusmaksed on diferentseeritud sõltuvalt riskiastmest.

Erakindlustust on tervishoius mõistlik käsitleda avaliku rahastamissüsteemi kontekstis. Riigi seatud raamidest ning regulatsiooni viisist ja ulatusest sõltub ka erakindlustuse roll ning sellest tulenevalt laiem mõju ja administratiivsete kulude suurus kindlustuses. Erakindlustuse rakendamise takistavateks teguriteks Eestis on praegu erateenuseosutajate vähesus, ulatuslik riiklik kindlustus ning majandussubjektide vähenemine kogemus kindlustustoodete kasutamisel.

Erakindlustuse puhul eristatakse asendavat, täiendavat ning lisakindlustust. Asendava kindlustuse puhul on isikul võimalik riiklikust süsteemist välja astuda ning soetada erakindlustuse kaudu ravikindlustus teatud teenusegruppidele. Täiendav kindlustus tähendab, et erakindlustusega on võimalik kindlustada vaid neid teenuseid, mis on riigi poolt katmata. Lisakindlustus pakub juurdepääsu nendele tervishoiusüsteemi teenustele, mis on juba riikliku kindlustusega kaetud, kuid erakindlustus annab nende kasutamisel suurema valiku või mugavuse.

Asendav kindlustus tõenäoliselt praeguse ravikindlustussüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust ei suurenda. Kuivõrd inimeste tervisekulutused ning sissetulekud inimese eluea jooksul ei korreleeru, siis on asendava kindlustuse puhul võimalik tendents, et Haigekassa tulud vähenevad, samal ajal kui keskmine kulu isiku kohta suureneb.

Täiendav kindlustus võib tuua süsteemi lisaraha ja tõsta sotsiaalset jätkusuutlikkust, kuid kindlustusteenus ei pruugi saada kõigile kättesaadavaks. Peatükis 4.8 on analüüsitud mõju poliitikavariantidele, kus täiendavalt kindlustatavateks teenusteks on täiskasvanute hambaravi ja soodusravimite omaosalus. Tuleb märkida, et kättesaadavuse suurendamine sõltub ka riigipoolsetest meetmetest ja regulatsioonist ning turu käitumisest.

Lisakindlustus võib suurendada kättesaadavust kindlustuse soetanutele, kuid vähendada seda neile, kel lisakindlustust mingil põhjusel ei ole. Kindlustusmaks mitte sõltumine sissetulekust teeb ka selle

kindlustusliigi puhul erakindlustuse madalapalgalistele vähem kättesaadavaks. Lisaks võivad lisakindlustuse rakendamisega kaasned muud mõjud tervishoiusüsteemi osapooltele, kuid nende täpne ennustamine eeldab täiendavaid analüüse konkreetsete kindlustusliikide näitel.

Pikaajalise hoolduse kindlustus võib olla võimalus hooldusravi ja hoolekande integreerimiseks ning täiendavate rahaliste vahendite kaasamiseks. Kuna praegu sõltub sotsiaalhoolekande rahastamine liialt KOVide võimalustest, siis võimaldaks vastav muudatus vähendada KOVide rahalist koormust. Samas sõltub mõju oluliselt ka vajaduse hindamisest ja standardite kvaliteedist ning lepingute sõlmimise tingimustest. Pikaajalise hoolduse kontekstis tuleks edaspidi võrrelda riiklikke ja erakindlustusel põhinevaid lahendusi, samuti uurida era- ja avaliku sektori partnerluse võimalusi.

Laiemalt võib erakindlustuse kaasamine kindlustust soetanud inimest mõjutada enda tervise eest rohkem hoolitsemise, kuid see sõltub ka konkreetsest kindlustuspaketist. Konkurentsi ning sellest tulenevat potentsiaalset kulude vähenemist ei pruugi tekkida, sest turu suurus on väike. Kohanemine välisriskidega erakindlustuse enda puhul võib paraneda, kuivõrd kindlustus rajaneb eelfinantseerimise põhimõttel ja ei sõltu riigi maksutuludest.

Nii kogumiskontode kui ka erakindlustuse puhul tuleb arvestada, et individuaalsele vastutusele rõhumine ja seeläbi individuaalsest riskist sõltuv panustamine paratamatult vähendab solidaarsust ning muudab tervishoiu rahastamise regressiivsemaks. Samas võib individuaalne lähenemine teatud teenuste puhul turgu arendada, suurendada kindlustust soetanutele teenuste kättesaadavust ja valikuvõimalusi.

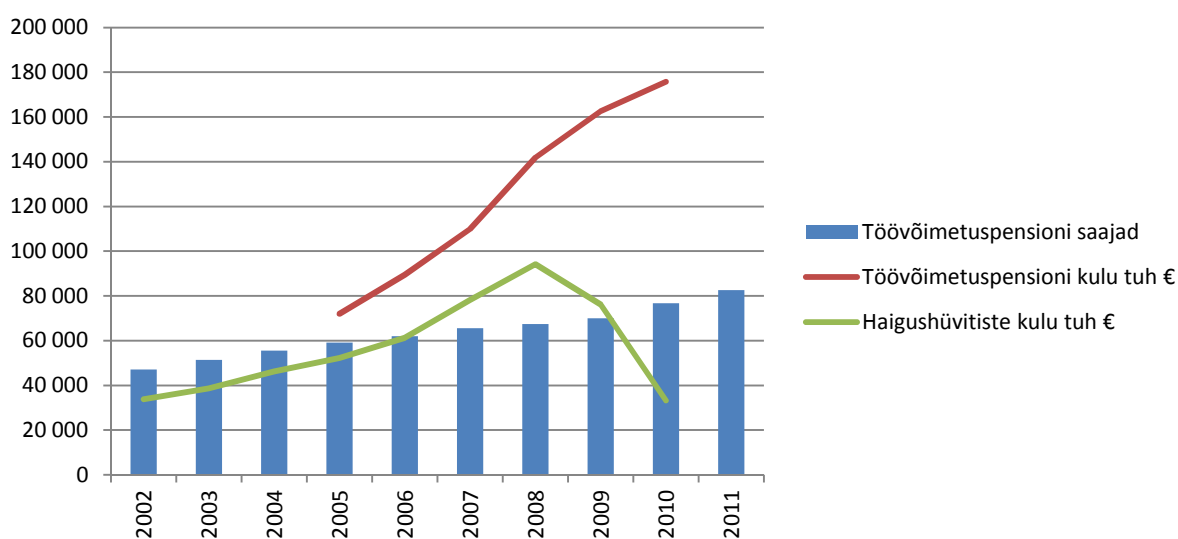
Tervishoiusüsteemis on suuremate muudatuste puhul kindlasti vaja põhjalikumalt analüüsi enne ühe või teise variandi rakendamist. Mitmete poliitikavariantide rakendamise oluliseks eelduseks on **andmete kättesaadavuse, infosüsteemide ja analüüsivõimekuse pidev arendamine**, et hinnata ravitulemust ning teenuse kvaliteeti.

Seega seisavad ravikindlustuse puhul **ees sisulised debadid** seoses ravikindlustussüsteemi tulude ja kulude mõjutamisega, kuid rolli mängivad ka teised sotsiaalkindlustuse skeemid, nagu näiteks töövõimetuse hüvitamine.

Töövõimetuse ning tööõnnetuste ja kutsehaiguste kulude hüvitamine (raportis peatükid 4.9 ja 4.10)

Riigi kulu haigestumisest tingitud ajutisele töövõimetusele on tulenevalt 2009. aastal tehtud hüvitamise aluste muudatusest viimastel aastatel kahanenud. Samas on töövõimetuspensionäride arvu kasvu ja pensionitõusudega seotult püsiva töövõimetuse hüvitamise kulu jõudsalt kasvanud (vt joonis 11). Töövõimetuspensionäride ja tööealiste elanike (20-64-aastased) arvu suhe oli Eestis 2011. aasta alguses 9,9%, mis on tunduvalt rohkem kui OECD riikides keskmiselt.

Joonis 6.11. Ajutise ja püsiva töövõimetuse kulu ning töövõimetuspensionärid 2001–2011



Allikad: Sotsiaalkindlustusamet, Haigekassa

Töövõimetuspensioni saajate suur osakaal tööealiste elanike hulgas on otseselt seotud töövõimetus hindamise alustega, mis, olles meditsiinilise seisundi kesksed, ei arvesta isiku tegelikku töövõimet, tagavad hüvitisetaajate kõrge juurdeoolu ning hoiavad samas väljavoolu madala – skeemist lahkutakse peamiselt vanaduspensioniea saabumise tõttu. Teisalt võib süsteemi senine korraldus motiveerida hüvitist taotlema ka isikuid, kes vajavad muude sissetulekute kahanemise tõttu alternatiivseid tuluallikaid.

Töövõimetus hüvitamise süsteemi **eesmärgipärasus on küsitav**. Eestis kasutusel olev passiivse iseloomuga töövõimetus süsteem võib demotiveerida tööealisi töövõimelisi isikuid tööturul oma töövõimet rakendama. Määratud töövõimetusprotsendist lähtuv püsiva töövõimetus hüvitamine ei võta arvesse töövõimetus isiku tegelikke võimalusi end tööturul rakendada. Ühelt poolt ei vaja osa puudega või raske kroonilise haigusega isikutest riigilt asendussissetulekut, kuna suudavad ise endale toimetuleku tagava sissetuleku teenida. Teisalt ei pruugi tuvastatud töövõime kaotuse määra põhine hüvitamine vastata olulise töövõimekaoga töötajate isiku tegelikele vajadustele ning võib suurendada tõenäosust, et isik ja tema pere satuvad vaesusriski.

Praegused ajutise ja püsiva töövõimetus hüvitamise skeemid ei sisalda tööandjale motivatsioonimehhanisme tegutsesmaks viisil, et rakendada töövõime osaliselt kaotanud isikut võimalikult kiiresti taas tööle. Puuduvad laialdased tervisehäire varases faasis pakutavad rehabilitatsioonimeetmed. Lubades ajutisel töövõimetusel kujuneda pikaajaliseks ja püsivaks ning rakendades rehabilitatsiooni alles raskete juhtumite puhul, võib tervisehäirega isiku tööle tagasitoomine osutuda kulukamaks ja vähem tulemusrikkaks, kui see oleks võimalik töövõimetus varases faasis.

Töövõimetus hüvitamise süsteemi ülesehitus on ebaefektiivne ja töövõimetus hüvitamine tervikuna on killustunud mitme skeemi vahel. Töövõimetus riskide kaetakse ravikindlustuse, pensionikindlustuse ja töötuskindlustuse eelarvetest (vt joonis 6.12), vaesusesse langenud töövõimetus isiku leibkonnaga tegelevad lisaks KOVid.

Riigi ülevaade töövõimetuskeemide kasutamisest on lünklik. Teadmine töövõimetus skeemide kasutamise kohta on fragmentaarne, puudub teadmine haigestumisest tingitud haigusjuhtumite ning haigushüvitiste tarbijate kohta. Puudulik on info ajutise ja püsiva töövõimetus skeemide kasutamise vaheliste seoste ning seotuse kohta teiste skeemidega.

Tööõnnetustest või kutsehaigustest tingitud töövõimetus ja kahjude korvamisega inimeste jaoks eksisteerivad sarnased korralduslikud probleemid kui üldhaigestumise puhulgi: süsteem on killustunud ning puudub täpne ülevaade tööõnnetuste ja kutsehaigestumise hüvitamise, samuti tööõnnetuste ja kutsehaigestumiste tegeliku arvu kohta⁶⁸.

Eksisteerib **rida takistusi tööandja motiveerimiseks** parandada töökeskkonda ning hoolitseda töötajate tervise eest. Tööõnnetuse või kutsehaiguse tagajärjel tekkinud kahjude hüvitamise kohustus on rajatud süüdlase leidmise põhimõttele ega taotle tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamist ega kannatanute tagasitoomist tööellu.

Tulenevalt sisulistest probleemidest **ei piisa** mittetöötamist soodustavate stiimulite või eri sotsiaalkaitse liikide koostoime suurendamiseks **töövõimetus hüvitamise süsteemi üksikute parameetrite muutmise** – puuduvad vajalikud „parameetrid“, et süsteemi kohaldada ning seega on vajalikud struktuursed ümberkorraldused. Tunduvalt tõhusam süsteemi korraldus eeldab muudatusi nii terviseolukorraga seotud töövõimetus riskide tõlgendamisel kui ka teenuste ja rahaliste hüvitiste koostoime käsitlemisel. Säilinud töövõimega tööealisel inimesel peaks olema võimalik töövõimet rakendada ning seda tuleks toetada vastavate teenustega.

Poliitikavariant, mis on suunatud **tööandja vastutuse suurendamisele** isiku ajutise töövõimetus korral, võib tööandjat mõjutada parandama töökeskkonda, tõstma tööohutust ning panustama enam töötajate tervise eest hoolitsemisse, mis omakorda vähendaks Haigekassa kulusid. Selle rakendamine eeldab siiski mitmete seni puuduvate tugistruktuuride olemasolu (näiteks tõhusa rehabilitatsiooni korraldamiseks ja koordineerimiseks), aga ka riigipoolset garantiimehhanismi juhuks, kui tööandja mingil põhjusel ei saa oma ülesannetega hakkama.

⁶⁸ Kui raporti peatükk 4.9 vaatleb haigestumisest tingitud töövõimetus hüvitamist (sõltumata haigestumise/vigastuse põhjustest), siis peatükk 4.10 keskendub kitsalt tööõnnetusest ja kutsehaigusest tingitud töövõimetus hüvitamise süsteemidele.

Teisalt oleks **ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitamise skeemi ühendamise** eesmärk töövõimetuse hüvitamise sidumine süstemaatiliste rehabilitatsioonitegevuste rakendamisega haigestumise varases faasis, mis aitaks parandada isiku suutlikkust ise toime tulla ning kahandaks seeläbi oluliselt täiendavate meetmete kulu. Poliitikavariandi olulisim aspekt on rehabilitatsiooniprotsessi rakendumine enne haigestunud isiku töövõimetuse pikaajaliseks muutumist. Vajalikud on ka keskne töövõimetusejuhtumite jälgimine ning koostöös isiku raviarsti ja tööandjaga isiku õiguse hüvitisele hindamine, samuti rehabilitatsioonivajaduse eelhindamine ja rehabilitatsiooni koordineerimine.

Lisaks võib töövõimetuse hüvitamise süsteemi toetada erakindlustus, et kaasata süsteemi täiendavaid vahendeid. Seejuures on hästi toimiva riikliku turvavõrgu säilimine jätkuvalt vajalik ning samuti ei lahendaks täiendava kindlustuse kaasamine varajase rehabilitatsiooni vajadust. On alust oletada, et pikaajalise töövõimetuse kindlustusjuhtumi piiritlemisel ei pruugi kehtivad püsiva töövõimetuse tuvastamise alused olla kindlustusandjatele vastuvõetavad, kuna praktikas ei pruugi isikul tuvastatud töövõime tema tegeliku töövõime ja sissetulekuga oluliselt seotud olla. Seega võivad erakindlustajad vajada kindlustustoote laialdasemal tarbimisel objektiivsemat kindlustusjuhtumi määratlemise süsteemi – riigil on erakindlustuse kaasamise soovi korral oluline roll süsteemi raamide seadmisel täpsete regulatsioonidega.

Pelgalt tööandja vastutuse suurendamine tööõnnetuste ja kutsehaiguste puhul ei tagaks õiglast hüvitust ega õnnetusele või haigestumisele eelneva olukorra võimalikult lähedast taastamist. Selline muudatus võib küll suurendada tööandja motivatsiooni töökeskkonda parandada, kuid samuti mõjutada tööandjat muudel (töötaja perspektiivist negatiivsetel) viisidel enda kulusid optimeerima. Muudatus ei lahendaks mitmeid olulisi probleeme, nagu tööandja maksejõuetus, rehabilitatsiooni puudulikkus ning kutsehaiguste registreerimise ja diagnoosimisega seotud kitsaskohad. Sellest tulenevalt on oluline tööõnnetuste ja kutsehaiguste käsitlemine tervikuna ning vaadelda tuleb laialdase tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi rakendamise mõjusid.

Lahendustena on võimalikud nii riiklik või avalik-õiguslik kui ka erakindlustusel põhinev süsteem. Nii **erakindlustusel** kui ka **riiklikul korraldusel põhineva** süsteemi rakendamine võib omada erinevaid mõjusid – esimesel juhul oleks tegemist laialdase kindlustuspakkujate valikuga, teisel juhul keskse asutusega. Riikliku süsteemi puhul toimuks rahastamine jooksva finantseerimisel, erakindlustuse puhul tüüpiliselt eelfinantseerimisel. Samas mõlemal juhul on oluline ennetustegevus ehk stiimulite loomine riskide vähendamiseks ning selle korraldus.

Riikliku või avalik-õigusliku süsteemi finantsiliseks ja administratiivseks haldamiseks loodaks eraldi asutus või antakse pädevus mõnele olemasolevale asutusele, kellel on kompetents nii kahjukäsitluse, ennetuse kui ka rehabilitatsiooni alal. Lahtiseks jääb administratiivsete kulude suurus, mis sõltub nii tegevuse intensiivsusest (ennetuskampaaniad, teenuste arendamine) kui ka võimalikust riskipõhisest maksemäärast diferentseerimisest.

Erakindlustuse puhul varieeruks kindlustusmakse suurus erinevate riskigruppide lõikes ning süsteemi käivitumisel võib see sõltuda ka konkreetse tööandja kahjuajaloost. Tulenevalt suurest riski varieerumisest ettevõtlusvaldkondade vahel võib maksemäär mõnede ettevõtetele liiga koormavaks osutada ning seetõttu on siingi oluline laialdane riiklik regulatsioon, mis hõlmaks vastava garantiiasutuse loomist.

Nii era- kui avaliku süsteemi puhul väheneksid Haigekassa, Sotsiaalkindlustusameti, Töötukassa ja KOVide kulutused, aga suureneks tööandjate maksukoormus tulenevalt senisest alahüvitamisest ja katmata riskidest.

Süsteemi loomisel tuleb lahendada **tööõnnetuste ja kutsehaigustega tegeleva tervishoiupersonali potentsiaalse puuduse probleem** ning kujundada adekvaatsed ja õiglased hüvitamise skeemid.

7. Edasised uurimisvajadused ja lõppjärelused

Edasised uurimisvajadused

Sotsiaalkaitse riskidest jäid käesolevast tööst välja laste sünni ja kasvatamisega seotud riskid ning riskide hüvitamise viisidest sotsiaalhoolekanne. Töö käigus rõhutati ka kohalike omavalitsuste pakutavate teenuste ja toetuste, ravimipoliitika ning pikaajalise hoolduse edasise uurimise vajadust. Ravikindlustuse rahastamise muudatustega seoses oleks vajalik teenuse tasemel lähenemine. Näiteks ravikontode rakendamise täpsema mõju uurimiseks oleksid vajalikud Haigekassa mitme perioodi mikroandmed.

Osapoolte käitumuslikud aspektid on poliitikamuudatuste mõju seas olulisel kohal, kuid nende analüüsimine jäi pigem hinnanguliseks. Raskusi on andmete ja varasemate kogemuste kohta empiirilise info saamisega. Oluline on käitumusliku mõju hindamise tähtsuse teadvustamine ja metoodika edasiarendamine.

Konkreetsete muudatuste kavandamisele peaks eelnema spetsiifiline teostatavusuuring, mis katab detailsemalt muudatuste õigusliku, korraldusliku ja administratiivse poole. Kitsamalt piiritletud eesmärgid võimaldavad sügavamalt analüüsida valikukomplektide sobivust Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi.

Uuringute jaoks kriitilise tähtsusega on andmete olemasolu ja kättesaadavus. Praegu puudub adekvaatne statistika, mis aitaks hinnata erinevate ettevõtete tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud riske ja olemasolevaid hüvitamispraktikaid. Kvaliteetseks ajutise töövõimetuse poliitikavariantide analüüsiks on tarvilik kogutud ajutise töövõimetuse juhtumite mikroandmete kättesaadavus ja analüüs.

Erakindlustuse rakendamise sotsiaalse mõju uurimiseks oleksid vajalikud riskigruppide lõikes erinevat tüüpi tervishoiuteenuste kulutused. Riik ei kogu keskselt andmeid Haigekassast mitterahastatavate teenuste kohta (näiteks hambaravi). Samuti ei ole Eestis käesoleval ajal võimalik ühitada isiku tervisekulude ja sissetulekute infot, ei ole teada kindlustamata isikute täpne arv ning puudub kohalike omavalitsuste poolt tehtud ravikulutuste ülevaade.

Edasiste analüüside tegemine eeldab laialdast infovajaduse kaardistust. Kuivõrd sotsiaalsed riskid on omavahel seotud, siis oleks vajalik erinevate sotsiaalkaitset korraldavate asutuste registrite ühendamise võimalus.

Lõppjärelused

Ühtainust õiget sotsiaalkindlustuse mudelit või kindlat teekonda finantsiliselt ja sotsiaalselt jätkusuutliku süsteemi loomiseks ei ole. Iga süsteem areneb demograafiliste, majanduslike, tehnoloogiliste ja kultuuriliste muutuste kontekstis ja mõju all.

Tinglikult saame sotsiaalkindlustussüsteemi nimetada ka kokkulepete süsteemiks ja tagajaks. Sotsiaalkindlustussüsteem on ühiskonna kokkulepe aidata üksteist ehk ühine arusaam sellest, millal tuleb inimesel endal vastutada ning millises olukorras ja mil määral rakendub ühiselt rahastatav sotsiaalkindlustussüsteem. Seega määrab kokkulepe selle, kui palju ja millistel juhtudel me üksteist aitame. Otsustusulatust aitab seejuures lihtsustada skaala solidaarsus – individuaalne vastutus.

Seega on lõplik hinnang vajalikele muudatustele subjektiivne ning tugevalt sõltuv väärtushinnangutest. Peame oskama vastata küsimusele, milliseid eesmärgi soovime sotsiaalkindlustussüsteemiga saavutada. Seetõttu ei ole ka selles uuringus lõplikke vastuseid, vaid tuuakse välja hulk poliitikavariantide võimalikke mõjusid, lähtudes kvalitatiivsest või kvantitatiivsest analüüsist, arvestades Eesti konteksti ning sotsiaalkindlustuse jätkusuutlikkuse probleeme praegu ja tulevikus.

Sotsiaalkindlustussüsteemi finantsilise jätkusuutlikkuse prognooside puhul on oluliseks märksõnaks rahvastiku vanuskoosseis, seejuures süsteemi panustajate ja süsteemist kasusaajate suhe. Rahvastiku vananemise tingimustes väheneb tööealiste inimeste arv ning see mõjutab omakorda sotsiaalkindlustussüsteemi tulubaasi. Lisaks mõjutab süsteemi raskemini prognoositav majandusolukord, mis on mõjutatud paljudest teguritest, sealhulgas välismaailmast. Riigi majanduslik olukord mõjutab ka palkade taset ning tööhõive kaudu sotsiaalkindlustussüsteemi panustajate arvu. Teisalt omab sotsiaalkindlustussüsteem ise mõju riigi majanduse arengule ning ühiskonnaliikmete käitumisele.

Eesti sotsiaalkaitse rahastamine on väga suures osas seotud tööjõumaksudega. See on tingitud nii tööjõumaksude sihtotstarbelisest suunamisest sotsiaalvaldkonda kui ka nende suurest osakaalust valitsussektori tuludes. Tööjõumaksudest sõltuvad kõige enam just rahvastiku vananemise suhtes tundlikud valdkonnad, nagu kulutused vanaduspensionidele ja tervishoiule.

Kui **pensionisüsteemi** reeglid jäävad muutumatuks, siis kasvab pensionäride osakaal rahvastikust 2010. aasta 29 protsendilt 2060. aastaks 40 protsendini ning pensionisüsteem jääb kogu vaadeldavaks perioodiks puudujääki.

Selle trendi muutmiseks on mitmeid võimalusi, nagu näiteks pensioni suuruse ning selle indekseerimise muutmine, pensioniea tõstmine. Samuti on lisatulude saamise võimalus suurendada pensionisüsteemi maksutuluseid, tõstes sihtotstarbelist maksu või laiendades maksubaasi.

Pensionisüsteemi tulude suurendamisel mängivad olulist rolli ka teised sotsiaalkindlustuse skeemid, mis mõjutavad hõivet ja seega ka tööjõumaksude laekumist, nagu näiteks töötuskindlustus, mille üks eesmärk on tagada kõrge hõive, ning ka töövõimetuse hüvitamine, mille puhul on eesmärgiks samuti töövõime säilitamine võimalikult kõrge eani. Kindlasti mängib suurt rolli ka ravikindlustuse süsteem ning selle võime hoida inimesi tervena ja seega töövõimelisena.

Seega on pensionikindlustuse jätkusuutlikkuse tõstmiseks järgnevad valikud:

- pensionikindlustuse tuluseid suurendavad meetmed (sh töötamise perioodi pikendamine võrreldes pensioni saamise perioodiga, maksubaasi laiendamine, maksumäära tõus);
- pensionikindlustuse kulusid vähendavad meetmed (sh varajase pensionile siirdumise vältimine ja muud abinõud, mis suurendavad tegelikku keskmist pensionile siirdumise vanust; samuti pensionide indekseerimise muutused, mis toovad kaasa asendusmäära languse);
- teiste sotsiaalkindlustuse skeemide võimekuse suurendamine, mis mõjutavad pensionisüsteemi tuluseid ja kulusid (sh töövõimetuse hüvitamise süsteemi muudatused, tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse loomine).

Töötuskindlustussüsteemi tõhus toimimine mõjutab ka pensionikindlustuse ja ravikindlustuse tulubaasi. Erinevalt pensionikindlustusest ei ole töötuskindlustusel praeguste maksemäärade juures täiendava finantseerimise vajadust. Samas on töötute vaesusrisk kõrge. Põhjuseks on vähenenud hüvitistega kaetus, töötutoetuse madal määr ja suhteliselt lühike hüvitiste saamise periood. Olukorra muutmiseks on võimalik kohandada hüvitistele ligipääsu piiravaid töötushüvitiste saamise tingimusi, tõsta senist väga madalat töötutoetust, mis ei kata aktiivse tööotsingu kulusid, või pikendada hüvitiste maksmise perioodi kõrge töötuse tingimustes, kui töö leidmine on keerulisem. Seega on küsimus selles, kuidas tagada praeguse süsteemi parameetrite muutmisega võimalikult efektiivne hõivesse pöördumine ja vaesusrisi maandamine.

Ravikindlustussüsteem sõltub sotsiaalmaksu laekumisest, mida omakorda mõjutavad hõive ja palkade tase. Hõive taseme langemine vähendab ka ravikindlustuse tuluseid, kulude poolt mõjutavad aga rahvastiku vananemine ning nõudluse ja teenuste hindade muutus. Lisaks mängivad rolli tehnoloogia areng, kulud infrastruktuurile ja tervishoiutöötajate palkadele.

Selleks, et vähendada kulude ja tulude vahet süsteemis, on mitmeid võimalusi. Näiteks on võimalik suurendada tuluseid (sotsiaalmaksu tõus, maksubaasi laiendamine, riigi siirete suurendamine) või hoopis vähendada kulusid.

Kulude vähendamise võimalusi on erinevaid. Ühelt poolt on võimalik olemasolevat süsteemi efektiivsemalt toimima panna ehk pakkuda sama palju väiksemate hindadega, teiselt poolt on aga võimalik vähendada riigipoolset panust haigestumise riskide maandamisel. Esimene variant hõlmab erinevaid tervishoiuteenuste osutajatega seotud meetmeid, teisel juhul on tegemist individuaalse vastutuse suurendamisega, olgu see erakindlustuse, individuaalsete kogumiskontode rakendamise või lihtsalt inimeste omaosaluse suurendamise kaudu. Omaosaluse suurendamisega võib kaasneda ravi kättesaadavuse halvenemine ning sellest tulenevalt risk suuremateks kulutusteks tulevikus ravikindlustusele ja teistele sotsiaalkindlustuse skeemidele.

Kogumiskontode ja erakindlustuse puhul tuleb arvestada, et individuaalsele vastutusele rõhumine ja seetõttu individuaalsest riskist sõltuv panustamine paratamatult vähendab solidaarsust ja muudab tervishoiu rahastamise regressiivsemaks. Samas võib näiteks erakindlustuse individuaalne lähenemine arendada praegu väiksema rahastamisega teenuseid, mõjutada inimeste tervisekäitumist ning suurendada kindlustust soetanutele teenuste kättesaadavust ja valikuvõimalusi.

Lisaks mängivad suurt rolli teised sotsiaalkindlustuse skeemid, mis võivad ravikindlustuse tuluseid kasvatada või kulusid vähendada. Näiteks töötuskindlustussüsteemi tõhus toimimine suurendab hõivet ning seega ka

sotsiaalmaksu laekumist, millest ravikindlustus sõltub. Samuti võivad töövõimetus hüvitamine, tõhus rehabilitatsioon ning inimeste tööturule tagasitoomine vähendada ravikindlustussüsteemi kulusid ja suurendada sotsiaalmaksu kaudu tulusid. Ka pensionisüsteem ning selle stiimulid omavad mõju. Varajane pensionile siirdumine tähendab praeguses süsteemis sotsiaalmaksu laekumise vähenemist, selliste stiimulite vähendamine on aga vastupidise mõjuga.

Ülaltoodud võimalused ei ole ainukesed. Samuti ei saa neid võimalusi vaadelda teistest eraldiseisvate muudatusena, vaid ka nende kombinatsioonide teatud ulatuses samaaegne rakendamine võib anda soovitud tulemusi. Lisaks mängib rolli muudatuste elluviimise kvaliteet. Valiku tegemisel tuleb arvestada, et igal võimalusel on oma riskid ja puudused.

Seega on ravikindlustuse jätkusuutlikkuse tõstmiseks järgnevad valikud:

- ravikindlustuse tulusid suurendavad meetmed (sh maksubaasi suurendamine, maksumäära tõus)
- ravikindlustuse kulusid vähendavad meetmed (sh efektiivsuse suurendamine või inimeste vastutuse tõstmine)
- teiste sotsiaalkindlustuse skeemide võimekuse suurendamine, mis mõjutavad ravikindlustuse tulusid ja kulusid (sh töövõimetus hüvitamise süsteemi muudatused, tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse loomine).
- muud valikud (sotsiaalhoolekanne, indiviidipõhine abi), mida käesolevas töös ei ole käsitletud.

Üheks oluliseks eraldi käsitlust nõudvaks riskiks on töövõimetus (sh ajutine ja püsiv töövõimetus). Praegune **töövõimetus hüvitamise** korraldus ei ole efektiivne ning töövõimetus hüvitamine tervikuna on killustunud mitme sotsiaalkindlustuse skeemi vahel. Töövõimetus süsteem ei motiveeri tööandjat töökeskkonda parandama ega töötajate tervise eest hoolitsema.

Tulenevalt sisulistest probleemidest ei piisa töövõimetus hüvitamise süsteemi üksikute parameetrite muutmise mittetöötamist soodustavate stiimulite või eri sotsiaalkaitse skeemide koostoime suurendamiseks ning vajalikud on struktuursed ümberkorraldused. See kehtib nii üldhaigestumisest tingitud töövõimetus hüvitamise kohta kui ka tööõnnetuste ja kutsehaiguste mõju kohta laiemalt.

Töövõimetus hüvitamise puhul vaadeldi raportis kolme võimalust: luua riiklik süsteem praeguse ajutise töövõimetus ja pikaajalise töövõimetus süsteemi ühendamise teel, suurendada ettevõtete vastutust töövõimetus riskide maandamisel või kaasata töövõimetus hüvitamisse erakindlustus. Tuleb arvestada, et kahe viimase variandi puhul on riigi roll sellegipoolest oluline, kuivõrd luua tuleks vastav tugistruktuur ning õiguslik raamistik. Jällegi tuleb märkida, et ka töövõimetus hüvitamise süsteemi võime riske maandada mängib rolli ravikindlustuse ja pensionikindlustuse tulude suurendamisel või vähendamisel.

Tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud kulude hüvitamise lahendusena on võimalik nii riiklik või avalik-õiguslik kui ka erakindlustusel põhinev süsteem. Esimesel juhul oleks tegemist keskse asutusega, teisel juhul laialdase kindlustuspakkujate valikuga. Mõlemal juhul on oluline ennetustegevus ehk stiimulite loomine riskide vähendamiseks, et suurendada efektiivsust ning saavutada pikaajaline kulude kokkuhoid.

Seega on sotsiaalvaldkonna jätkusuutliku rahastamise seisukohast oluline sotsiaalkaitsekulutuste ja nende rahastamise allikateks olevate maksude tase ja struktuur, ning nende tundlikkus rahvastikumutuste ja tööturuarengute suhtes. Lisaks sõltub väga palju süsteemide administratiivsest korraldusest, stiimulitest, mida nad majandussubjektidele loovad, ning korralduse efektiivsusest. Samuti on oluline sotsiaalkindlustuse erinevate skeemide omavaheline mõju ning käesolevas töös vaadeldud spetsiifiliste poliitikavariantide rakendamise omavaheline mõju.

Suurema ulatusega muudatuste puhul võivad tehniline teostatavus ja selle kulud olla olulisteks rakendamise kriteeriumiteks. Arvestada tuleb üleminekukuludega seoses infotehnoloogiliste ümberkorralduste või uute lahenduste väljatöötamisega, täiendavate andmete kogumise ja analüüsimise vajadusega, samuti uue institutsiooni loomise, uue töökorralduse rakendamise või inimeste väljaõppega. Lisaks on poliitikamuudatuste rakendamiseks vaja selget poliitilist otsust. Rakendamisele peab eelnema kõiki huvigruppe kaasav diskussioon.

Raporti autorid tänavad kõik osapooli, kes on sellesse töösse panustanud. Loodetavasti ei ole tegemist viimase uuringuga, mis tervikuna sotsiaalkindlustuse rahastamise korraldust vaatleb. Autorid peavad oluliseks mitmete üles kerkinud teemade põhjalikku edasiarendamist ning diskussioonide käivitamist sotsiaalkaitse korralduse üle ühiskonnas.

Töös kasutatud lühendid

- AKM – automaatne kohandamise mehhanism
- ATP – aktiivne tööpoliitika
- ATV – ajutine töövõimetus
- COFOG – valitsemisfunktsioonide klassifikaator (*Classification of the Functions of Government*)
- DB – kindlaksmääratud väljamaksetega sotsiaalkindlustusskeem (*defined benefit scheme*)
- DC – kindlaksmääratud sissemaksetega sotsiaalkindlustusskeem (*defined contribution scheme*)
- DRG – diagnoosipõhine kompleksteenetus (*diagnosis-related group*)
- DTC – *diagnosis treatment combinations*
- EEK – Eesti kroon
- EHK – Eesti Haigekassa
- MAA – majandusaasta aruanne
- EMTAK – Eesti majanduse tegevusalade klassifikaator
- EL – Euroopa Liit
- ESSPROS – Euroopa sotsiaalkaitse statistika süsteem (*European system of integrated social protection statistic*)
- EUR – euro
- EUROPOP – *Eurostati* rahvastikuprognosis
- FIE – füüsilisest isikust ettevõtja
- HSA – USAs rakendatud ravikonto (*Health Savings Account*)
- IFA – Rahvusvaheline Maksuõiguse Ühing (*International Fiscal Association*)
- ILO – Rahvusvaheline Tööorganisatsioon (*International Labour Organization*)
- ILO SPF – Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni sotsiaalkaitse miinimumtase (*International Labour Organization's The Social Protection Floor*)
- IMF – Rahvusvaheline Valuutafond (*International Monetary Fund*)
- IRR – süsteemi sisemine tulumäär (*Internal Rate of Return*)
- KOV – kohalik omavalitsus
- MSA – ravikonto (*Medical Savings Account*)
- MTA – Maksu- ja Tolliamet
- NDC – kindlaksmääratud sissemaksete ja arvestuslike kontodega pensioniskeem (*notional defined contribution scheme*)
- OECD – Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (*Organisation for Economic Co-operation and Development*)
- PAYG – jooksev finantseerimine (*pay-as-you-go*)
- RPKS – riikliku pensionikindlustuse seadus
- SEK – Rootsi kroon
- SKA – Sotsiaalkindlustusamet
- SKP – sisemajanduse koguprodukt
- SM – sotsiaalmaks
- SMS – sotsiaalmaksuseadus
- THI – tarbijahinnaindeks
- THKK – tervishoiu kogukulud
- TMS – tulumaksuseadus
- TÕKS – tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteem
- WHO – Maailma Terviseorganisatsioon (*World Health Organization*)
- VV – Vabariigi Valitsus

Kirjanduse loetelu

- 1) 2008. aasta WHO Euroopa ministrite konverentsi lõppdokument – Tallinna harta. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/WHO_Tallinna_harta1.pdf]. 25.09.2011
- 2) 2011. aasta riigieelarve seaduse eelnõu seletuskiri. Rahandusministeerium. [<http://www.fin.ee/index.php?id=366>]. 10.01.2011
- 3) 2012. aasta riigieelarve seaduse eelnõu seletuskiri [<http://www.fin.ee/riigieelarve-2012>] 19.10.2011
- 4) [Ajutise töövõimetuse hüvitise määramiseks ja maksmiseks vajalike dokumentide ja andmete koosseis ning hüvitise määramise ja maksmise kord. Redaktsioon jõustunud 01.04.2010.](#) [<https://www.riigiteataja.ee/akt/13293045>]. 30.03.2011
- 5) Alakeson, V. International Developments in Self-Directed Care. Issues in International Health Policy, 2010, 11 p.
- 6) All About HSAs. U.S. Treasury Department. [https://ustreas.gov/offices/public-affairs/hsa/pdf/all-about-HSAs_072208.pdf]. 10.01.2011.
- 7) Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S., Widmaier, S. The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options. Discussion Paper No. 2625, 2007.
- 8) Arrow, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. – American Economic Review. 1963, Vol. 53, No. 5, pp. 941-973.
- 9) Assessing Needs of Care in European Nations. ANCIEN. WP 1: Overview of long-term care systems. Country report: Estonia. Praxis, 2010, 29 p.
- 10) Atkinson, A., Micklewright, J. Unemployment Compensation and Labour Market Transitions: A Critical Review. Journal of Economic Literature, 29, 1991, pp 1679-1727.
- 11) Baron, F. J., Porter, E. M., Teperi, J., Vuorenkoski L. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. 2009, 115 p.
- 12) Barr, M. D. Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiry. – Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 4, 2001, pp. 709-726.
- 13) Barr, N. Reforming pensions : myths, truths, and policy choices. International social security review 55 (2), 2002, pp. 3-36.
- 14) Barr, N. The Economics of the Welfare State. Oxford University Press 1993, 498 p.
- 15) Börsch-Supan, A.H. and Wilke, C.B. The German public pension system: How it will become an NDC system look-alike, in R. Holzmann and E. Palmer (eds.) Pension Reform: Issues and Prospects for Notional Defined Contribution (NDC) Schemes, Chapter 22. 2006, Washington, DC: World Bank.
- 16) Börsch-Supan, A.H. Rational pension reform, The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice 32(4), 2007, pp. 430-446.
- 17) Byrne, M. J., Rathwell, T. Medical savings accounts and the Canada health act: complimentary or contradictory – Health Policy, 2005, Vol. 72, pp. 367-379.
- 18) Chia, N-C., Tsui, A. Medical savings accounts in Singapore: how much is adequate? – Journal of Health Economics, 2005, Vol. 24, pp. 855-875.
- 19) Cichon, M., Dror, D., Newbrander, W., Normand, C., Preker, A., Weber, A., Yamabana, H. Modelling in health care finance. A compendium of quantitative techniques for health care financing. 1999, 398 p.
- 20) Cichon, M; Scholz, W; van de Meerendonk, A; Hagemeyer, K; Bertranou, F; Plamondon P. Financing social protection. Quantitative Methods in Social Protection Series. Geneva, International Labour Office/International Social Security Association. 2004.
- 21) Delnoij, D., Brenner, G. Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholding? Health Policy 52, 2000, pp. 157-169.
- 22) Department of Statistics Singapore. [<http://www.singstat.gov.sg/stats/themes.html>] 12.02.2011
- 23) Dewulf, G., Wright, S. Capital financing models, procurement strategies and decision-making. - Investing hospitals in the future, 2009, [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf]. 27.03.2011
- 24) DG ECFIN and EPC Ageing Working Group, The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States 2008-2060. 2009, Brussels: European Commission and Economic Policy Committee.
- 25) Diamond, P. Social Security Reform with a Focus on Sweden. The Lindahl Lectures, Uppsala University, October 21-23, 1999.
- 26) Diamond, P. Social security, American Economic Review 94(1), 2004, pp. 1-24.
- 27) Dixon, A. Are medical savings accounts a viable option for funding health care? – Croatian Medical Journal, 2002, Vol. 43, No. 4, pp. 408-416.
- 28) Dixon, A., Mossialos, E., Figueras, J., Kutzin, J. Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002, 309 lk.
- 29) Dong, W. Can health care financing policy be emulated? The Singaporean medical savings accounts model and its Shanghai replica. – Journal of Public Health, 2006, 1-6.
- 30) Eesti sotsiaalkaitsesüsteemi korralduse efektiivsuse analüüs. Poliitikauuringute keskus Praxis 2011.
- 31) Eesti Töötukassa. [<http://www.tootukassa.ee/index.php?id=11328>]. 5.09.2011
- 32) Eesti Töötukassa majandusaasta aruanne 2010. [<http://www.tootukassa.ee/index.php?id=11268>]. 12.10.2011
- 33) Eesti Töötukassa majandusaruanne, 2009. [http://www.tootukassa.ee/public/aastaruanne_2009.pdf]. 05.08.2011
- 34) Erakorralise meditsiini osakonda pöördunud patsientide uuringu kokkuvõte. Riigikontroll, 2011, 13 lk. [<http://www.riigikontroll.ee/DesktopModules/DigiDetail/FileDownloader.aspx?AuditId=2172&FileId=11199>]. 30.04.2011
- 35) Eriarstiabi lepingute sõlmimise korraldus Haigekassas. Riigikontrolli kontrolliaruanne nr 2-6/05/16, 2005. [<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/1877/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>]. 25.09.2011
- 36) Esmase erakorralise arstiabi korraldus. Riigikontrolli aruanne. Tallinn, 2004. [<http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1461/1/Riigikontroll2004.pdf>]. 26.07.2011

- 37) Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2014. Kinnitatud sotsiaalministri 5. veebruari 2009. aasta käskkirjaga nr 16. [[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Esma tasandi_arengukava_2009-2015.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Esma_tasandi_arengukava_2009-2015.pdf)]. 25.09.2011
- 38) Ettelt, S., McKee, M., Nolte, E., Mays, N., Thomson, S. Planning health care capacity: whose responsibility? – Investing hospitals in the future, 2009, [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf]. 16.04.2011
- 39) Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu Agentuur [<http://osha.europa.eu/et/statistics>]. 28.03.2011
- 40) European Commission. Employment in Europe report. DG Employment, 2004, Social Affairs and Equal Opportunities: Brussels.
- 41) European Commission. Taxation Trends in the European Union. Data for the EU Member States, Iceland and Norway. Luxembourg. Publications Office of the European Union. 2011.
- 42) European statistics on accidents at work. Methodology. 2001. [http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/statmanuals/files/ESAW_2001_EN.pdf]. 08.09.2011
- 43) Eurostat [<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>]. 28.03.2011
- 44) Evaluating the History, Future and Lessons of Pension Reform in Sweden by Ole SETTERGREN (2005), Director of the Department of Pensions of Sweden's Social Insurance Agency. [http://www.rieti.go.jp/en/special/policy-update/023_2.html]. 03.01.2011
- 45) Forget, E. L., Deber, R. B., Roos, L. L. Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence. – Health Policy, 2004, Vol. 70, pp. 49-66.
- 46) Forget, E. L., Deber, R. B., Roos, L. L. Medical Savings Accounts: Will they reduce costs? – Canadian Medical Association Journal, 2002, Vol. 167, No. 2, pp. 143-147.
- 47) From Stimulus to Consolidation: Revenue and Expenditure Policies in Advanced and Emerging Economies. IMF publications. A staff team led by Clements, B; Keen, M; Perry, V; Toro J. 2010.
- 48) Gjesdal, S., Bratberg, E. Diagnosis and duration in sickness-absence as predictors for disability pension. University of Bergen. Working Paper Series No 47. 2001
- 49) Glied, S. Health savings accounts in the United States – Euro Observer, 2008, Vol. 10, No. 4, pp. 5-6.
- 50) Gottret, P., Schieber, G. Health Financing Revisited A Practitioner's Guide. The World Bank, 2006, 310 p. [<http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>]. 25.01.2011
- 51) Gruber J. Public Finance and Public Policy, Worth Publishers. 2005.
- 52) Habicht, J., Saluse, J., Vörk, A. Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007. Health Financing Technical Report. World Health Organization 2009. [http://www.leeuro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78903/e92952.pdf]. 09.08.2011
- 53) Hagemann, R. P., Nicoletti, G. Ageing Populations: Economic Effects and Implications for Public Finance, OECD Economics Department Working Papers, No. 61, 1989. OECD Publishing. [<http://dx.doi.org/10.1787/401111720150>]. 25.09.2011
- 54) Haigekassa arengukava 2011-2014. Kinnitatud Haigekassa nõukogu 14.01.2011. aasta otsusega nr. 1. [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Eesti_haigekassa_arengukava_2011-2014.pdf]. 25.09.2011
- 55) Haigekassa majandusaasta aruanne 2009. Haigekassa, 89 lk. [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/aruanded/Eesti_Haigekassa_majandusaasta_aruanne_2009_est.pdf]. 27.11.2010.
- 56) Haigekassa majandusaasta aruanne 2010. [https://www.riigiteataja.ee/akti/3030/5201/1004/EHK_15.04.2011_o7lisa.pdf]. 25.09.2011
- 57) Haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Riigikontrolli aruanne. Tallinn, 2010. [<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1721/1/Riigikontroll2010.pdf>]. 26.04.2011
- 58) Ham, C. GP Budget Holding: Lessons from Across the Pond and from the NHS. University of Birmingham, Health Services Management Center Policy Paper 7, 2010, 10 p. [<http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Policy-paper-7.pdf>]. 30.03.2011
- 59) Ham, C. Learning from the tigers: stakeholder health care. – Lancet, 1996, Vol. 347, pp. 951-953.
- 60) Hanvoravongchai, P. Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience. World Health Organization. 2002. 53 lk. [<http://www.who.int/healthinfo/paper52.pdf>]. 25.10.2010
- 61) Hartley, G. R., van Ours, J. C., Vodopivec, M. Incentive Effects of Unemployment Insurance Savings Accounts: Evidence from Chile. The Institute for the Study of Labor Discussion Paper No. 4681. Bonn 2010, 34p. [<http://www.politiquessociales.net/IMG/pdf/dp4681.pdf>]. 23.09.2011
- 62) Health and safety at work in Europe (1999-2007) [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF]. 28.03.2011
- 63) Health and safety at work statistics 2011 [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Health_and_safety_at_work_statistics]. 24.03.2011
- 64) Health Insurance in Netherlands. The new health insurance system from 2006. Ministry of Health, Welfare and Sport, 76 p.
- 65) Health Savings Account Enrollment Reaches Ten Million. America's Health Insurance Plans (AHIP). [<http://www.ahip.org/content/pressrelease.aspx?docid=30516>]. 10.01.2011
- 66) Health systems financing: The path to universal coverage. The World Health Report 2010. Executive Summary. World Health Organization, 2010, 20 p. [http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf]. 2.02.2011
- 67) Healthcare Financing. Ministry of Health, Singapore. [<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=310>]. 10.01.2011
- 68) Hinnosaar, M. Reservation wage, job search intensity and unemployment benefits. Labour market research in Estonia: papers of the research seminar, Tallinn, May 9, 2003. Eesti Pank 2004, pp. 95-111.
- 69) Hofer, H. Reform of Severance Pay Law in Austria. Discussion Paper 2006, p 7-20. [<http://pdf.mutual-learning-employment.net/pdf/AT06/disspaperPCIE%20AT%2006.pdf>]. 15.08.2011
- 70) Hooldus- ja õendusabi teenuste osutamine integreeritud. Kontseptsioon. 2007, 9 lk.

- 71) Hoolduskoormuse vähendamiseks jätkusuutliku eakate hooldussüsteemi finantseerimissüsteemi väljatöötamine. Etapp III (finantseerimissüsteemi kirjeldus) ja lõppraport. PricewaterhouseCoopers Advisors. 2009, 40 lk.
- 72) Hospitals SG. [<http://www.hospitals.sg/hospitals>]. 20.04.2011
- 73) Hsiao, W. C. Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore. – Health Affairs, 1995, Vol. 14, No. 2, pp. 260-266.
- 74) Hurley, J. Medical Savings Accounts will not advance Canadian health care objectives. – Canadian Medical Association Journal, 2002, Vol. 167, No. 2, pp. 152-153.
- 75) Hussey, P. S., Eibner, C., Ridgely, M. S., McGlynn, E. A. Controlling U.S. Health Care Spending — Separating Promising from Unpromising Approaches. The New England Journal of Medicine 361;22, 2009, pp. 2109-2111.
- 76) Häkkinen, U., Martikainen, P., Nihtilä, E., Noro, A., Peltola, M. Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland. - Health Economics, Policy and Law, 2008, pp. 165-195.
- 77) Härmsalu, G., Palu, K., Talpsepp, P. Ravikindlustusega hõlmamata isikute olukord Eesti Vabariigi kohalikes omavalitsustes. Õiguskantseleri Kantselei, Tallinn 2009, 264 lk.
- 78) Igl, G. Rothgang, H., Long-term Care in Germany. The Japanese Journal of Social Security Policy, Vol. 6, No.1. 2007.
- 79) Immervoll, H., Pearson, M. A Good Time for Making Work Pay? Taking Stock of In-Work Benefits and Related Measures Across the OECD. OECD Social, Employment and Migration Working Papers No 81. OECD 2009, 59 p.
- 80) Improving the Allocation of Domestic Savings for Economic Development: Case Study of Singapore. – 9th APEC Finance Ministers Meeting, 2002, pp. 255-276. [<http://www.banxico.org.mx/tipo/publicaciones/seminarios/Singapore.pdf>] 30.04.2011
- 81) Jochelson, K. Paying the Patient. 2007. The King's Fund. 22 lk. [<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/BCC2F5C3-B685-4FF1-AE77-39C52F4ED247/0/payingthepatient.pdf>]. 12.01.2011
- 82) Jones, K. et al. Experiences of implementing personal health budgets: 2nd interim report. PSSRU Discussion Paper 2747/2. November 2010. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122032]. 27.03.2011
- 83) Kaarna, R., Vörk, A. Eesti maksukoormuse areng: jaotus, mõjud ja tulevikuvälkud. - Praxise Toimetised 5/2010.
- 84) Karu, M., Vörk, A. Peredele suunatud rahalised toetused: mõju ebavõrdsusele, sündimusele ja tööturukäitumisele. - Praxise Toimetised 1/2009.
- 85) Karu, M., Nurmela, K., Osila, L., Vörk, A. Sotsiaalkaitsesüsteemi roll turvalise paindlikkuse kujundamisel Eestis. Praxise toimetised nr 2/2010. [http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Toimetised/Praxis_toimetis2_2010.pdf]. 05.03.2011
- 86) Kausto, J., Virta, L., Luukkonen, R., Juntura, E.-V. Associations between partial sickness benefit and disability pensions: initial findings of a Finnish nationwide register study. BMC Public Health 2010, 10:361
- 87) Key components of a well functioning health system. World Health Organization, 2010, 2 p. [http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf] 12.02.2011
- 88) Key Household Income Trends, 2010. Department of Statistics Singapore, 2011, 14 p. [<http://www.singstat.gov.sg/pubn/papers/people/pp-s17.pdf>] 25.04.2011
- 89) Kindlustustegevuse seadus. Vastu võetud Riigikogus 8. detsembril 2004. a. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/831362>]. 29.08.2011
- 90) Kohustusliku kindlustuse vormis tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi lähtealused. 5 lk.
- 91) Koman, R., Schuh, U., Weber, A. The Austrian Severance Pay Reform: Toward a Funded Pension Pillar. Empirica Vol 32, 2005, pp 255-274.
- 92) Koppel, A., Kahur, K., Habicht, T., Saar, P., Habicht, J., Ginnenken, E. Estonia Health system review. Health Systems in Transition, 2008.
- 93) Koppel, A., Kahur, K., Habicht, T., Saar, P., Habicht, J., van Ginneken, E. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes 10(1), 2008, 308 lk.
- 94) Kruus, P., Kaarna, R., Impact of Possible Social Tax Cut on Health System. Health Policy Monitor 2010.
- 95) Kruus, P., Aaviksoo, A., Shifting the costs of budget cut onto providers. Health Policy Monitor 2010.
- 96) Kulikov, D., Paabut, A., Staehr, K. A. Microeconomic Analysis of Household Saving in Estonia: Income, Wealth and Financial Exposure. Working Papers of Eesti Pank No 8 /2007.
- 97) Kutzin, J. Health financing policy: a guide for decision-makers. World Health Organization, 2008, 26 p. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf] 12.02.2011.
- 98) Kutzin, J., Cashin, C., Jakab, M. Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition, World Health Organization, 2010, 411 p. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf] 12.02.2011.
- 99) Lauringson, A. Disincentive Effects of Unemployment Insurance Benefits: Maximum Benefit Duration versus Benefit Level. University of Tartu, Faculty of Economics and Business Administration Working Paper No 70, Tartu 2010, 40 p.
- 100) Lauringson, A. Unemployment insurance benefits and unemployment duration. Artikkel doktorantide suvekooliks. Tallinn 2009.
- 101) Leetmaa, R., Leppik, L., Liimal, P. Töötuskindlustus – teooriast ja praktikast. Poliitikauringute Keskus Praxis, Eesti Töötukassa. Tallinn 2004, 96 lk.
- 102) Leetmaa, R., Leppik, L., Tiit, E.-M., Vörk, A. Euroopa Liidu ühiste pensionieesmärkide mõju Eesti pensionisüsteemile. Praxise Toimetised 14/2004. [http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Too-ja_Sotsiaalpoliitika/EL_uhiste_pensionieesmarkide_moju/PRAXISE_Toimetised_Pension_2704048.pdf]. 02.01.2011
- 103) Leetmaa, R., Vörk, A. Do Post-Soviets Behave According to Search Models? Econometric Analyses of the Incentive Effects in the Estonian Unemployment Insurance System on Unemployment Duration. Mimeo. Praxis Center for Policy Studies, 2004.
- 104) Leetmaa, R., Vörk, A., Eamets, R., Sõstra, K. Aktiivse tööpoliitika tulemuslikkuse analüüs Eestis. Poliitikauringute Keskus Praxis. Tallinn 2003, 108 lk.
- 105) Leppik, L., Veidemann, B. Laste arvu mõjust pensionile. - Praxise Toimetised. 2006, 23 lk.
- 106) Lim, M. K. Associate Professor of National University of Singapore. Kirjavahetus, oktoober 2010 – mai 2011

- 107) Lim, M. K. Disease Management. Health Policy Monitor, 2006, [<http://www.hpm.org/survey/sg/a7/3>]. 16.04.2011
- 108) Lim, M. K. Liberalization of Medisave Use. Health Policy Monitor, 2006, [<http://www.hpm.org/survey/sg/a7/2>]. 16.04.2011
- 109) Lim, M. K. Medisave: Increase in withdrawal limits. Health Policy Monitor, 2007, [<http://www.hpm.org/survey/sg/a9/3>]. 16.04.2011
- 110) Lim, M. K. Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore. Health Policy Monitor, 2003, [http://www.hpm.org/Downloads/healthcare_financing.pdf]. 16.04.2011
- 111) Lincoln Financial Group homepage. Voluntary short-term disability insurance. [<http://www.lfg.com/LincolnPageServer?LFGPage=/lfg/acc/fprod/grpins/index.html&LFGContentID=/lfg/acf/prd/bep/p16>]. 01.09.2011
- 112) Lindell, C. Longevity is increasing – What about the retirement age? Finnish Centre for Pensions, WP-6. 2004.
- 113) Maarse, H. Dutch health care reform at the crossroads. 2011, 10 p.
- 114) Maarse, H. Hospital funding in the Netherlands. 2011, 7 p.
- 115) Maarse, H., Normand, C. Market competition in European hospital care. - Investing hospitals in the future, 2009, [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf]. 27.03.2011
- 116) Martikainen, T. Specialization as a business model. Scanbalt Forum, Tartu 2010.
- 117) Massaro, T. A., Wong, Y-N. Medical Savings Accounts: The Singapore Experience. National Center for Policy Analysis, 1996, 22 p. [<http://www.ncpa.org/pdfs/st203.pdf>]. 05.11.2010
- 118) Massaro, T. A., Wong, Y-N. Positive Experience With Medical Savings Accounts In Singapore. – Health Affairs, 1995, Vol. 14, No. 2, pp. 267-272.
- 119) Masson, P. R., Tryon, R. W. Macroeconomic Effects of Projected Population Aging in Industrial Countries. IMF Working Paper WP/90/5, 1990, International Monetary Fund
- 120) Matusetoetus [<http://www.sm.ee/tegevus/huvitised-ja-toetused/matusetoetus.html>]. 24.03.2011
- 121) Maynard, A., Dixon, A. Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience. – Funding health care: options for Europe. World Health Organization, 2002, pp. 109-127. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf] 30.10.2010.
- 122) McLeod, H., McIntyre, D. Medical savings accounts in South Africa – Euro Observer, 2008, Vol. 10, No. 4, pp. 7-9.
- 123) McMahan, F. The potential of medical savings accounts: Market dynamics in a government-funded system – Fraser Forum, 2008, pp. 8-9. [<http://www.fraserinstitute.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=3891>] 6.11.2010.
- 124) [Medar, E., Medar, M. Riigi ja kohalike omavalitsuste poolt rahastatavad sotsiaaltoetused ja -teenused](#). Tartu Ülikooli kirjastus, 2007.
- 125) MISSOC (Mutual Information System on Social Protection/Social Security) [http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en]. 25.05.2011
- 126) Moon, M., Nichols, M. L., Wall, S. Medical Savings Accounts: A Policy Analysis. Urban Institute, 1996, 23 p. [<http://www.urban.org/UploadedPDF/msa.pdf>] 02.10.2010.
- 127) Mossialos, E., Dixon, A. Funding health care: an introduction. – Funding health care: options for Europe. World Health Organization, 2002, pp. 1–30. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf] 30.10.2010.
- 128) Mossialos, E., Thomson, S. Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe? Euro Observer, 2008, Vol 10, No. 4, 16 p.
- 129) Mossialos, E., Thomson, S. Private Health Insurance in the European Union. London School of Economics and Political Science, 2009. [<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docid=4216&langId=en>]. 21.01.2011
- 130) Ng, E. Central Provident Fund in Singapore. A Capital Market Boost or a Drag? National University of Singapore. 80 p.
- 131) OECD Rural Policy Reviews: Strategies to Improve Rural Service Delivery [http://www.oecd.org/document/20/0,3343,en_2649_34413_44923348_1_1_1_1,00.html]. 01.09.2011
- 132) OECD. Estonia. OECD Economic Surveys. Volume 2009/3. April 2009.
- 133) OECD. Sickness, disability and work: Breaking the barriers. 2010.
- 134) OECD. Benefit systems and Work Incentives. Paris 1999, 68 p.
- 135) OECD. Maintaining Prosperity in an Ageing Society. 1999.
- 136) OECD. Net replacement rates (NRR) for long-term unemployed, during the initial phase of unemployment and over a five-year period following unemployment, 2001-2009. [http://www.oecd.org/document/3/0,3746,en_2649_34637_39617987_1_1_1_1,00.html]. 29.04.2011
- 137) OECD. Reforms for an Ageing Society. Social Issues. 2000.
- 138) [Õiguskantsleri arvamus põhiseaduslike järelevalve kohtumenetluse asjas. 29.11.2010. Nr 9-2/101853/1006906](#), 9 lk, [http://www.oiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/ERIMENETLUSED/Arvamusd_Riigikohtule_2010/Riigikohus_arvam_us_RaKS__57_lg_6.pdf]. 20.05.2011
- 139) Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf]. 25.09.2011
- 140) Palmer, E. The new Swedish model fo Sickness insurance. Presentation at ISSA European network technical seminar on Sickness insurance, work (in)capacity and re-integration. 07.04.2011
- 141) Pauly, M. V. Medical Savings Accounts in Singapore: What Can We Know? – Journal of Health Politics, Policy and Law, 2001, Vol. 26, No. 4, pp. 727-731.
- 142) Pauly, M. V. The Economics of Moral Hazard: Comment. – The American Economic Review. 1968, Vol. 58, No. 3, pp. 531-537.
- 143) Penner, R.G. and Steuerle, C.E. Stabilizing Future Fiscal Policy. It's Time to Pull the Trigger, Washington, DC: The Urban Institute, Research Project. 2007.

- 144) Pensionireformi kulude analüüs. Praxis Toimetised 2008. [http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Too-ja_Sotsiaalpoliitika/Pensionireformi_kulude_analuus/PRAXIS_Transitioncost__final_22022008.pdf]. 17.09.2011
- 145) Pereaustiabi korraldus. Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid? Riigikontrolli aruanne 2011. [<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2172/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>]. 25.09.2011
- 146) Perry, G. Whatever happened to medical savings accounts? – Accounting Today, 2004.
- 147) [PITRA II - puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega](#) Lõppraport. Tallinn 2008.
- 148) Preker, A. S., Jakab, M., Schneider, M. Health financing reforms in central and eastern Europe and the former Soviet Union. – Funding health care: options for Europe. World Health Organization, 2002, pp. 80–109. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf] 30.10.2010.
- 149) [Püsiva töövõimetus, selle tekkimise aja, põhjuse ja kestuse tuvastamise tingimused ja kord ning töövõimetus põhjuste loetelu. Redaktsioon jõustunud 01.01.2010.](#) [<https://www.riigiteataja.ee/akt/13199181>]. 30.03.2011
- 150) [Puudega või töövõimekaotusega inimese töölevõtmine.](#) [http://www.rmp.ee/too/toost_puhkusest/7374]. 30.03.2011
- 151) Rahandusministeerium, Makromajanduse näitajad 2000–2060 [<http://www.struktuurifondid.ee/file.php?10144401>]. 25.09.2011
- 152) Rahandusministeerium. Maksutulude prognoos aastateks 2011–2015, kevad 2011. Personaalne kommunikatsioon, 07.04.2011.
- 153) Rahandusministeerium. Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse sotsiaal-majandusliku mõju analüüs. 2006.
- 154) [Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020](#), 2008. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf]. 20.05.2011
- 155) Rating systems. An international comparison of workers' compensation insurance. Münchener Rück Munich Re Group, 2002.
- 156) [Ravikindlustuse seadus. Redaktsioon jõustunud 27.02.2011.](#) RT I, 17.02.2011, 4. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/833234>]. 30.03.2011
- 157) Rentier, D. K., Died, S. A. How Much More Cost Sharing Will Health Savings Accounts Bring? – Health Affairs, 2006, Vol. 25, No. 4, pp. 1070-1078.
- 158) Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. Pathways to Quality Health Care Series. Institute of Medicine of the National Academies Report. Washington D.C: The National Academies Press, 2007, 27 p. [<http://www.nap.edu/catalog/11723.html>]. 25.09.2011
- 159) Riigi tegevus puuetega inimeste ja töövõimetuspensionäride toetamisel. Riigikontrolli aruanne. Tallinn, 2010, 53 lk.
- 160) Riikliku pensionikindlustuse seadus. Vastu võetud Riigikogus 5. detsembril 2001. a. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/833287>]. 09.08.2011
- 161) Sakamoto, J. Roles of the social security pension schemes and the minimum benefit level under the automatic balancing mechanism, Nomura Research Papers No. 125. 2008.
- 162) Saldoandmike infosüsteem. [<https://saldo.fin.ee/>]. 18.07.2011.
- 163) Saltman, R. B. Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea. – European Journal of Public Health, 1998, Vol. 8, No. 4, pp. 276-278.
- 164) Sasso, A. T. L., Mona, S., Frogner, B. K. Health Savings Accounts and Health Care Spending. – Health Services Research, 2010, Vol. 45, No. 4, pp. 1041-1060.
- 165) Scheffler, R., Yu, W. Medical savings accounts: A worthy experiment. – European Journal of Public Health, 1998, Vol. 8, No. 4, pp. 274-276.
- 166) Schmid, G., Reissert, B. Unemployment Compensation and Labour Market Transitions, Schmid, G., O'Reilly, J., Schömann, K. International Handbook of Labour Market Policy and Evaluation. Cheltenham: Edward Elgar Publishing 1996.
- 167) Schreyogg, J. Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts. – The Geneva Papers on Risk and Insurance, 2004, Vol. 29, No. 4, pp. 689–704.
- 168) Schulz, E. The long-term care system in Germany. Enepri Reaserach Report No. 78, Contribution to WP1 of the Ancien Project, June 2010.
- 169) Scott, R. D., Solomon, S. L., McGowan, J. E. Applying Economic Principles to Health Care. – Emerging Infectious Diseases, 2001, Vol. 7, No. 2, pp. 282–285.
- 170) Settergren, O. Impact of the financial and economic crisis on the Swedish pension system. ISSA, 30.09.2010. [<http://www.issa.int/News-Events/News2/Impact-of-the-financial-and-economic-crisis-on-the-Swedish-pension-system>] 04.05.2011
- 171) Settergren, O. The automatic balance mechanism of the Swedish pension system – A non-technical introduction, Wirtschaftspolitische Blätter 4/2001: 339–349.
- 172) Sharma, M., Atri, A. Essentials of International Health. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 500 p.
- 173) Shin, J. Private Health Insurance in South Korea: An International Comparison. [Stanford Asia Health Policy Program Working Paper No. 22](#). January 2011.
- 174) Shortt, S. E. D. Medical Savings Accounts in publicly funded health care systems: enthusiasm versus evidence. – Canadian Medical Association Journal, 2002, Vol. 167, No. 2, pp. 159-162.
- 175) Singapore Unemployment Rate [http://www.indexmundi.com/singapore/unemployment_rate.html]. 20.04.2011
- 176) Singapuri Tööjõuministeerium. [<http://www.mom.gov.sg/statistics-publications/national-labour-market-information/statistics/Pages/unemployment.aspx>]. 20.04.2011
- 177) Statistikaamet. [<http://www.stat.ee/>]. 06.09.2011
- 178) Sööt, M.-L, Vajakas, K., Korruptsioon Eestis: kolme sihtrühma uuring 2010, Tallinn: Justiitsministeerium, 2010, 68 lk.
- 179) [Sotsiaalhoolekande kontseptsioon](#), Sotsiaalministeerium, 2004
- 180) Sotsiaalhoolekandeseadus. Vastu võetud Riigikogus 8. veebruaril 1995. a. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/958158>] 09.08.2011
- 181) [Sotsiaalkindlustus](#). [www.sm.ee] 28.02.2011.

- 182) Sotsiaalkindlustusamet. [www.ensib.ee] 28.03.2011
- 183) Sotsiaalmaksuseadus. Vastu võetud Riigikogus 13. detsembril 2000. a. – Riigi Teataja, 2010, nr. 102, art. 675. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/119112010008>] 27.11.2010
- 184) Sotsiaalministeeriumi 2009. aasta majandusaasta aruanne. 103 lk.
- 185) [Sotsiaalministeerium. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse muutmise kontseptsioon](#). 2006.
- 186) Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse riiklik aruanne 2008-2010. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalne_kaasatus/Sotsiaalse_kaitse_ja_kaasatuse_riiklikud_aruanded/Sotsiaalse_kaitse_ja_kaasatuse_riiklik_aruanne__2008-2010_.pdf] 28.03.2011
- 187) Starmans, B., Janssen, R., Schepers, M., Verkooijen, M. The effect of a patient charge and a prescription regulation on the use of antihypertension drugs in Limburg – The Netherlands Department of Health Economics. Maastricht. 1994, Vol. 26, No. 3, pp. 191-206.
- 188) Struijs, J. N., Baan, C. A. Intergrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands. New England Journal of Medicine 2011, 364:11, pp. 990-991.
- 189) Sussex, J. Principles of capital financing and capital charging in health care systems. –Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, 2004, 15 p.
- 190) Tallinna linna teine abipakett linnaelanikule ja ettevõtjale 2011–2012 [<http://www.tallinn.ee/est/too/g7704s54119>]. 19.09.2011
- 191) Tenhunen, S., Vaittinen, R. Eläkejärjestelmän automaattiset vakautusmekanimit – teoriaa ja kokemuksia jarruista ja elinaikakertoimista. Raportteja 2010:7. [<http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=64935>] 25.02.2011
- 192) Teperi, J., Porter, M. E., Vuorenkoski, L., Baron, J. F. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sirta Reports 82. Helsinki 2009, 115 p. [http://www.isc.hbs.edu/pdf/Finnish_Health_Care_System_SITRA2009.pdf]. 25.09.2011
- 193) Terviseamet 2008 [http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Tervishoid/tootervis/2008_kutsehaiguste_ja_toost_pohjustatud_haigestumise_aruande_aluus.pdf]. 08.09.2011
- 194) Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut. [<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>] 28.11.2010
- 195) Tervishoiuprojekt 2015. Riigikontrolli aruanne. Tallinn, 2003. [<http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1441/1/Riigikontroll2003.pdf>]. 26.07.2011
- 196) Tervishoiuprojekt 2015. Tervishoiu investeerimispoliitikat toetav majanduslik ja õiguslik analüüs. 2002, 51 lk.
- 197) Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud 09.05.2001, RT I 2001, 50, 284. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/965572?leiaKehtiv>]. 25.09.2011
- 198) Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi lähtealuste seletuskiri. 10 lk.
- 199) The Dutch Healthcare Authority. Marktscan medisch specialistische zorg. Report. Utrecht 2011. Via Maarse, H. Hospital funding in the Netherlands. 2011.
- 200) The economic consequences of ill-health in Estonia. Research Report. World Health Organization Regional Office for Europe, Ministry of Social Affairs, PRAXIS Center for Policy Studies. 2006.
- 201) The Insurance Companies 2009. Statistics of Finnish insurance market. [http://www.finanssivalvonta.fi/en/Statistics/Insurance_market/Insurance_companies/Documents/Insurance_companies_2009.pdf]. 30.03.2011
- 202) The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization, 2000, 206 p. [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf]. 2.02.2011
- 203) Thomson, S., Mossialos, E. Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. Journal of European Social Policy, 2006, 16(4): 315-327.
- 204) Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., Bryndova, L. Addressing financial sustainability in health systems, World Health Organization, 2009b, 43 p. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf] 06.02.2011.
- 205) Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. Financing health care in the European Union. Buckingham: WHO Regional Office for Europe, 2009, 224 p.
- 206) Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses, World Health Organization, 2009a, 200 p. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf] 30.10.2010.
- 207) Thomson, S., Mossialos, E. Influencing demand for drugs through cost sharing – Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Edited by E. Mossialos, M. Mrazek, T. Walley. Berkshire: Open University Press, 2004, pp. 227-244.
- 208) Thomson, S., Mossialos, E. Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe? – Euro Observer, 2008, Vol. 10, No. 4, pp. 1–4.
- 209) Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Roováli, L., Evetovits, T., Habicht, J. Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. 2010, 142 lk. [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf] 09.10.2010.
- 210) Tiit, E., Leppik, L., Vörk, A., Leetmaa, R. Euroopa Liidu ühiste pensionieesmärkide mõju Eesti pensionisüsteemile. PRAXISE Toimetised 14/2004.
- 211) Tööinspeksioon [<http://www.ti.ee/>] 28.03.2011
- 212) Tööjõu vajaduse prognoos aastani 2016. Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium. Tallinn, 2009. [http://www.mkm.ee/public/Toojou_vajaduse_prognoos_aastani_2016.pdf]. 18.05.2011
- 213) [Töölepingu seadus](#). Vastu võetud 1.07.2009. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/13198475>]. 20.05.2011

- 214) Töötervishoiu ja tööohutuse seadus. Vastu võetud Riigikogus 16. juunil 1999. a. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/262686>] 09.08.2011
- 215) Tööturuteenuste ja –toetuste seadus. Vastu võetud 28.09.2005, RT I 2005, 54, 430. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/948762?leiaKehtiv>]. 20.09.2011
- 216) Töötuskindlustuse seadus. Vastu võetud 13.06.2001, RT I 2001, 59, 359. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/103032011019?leiaKehtiv>]. 20.09.2011
- 217) [Töövõime kaotuse protsendi määramise kord. Redaktsioon jõustunud 01.10.2008.](#) [<https://www.riigiteataja.ee/akt/13027896>]. 30.03.2011
- 218) [Töövõimetuslehe registreerimise ja väljaandmise tingimused ja kord ning töövõimetuslehe vormid. Jõustunud 01.01.2011.](#) [<https://www.riigiteataja.ee/akt/13028501>]. 30.03.2011
- 219) Total Business, CEA Insurers of Europe [<http://www.cea.eu/index.php/facts-figures/statistical-series/total-business>]. 10.09.2011
- 220) Turner, J. Social Security Financing: Automatic Adjustments to Restore Solvency. AARP Public Policy Institute, 2009. [http://assets.aarp.org/rgcenter/econ/2009_01_socsec.pdf]. 25.05.2011
- 221) Työelake. [<http://www.tyoelake.fi/Page.aspx?Section=39111>]. 12.08.2011
- 222) Vidal-Melia, C., Boado-Penas, M.C., Settergren, O. Automatic balance mechanisms in pay-as-you-go pension systems. Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice 34(2), 2009, pp. 287–317.
- 223) Võrk, A, Saluse, J, Habicht, J. Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007, Health Financing Technical Report, 2009. World Health Organization.
- 224) Võrk, A, Habicht, J., Xu, K, Kutzin, J. Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000. Health Financing Policy Paper, No 3, 2010. World Health Organization.
- 225) Võrk, A., Leetmaa, R. Evaluation of the effectiveness of the service to those made collectively redundant. Research report, Praxis Center for Policy Studies 2007.
- 226) Võrk, A., Nurmela, K., Karu, M., Osila, L. Sotsiaalkaitsesüsteemi roll turvalise paindlikkuse kujundamisel Eestis. Praxise Toimetised Nr 2/2010, 80 lk. Waddell, G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. British Medical Bulletin 2006; 77-78: 55–69.
- 227) Vrangbaek, K. Going private? The growth of voluntary health insurance in Denmark. - Eurohealth, 2009, Vol. 15, No. 2, pp. 5-8.
- 228) Whitehouse, E. R. Life-Expectancy Risk and Pensions: Who Bears the Burden? OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 60, OECD Publishing, 2007.
- 229) Wikipedia. Healthcare in Singapore. [http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Singapore#Healthcare_today_in_Singapore]. 20.04.2011
- 230) Wong, H. Eldersfield Experience 2002–2007. Ministry of Health, Singapore, 2007, 6 p. [http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Information_Papers/2007/ESH_Experience_2002-2007.pdf]. 28.10.2010.
- 231) Xu, K., Evands, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J, Murray, C. J. L. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. – Lancet, 2003, Vol. 362, pp. 111-117.
- 232) Yi, Y., Maynard, A. Medical savings accounts in China. – Euro Observer, 2008, Vol. 10, No. 4, pp. 12-14.
- 233) Yoshida, K; Guo, Y-H; Cheng, L-Y. (2006) The Japanese Pension Reform of 2004: A New Mode of Legislative Process Source: Asian Survey, Vol. 46, No. 3 (May - Jun., 2006), pp. 381-400
- 234) Zaric, G. S., Hoch, J. S. Medical savings accounts: opportunities for cost savings? – International Federation of Operational Research Societies, 2006, Vol. 13, pp. 493-513.

LISAD

LISA 1. Poliitikavariantide loetelu muudatuse ulatuse lõikes

Poliitikavariantide loetelu muudatuse ulatuse lõikes

Allpool on toodud poliitikavariantide kokkuvõttev loetelu vastavalt muudatuse ulatusele (parameetriline muudatus, struktuurne muudatus ja erakindlustuse kaasamine).

Parameetriline muudatus	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sotsiaalmaksu määra tõstmine 2) Isiku kogumispensioni (II samba) makse tõstmine 3) Sotsiaalmaksule lae seadmine 4) Sotsiaalmaksu pöranda langetamine või kaotamine 5) Pensionide indeksi komponentide osakaalude muudatused. 6) Baasosa ja aastakoefitsientide indekseerimise kiiruse kohandamine 7) Pensioniindeksi paindlikkuse suurendamine: indeksi kohandamine negatiivse majanduskasvu korral 8) Vanaduspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani (pikeneb paralleelselt pensionieaga). 9) Rahvapensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine 30 aastani; rahvapensioni suurus muutub proportsionaalseks Eestis elatud aastatega. 10) Töövõimetus- ja toitjakaotuspensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamine paralleelselt vanaduspensioni staažinõude pikenemisega, lõppeesmargiks staažinõude kahekordistumine 11) Aastakoefitsientide arvutamisel arvestuslikult (deklareeritud) sotsiaalmaksult üleminek tegelikult makstud sotsiaalmaksule 12) Aastakoefitsientide arvutamisel keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatud tulult üleminek sotsiaalmaksu mediaanile 13) Aastakoefitsiendi pöranda ja lae kehtestamine 14) Laste kasvatamise perioodide eest maksab riik sotsiaalmaksu keskmiselt sotsiaalmaksuga maksustatavalt summalt kuni lapse 3-aastaseks saamiseni (kui ei maksta sotsiaalmaksu muudel alustel) 15) Vanemapensioni rakendamine 16) Ennetähtaegse vanaduspensioni võimaluste piiramine - perioodi lühendamine 3 aastalt 2 aastale 17) Ennetähtaegse vanaduspensioni piiramine - aktuaarselt neutraalse vähendusprotsendi rakendamine 18) Osalise pensioni kehtestamine, mis laieneb ka ennetähtaegsele vanaduspensionile 19) Töötava pensionäri pensioni summeerumine sotsiaalmaksuga maksustatud tuluga 20) Töötuskindlustushüvitise ja töötutoetuse suuruse ning maksmise perioodi muutmine 21) Töötutoetuse maksmise menetluse lihtsustamine ja õigustatud subjektide ringi laiendamine 22) Töötutoetuse tõstmine minimaalsele töötuskindlustushüvitise tasemele 23) Aktiivsete ja passiivsete tööturumeetmete sidumine 24) Töötuskindlustushüvitise maksimisega jätkamine, kui töötas asub ajutisele või osalise ajaga tööle 25) Koondamishüvitise määramise aluseks võetakse isiku kogu tööstaaž erinevate tööandjate juures 26) Arvestusliku kontosüsteemi rakendamine töötuskindlustuses 27) Ajutise ja püsiva töövõimetus samaaegse hüvitamise kaotamine 28) Ajutise töövõimetus hüvitiste maksimisele tööõnnetuste puhul tööandja vastustuse suurendamine
-------------------------	---

Struktuurne muudatus	<p>29) Määratavatele pensionidele rakendatakse oodatava eluea tegurit</p> <p>30) Pensioniea kohandamine sõltuvalt oodatava eluea muutustest (nii et konstantseks jääb kas keskmine pensioniloleku aja ja töötamise aja suhe või keskmine pensioniloleku aeg)</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Keskmise pensioniloleku aja fikseerimine</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Pensioniea ja töösuhte fikseerimine</p> <p>31) Tasakaaluindeksi rakendamine sõltuvalt pensionisüsteemi varade ja kohustuste tasakaalust</p> <p>32) Kulubaasi (pensionäride arvu) muutuse arvestamine pensionindeksis</p> <p>33) Arvestuslike kontode süsteemi rakendamine (NDC) koos pensioni suuruse sõltuvusega kohordi keskmisest oodatavast elueast pensionile siirdumise vanuses</p> <p>34) Töötuskindlustuse rahastamise vastutsükiliseks muutmine ning hüvitise pikkuse kohandamine töö leidmise tõenäosusega.</p> <p>35) Kohustuslike sissemaksetega töötushüvitiste kogumiskonto loomine</p> <p>36) Sotsiaalmaksu jagamine komponentideks</p> <p>37) Ravikindlustatutega võrdsustatud isikute eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa maksmine riigieelarvest.</p> <p>38) Ravikindlustuse osaline finantseerimine riigieelarvest (teistest maksutuludest)</p> <p>39) Põhivara tasu ja kapitalikulu komponendi mehhanismi rakendamine</p> <p>40) Kindlustamata isikute ravikindlustusega katmine</p> <p>41) Üldarstiabi rahastamine riigieelarvest.</p> <p>42) Hinnaga konkureerimise ja tulemuspõhise teenuste ostmise võimaluste suurendamine lepingute sõlmimisel teenuseosutajatega</p> <p>43) Pearingstide/esmatasandi vastutusala laiendamine</p> <p>44) Kohustusliku ravikonto rakendamine</p> <p>45) Raha liikumise võimaldamine erinevate kogumiskontode vahel</p> <p>46) Teatud raviteenuste pakkumine individuaalselt eelarvestatud pakettidena</p> <p>47) Tööandja vastutuse oluline suurendamine isiku töövõimetuse korral</p> <p>48) Ajutise ja püsiva töövõimetuse hüvitise skeemi ühendamine</p> <p>49) Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine avalik-õigusliku või riikliku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu</p>
Erakindlustuse kaasamine	<p>50) Erakindlustuse kaasamine asenduskindlustusena teatud raviteenuste puhul</p> <p>51) Erakindlustuse kaasamine täiendava kindlustusena teatud teenuste puhul</p> <p>52) Erakindlustuse kaasamine lisakindlustusena</p> <p>53) Pikaajalise hoolduse kindlustuse rakendamine</p> <p>54) Erakindlustuse kaasamine töövõimetuse riskide katmisel täiendava kindlustusena</p> <p>55) Tööõnnetusest või kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamine erakindlustusel põhineva tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu</p>

Eeltoodud jaotust kasutati poliitikavariantide analüüsi valikusse kaasamisel. Seevastu analüüsimisel ja esitamisel kasutatakse teistsugust liigendust (vt ptk 4).

LISA 2. Ravikontode rahvusvahelise kogemuse ülevaade

Ravikontode (*Medical Savings Account, MSA*) kontseptsioon, ideega luua inimestele võimalusi koguda vajalikke sääste enese tervishoiukulude katteks, loodi esmakordselt seitsmekümnendatel aastatel Ameerika Ühendriikides. Kaheksa- ning üheksakümnendatel aastatel võeti antud idee kasutusele mitmetes eri riikides. USAs ning Lõuna-Aafrika Vabariigis on MSAd osa erakindlustuse turust ning Singapuris ning Hiinas osa avaliku sektori finantseeritavast tervishoiusüsteemist. (Thomson *et al.* 2008)

MSA konto rakendamiseks võib olla mitmeid põhjuseid, siiski on antud süsteemi rakendamise peamiseks põhjuseks tervishoiukulutuste vähendamine. Antud eesmärk jaguneb aga kaheks, esiteks kulusääst tingituna moraalariski vähenemisest ning teiseks tegelemine tulevikus aset leidvate demograafiliste muutustega, mis võivad tervishoiusüsteemi ressursid surve alla panna.

Teiste riikide huvi MSA süsteemi kasutuselevõtu vastu on peamiselt tingitud selle süsteemi rakendamisest Singapuris, kus on edukalt suunatud tervishoiukulud avalikult sektorilt erasektorile. Ligikadu kolmveerand tervishoiukulutustest on Singapuri finantseeritud erasektori poolt, see on tugevas kontrastis arenenud riikide tervishoiu finantseerimise allikate jaotusega.

Maailmas puudub ühtne seisukoht MSA toimimisega kaasnevate mõjude kohta. MSA süsteemi pooldajad väidavad, et sellelt mudelilt on teistel riikidel palju õppida, samas vastased väidavad, et antud süsteem ohverdab efektiivsuse eesmärgil tervishoiukapitali. (Lim 2004)

Ühe põhimõttelise erinevusena ravikontode ning muude klassikaliste tervishoiusüsteemide vahel, nagu näiteks Beveridge'i või Bismarcki süsteem, võib pidada selle suunilust solidaarsuse asemel efektiivsusele, mida nähakse eelkõige indiviidi omavastutuse ja oma otsustusvabaduse kasvatamises. Otsustusvabadus tähendab siinkohal ka vastandumist *managed care* kontseptsioonile, kuigi hindade diferentseerimise tulemusena tekkivad stiimulid võivad isiku käitumist suunata – valitsus võib diferentseerimise tulemusena suunata patsiente kasutama erinevaid teenuseid või teenuseprogramme (*disease management*) (Kin 2006).

Singapuri efektiivsuse ja solidaarsuse vahelist seost iseloomustab ka riigi positsioon WHO 2000. aasta tervishoiuraportis, kus Singapur paigutati tervishoiusüsteemi efektiivsusele 191 riigi seas kuuendale kohale ja rahastamise õigluse koha pealt 101. kohale (The World Health ... 2000). Taoline erinevate tabelite vahel kõikumine on väga harukordne ja viitab Singapuri süsteemi mõningasele efektiivsusele rõhumisele õiglase finantseerimise arvelt.

MSA süsteemi rakendamise pooldajate põhiargumentideks on väide, et klassikaline tervishoiusüsteem on põhjuseks tervishoiusektori kulude kasvuks, sest ei arstidel ega patsientidel pole stiimulit ressursside efektiivseks kasutamiseks. Seda nähtust nimetatakse ka moraalariskiks. MSA pooldajad rõhutavad, et see süsteem loob antud stiimuli, sest inimese kontol üle jääv raha jääb konto omanikule ning seetõttu eeldatakse, et inimene loobub ebaotstarbekatest tervishoiukuludest.

MSA vastased aga väidavad, et moraalarisk ei tulene mitte nõudlusest (patsientidelt), vaid pakkumise poolt (teenuseosutajatelt). Sellele viitavad ka mitmed uuringud, kus järeldatakse, et pakkuja käitumine avaldab kuludele suuremat mõju kui tarbijate oma.

Nagu eelnevalt mainitud, puudub maailmas ühtne seisukoht MSA süsteemi kohta, samuti puudub ühtne arvamus, millised mõjud MSA süsteemi rakendamisega kaasnevad. Kirjanduses on välja toodud järgnevad MSAGA kaasnevad võimalikud positiivsed mõjud (Hanvoravongchai 2002):

- MSAd vähendavad tarbijate moraalariski ja loovad motivatsiooni optimaalseks tervishoiuteenuste tarbimiseks.
- Pikaajalised säästud loovad ressursse inimese tulevikus tekkivate tervishoiuvajaduste järele. See vähendab noorte ja tööliste koormat tervishoiusüsteemi finantseerimises (pikas perspektiivis), seda eriti vananevates ühiskondades.
- MSA loomisega saab vähendada avaliku sektori tervishoiukulude finantseerimist nende inimeste osas, kes seda ise suudavad ja seeläbi saab enam keskenduda raviteenuste pakkumisele vaestele.
- Tarbijate (patsientide) valikuvabadus oma raha kasutamise osas ajendab tervishoiuteenuste pakkujaid enam arvestama tarbijate vajadustega ning see loob eelduse hinnakonkurentsiks.
- MSAd võimaldavad üleajalist ehk intertemporaalset riski hajutamist, mis vähendab majandusüklite mõju tervishoiukuludele.

MSA süsteemi võimalike negatiivsete mõjudena on välja toodud järgnevad aspektid (Hanvoravongchai 2002):

- Kõrge omaosalusega MSA süsteemid võivad osa inimesi jätta vajaliku arstiabita, raskesse olukorda satuvad madalate või üldse ilma säästuteta inimesed.
- Patsiendid võivad oma MSA ressursside kasutamisel olla kehvemad hinnakauplejad kui teenusepakkujad, kes näevad MSA fondi ressurssi kui vaba raha. Kui inimesel on raha kontol olemas, siis see võidakse kulutada ebavajalikule terviseprotseduurile.
- MSA ei võimalda riskide hajutamist eri isikute vahel. Krooniliselt haiged või alaliselt töötud inimesed ei suuda koguda piisavalt ressursse vajalikeks tervisekulusteks.
- Kui MSA luuakse vabatahtliku valikuvõimalusena teiste võrreldavate kindlustuste kõrvale, siis MSAd hakkavad kasutama eelkõige need inimesed, kes on tervemad (kuna nad saavad hiljem selle raha endale), sellest tekib nii-öelda koore riisumise efekt.
- Kui ainult tervemad ja rikkamad liituvad MSAGA, siis nende inimeste, kes jäävad klassikalise tervisekindlustuse juurde, kindlustuspreemiad suurenevad, sest riskid hajuvad vähem tervete inimeste vahel.

Ravikontode rakendamise kogemus välisriikides

MSAd on hetkel rakendatud Singapuris, Hiina linnades, USAs ja LAVis. Neist Singapuris ja Hiina linnades on MSA inimestele kohustuslik ning kuulub avaliku sektori kontrolli alla. USAs ja LAVis aga on MSA kasutamine inimestele vabatahtlik ning neis riikides on MSA süsteemi haldamine antud erakindlustuste kätte.

Kuna MSAd haldamine on antud eri riikides erinevate sektorite hoolde, siis erineb ka MSAd ülesehitus neis üsna oluliselt. Singapuri MSAd nimetatakse ka 3Mi süsteemiks. Selle alla kuuluvad praegusel ajal Medisave, Medishield, Medifund ning ka Eldershield.

Singapuris loodi MSA 1984. aastal, kandes nimetust Medisave. Peale Medisave'i loomist on antud süsteemi täiendatud mitmete uute fondidega, seda just eelkõige eesmärgiga parendada vaesemate inimeste olukorda.

1990. aastal loodi Medishield – kindlustus, mis on mõeldud katastroofiliste tervishoiukulutuste katteks. Selliste kulude korral on määratud kindlal tasemel omaosalus, mida saab finantseerida Medisave'i kontolt. (Maynard *et al.* 2002: 121–122) Medishield pole kohustuslik, ent on soovitatav. Et vältida Medishieldi ressursside liigset kasutamist on kehtestatud aastased ja eluaegsed kasutuskordade limiidid. Lisaks sellele on kehtestatud kõrge omaosalusmäär. Ligikaudu pool Medishieldi sisse maksetest makstakse Medisave kontolt.

1993. aastal loodi Medifund, mis on rahalise toetuse fond. Selle fondi intresse saab kasutada vaeste inimeste ravikulude katteks (Maynard *et al.* 2002: 122). 2005. aastal oli Medifundis kapitali 900 miljonit USD (algselt 1993. aastal tegi valitsus esimese sisse makse 200 miljonit USD näol). (Chia *et al.* 2005: 861) Medifund on nii-öelda päästevõrk vaestele ja puuduses olevatele inimestele. Riik eraldab sinna finantse, kui valitsuse eelarve tuleb ülejäägiga ning fondi väljamakseid tehakse ainult teenitud intressitulust (Chia *et al.* 2005: 861). Medifundi kasutamise mahu hindab ära haigla sotsiaaltöötaja ning antud summa eraldamise kohta teeb lõpliku otsuse Medifundi komitee (Lim 2004: 87).

Singapuri tervishoiusüsteemi täiendab ka Eldershield, mis loodi 2002. aastal, et kaitsta inimesi tõsise puude tagajärjel tekkivate tervishoiukulutuste puhul. Eldershield kannab hoolt raske puude käes kannatavate inimeste üle, kes vajavad intensiivset hoolitsust (Wong 2007). Eldershieldilt tehakse iga kuu väljamakseid finantseerimaks abivajava inimese hooldamiseks tehtavaid kulusid. (Healthcare ... 2011). Eldershield on nn pikaajalise hoolduse kindlustus, mille põhjal saab kõrges vanuses igakuiseid rahalisi hüvitisi omaosaluse tasumiseks.

Singapuris on Medisave'i kontole sisse maksete tegemine kohustuslik. Iga tööealine inimene maksab oma töötasust 6,5–9% maksuvabalt Medisave'i kontole, mille eest saab tasuta valitud haiglateenuste ja kallite ambulatoorsete protseduuride eest. Isiku surma korral saab selle konto pärandada. Konto kasutajal on vaba voli teenusepakkuja valikul. (Maynard *et al.* 2002: 121) Oluline aspekt Medisave'i osas on selle väljamaksmise limiitide olemasolu. Minevikus sõltus see määr patsiendi haiglapäevade arvust ja temale tehtud operatsiooni tüübist. Alates 2004. aastast see muutus ning maksimaalne väljamakse hulk sõltub patsiendi senisest ressursside kasutusest konkreetse ravijuhumi korral.

2010. aasta seisuga oli Medisave'i kontodel 50 miljonit USD ehk ligikaudu 16 900 USD inimese kohta, millest jätkuks 10-kordseks nn C-klassi hospitaliseerimiseks (Chien Earn Lee 2011). Samas oli 2007. aastal Medifundi kogukulu samuti 50 miljonit USD, mis näitab Medisave'i osatähtsuse väiksust süsteemis. Ligikaudu pooled Medisave säästudest kasutatakse ka MediShieldi kindlustusmaksete tasumiseks (Chien Earn Lee 2011).

Järgnevalt on välja toodud Singapuri süsteemi peamised parameetrid:

Maksja: töötav isik

Makse suurus: 6.5–9% kuupalgast (alla 35-aastased = 6,5% ... üle 60-aastased = 9%) personaalsele Medisave'i kontole.

Maksebaas: töötaja palk

Konto kohustuslikkus: konto on kohustuslik

Konto haldaja: Central Provident Fund (CPF), mis hõlmab lisaks kontosid kinnisvara soetamiseks ning pensioniks, mida haldab nõukogu ning investeeritakse valitsuse võlakirjadesse. Medisave'ilt teenitud tulu on fikseeritud. Hetkel 4% + 1%, millest 4% on pikaajaline võlakirja intressimäär (Central Provident Fund 2004). 1% makstakse veel lisaks esimese 60 000 Singapuri dollari kohta, mis on makstud kombineeritult CPF-i, ehk siis kas pensioni-, kinnisvara- või Medisave'i kontole. Samas on inimestel võimalik valida oma kinnisvara või pensioni kontodel agressiivsemat investeerimisstrateegiat (Medisave'i rahaga seda teha ei saa).

Maksusoodustus: sissemaksed kontole on maksuvabad.

Konto kasutaja(d): konto omanik ja tema vahetud perekonnaliikmed (lapsed, vanemad; samuti vanavanemad ja lapselapsed).

Konto maksimumsaldo limiit: sissemaksed on piiratud maksimumsaldo limiidiga, milleks on 39 500 USD). (Singapuri keskmine kuupalk 2009. aastal oli 3872 USD).

Konto kasutamine pärast pensioniealiseks saamist. Kui isik võtab raha välja pärast 55-aastaseks saamist, siis peab ta sinna jätma miinimumsumma 34 500 USD või kogu summa kui kontojääk on alla 34 500 USD. Kõik, mis jääb üle, on tal võimalik kontolt välja võtta. Üle 55-aastaste Medisave'i konto ülejääk kantakse pensionikontole (*Retirement Account*), et kahandada viimase miinimumsumma puudujääki. Kui vajalik summa on saavutatud, siis kantakse ülejäänud summa tavalisele kontole (*Ordinary Account*).

Väljamaksete sisu ja konto kasutamise limiit. Tasutakse teatud raviteenuste eest. Et vähendada moraalirikast tulenevat efektiivsuskadu, siis saab Medisave'i eest tasuda ainult väga väheelastsete meditsiiniteenuste eest (haiglasolek, operatsioon). Ambulatoorse ravi jaoks on Medisave'i lubatud kasutada vaid kallite protseduuride omaosaluse jaoks, nagu B-hepatiidi vaksineerimine, kunstlik viljastamine, kemoterapia. Nimetatud limiidid on Singapuri Terviseministeeriumi andmetel piisavad, et ära katta kaks madalama klassi haiglaravi, seevastu erahaiglates saadud ravi puhul peab patsient tavaliselt maksma omaosalust lisaks Medisave'ilt võetud rahale.

Teenusekasutamise limiitide põhjuseks on eelkõige ebaotstarbekalt kallite teenuste tarbimise vältimine, ehk probleem, et kontod saavad tühjaks. Viidatakse just 1990. aastatele, mil oli väga kiire majanduskasv ning sellega kaasnes kallite teenuste tarbimine. Lisaks sellele pikenes majanduskasvu perioodil patsientide haiglas viibimise aeg.

Muu hulgas on võimalik maksta järgnevate teenuste kasutamise eest (seejuures on iga teenuse puhul erinev Medisave'i konto kasutamise limiit, mis võib sõltuda patsiendi vanusest ja muudest kriteeriumitest).

Statsionaarne ravi:

- kirurgilised protseduurid;
- päevakirurgia;
- psühhiaatriline abi.

Ambulatoorne ravi:

- B-hepatiidi vaksineerimine;
- krooniliste haiguste raviprotseduurid;

- teatud diagnostilised protseduurid;
- kunstlik viljastamine;
- neerudialüüs;
- HIV antiretroviirusravi;
- kemoterapia.

Medisave'i väljamaksete piirangute ehk omaosaluse diferentseerimise osas on toimunud mitmeid muutusi, 1999. aastal võeti kasutusele DRG süsteem, mis kasvas oluliselt Medisave'i konto kasutamise rahalise mahu suurus (Lim 2003), samas ei ole teada, kui palju muutusid sellega seoses tervishoiukulud.

Pikka aega võis Medisave'i kasutada vaid statsionaarse arstiabi teenuste tasumiseks. 2006. aastal aga tehti muudatus, mis kaasas teenuste hulka ka ambulatoorse arstiabi teatud teenuseid. Muudatus tugines 2005. aasta uuringule, mis tõi välja, et keskklassi singapurlased olid oma tervisekulutuste üle mures ning isegi subsideeritud riiklikest asutuste teenust saanute puhul täheldati probleeme ravi kättesaadavusega. Lim (2006) toob välja, et valitsus oli pikka aega olnud surve all, kuna ei suutnud selgitada, miks on olulisem säästa tuleviku kulutusteks, kui praegune vajadus ei ole adekvaatselt kaetud. Samuti oli oluliseks muudatuse põhjuseks tõdemus, et erinevate haiguste juhtimise (*disease management*) programmidega, mis tuginevad konkreetsetele ravijuhistele, on võimalik krooniliste haigete tervist märgatavalt parandada – seega lubati nende programmide eest tasumiseks kasutada Medisave'i kontot (Lim 2006). Väljamaksete piirmäärade muutus toimus ka 2007. aastal, seda nii statsionaarse ravi kui ka päevakirurgia puhul. See vähendas inimeste oma taskust makstavaid raviarveid ning võimaldas kasutada Medisave'i kontot enam (Lim 2007).

Singapuri MSA baaspõhimõtetega ühildub ka **Hiina linnade** MSA süsteem, kus inimestele on MSA koos linnasisese riskihajutamistfondiga kohustuslik. Kõikides Hiina linnades rakendati MSAd koos linnasisese riski hajutamise fondiga 1998. aastal. Enne seda läbis MSA aastatel 1995 ja 1996 testperioodi 58 eri linnas. MSAd koos linnasisese riskihajutusfondiga kasutatakse valitsuse hallatud UEBMI (*Urban Employee Basic Medical Insurance System*) süsteemi finantseerimiseks. 2007. aastal kattis UEBMI üle 180 miljoni linna töölise ning pensionäri, mis on üle 13% Hiina rahvastikust.

Hiina linnade MSA kontod on finantseeritud nii töötaja kui ka tööandja poolt, samas kontode sissemaksete kriteeriumid varieeruvad eri linnade lõikes üsna oluliselt. Töötaja finantseerib vaid MSA kontot, seda olenevalt linna spetsiifikast vahemikus 1–2% aastasest palgast.

Tööandja finantseerib aga mõlemat kontot, olenevalt linnast võib finantseerimine varieeruda 6–10% piires töötaja palgafondist. See omakorda jaotub MSA ja riskihajutamistfondi vahel ning seda erinevate linnade lõikes üsna suurtes piirides. MSA kontot võib tööandja finantseerida vahemikus 30–65% töötaja palgafondist ning riskihajutusfondi vastavalt 35–70% ulatuses töötaja palgafondist.

MSA ja riskihajutusfondi kasutusvõimalused varieeruvad samuti erinevate linnade lõikes. MSAsid kasutatakse kas esmase allikana kõikide tervishoiukulude katteks või siis ainult ambulatoorse ravi finantseerimiseks. Riskihajutusfondi kasutatakse kas omaosaluse katmiseks, haiglaraviks või loetletud krooniliste haiguste raviks. Samas on selle fondi kasutamisele seatud lagi ning selle ületamisel tuleb tasuda kulutused oma taskust. (Yi 2008)

Riikides, kus MSA kontod on antud erasektori kätte, ehk USAs ja LAVis, on antud süsteemi ülesehitus võrdlemisi sarnane. Ühetaoline on ka fakt, et MSA süsteemi kasutamine on inimestele vabatahtlik. Kuna nii USAs kui ka LAVis on antud MSA süsteemi haldamine erasektori kätte, eelkõige erakindlustustele, siis turul puudub täpselt reglementeeritud MSA kontosüsteem. Nende hulgas on üsna suur varieeruvus, seda eesmärgil, et tõsta MSA kindlustuspoliiside konkurentsivõimet teiste kindlustuspoliiside ees.

USA puhul on erinev ka süsteemi nimi, milleks on HSA (*Health Savings Account*). USAs võivad HSA süsteemi haldajateks olla nii pangad kui ka muud krediitiasutused, kindlustusseltsid või asutused, mis omavad USA maksuameti litsentsi HSA konto haldamiseks.

USAs võeti praegusel kujul HSA kasutusele 2003. aastal, kus HSA asendas senist MSA süsteemi. Praegune HSA süsteem sarnaneb suures osas juba varem käigus olnud MSA süsteemile. (Glied 2008: 5)

MSA süsteem hakkas USAs arenema üheksakümnendate aastate alguses. MSA kasutamise eelnoo võeti pilootprojektina USAs laialdaselt kasutusele 1996. aastal. MSA oli kasutusel mõningates osariikides juba varem, näiteks Missouri alates 1993. aastast. 1996. aastal käivitunud pilootprojekt nägi ette kolmeaastast

testperioodi, kus limiteeriti MSA kontode arvu ülempiir 750 000le kontole. Reaalsuses osutus antud piir aga ebavajalikus, kuna huvi MSAd vastu osutus prognoositust oluliselt väiksemaks. (Saltman 1998)

USAs on HSA süsteemiga liitumiseks kehtestatud rida kriteeriume. Esiteks on nõutud HDHP (*High Deductible Health Plan*) plaani ehk katastroofilise tervishoiukulu kindlustuse olemasolu, teiseks ei tohi inimesel olla mõnd muud ravikindlustust, inimene ei tohi olla kindlustatud Medicare'i (valitsuse poolt hallatud sotsiaalkindlustus inimestele vanuses üle 65 aasta või inimestele, kes vastavad spetsiaalsetele karakteristikutele) poolt ja inimene ei tohi olla ülalpeetav (v.a abikaasa, kellele on kehtestatud eraldi kriteeriumid HSA konto omamise jaoks).

HSAsse saavad teha sissemakseid nii isik, tööandja kui ka mõlemad, sõltuvana kindlustuspoliisi spetsifiifikast. HSA sissemaksete suurusele on kehtestatud piirangud, mille määrasid uuendatakse igal aastal. Näiteks 2008. aastal oli maksimaalne aastane sissemakse 2900 USD eraisiku kontole ning 5800 USD perekonna kontole.

Nii HSA kontode sissemaksed kui ka väljamaksed on maksuvabad, väljamaksete maksuvabastuse juures on nõutud, et väljamakse eest tasutakse kindlate tervishoiuteenuste jaoks. HSA väljavõtteid saab teha nii enda, abikaasa kui ka ülevalpeetavate jaoks. (All About ... 2011)

Lõuna-Aafrika Vabariigi loodi MSA süsteem 1994. aastal. Sellest ajast alates on MSA kasutamine kasvanud väga kiiresti. Näiteks 2002. aastal hõlmasid need juba poole eratervishoiukindlustuse sektorist (Zaric *et al.* 2006: 494). 2005. aastal oli MSA osakaal kasvanud veelgi, hõlmates 87,5% „avatud“ turust ning 49% „suletud“ turust. Terminid *avatud* ja *suletud* näitavad, kas MSAd saavad endale taotleda kõik isikud või mitte. Näiteks suletud skeemide alla kuuluvad skeemid, mis on kättesaadavad ainult teatud gruppidele, näiteks teatud valdkonna ettevõtete töötajale. (McLeod *et al.* 2008)

Tüüpiline MSA plaan LAVis on suhteliselt sarnane USAs oleva plaaniga. Selle konto abil on võimalik finantseerida konto vahenditest kõrge omaosalusega ambulatoorset ravi ning mõningaid retseptiravimeid, lisaks sellele ka veel ilma omaosaluseta statsionaarset ravi ja ravimeid krooniliste haiguste raviks. (Zaric *et al.* 2006)

Ravikontode rakendamise kontekst

Eri autorid on välja toonud MSA süsteemi toimimist soodustavad ja pärssivad demograafilised ning kultuurilised aspektid. Näiteks Limi (2004) hinnangul on Singapuri MSA süsteemi edu põhjus kultuuriline taust. Nimelt Singapuri elanikud ei näe probleemi oma kaasmaalaste rikkumises ning samuti ei näe nad probleemi, et osa inimesi, kes on selle eest maksnud, võivad endale lubada paremaid ravivõimalusi. Hami hinnangul soodustavad Singapuri MSA toimimist mitmed demograafilised ja kultuurilised aspektid. Antud aspektid on avaldatud järgnevas loetelus (Ham 1996).

- Singapur on immigrantide riik ja seetõttu inimesed ei oota, et riik kataks kõik nende tervishoiukulud.
- Singapuri rahvastik on väga noor ja MSA lõplik tulem avaldub siis, kui demograafiline pilt hakkab meenutama arenenud riikide oma. Singapuri valitsus usub, et kui see juhtub, on inimeste Medisave'i kontol olemas piisavalt ressursse enamiku oma eluea tervishoiuteenuste maksumuse katmiseks.
- Singapuri sotsiaalsed väärtused – väga oluline väärtus on inimeste omavastutus. See erineb väga oluliselt Euroopas valitsevast rikkuse ümberjaotamise väärtusest.

Samuti nendib Hanvoravongchai (2002), et MSA rakendamise edukus sõltub suurel määral riigi taustast. Hanvoravongchai toob oma töös välja neli üldist aspekti, mis on aluseks eduka MSA süsteemi toimimiseks, nendeks on:

- riigi elanike küllaltki kõrged säästmisharjumused ja sellest tingitud kõrge säästmismäär;
- kõrge tööhõive, mis loob aluse regulaarseks ja prognoositavaks säästmiseks;
- ressursside olemasolu süsteemi käigushoidmiseks;
- fondide valitsemise andmine valitsuse kätte, mis kindlustaks tervishoiu kättesaadavuse ka vaesematele ühiskonnagruppidele.

Samuti on eri autorid avaldanud arvamust selle kohta, milline efekt oleks MSA süsteemil Euroopa kontekstis. Antud teemal on levinud seisukoht, et tõenäoliselt MSA ei ole sobilik lahendus Euroopas rakendamiseks.

Näiteks Thomson *et al.* (2008) leiavad, et luua analoogne MSA süsteem kui USAs pole Euroopas mõttekas, sest antud riikide tervishoiusüsteemid on sedavõrd erinevad. Seisukohale, et MSAd ei paku Euroopale sobivat tervishoiu finantseerimissüsteemi, jõuti ka Euroopa tervishoiusüsteemide rahastamist käsitlevas uurimuses (Thomson *et al.* 2009).

MSA rahastamise skeemi toimimise kohta Euroopas peab Schreyogg (2004) hinnangu andmist problemaatiliseks. Samas ta nendib, et võib-olla oleks mõttekas üle võtta mõningaid MSA süsteemi komponente ning integreerida neid juba olemasolevasse süsteemi. Antud soovitusel toetub ta sellele, et eri riikides, kus MSA süsteemid on kasutusele võetud, on MSA süsteemide struktuur väga erinev. Seega, kui Euroopas tuleks otsus antud süsteem mingis osas kasutusele võtta, siis seda tuleks teha mitte teisi süsteeme kopeerides, vaid rakendades üldiseid MSA süsteemi põhimõtteid ning kohendades need riigi spetsiifikale vastavaks.

MSAde rakendamisele Euroopa riikides on vastu Saltman (1998), kes oma arvamuses tugineb eelkõige faktile, et üheksakümnendatel tehtud reformid Euroopa tervishoiusüsteemides on osutunud edukaks, kuid need keskenduvad pakkumise poole reguleerimisele.

Dixon (2002), kes arutles MSAd võimaliku rakendamise üle Kesk- ja Ida-Euroopa riikides, jõudis järeldusele, et MSA süsteem ei ole antud regioonis sobilik. Põhjuseks eelkõige vastava piirkonna riikide ebasobivad karakteristikud, millest olulisemaks peab Dixon suurt palgalõhet ning inimeste madalat säästmismäära. See kõik viitab sellele, et MSA süsteemi rakendamise korral ei suudetaks koguda vajalikul määral ressursse tervishoiukulude katteks.

Sarnaselt Euroopale on MSA kasutuselevõtu võimalikkuse üle arutletud ka Kanadas, mille käigus on läbi viidud ka mitmeid MSA süsteemi rakendamise eelhindamise simulatsioone. Kanada MSA süsteemi rakendamise kohta on erinevad autorid suhtunud küllalt skeptiliselt, näiteks Byrne *et al.* (2005) töid peamiste takistavate teguritena välja kõrged lansseerimiskulud, sest kogu MSA süsteem tuleks nullist üles ehitada, ja poliitilise otsustusprotsessi aegluse.

MSA süsteemi rakendamise Kanadas suhtub skeptiliselt ka Hurley (2002), kes oma hinnangutes toetus Singapuri MSA kogemusele, milles nenditi, et tervishoiusektor ei tööta samamoodi kui klassikaline majandusteooria eeldab. Majandusteooriast lähtuvana kaasnevad konkurentsiga madalad turuhinnad, samas tervishoiusektoris on see hindu tõstnud, mida kinnitavad ka andmed Singapuri MSA kohta. Teise põhjusena MSA sobimatuse kohta Kanadas toob Hurley välja selle süsteemi suutmatust vähendada katastroofiliselt suuri tervishoiukulusid. Nimelt enamik tervishoiukulutusi tuleneb väiksest osalt populatsioonist, need kulud jääksid ka MSA rakendamise korral alles.

Analüüsid MSA kontosüsteemi olemust ilmneb, et selle süsteemi rakendamiseks peavad riigil olema sobivad karakteristikud. Kui võrrelda eri analüütikute hinnanguid MSA süsteemi rakendamise suhtes Euroopa või Kanada kontekstis, siis avaldub sealt üksmeelne arvamus MSA sobimatuse osas antud riikide konteksti.

MSA süsteemi kohta on läbi viidud mitmeid eel- ja ka järelhindamisi. Nendest ning neis kasutatud uurimismetoodikatest annab ülevaate järgmine alapunkt.

Hinnangud ravikontode toimimise kohta

MSA süsteemi toimimisega kaasnenud mõjude lõikes puudub maailmas üks-ühene seisukoht. Selle üheks põhjuseks on fakt, et MSA süsteemi kohta on tehtud väga vähe empiirilisi uuringuid. Osa analüütikute arvates on MSA end õigustanud ning sellega on kaasnenud soovitud tulemused, teiste analüütikute hinnangul aga pole MSA süsteem ootusi täitnud. Sarnane arvamuste erinevus kehtib kõikide MSA süsteemi rakendanud riikide kohta.

Singapuri puhul raskendab MSA suhtes üks-ühesele seisukohale jõudmist ka tõsiasi, et Singapur ei jaga avalikkusega tervishoiu kulutustega seonduvaid andmeid ning samuti on kahtlus, kas Singapur järgib tervishoiu kulutuste mõõtmisel korrektselt OECD metoodikat (Barr 2001). Lisaks sellele on Singapuri tervishoiusüsteemi muutuste lõikes keeruline eristada mõjude algpõhjust, sest MSA rakendamise ajal viidi tervishoiusektoris läbi ka muid reforme (Barr 2001; Massaro *et al.* 1996).

Samas võimalikule MSA kulude pidurdumise tendentsile viitab fakt, et Singapuri valitsuse kulutused on olnud võrreldes arenenud lääneriikidega väga madalad (Barr 2001; Schreyogg 2004). Selle üheks põhjuseks peetakse Singapuri suhteliselt noort rahvastikku, teiseks põhjuseks peab Barr (2001) oma artiklis traditsioonilise Hiina meditsiini laialdast kasutamist ühiskonnas, mis ei kuulu valitsuse poolt finantseeritavate hulka. Samas nendib Barr, et Singapuri suhteliselt madalad valitsuse kulud võivad olla tingitud ka asukohamaa teguritest, sellele viitab fakt, et Singapuri tervishoiukulutuste osakaal SKPst on küllalt sarnane teiste arenenud Aasia riikide näitajatega.

Mitmetes allikates nenditakse, et tervishoiukulud peale Medisave'i (Singapuri MSA konto) ellukutsumist Singapuris siiski suurenesid ja samuti suurenes tervishoiukulutuse osakaal SKPs. Seda eelkõige arstide palgakasvu ja tehnoloogia uuendamise tõttu, sest kliendi MSA ressursside saamise eest võisteldi hinna asemel just pädevuse ja tipp tehnoloogia pakkumisega. (Dixon 2002; Shortt 2002)

Pädevuse ja tipp tehnoloogiaga võistlemine viis pidevale tehnoloogia uuendamisele ning arstide tööturul palkade osas ülepakkumisele, kõige sellega kaasnes arstide liikumine erasektorisse ja üldine arstide palgataseme kasv. Tehnoloogia uuenduste tõttu oli Singapur hädas kalli ning dubleeriva tehnoloogia ja kõrgtehnoloogiliste teenuste rohkusega. Kõik see kokku viis tervishoiukulutuste kasvuni. (Hsiao 1995)

Samas on Singapuri MSA toimimise kohta levinud ka vastupidiseid arvamusi. Näiteks Massaro *et al.* (1995) jõudsid järeldusele, et MSA suutis tervishoiukulutusi piirata. Tervishoiukulude osas kehtib reegel, et mida rikkamaks riigid saavad, seda enam tuludest nad suunavad tervishoidu. Samas Singapuris oli tervishoiukulude kasv võrreldes SKP kasvuga küllaltki tagasihoidlik. Näiteks sarnases riigis, Hong Kongis, kasvasid tervishoiukulud 13,1% kui SKP kasvas 6,7%, Singapuri vastavad näitajad olid 11% ja 8,3%. Autorid nentisid, et see küll ei tõesta MSA otsest mõju tervishoiukuludele, kuid seda on raske ignoreerida.

Massaro *et al.* (1996) nentisid ka oma teises artiklis, et Singapuri MSA on toiminud hästi. Seda kinnitavad autorite hinnangul faktid, et tervishoiusüsteem on efektiivne, inimeste tervislik seisund on paranenud, riiklikud investeeringud tervishoidu on madalad, seejuures haiglad samal ajal on kasumlikud ja arstide palgad kõrged.

Maynardi *et al.* (2002) hinnangul pole MSA ja ka muud nõudmisepoolsed finantseerimise meetodid suutnud ohjeldada pakkujate poolt esile kutsutud nõudluse kasvu. Sellele seisukohale on jõudnud ka Singapuri valitsus, mis oma 1993. aastal välja antud raportis nentis, et ainult turujõud ei suuda meditsiinikuludid all hoida. Tervishoiusüsteem on näide turutõrkest, milles valitsus peab otseselt sekkuma tervishoiusektorisse ning seda reguleerima. Sellest tulenevalt kehtestas Singapur 1993. aastal pakkumispoolsed piirangud. Peale seda ilmnes, et just taolised pakkumispoolsed piirangud on oluliselt ohjanud tervishoiukulude kasvu, mitte MSA (Shortt 2002).

Teise hetkel käigus oleva kohustusliku MSA süsteemi osas ehk **Hiina linnades** on samuti autorite hinnangud erinevad. Hiina linnade puhul võib täheldada ilminguid, et MSA fondiomanike tervishoiukulud on alanenud. Samas ülejäänute tervishoiukulud on samal ajal kasvanud ning puudub täpne seletus, kas MSA kasutajate tervishoiukulude languse tingis just MSA kasutuselevõtt või oli selle põhjuseks mõni muu samal ajal läbi viidud reform (Hanvoravongchai 2002). Tervishoiukulutuste langust täheldasid oma artiklis ka Scheffler *et al.* (1998). Nende hinnangul paranes ka tervishoiuteenuste kättesaadavus ning suurenesid tervishoiu ressursid, lisaks sellele on täheldatud ka inimeste üldise tervisliku seisundi paranemist.

Hiina linnades viitasid tulemused sellele, et tervishoiukulud alanesid määraga 8% kogu elanikkonnast ning 18% MSA kasutajate hulgas. Samas aga vähenes perioodil 1993–1998 tervishoiuteenustele ligipääsetavus, seda eelkõige tekkinud finantsilise barjääri tõttu, mille käigus kannatasid linna vaesed, töötud ja mitteaktiivsed majanduslikult sõltuvad isikud, kes polnud kaetud mõne muu kindlustusega. (Dixon 2002)

Dong (2006) hindas MSA rakendamist Shanghais ehk ühes MSA süsteemi kuuluvas Hiina linnas. Ta nentis, et Shanghai MSA pole toiminud. Selle põhjuseks oli väheste fondiressursside kogumine, mistõttu jääd juba esimesel tegutsemisaastal tervishoiuasutustele võlgu. Dongi hinnangul on paljud patsiendid hetkel raskes olukorras, eriti juhul, kui nad peavad maksma kõrgeid omaosalustasusid väikse palga korral. Selle tagajärjel loobuvad mõningad inimesed arstiabi tarbimisest, kuni olukord muutub vältimatuks.

Oma töös järeldab Dong, et Shanghai uus tervishoiu finantseerimise skeem pakub eelnevalt linnas kasutusel olnud süsteemiga võrreldes vähem hüvesid ja MSA kõrvale loodud riskide hajutamise fond on suurte puudustega. Peamine põhjus, miks autor peab MSAd linna sobimatuks, peitub Shanghai sotsiaal-majanduslikus olukorras. Nimelt on Shanghais väga suur osakaal inimestel, kes elavad kas vaesuspiiril või sellest allapool. Antud grupp vajab igapäevase eluga toimetulekuks pidevat tuge, neile käib üle jõu

tervishoiuteenuste eest omaosaluse maksmine. Lisaks sellele on antud grupp väga suure tervishoiuriskiga ning nende hulgas on potentsiaalne tervishoiuteenuste vajadus suurem. Shanghais on ka väga kõrge töötuse määr ning seetõttu ei kogune fondidesse piisavalt vahendeid. Samuti paneb tervishoiusüsteemi rahastamise surve alla suur vanemaealiste arv, kes vajavad täiendavaid tervishoiuteenuseid, ent ei panusta enam rahaliselt tervishoiusüsteemi.

Sarnaselt Singapuri ja Hiina linnadega ei ole ka **USAs** ühist arvamust, kuidas HSA süsteem on toiminud, samas võib täheldada mõningaid sarnasusi USA ja Singapuri tulemuste vahel. Nimelt hakkasid ka USAs teenusepakkujad võistlema klientide eest eelkõige kallima sisseseade omamise läbi, mis tulenes sellest, et see oli ainuke indikaator, kuidas patsiendid suutsid hinnata pakutava tervishoiuteenuse kvaliteeti.

Samuti loodeti USAs, et HSA-d pakuvad head alternatiivi nendele, kes varem ei olnud kindlustatud. Selleks olid eelkõige FIE-d ja väikeettevõtete töötajad. Reaalsuses on aga HSA-de kasutamine jäänud üsna tagasihoidlikuks. (Mossialos *et al.* 2002)

HSA-de kohta on läbi viidud mitmeid uuringuid. Näiteks Gliedi artiklis viidatud uuringust avaldub, et ettevõtted, kes pakuvad HSA plaane mitme valiku hulgas, omavad HSA kasutajad 19% ulatuses. Mitmed uuringud on näidanud, et tervishoiukulud pole vähenenud. Ka nendel kordadel, kus ainuke võimalik valitav plaan oli HSA, olid kulusäästud minimaalsed. (Glied 2008)

Samas USAs, Ohios 1998. aastal läbi viidud uuringus, mis hõlmas endas avalikku sektorit ja 27 erafirmat, kus oli võimalik valida HSA kindlustuspoliis, ilmnes, et kindlustuskulud saab vähendada kuni 12% individuaalse lepingu ja kuni 34% perekonnalepingu puhul. Oma rahakotist tasutavad (*out-of-pocket*) kulud olid samuti HSA puhul väiksemad traditsiooniliste terviseplaanide omast. Samuti oli enamikel HSA omanikel poliisi lõppedes kontrol kasutamata summasid. (Scheffler *et al.* 1998)

Sasso *et al.* (2010) uuringust selgus, et vabatahtlike HSA vahetajate hulgas olid enamasti tervemad inimesed kui traditsioonilise plaani juurde jääjad. Antud uuringus osalesid USA kindlustuspakkujad, kes vastasid väga spetsiifilisele kriteeriumile. Nimelt kaasati valimisse vaid ettevõtted, kes aastal 2005 ei pakkunud HSA kindlustuspoliise, aga aastatel 2006 ja 2007 kaasasid HSA oma tooteportfelli kas ainsa tervishoiuplaanina või ühe plaanina muude tervishoiuplaanide kõrval.

Uuringu eesmärgiks oli leida inimeste tervishoiukulutuste muutus olukorras, kui inimesed liitusid HSA paketiiga. Tulemused leiti analüüsi põhjal, kus hinnati nende inimeste tervishoiukulusid, kes jäid enda olemasoleva kindlustusplaani juurde ning nende inimeste kulutusi, kes vahetasid oma vana plaani uue vastu. Samuti saadud andmete peal koostati regressioonimudel leidmaks inimeste tervishoiukulu mõjutavaid faktoreid. (Sasso *et al.* 2010)

Uuringu tulemused olid kooskõlas eelnevate uuringute tulemustega, kus samuti leiti, et HSA-d on atraktiivsemad tervematele inimestele. Samuti leiti vaadeldava perioodi puhul, et HSAga liitunud inimeste kulutused tervishoiule kasvasid mõnevõrra väiksema määraga kui nendel inimestel, kes otsustasid jääda klassikalise tervishoiukindlustuse plaani juurde. Ka antud uuringus läbi viidud regressioonist tulenes, et HSA kasutamine avaldab tervishoiukuludele negatiivset mõju, s.t selle uuringu järgi kulutavad inimesed, kes on liitunud HSAga, vähem tervishoiule. (Sasso *et al.* 2010)

Rentieri *et al.* (2006) artiklis otsiti vastust küsimusele, kas ja kui palju tervishoiukulutuste jaotust suurendab HSA kasutuselevõtt. Uuringust avaldus, et aastatel 2000–2003 on kulude jaotumine patsientide lõikes suurenenud. Näiteks 2000. aastal oli omaosaluse määr keskmiselt erinevate tervishoiuplaanide lõikes 334 USD, aga 2003. aastal keskmiselt 240 USD. Lõppjärgeldusena nentisid autorid, et taoline tervishoiukulude hajumine inimeste vahel toob kaasa tervishoiukulutuste kasvu.

Erinevalt USA-st on **LAVis** MSA süsteemiga liitumine osutunud palju aktiivsemaks. 2004. aastal oli LAVis 20% inimestest erakindlustuse kindlustatud ning inimeste osakaal kasvas aastas 2–3 protsendipunkti võrra. LAVis on kindlustusplaanid koos MSAga olnud palju nõutumad kui muud turul olevad pakkumised, hõlmates praegu 50% erakindlustuse turust. MSA üks kriitika, et need on atraktiivsed tervetele ning noortele, tuues kaasa ebasoodsa valiku, pole LAVis läbiviidud uuringus kinnitust leidnud. (Schreyogg 2004)

LAVi Tervishoiuministeeriumi andmetel pole MSA-d püstitatud ootusi täitnud. Ministeerium pole leidnud, et MSA vähendaks vajalike meditsiiniteenuste maksumust. Samuti on toimunud nihe tervishoiuteenuste pakujate poolt koore riisumisele, mis seisneb tervishoiuasutuste poolt eelkõige tulustele tervishoiuteenustele keskendumisele, samas kulusäästule ja teenuse kvaliteedile rõhumine on jäänud tagaplaanile.

Lisaks sellele on eratervisekindlustused avaldanud sügavaid negatiivseid mõjusid LAVi tervishoiusüsteemile. On täheldatud tervishoiukulutuste kiiret kasvu, on toimunud tippspetsialistide liikumine avalikust sektorist erasektorisse, samas kui avalik sektor pakub enamikule rahvastikust tervishoiuteenuseid. (McLeod *et al.* 2008)

Samas Zaric *et al.* (2006) jõudsid aga oma artiklis vastupidisele järeldusele, nende hinnangul vähenesid MSAd kasutuselevõtu tulemusena üldised tervishoiukulud. Samuti vähenesid kulutused retseptiravimitele ning kasvas geneeriliste ravimite kasutamine.

Samale tendentsile viitas oma artiklis ka Dixon (2002). Uuringus, mis võrdles MSA ja tüüpilise ravikindlustuse omaniku tervishoiukulutusi, jõuti järeldusele, et MSA kasutajate hulgas langes valitsuse poolt eraldatava raha kulutamine (ravimid, ambulatoorne ravi) pea poole võrra. Seejuures ei olnud antud kulusääst vaid näiline, sest valitsusepoolne vabalt kulutatava raha hulga vähenemine ei toonud kaasa haiglaravi sektori kulutuste kasvu.

Kanada kohta on läbi viidud erinevaid eelhindamisi MSA võimaliku efekti kohta antud riigi karakteristikuid silmas pidades. Näiteks Forget *et al.* (2002; 2004) viisid läbi uuringud võimaliku MSA süsteemi rakendamise kohta Kanada kontekstis, nende uuringute aluseks olid Kanada, Manitoba provintsis läbi viidud tervishoiu-uuringust saadud andmed, mille käigus vaadeldi aastatel 1997–1999 inimeste tehtud kulutusi arsti vastuvõttudele ning haiglas viibimisele. Nende andmete põhjal leiti inimeste keskmine tervishoiukulu vaadeldava perioodi lõikes, milleks oli aastas keskmiselt 730 dollarit inimese kohta.

MSA kulusäästlikkuse analüüsil loodi antud uuringus uus konto, mis erineb oluliselt maailma praktikas kasutusel olevatest kontodest. Kanada MSA mudel koosnes lihtsustatult kontost, mis on iga inimese kohta individuaalne ning millesse teeb sissemaksed riik, kes saab oma ressursid üldistest maksulaekumistest. (Forget *et al.* 2004)

Antud artiklites kasutatakse inimeste aastaseid keskmisi tervishoiukulusid ning luuakse hüpoteetiline kontode süsteem, kus riik maksab iga inimese kontole 730 dollarit ehk keskmise inimese tervishoiukulu aastas. Leitud tulemused näitasid, et taoline lähenemine kasvataks tervishoiukulutusi ning seega MSA loomise peaesmärk ehk tervishoiukulude alanemine, jääb saavutamata.

Forget *et al.* (2004) soovivad Kanadale nõudlusepoolse kulualandamise asemel kasutada tervishoiukulude alandamiseks muid strateegiaid. Autorite hinnangul tuleks keskenduda kõrge ravikuluga patsientide ravikulude analüüsile ning uurida, kas parem haigusloo juhtimine ei võimaldaks ressursse efektiivsemalt kasutada.

Zaricu *et al.* (2006) uuringus koostati samade Manitoba provintsi andmete peal mudel MSA võimaliku rakendamise kohta Kanadas. Antud artiklis läbiviidud modelleerimise käigus otsiti vastust küsimusele, milline on kulusäästlikum viis tervishoiu rahastamiseks, kas MSA või klassikaline süsteem, kus esimesest dollarist kaetakse inimeste tervishoiukulu ühisest fondist.

Antud uuringu mudeli baasiks oli juba eelnevalt lahti kirjutatud Kanada MSA konto ülesehitus, millesse igal aastal teeb sissemaksed riik. Mudel ise koosnes mitmetest parameetritest, mille hulka kuulusid riigi maksete suurus, inimesele ülekantava MSA konto osa suurus, juhul kui MSA kontole jääb aasta lõpuks säästusid ning inimese omavastutuse suurus.

Teisteks parameetriteks olid populatsiooni parameetrid, mille hulka kuulusid inimeste võimalik reageerimine MSA kontoga kaasnevale tervishoiukulude alanemise stiimulile ning inimeste võimekus oma tervishoiukulusid prognoosida. Kolmandaks suuremaks mudeli parameetrite rühmaks olid kulude parameetrid, mille hulka kuulusid tervishoiu kulutused MSA süsteemi korral ja tervishoiu kogukulud esimesest dollarist makstava kõikehõlmava tervisekindlustuse korral. Mudeli analüüsis viidi läbi eri stsenaariumitega MSA tõhususe analüüs, mille tulemusel ei jõutud üks-ühesele järeldusele, vaid nenditi, et mudeliga leitud MSA potentsiaal mõjutada tervishoiukulusid vähenemise suunas on väga tundlik mudeli parameetrite suhtes. (Zaric *et al.* 2006)

Kokkuvõtvalt saab väita, et maailmas puudub ühine seisukoht MSA rakendamise tulenenud ja tulenevate mõjude kohta, samale arvamusel on jõudnud ka mitmed autorid. Näiteks Hanvoravongchai (2002), Pauly (2001) ning Thomson *et al.* (2009) nentisid, et MSA mõjud on suuresti tingitud antud süsteemi rakendava riigi spetsiifikast. Pauly arutles oma töös Singapuri MSA süsteemi kohta antavate hinnangute õigsuse üle, mille käigus leidis, et Singapuri MSA süsteemile pole võimalik hinnangut anda seetõttu, et puudub sobiv võrdlusbaas, sest sarnases linnriigis pole MSA süsteemi veel rakendatud. Kui vaadelda ka ametlikke

hinnanguid, siis ilmneb, et nii Singapuris kui ka LAVis on valitsusasutused avaldanud MSA toimimise kohta negatiivset arvamust. Singapuri valitsus nentis oma 1993. aastal välja antud raportis, et ainult turujõud ei suuda meditsiinikuludid all hoida. See ajendas Singapuri valitsust süsteemi restruktureerima ja enam reguleerima. LAVis nentis sealne Tervishoiuministeerium, et tervishoiukulude alandamist pole toimunud.

LISA 3. Eraravikindlustuse rakendamise näited Euroopas

Käesoleva lisa eesmärk on anda põgus ülevaade erakindlustuse kaasamisest tervishoius Euroopas, seda kindlustuse vormi, pakutavate teenuste kui ka levimuse lähtenurgast. 2006. aasta seisuga oli suurim osakaal tervishoiu kogukuludest eratervisekindlustusest Šveitsis ja Prantsusmaal (ligikaudu 13%). Järgnesid Taani, Iirimaa, Küpros, Hispaania ja Holland alla 10%-ga. Seevastu inimeste arvult on erakindlustuse teatud vormidega kaetud mitmetes riikides üle 90% rahvastikust. Nendeks riikideks on Holland, Prantsusmaa ja Luksemburg. Järgnevalt on toodud ülevaatlik tabel eratervisekindlustusest ning kaetavatest teenustest Euroopa Liidus.

Tabel 1. Eraravikindlustus Euroopa Liidus 2006. aastal

Riik	Kindlustuse vorm	Võimalikud kindlustuse saajad	Näiteid teenustest, mida kaetakse	% elanikkonnast, kes on kaetud	% tervishoiu kogukulutustest
Austria	Täiendav	Kogu rahvastik	Hamba- ja silmaravi, füsioteraapia, koduvisiidid, psühhoteraapia, sanatooriumid, rehabilitatsioon, ravimid, täiendav ja alternatiivne meditsiin	33	5,3
	Lisakindlustus		Erapalat/erahaiglad, haiglaarsti valik, kiirem ligipääs (plaaniline ravi), päevarahade hüvitatud haiglaravi eest		
	Asendav	Riiklikust süsteemist välja astunud (mõned füüsilisest isikust ettevõtjad); indiviidid, kes ei kvalifitseeru riiklikule kindlustusele	Sarnane riiklikule kindlustusele		
Belgia	Täiendav (omaosalus)	Kogu rahvastik	Omaosaluse hüvitamine ja haiglaravi.	73	5,4
	Täiendav (teenused)		Täiendav ja alternatiivne meditsiin, hamba- ja silmaravi, vaktsiinid, proteesid ja implantaadid, ravi välismaal, statsionaarne ja ambulatoorne ravi		
Bulgaaria	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Kõrgem kvaliteet/mugavus haiglas, erapalat, kiirem ligipääs ravile	2,0-4,6	0,4
	Täiendav (teenused)		Hambaravi, meditsiinitarbed, ambulatoorsed ravimid		
Küpros	Asendav	Kogu rahvastik	Statsionaarne ravi, ambulatoorne ravi, kiirabitransport, psühhiaatria,	20	6,7

Riik	Kindlustuse vorm	Võimalikud kindlustuse saajad	Näiteid teenustest, mida kaetakse	% elanikkonnast, kes on kaetud	% tervishoiu kogukulutustest
			sünnitusabi, rahalised hüvised, täiendav ja alternatiivne meditsiin, ravi välismaal		
Tšehhi	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Erapalat	n/a	0,2
	Asendav	Mitteresidendid; füüsilisest isikust ettevõtjad; migrantidest töötajate lapsed, välistudengid (kellel puudub õigus riiklikule kindlustusele)	Sarnane riiklikule kindlustusele, kuid ei sisalda mõne kroonilise haiguse ravi nagu nt HIV/AIDS, uimastite sõltuvus, vaimne tervis	<1,0	
Taani	Täiendav (teenused)	Kogu rahvastik	Silma- ja hambaravi, füsioteraapia, psühhiaatriline ravi, kiiropraktika, meditsiinilised abivahendid, jalaravi	35,7	1,5
	Lisakindlustus		Arsti valik, erahaiglad ja kiirem ligipääs	22,3	
Eesti	Asendav	Indiviidid, kes ei ole kaetud riikliku kindlustusega.	Sarnane riiklikule kindlustusele	<0,01	1,1
Soome	Täiendav (omaosalus)	Kogu rahvastik	Ambulatoorsete retseptiravimite omaosalus	12,0 (2005)	2,1
	Lisakindlustus		Erateenuseosutajad, kiirem ligipääs		
Prantsusmaa	Täiendav (omaosalus)	Kogu rahvastik	Hüvitab riikliku kindlustuse omaosaluse	92	12,8
	Lisakindlustus		Kõrgem kvaliteet, mugavus haiglas, erapalat		
	Täiendav (teenused)		Silma- ja hambaravi,		
Saksamaa	Asendav	Kõrgema sissetulekuga isikud; füüsilisest isikust ettevõtjad, kes on riiklikust kindlustusest välja arvatud	Sarnased riikliku kindlustusega	10	9,3
	Täiendav (omaosalus)	Riigiteenistujad	Hüvitab tervishoiukulud, mis pole täielikult kaetud riigi poolt		
	Täiendav (teenused)	Kogu rahvastik	Hambaravi	20	
	Täiendav		Hüvitab riikliku		

Riik	Kindlustuse vorm	Võimalikud kindlustuse saajad	Näiteid teenustest, mida kaetakse	% elanikkonnast, kes on kaetud	% tervishoiu kogukulutustest
	(omaosalus)		kindlustuse omaosaluse ambulatoorse ravi korral		
	Lisakindlustus		Erahaiglad, laiem valik, haigushüvitised		
Kreeka	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	valik, parem teenuste kvaliteet, kiirem ligipääs	12,0 (2002)	1,6
Ungari	Täiendav (teenused)	Kogu rahvastik	Füsioteraapia, koduhooldus, ennetav hooldus, teraapilised spaa-teenused, sport/vaba aeg, meditsiinilised seadmed, ravimid, täiendav ja alternatiivne meditsiin	Tulunduslik: 2,1 Mittetulunduslik: 6,2	1,2
	Lisakindlustus		Kõrgema kvaliteediga mugavus haiglas		
Island	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Erahaigla	Mittearvestatav	0
Iirimaa	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Poolprivaatseid/Erapalati riiklikes haiglates või erahaiglates, kiirem ligipääs	50,9	8,4
	Täiendav (omaosalus)		Hüvitab riikliku kindlustuse omaosaluse		
	Täiendav (teenused)		Üldarsti külastamine, füsioteraapia, silma- ja hambaravi, täiendav ja alternatiivne meditsiin		
Itaalia	Täiendav (teenused)	Kogu rahvastik	Silma- ja hambaravi, koduhooldus, kosmeetiline ravi, proteesid, rehabilitatsioon, siirdamised, statsionaarne ja ambulatoorne ravi, täiendav ja alternatiivne meditsiin		
	Täiendav (omaosalus)		Ravimite omaosalus		
	Lisakindlustus		Erateenuseosutajad		
Läti	Täiendav (omaosalus)	Kogu rahvastik	Hüvitab riikliku kindlustuse omaosaluse		
	Täiendav (teenused)		Silma- ja hambaravi, füsioteraapia, rehabilitatsioon, vaktsiinid, kuuldeaparaadid,		

Riik	Kindlustuse vorm	Võimalikud kindlustuse saajad	Näiteid teenustest, mida kaetakse	% elanikkonnast, kes on kaetud	% tervishoiu kogukulutustest
			proteesid, plastiline kirurgia, kehaväline viljastamine, täiendav ja alternatiivne meditsiin		
	Lisakindlustus		Otsene ligipääs eriarstile, erateenuseosutajad		
Liechtenstein	Täiendav (teenused)	Kogu rahvastik	Silma- ja hambaravi, kiirabitransport, meditsiinkaubad, täiendav ja alternatiivne meditsiin	66,7	n/a
	Lisakindlustus		Arsti valik, mugavus haiglas		
	Asendav	Indiviidid, kes loobuvad riiklikust kindlustusest	n/a		
Leedu	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Ambulatoorne ravi, mis hõlmab ka kirurgiat; konsultatsioonid; diagnoosimine; ennetus; sünnituseelne ravi; koduvisiidid; füsioteraapia; silma- ja hambaravi; rehabilitatsioon; statsionaarne ravi	0,2	0,4
Luksemburg	Täiendav (omaosalus)	Kogu rahvastik	Hüvitab riikliku kindlustuse omaosaluse	Tulunduslik: 25,0 Mittetulunduslik: 66,0	1,8
	Täiendav (teenused)		Silma- ja hambaravi, ravi välismaal, täiendav ja alternatiivne meditsiin, haigusehüvitised		
	Lisakindlustus		Kõrgem kvaliteet, erateenuseosutajad		
Holland	Täiendav (teenused)	Kogu rahvastik	Silma- ja hambaravi, füsioteraapia, kõneteraapia, piirülene ravi, mõningane ennetusravi, mõned kosmeetilise kirurgia vormid, täiendav ja alternatiivne meditsiin	92	5,9
	Lisakindlustus		Erapalat		
Malta	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Ravi välismaal, statsionaarne ja ambulatoorne ravi	20	1,8

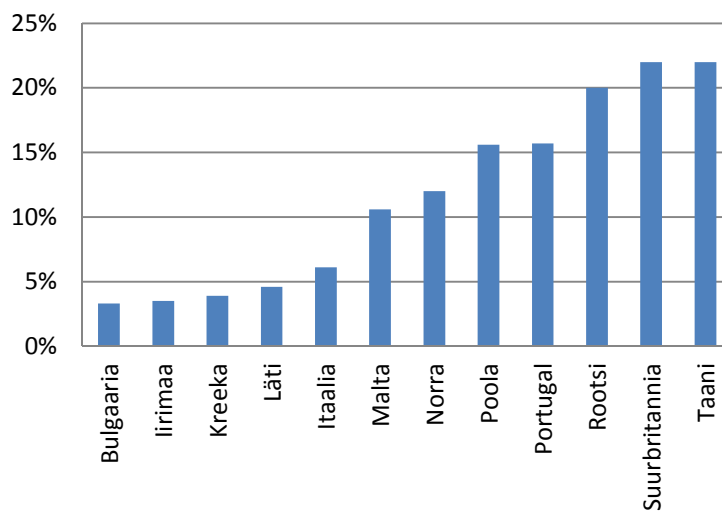
Riik	Kindlustuse vorm	Võimalikud kindlustuse saajad	Näiteid teenustest, mida kaetakse	% elanikkonnast, kes on kaetud	% tervishoiu kogukulutustest
Norra	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Erateenuseosutajad, plaaniline haiglaravi, kiirem ligipääs, sularahahüvitised	3,5 (2007)	0
Poola	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Erateenuseosutajad, kiirem ligipääs	3,1-3,9	0,6
Portugal	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Teenusepakkuja valik, kiirem ligipääs, otsene juurdepääs eriarstile	15,7	2
	Täiendav (teenused)		Hambaravi		
	Täiendav (omaosalus)		Hüvitab riikliku kindlustuse omaosaluse (nt ambulatoorsed ravimid)		
	Asendav	Mõned kutsealased grupid	Sarnane riiklikule kindlustusele	Väga madal	
Rumeenia	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Kõrgem kvaliteet, võimalus teenusepakkujat valida, teise arvamuse küsimise võimalus	0,1	4
Sloveenia	Täiendav (omaosalus)	Kogu rahvastik	Hüvitab riikliku kindlustuse omaosaluse	73,8 (2005)	13,1
	Täiendav (teenused)		Täiendav ja alternatiivne meditsiin, kõrgema kvaliteediga hambaravi, plaaniline ravi (nt plastiline kirurgia), ambulatoorse ravi ravimid		
	Lisakindlustus		Kõrgem kvaliteet ja mugavus, mittesoodustatud ravimite kulud		
	Asendav	Indiviidid, kellel ei ole õigust kohustuslikule riiklikule kindlustusele (nt välismaalased)	n/a	n/a	
Slovakkia	Asendav	Indiviidid, kellel ei ole õigust kohustuslikule riiklikule kindlustusele	n/a	n/a	0
Hispaania	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Erateenuseosutajad, kiirem ligipääs	18	6,5
	Täiendav (teenused)		Täiskasvanute hambaravi, täiendav ja alternatiivne meditsiin		
Rootsi	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Kiirem ligipääs, plaaniline ravi (private elective	3,0-3,3 (2007)	0,3

Riik	Kindlustuse vorm	Võimalikud kindlustuse saajad	Näiteid teenustest, mida kaetakse	% elanikkonnast, kes on kaetud	% tervishoiu kogukulutustest
			care)		
	Täiendav (omaosalus)		Ambulatoorsed retseptiravimid		
Suurbritannia	Lisakindlustus	Kogu rahvastik	Plaaniline kirurgia, skriining, töötervishoid	10,6	1

Allikas: Mossialos, Thomson (2009)

Kuna eelistused kindlustusele on erinevad, siis varieerub ka inimeste kindlustatus erinevate kindlustusvormide puhul. Joonis 1. näitab elanike kaetust vabatahtliku (*supplementary*) eraravikindlustusega Euroopa Liidus. Kõige suurem on see Taanis (22%), Suurbritannias (22%) ja Rootsis (20%).

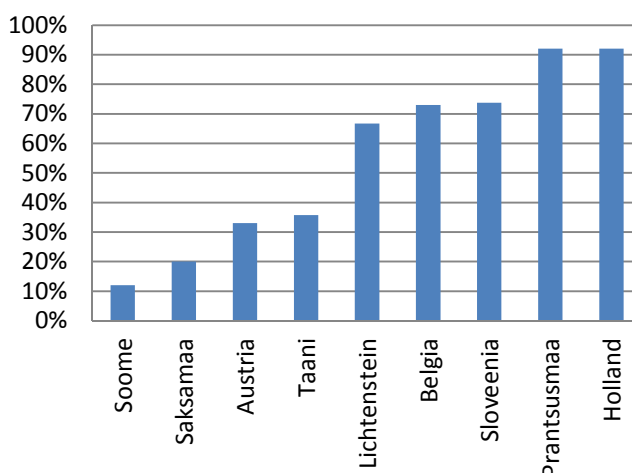
Joonis 1. Elanike kaetus vabatahtliku eraravikindlustusega Euroopa Liidu riikides 2006. aastal



Allikas: Mossialos, Thomson 2009

Joonisel 2 on esitatud elanike kaetus täiendava (*complementary*) eraravikindlustusega, kus on ülekaalus Holland (92%), Prantsusmaa (92%), Sloveenia (74%) ja Belgia (73%).

Joonis 2. Elanike kaetus täiendava eraravikindlustusega Euroopa Liidu riikides 2006. aastal

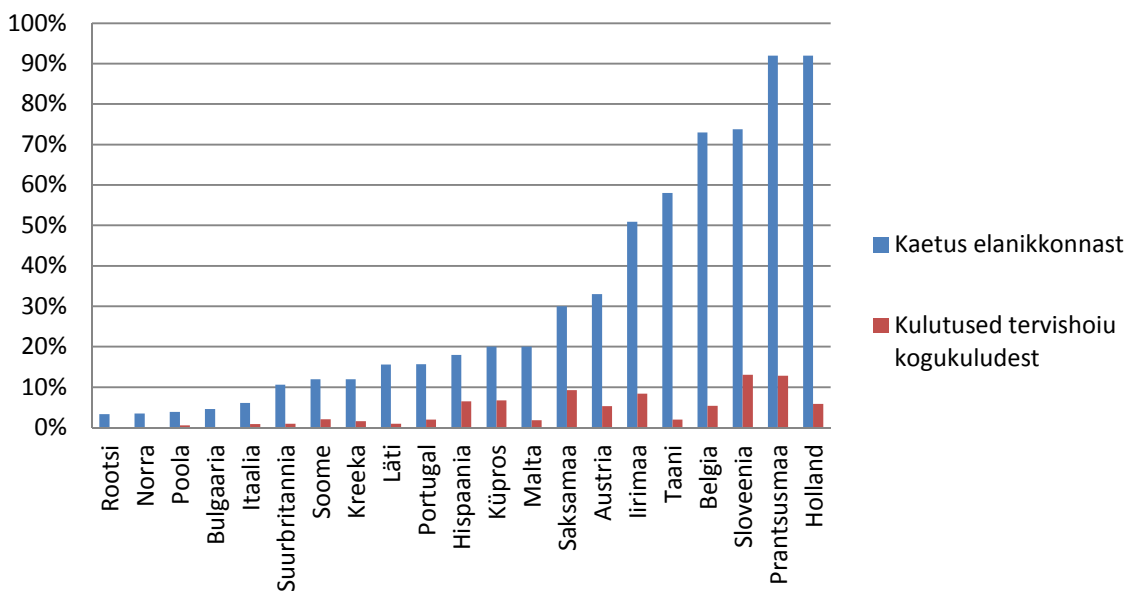


Allikas: Mossialos, Thomson 2009

Asendavat (*substitutive*) eraravikindlustust kasutatakse Euroopa Liidus olulisel määral vaid Küprosel, kus elanike kaetus on 20% ja Saksamaal, kus elanike kaetus on 10%.

Tervikuna (vt joonis 3) on elanike kaetus eraravikindlustusega on Euroopa Liidus kõige suurem Hollandis (92%), Prantsusmaal (92%), Sloveenias (74%) ja Belgias (73%). Kõige enam teevad eraravikindlustusele kulutusi Sloveenia (13%) ja Prantsusmaa (13%). Samuti on Taanis kaetud eraravikindlustusega üle poole elanikest (58%), kuid tervishoiu kogukuludest läheb eraravikindlustusse vaid 2%.

Joonis 3. Euroopa Liidu riikide kaetus eraravikindlustusega ja sellele tehtavad kulutused tervishoiu kogutuludest 2006.l aastal, protsentides



Allikas: Mossialos, Thomson 2009