

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Rahvamajanduse instituut

Statistika ja ökonomeetria õppetool

Natalja Jedomskihh-Eigo

EESTI TERVISHOIUKULUDE ARVESTUS

Magistritöö

Juhendaja: Jaan Vainu
Kaasjuhendaja: doktorant Triin Habicht

Tallinn 2006

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Tervishoiukulude arvestus ja selle roll tervishoiusüsteemis	7
1.1. Tervishoiukulude arvestusega seotud mõisted	7
1.2. Tervishoiusüsteem	10
1.3. Tervishoiukulude arvestamise vajadus ja kasutuse võimalused.....	15
1.4. Tervishoiukulude arvestuse ajalugu	18
2. Tervishoiukulude arvestuse meetodika ja andmete allikad	20
2.1. Tervishoiukulude arvestuse meetodika	20
2.2. Tervishoiukulude arvestuse klassifikatsioonid	23
2.2.1. Tervishoiuteenuste klassifikatsioon.....	24
2.2.2. Tervishoiuteenuste osutajate klassifikatsioon.....	26
2.2.3. Tervishoiuteenuste finantseerijate klassifikatsioon.....	27
2.3. Andmete kogumine	29
2.4. Tervishoiukulude arvutamise meetodika probleemid	31
3. Tervishoiukulud Eestis, 2004.a	33
3.1. Tervishoiukulude finantseerimisallikad	33
3.1.1. Avalik sektor.....	35
3.1.2. Erasektor	40
3.1.3. Välismaailm.....	44
3.2. Tervishoiuteenuste osutajad	44
3.2.1. Haiglad.....	46
3.2.2. Ambulatoorse ravi osutajad	47
3.2.3. Ravimite ja meditsiinitoodete jaemüüjad	48
3.2.4. Rahvatervise programmide korraldajad.....	50

3.2.5. Üldine tervishoiu administratsioon.....	52
3.3. Tervishoiuteenused.....	53
4. Tervishoiukulude arvestuse rahvusvahelised võrdlused.....	55
4.1. Ohud tervishoiukulude riikidevahelisel võrdlusel.....	55
4.2. Tervishoiu kogukulud sisemajanduse koguproduktist	57
4.3. Tervishoiu kogukulud ühe inimese kohta.....	61
4.4. Avaliku sektori ja erasektori tervishoiukulud.....	65
Kokkuvõte	68
Kasutatud kirjandus	72
Lisad	
Lisa 1. Rahaliste vahendite liikumine Eesti tervishoiusüsteemis, 2004.....	76
Lisa 2. Küsimustiku näide	77
Lisa 3. Finantseerimisallikad tervishoiuteenuste järgi, 2004 (tuh krooni)	79
Lisa 4. Finantseerimisallikad tervishoiuteenuste järgi, 2003 (tuh krooni)	80
Lisa 5. Finantseerimisallikad tervishoiuteenuste osutajate järgi, 2004 (tuh krooni) ...	81
Lisa 6. Finantseerimisallikad tervishoiuteenuste osutajate järgi, 2003 (tuh krooni) ...	82
Lisa 7. Tervishoiuteenused ühe inimese kohta, 2003-2004.....	83
Lisa 8. THKK osakaal SKP-st ning THKK ühe inimese kohta, 1998-2002	84
Lisa 9. Regressiooni parameetrid	85
Summary.....	86

SISSEJUHATUS

Maailmamajanduse kiire kasv ning erinevate eluvaldkondade (sh meditsiin) jõuline edenemine on kaasa toonud suuremad nõudmised kõikide elualade arenguks. Tervishoid on valdkond, mis suuremal või vähemal määral puudutab kõiki inimesi ning mille teenused kuuluvad inimese primaarsete vajaduste hulka. Teadmised inimorganismist täienevad pidevalt ning see võimaldab ja tingib tervishoiuga seonduva põhjalikuma käsitlemise vajaduse. Mida arenenum on ühiskond, seda suuremat tähelepanu pööratakse tervishoiu kättesaadavusele ja selle kvaliteedile. Seepärast on mõistetav, miks tervishoiusektor on tähtis valdkond paljude riikide poliitikute silmis. Selle sektori tähtsuse tase igas riigis sõltub otseselt tervishoiusüsteemi osatähtsuse suurusest riigimajanduses. Rahalises arvestuses on Eesti tervishoiukulutuste osakaal sisemajanduse koguproduktist aastakümne jooksul püsinud stabiilselt 5-6% lähedal. See on mõnevõrra väiksem arenenud maade vastavast näitajast. Näiteks Euroopa Liidu liikmesriikides moodustavad tervishoiukulud 7-10% SKP-st.

Riiklike tervishoiukulutuste aruandluse kalkulatsioonid võivad oluliselt mõjutada tervishoiupoliitikat. Need annavad otsustajatele täieliku pildi tervishoiusektorist, näidates kulutuste tegelikku rõhuasetust ja erinevaid finantseerijaid. Samuti annavad need aluse reformide väljatöötamiseks, muutuste mõju jälgimiseks rahastamisel ning teenuste osutamisel.

Käesoleva magistritöö eesmärk on kasutada Riiklikku Tervishoiukulude Arvestuse metoodikat Eesti tervishoiukulude analüüsimiseks ja võrdlemiseks teiste riikidega. Selleks, et saavutada antud magistritöö eesmärk, on püstitatud järgmised ülesanded:

1. kirjeldada tervishoiusüsteemi üldiselt ning konkreetselt Eesti tervishoiusüsteemi, et selgitada erinevate finantsnäitajate muutumist Eesti tervishoiusüsteemis;
2. kirjeldada rahvusvahelist tervishoiukulude arvestuse meetodikat;
3. näidata, kuidas on võimalik kohandada ja kasutada tervishoiukulude arvestuse meetodikat riigis;
4. analüüsida Eesti tervishoiukulude andmeid lähtuvalt meetodikast;
5. võrrelda Eesti näitajad teiste riikide näitajatega.

Käesolev töö on kasulik tervishoiukulude andmete kasutajatele, et aru saada, miks selliseid analüüse tehakse ja kuidas neid kasutada. Samuti on see informatsioon kasulik neile, kes tegelevad või hakkavad tulevikus tegelema sarnaste analüüsidega.

Magistritöö on jaotatud neljaks osaks. Esimese peatüki ülesandeks on välja selgitada, mis on tervishoiukulude arvestus ning milline on selle roll tervishoiusüsteemis. Esimene peatükk jaguneb neljaks osaks. Esmalt tuuakse välja tervishoiukulude arvestuse olulised terminid ja nende definitsioonid. Seejärel käsitletakse tervishoiusüsteemi Eesti näitel, püüdes välja tuua seoseid rahastamise ja teenuste osutamise vahel. Lisaks analüüsitakse tervishoiukulude arvestuse erinevaid kasutusvõimalusi.

Magistritöö teises osas käsitletakse tervishoiukulude arvestuse meetodikat ja andmeallikaid. Oluliseks baasiks tervishoiukulude arvestuse meetodika jaoks on tervishoiukulude arvestuse rahvusvaheline klassifikatsioon, mis aitab defineerida tervishoiuteenuseid, nende osutajaid ja rahastajaid. Samuti käsitletakse tervishoiukulude arvutamise meetodika peamiseid probleeme.

Kolmandas peatükis analüüsitakse Eesti tervishoiukulusid. Töös kasutav analüüs annab ülevaate peamiselt 2004. aastal tehtud tervishoiukuludest, millele on võrdluseks toodud 2003. aasta andmed. Lisaks vaadatakse mõnede näitajate puhul varasemate aastate trende. Andmed 2003. ja 2004. aasta kohta on kogutud ja kokku pandud RTA meetodika järgi autori poolt. Varasemate aastate andmed on ümber arvutatud ja

kohandatud vastavalt sellele metoodikale, mistõttu on kõik aastad võrreldavad. Kolmas peatükk koosneb kolmest osast: tervishoiukulude rahastamise allikad, tervishoiuteenuste osutajad ja tervishoiuteenused.

Neljandas osas on välja toodud tervishoiukulude rahvusvaheline võrdlus, kus võrdlusriikideks on võetud Euroopa Liidu liikmesriigid. Võrdluses kasutatakse mitmeid indikaatoreid, mis kirjeldavad tervishoiukulusid: tervishoiu kogukulud sissemajanduse koguproduktist, tervishoiu kogukulud ühe inimeste kohta ning avaliku sektori ja erasektori tervishoiukulud. Andmed on võetud erinevatest rahvusvahelistest allikatest, näiteks *OECD* ja *WHO* andmebaasid. Võrdluseks kasutatakse 2002. aasta andmeid, kuna hilisemaid näitajaid pole veel avaldatud. Lisaks tuuakse välja ohud, millega tuleb arvestada tervishoiukulude riikidevahelisel võrdlusel.

Magistritöös on kasutatud erialaseid teadus- ja uurimustöid, mis on ilmunud erinevate terviseorganisatsioonide sarjades, näiteks *European Observatory on Health System and Policies* väljaandeid. Samuti on kasutatud tervishoiuökonomika ja majandusteooriaalast õppekirjandust, statistilisi andmeid sisaldavaid publikatsioone ja elektroonilisi materjale ning õigusakte ja sõnastikke.

1. TERVISHOIUKULUDE ARVESTUS JA SELLE ROLL TERVISHOIUSÜSTEEMIS

1.1. Tervishoiukulude arvestusega seotud mõisted

Kuigi tervis on laialdaselt levinud termin, on sellel, kui mõistel, erinevaid tõlgendusi. Enamasti on tervist vaadeldud negatiivsest küljest: tervise puudulikkus ning kuidas tervist taastada. Üsna levinud on Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organisation* (edaspidi *WHO*)) tervise definitsioon: „*tervis* on täieliku kehalise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguste ja terviseprobleemide puudumine“ /33/¹. See definitsioon pole muutunud alates 1948. aastast, kuigi mõned autorid on seda kritiseerinud selle liigse kõikehõlmavuse pärast. Näiteks, siin sisaldab tervise definitsioon sotsiaalse mõõdiku ja on seetõttu praktikas raskesti kasutatav.

Tervis on inimese põhiõigus, mis tähendab seda, et ühiskond peab tagama kõigile inimestele eeldused võimalikult hea terviseseisundi saavutamiseks. Õigus tervisekaitsele, õigus ohutumale elu-, töö- ja psühhosotsiaalsele keskkonnale on fikseeritud Eesti Vabariigi Põhiseaduses, samuti Euroopa Ühenduse asutamislepingus, Euroopa Sotsiaallhartas ja mitmetes teistes rahvusvahelistes dokumentides. Euroopa Liidu Amsterdami lepingu artikkel 152 seab kõrgetasemelise tervisekaitse ülimuslikuks kõikide otsuste, projektide ja programmide puhul, mis võivad mõjutada inimese tervist.

Tervishoiu moodustavad ühiskonnas tervise edendamisele, säilitamisele ja taastamisele suunatud projektid ning programmid ehk tegevused /19, lk. 3/. Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon (*Organisation for Economic Cooperation and Development* (edaspidi *OECD*)) on sõnastanud tervishoiu kontseptsiooni järgmiselt: „*tervishoid* on

¹ Eesti Vabariigi Rahvatervise seaduses kasutakse järgmist definitsiooni: tervis - inimese füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult puuete ja haiguste puudumine /34/.

asutuste või isikute poolt osutatud tegevuste summa, mille osutamiseks kasutatakse meditsiinilisi, parameditsiinilisi või õenduslaseid teadmisi ja tehnoloogiaid ning mille eesmärk on:

1. tervise edendamine ja haiguste preventatsioon;
2. haiguste ravimine ja enneaegse surma vähendamine;
3. õendusabi vajavate kroonilist haigust põdevate inimeste põetamine;
4. õendusabi vajavate vigastusega ja puuetega inimeste põetamine;
5. patsiendile väärrika surma võimaldamine;
6. rahvatervise programmide korraldamine;
7. tervishoiu programmide, tervisekindlustuse ja teiste programmide korraldamine ja administreerimine“/2, lk. 42/.

Sarnaselt on tervishoiu mõiste defineeritud ka Eesti Rahvatervise seaduses. Nagu eelnevalt mainitud, võib tervishoid koosneda erinevatest programmidest ja projektidest ehk skeemidest. Niisuguste riigi poolt osutatud tervishoiuskeemide kogum moodustab **tervishoiusüsteemi**, mis on igas konkreetses riigis ainulaadne. Tervishoiusüsteem korraldab tervishoiuteenuste osutamist ja rahastamist etteantud inimeste grupi jaoks (maksjad ja nende ülalpeetavad). Finantsreeglid määravad, kes peab maksma teenuse kasutamise eest (maksma maksu, maksma erakindlustuse preemiaid) ja kes on kaetud skeemiga. Finantsreeglid määravad ka ressurside mahu ja struktuuri, mida vahetatakse tervishoiuteenuste osutajatega nende teenuste vastu. Siin räägime tervishoiuskeemist kui tervishoiu finantseerimise skeemist, millel on kindel finantsstruktuur. See finantsstruktuur on finantseerijate, teenusteosutajate, patsientide ja teiste osalejate koostöö tagajärg.

Tervishoiusüsteemi eesmärk on toetada ja parandada rahvastiku tervislikku seisut. Peamiselt on see seotud haiguste ennetamisega, ravi- ning taastusraviteenuste osutamisega. Need teenused peavad olema osutatud ühiskonna jaoks, efektiivselt, võimalikult rahuldava hinna eest ning majanduslikult jätkusuutlikult. Tervishoiusüsteem peab garanteerima tervishoiuteenuste kättesaadavuse kõikidele

inimestele, hoolimata maksevõimest. Vaatamata sellele, et tervishoiu ja tervishoiusüsteemi definitsioonid on erinevad (üks kirjeldab sisu ja teine süsteemi), siis oma tähenduses nad oluliselt ei erine ning seega aetakse need tihti segamini ja kasutakse sünonüümidenä.

Et osutada taskukohast, kättesaadavat ja efektiivset tervishoiuteenust nendele, kes seda vajavad, tuleks ressursse kasutada kõige kulu-tõhusamal viisil. Ressursside efektiivseks paigutamiseks ja tervishoiusüsteemi efektiivseks valitsemiseks on vaja kasutada kvantitatiivseid meetodeid. Selle jaoks eksisteerivad kirjeldavad ja analüütilised meetodid. Need vahendid aitavad otsusetegijatel arendada süsteemi. Seega analüütilistes meetodites kasutatakse alati statistikat ja aruandlust. Tervishoiuteenuste osutamise ja rahastamise mõju analüüsimiseks kasutakse **Riiklikku Tervishoiukulude Arvestust** (edaspidi **RTA**).

See mõiste on lahti seletatud Maailma Tervisearuandes (*World Health Report*) 2002: „RTA on poliitiliselt asjakohane, kõikehõlmav, järjepidev, õigeaegne ja standardne instrument, mis peegeldab meditsiiniliste kaupade ja teenuste tarbimise taset ja suundi (kulupõhine lähenemine), nende teenindus- ja tööstustegevusalade poolt loodud lisandväärtust, kes toodavad eelnimetatud kaupu (tootmispõhine lähenemine) ning selle protsessi jooksul loodud tulused nagu maksud, kohustuslikud laekumised, kindlustuspreemiad ja otsesed maksed, mis rahastavad süsteemi (finantspõhine lähenemine)” /47, lk. 149/. Siin ja edaspidi kasutakse mõisteid tervishoiukulude arvestus ja RTA sünonüümidenä.

Järgmine oluline termin, mida käesolevas töös kasutakse, on tervishoiuteenuse osutaja. **Tervishoiuteenuse osutaja** on tervishoiutöötaja või tervishoiuteenuseid osutav juriidiline või füüsiline isik. Tervishoiuteenuste osutaja terminil on ka laialt kasutatav sünonüüm – tervishoiuteenuste pakkuja /45/.

Tervishoiuteenus on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks, eesmärgiga leevendada inimese vaevusi,

hoida ära tema tervisliku seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist /45/.

RTA metoodika järgi arvutatakse *tervishoiu kogukulud* (THKK), mis mõõdavad riigi residentide tervisega seotud kaupade ja teenuste lõpptarbimist. THKK sisaldab lisaks raviteenustele ja ennetusele ka administreerimis- ja kapitalikulu, kuid ei sisalda haigushüvitisi ega meditsiinipersonali koolituskulusid /2, lk. 42-47/. Käesolevas töös kasutakse mõisteid kulud ja kulutused sünonüümidena.

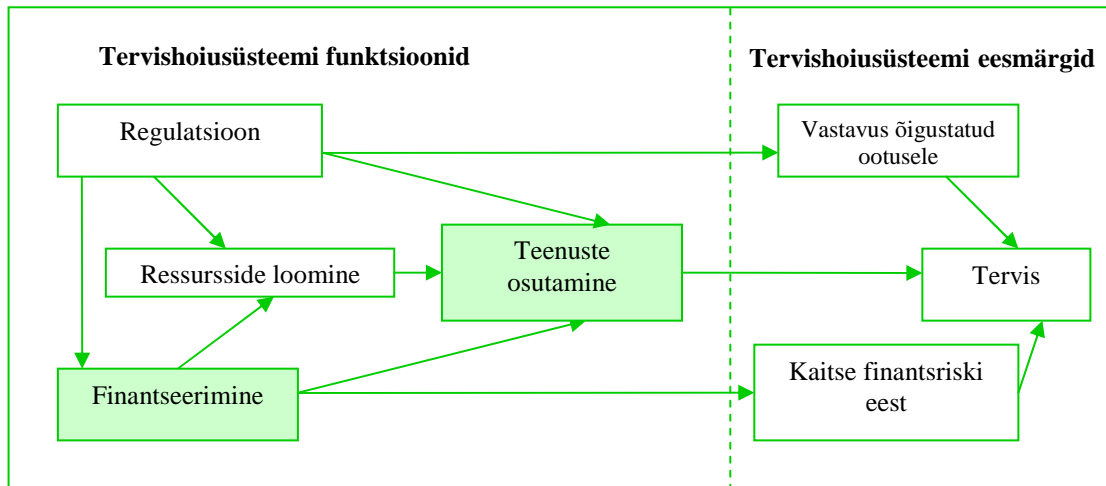
1.2. Tervishoiusüsteem

Tervishoiusüsteemi peaesmärgiks on säilitada ja parandada rahvastiku tervist /47, lk.2/. Maailma Terviseorganisatsioon käsitleb tervishoiufunktsioonide lähenemist järgmiselt: tervishoiusüsteem peab võimaldama vaadelda erinevaid tervishoiusüsteemi osasid, et leida lahendusi parima tervise seisundi saavutamiseks. Süsteem peab võimaldama rahvusvahelist võrdlust, kus funktsioonid on sarnased, kuid organisatoorsed lahendused samas erinevad /19, lk. 14/. Tervishoiusüsteemi funktsioonid võib jaotada neljaks: finantseerimine, teenuste osutamine, ressursside loomine ja regulatsioon (*stewardship*) (joonis 1.1) /47, lk. 25/. Käesolevas töös vaadeldakse ainult kahte esimest funktsiooni, kuna tervishoiukulude arvestus käsitleb just neid.

Tervishoiusüsteemi finantseerimise all mõistakse protsessi, mille kaudu kogutakse tulusid, akumuleeritakse neid erinevatesse fondidesse ja seejärel paigutatakse teenuse osutajate tegevusse. See funktsioon koosneb ressursside kogumisest ja ühendamisest ehk puulimisest² ning teenuste ostmisest /19, lk. 15-17/. Tervishoiusüsteemis osutatud teenus on alati tasuline, olenemata sellest, kes selle eest maksab /26, lk. 21/. Finantseerimisallikate olulisus varieerub riigiti ja regiooniti. Tervishoiuteenused võivad olla rahastatud riiklike, erasektori või rahvusvaheliste allikate kaudu. Tavaliselt

² Puulimine (*pooling of resources*) – kogutud rahaliste vahendite juhtimine selliselt, et tervisega seotud kulude risk oleks jagatud kõigi fondi kuuluvate isikute vahel. Puulide korraldus võib riigiti olla erinev. Mida fragmenteeritumad on ressursid erinevate puulide vahel, seda raskem on rahalisi vahendeid efektiivselt kasutada /19/.

domineerib tervishoiusüsteemis üks rahastamisallikate tüüp. Paljudes riikides on avalik sektor tervishoiu finantseerimise esmane allikas.



Joonis 1.1. Tervishoiu funktsioonid ja eesmärgid.

Allikas: /19/.

Järgnevalt selgitatakse, millest need kolm finantseerimisallikat koosnevad ja millised on nende eelised ja puudused. Kulud loetakse avaliku sektori kuludeks, kui nad on makstud üldistest või märgistatud maksudest. Märgistatud maksud on tavaliselt sotsiaal- või ravikindlustusmaksud. Tervishoiusüsteemi finantseerimisel üldistest maksudest on omad eelised. Sellel süsteemil on madalad administreerimiskulud. See soodustab solidaarsust tervete ja haigete, rikaste ja vaeste, noorte ja vanade kodanike vahel. Neil maksudel põhineva süsteemi tulu on otseselt seotud rahvastiku sissetulekutega. Seega maksutulu laekumise vähenedes väheneb ka süsteemi efektiivsus. Niisugune süsteem vajab ka tugevat institutsionaalset struktuuri /19, lk. 30/. Iga-aastane tervishoiu eelarve on läbirääkimiste objektiks. Seega on tervise finantseerimine sõltuvuses poliitilistest prioriteetidest ja ministri oskusest seista tervisevaldkonna huvide eest.

Ravikindlustusmaksud on tavaliselt seotud palgaga ja kohustuslikud kõigile või enamusele rahvastikust. Vajadus tervishoiuteenuste järele võib tekkida ootamatult, kusjuures tervishoiukulutused võivad haigestumise korral olla küllalt suured. Haige on selliste ettearvamatute ja sageli suurte kulutuste vastu kindlustatud /26, lk. 21/. Kuid

sellel süsteemil on ka oma miinused. Fondi tulu sõltub kindlustatute sissetulekutest. Kui riigis on laialt levinud ümbrikupalkade (*informal*) maksmine, siis on ka fondi tulud väikesed /19, lk. 33/.

Erasektori kulud koosnevad leibkonna³, erakindlustuse ja tööandja kuludest, mis on tavaliselt vabatahtlikud. Patsiendid võivad maksta otse teenuse osutajale (visiidi-, teenus- ja vooditasu⁴), jagada kulutusi teiste finantseerimisallikatega (retseptiravimid) ja teha mitteametlikke makseid. Mitteametlikke makseid tehakse soovist tänada arsti, kiirendada protsessi või saada kvaliteetsemat teenust. Suure omaosalusega maksmissiisi puhul väheneb nõudlus, mille tulemusena vähenevad ka kulud ja tõuseb efektiivsus /19, lk. 39/.

Erakindlustus võib esineda asendava kindlustusena (*substitutive*) ja pakkuda alternatiivi avalikult pakutavale kindlustusele. See võib olla ka kaaskindlustus (*supplementary*), mis suurendab teenuste pakkuja valikuvõimalusi ning suurendab ja kiirendab teenuste kättesaadavust. Viimane roll, milles erakindlustus võib esineda, on täiendav kindlustus (*complementary*) ehk täielik või osaline kate nende teenuste osas, mis on kohustuslikust ravikindlustusest välja arvatud või kohustusliku ravikindlustuse poolt mittetäielikult kaetud. Erakindlustus võib eksisteerida ka domineeriva avaliku sektori süsteemi kõrval. Tema plussideks on sõltumatus poliitilistest manipulatsioonidest, võimalus vabalt valida kindlustajat ja pakkumine on juhitud maksevalmiduses. Selle finantseerimise allika miinuseks on see, et ta ei taga kindlustust omavatele isikutele võrdseid tingimusi /19, lk. 35/.

Rahastajaks võib olla ka rahvusvaheline allikas. Väga tihti saavad arengumaad välisabina laene või toetusraha, millest osutatakse ka tervishoiuteenust. Selle finantseerimisallika puhul on oht sattuda välisallikatest sõltuvusse ning välisraha laekumise katkedes võib tekkida kriis.

³ Leibkond – ühises põhieluruumis (ühisel aadressil) elavad isikud, kes kasutavad ühiseid raha- ja/või toiduresse ja kes ka ise tunnistavad end ühes leibkonnas olevaiks. Leibkonna võib moodustada ka üksikisik /43/.

⁴ Voodipäevad või haiglapäevad (*bed days or patient days*) – patsientide haiglaravil viibitud päevade koguarv, mille arvutamiseks liidetakse kokku üksikute patsientide haiglas viibimise kestvus päevades /26, lk. 20/.

Eestis toimub tervishoiuteenuste finantseerimine suures osas läbi ravikindlustussüsteemi (Eesti Haigekassa), mille kaudu riik ostab tervishoiuteenust riiklikelt ja eratervishoiuasutustelt /49, lk. 144/. Haigekassa maksab tervishoiuteenuste pakkujatele, saades raha tööandjatelt sotsiaalmaksu kaudu. Seega, 13% brutopalgast suundub läbi maksude ravikindlustussüsteemi.

Riigieelarves näeb Rahandusministeerium iga ministeeriumi jaoks ette eelarve piirmäärad õigusaktidest tulenevatest kohustustest ja valitsuse prioriteetidest. Riigieelarve tervisesektori osa koostab Sotsiaalministeerium. Ministeerium vastutab tervishoiu, sotsiaalkindlustuse ja tööhõive eest ning kõik sektorid konkureerivad rahaliste vahenditega. Valitsussektori raha läheb lisaks Sotsiaalministeeriumile ka teistele ministeeriumitele. Näiteks, maksab Kaitseministeerium sõjaväelastele osutatava üldarstiabi eest ning Justiitsministeerium tasub kinnipeetavate tervishoiukulud. Riigieelarvest tulevad rahalised eraldised, on viimastel aastatel olnud stabiilsed. Sotsiaalministeerium rahastas 2004. aastal riigieelarvest tervishoiule eraldatud vahenditest kiirabi teenuseid, vältimatu arstiabi osutamist kindlustamata inimestele, riiklikke haiguste ennetamise programme jne. Raha liikumine Eesti tervishoiusüsteemis on toodud lisas 1.

Olulist rolli tervishoiusüsteemis mängivad teenuste osutajad. Järgnevalt vaadeldakse nende struktuuri ja ülesehitust. Teenuste osutamine keskendub teenuste tootmisele ja organisatorsetele lahendusele. Kerkivad esile küsimused: millised tervishoiuteenused toota ehk prioriteetide seadmine ja ratsionaliseerimine ning kuidas teenuseid parimal viisil toota /19, lk. 19/. Tervishoiuteenused võivad olla osutatud nii era- kui ka avaliku sektori poolt. See jaotus toimub omanike liigiti⁵ ehk kapitaliosaluse järgi. Kuid see ei tähenda, et finantseerimine toimub ainult samast sektorist nagu omaniku liik. Võib juhtuda, et teenus on osutatud eraettevõtte poolt aga finantseeritakse riigieelarvest. Eestis tavaliselt kõiki suuri tervishoiuasutusi rahastatakse Haigekassast ehk avaliku sektorist.

⁵ Omaniku liikide jaotus on aluseks asutuste klassifitseerimisele, lähtudes nende kapitaliosalusest (häälteenamuse kuuluvusest äriühingus). Avalikku sektorisse liigitatakse asutus siis, kui riigi ja kohaliku omavalitsuse kapitaliosalus on kokku 50% või suurem /43/.

Erasektori tervishoiuteenuste osutajateks võivad olla haiglad, perearstid, apteegid. Tervishoiuteenuste pakkujad osutavad tavaliselt üld-, eri, hooldus- või taastusravi. Eriravi jaotatakse omakorda statsionaarseks ja ambulatoorseks raviks. Samuti on olemas pakkujaid, kes osutavad teenuseid nagu töötervishoid, kaitseväge meditsiin, tervishoid vanglates ja tervishoiu administreerimine avalikus- ja erasektoris. Tervishoiuteenust võib osutada ka tööandja (Eestis endised velskripunktid).

Eesti tervishoiusüsteemi peetakse ülepaisutatuks – liiga palju haiglaid, arste ja voodikohti haiglates. Eestis oli 79 haiglat 1997. aastal ja 2000. aastaks oli nende arv kahanenud 68-le /42, lk. 96/. Hospitaliseeritud patsientide arv ja keskmise haiglas viibimise kestus on Eestis vähenemas, kuid on ikkagi märkimisväärselt suurem kui Norras ja Rootsis /21, lk. 149/. Rootsi ekspertide koostatud kava näeb ette, et aastal 2015 on Eestis vaid 13 aktiivravihaiglat. 9800 voodikohast (2000.a. seis) jääb alles 3000 /49, lk. 149/.

Ambulatoorsete tervishoiuasutuste arv suurenes aastatel 1992–2002 pidevalt (147-lt 625-le ehk rohkem kui neli korda). See oli tingitud suurte polikliinikute likvideerimisest ja nende baasil väikeste iseseisvate arstiabi-asutuste loomisest. Kõige rohkem suurenes üldarstiabi pakkuvate asutuste arv (eelkõige perearstiasutuste), vähemal määral eriarstiabi osutavate ambulatoorsete asutuste arv.

Ühtlasi lüheneb Eestis keskmine haiglas viibimise aeg ja osa ravist muudetakse ajapikku ambulatoorseks. Tõhusateks on osutunud päevaravi ning ainult esmaspäevast reedeni plaanilist haiglaravi osutavad haiglad. Väike/kohaliku tähtsusega haigla hõlmab esmatasandi arstiabi, valikulist plaanilist eriarstiabi, päevast ambulatoorset erakorralist abi, meditsiinilist päevahooldust ja päevakirurgiat, põhilisi diagnostilisi teenuseid (laboratoorsed uuringud, radioloogia), eakate statsionaarset hooldust (hooldekodud, taastusravi), paar voodikohta patsientide lühiaegseks jälgimiseks /45, lk. 151/.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et tervishoiusüsteemi ülesanne on jälgida, et inimesed oleksid kaitstud finantsriski eest ja toetada solidaarsust õiglase rahalise koormuse jaotamise

kaudu ühiskonnas. Samuti suurendada vajadustest lähtuva õiglase teenuste pakkumise ja teenuste kasutamise kaudu süsteemi läbipaistvust, stiimulite abil toetada kvaliteetsete ja tõhusate teenuste pakkumist ning suurendada rahastamise efektiivsust. Tavaliselt koosneb tervishoiusüsteem alaosüsteemidest, mis erinevad oma finantseerimise ja tervishoiuteenuste osutamise skeemide poolest /7, lk. 37/.

1.3. Tervishoiukulude arvestamise vajadus ja kasutuse võimalused

Et kirjeldada tervishoiusüsteemi koos tema alaosüsteemidega ning saada täpset informatsiooni nende finantseerimisest tervishoiupoliitika väljatöötamisel, on oluline regulaarne tervishoiukulude arvestus. Niisugune statistika näitab majandusressursside suurust, mis olid paigutatud tervishoiuteenuste ja toodete tootmisse ning tarbimisse, mis omakorda panustavad rahva tervisele ja heaolule.

Üheks tervishoiukulude arvestuse, kirjeldamise ja analüüsi vahendiks on maailmas laialt kasutatav meetod – RTA, mis on tähtis finantsinformatsiooni kasutamisel tervishoiusüsteemi toimimise parandamiseks /5, lk. 1/. RTA aitab paremini mõista süsteemi. Hetkel kasutatakse RTA meetodit rohkem kui 50-s riigis. Eelkõige on meetod mõeldud poliitikutele ja juhtidele, kes saavad seda kasutada tervishoiusüsteemi juhtimise parandamiseks /38, lk. 9/. RTA annab otsusetegijatele täieliku pildi tervishoiusektorist, näidates kulutuste tegelikku rõhuasetust ja erinevate maksjate rolle. Samuti aitab RTA reformide muutmisel, arendamisel ja jälgimisel. RTA on sobiv instrument tervishoiusüsteemi finantsanalüüsi jaoks. Selle abil saab mõõta tervishoiu kogukulu, mis näitab, kui palju oli riigis kulutatud tervishoiule teatud perioodi jooksul. Samuti selle metoodika järgi saab teada, millist tüüpi asutused olid teenuste osutajateks. Väga oluline parameeter, mida RTA abil saab mõõta, on finantseerimisallikad, mis rahastasid tervishoiuteenust.

Et leida vastused strateegilistele küsimustele, tuleb RTA informatsioon ühendada mittehahaliste andmetega nagu epidemioloogiliste uuringutega, rahvauuringutega jne. RTA struktuuri paindlikkus võimaldab analüüsida andmeid tervete elanikegruppide või haigustepõhiste tegevuste kaupa, seotuna konkreetsete programmide ja haigustega, näiteks kulutused ema ja lapse tervisele või *HIV/AIDS*⁶ programmidele. Seega RTA koostatakse, et süstematiseerida ja edastada finantsinformatsiooni tervishoiusüsteemist, mitte anda vastust kõikidele poliitilistele küsimustele. RTA ei erista, milline kulu on efektiivne, milline mitte. Samuti ei saa selle abil mõõta tervishoiu kvaliteeti.

Hoolimata sellest, et RTA-d hakati maailmas laialdaselt kasutama alles hiljuti, hakkavad selle meetodi kasutamise tulemused juba mõju avaldama maailma tervishoiupoliitikale. RTA kasutusvõimaluste paremaks mõistmiseks, tuuakse siin mõned näited.

Pärast apartheidirežiimi likvideerimist kasutas Lõuna-Aafrika valitsus RTA tulemusi ühe peamise poliitilise ülesande lahendamiseks – tervishoiuressursside õiglasemaks jaotamiseks. Uuringud näitasid, et riigi kulutused tervishoiule ühe inimese kohta ületasid rikkamates piirkondades ligikaudu 3,6 korda vaesemate piirkondade kulutusi. Vaesemates piirkondades, kus elanikkonnal esines tihedamini terviseprobleeme, oli raskem juurdepääs meditsiiniteenustele. Selle probleemi lahendamiseks kehtestas valitsus moratooriumi erahaiglate rajamise kohta, mida tavaliselt ehitati rikastesse rajoonidesse, kus elanikkonnal juba oli hea ligipääs meditsiiniabile. Moratoorium katkestati alles pärast seda, kui poliitikud töötasid välja korra, millele vastavalt pidi toimuma haiglate rajamise vajaduse hindamine. See samm demonstreeris valitsuse püüdu aktiivsemalt koordineerida ja reguleerida nii riiklikku kui ka erakapitali ning soodustas õiglasemat tervishoiuressursside jaotamist /5, lk. 2/.

Filipiinidel kasutati RTA-d 1993. aastal alustatud tervishoiusüsteemi detsentraliseerimise tulemuste hindamiseks. Reformide alguseni oli riikliku ja kohaliku tervishoiu (näiteks immuniseerimine, mis omab tähtsust kogu ühiskonnale tervikuna

⁶ *HIV/AIDS* – *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Inimeste Immunopuudulikkuse Viirus/Omandatud Immunopuudulikkuse Sündroom).

kui ka üksikisikule) finantseerimine puudulik, kusjuures riiklik finantseerimine faktiliselt vähenes. RTA analüüs ajavahemikule 1991-1997, enne ja pärast detsentraliseerimisprotsessi näitas, et pärast reformide läbiviimist tervishoiu finantseerimine riiklikust eelarvest kasvas faktiliselt 25%-lt 35%-le tervishoiu kogukuludest. See toimus peamiselt kohalikust eelarvest tehtud finantseeringute arvelt, kuhu 1997. aastal oli koondatud üle poole rahvatervisele suunatud ressursidest. Sellisel moel aitas RTA tõestada, et detsentraliseerimisel ei olnud negatiivset mõju kohaliku eelarve vahendite eraldamisele – kulutused kohalikul tasandil reaalselt kasvasid. RTA võimaldas läbi viia põhjaliku analüüsi detsentraliseerimise protsessi mõju kohta tervishoiu rahastamisele /5, lk. 3/.

1998. aasta Liibüa RTA tulemused demonstreerisid väga suuri kulutusi tervishoiule – peaaegu 12,5% protsenti SKP-st⁷, mis on oluliselt kõrgem kui teistes sarnaste sotsiaalmajanduslike näitajatega riikides. Selliste suurte kulutuste põhjuseks osutus tasuliste teenuste poliitika, kus valitsus lubas ühe või teise riikliku tervishoiuteenuse osutaja puudumisel inimestel kasutada tasulise erasektori poolt osutatavat tervishoiuteenust, kompenseerides iga kasutatud teenust omakorda riiklikust eelarvest. Selline poliitika viis teenuste tarbimismahu ja omakorda ka kulutuste kasvule. Sellest tulenevalt plaanib Liibüa valitsus muuta meditsiiniteenuse osutajate finantseerimist, juurutades voodikoha maksu. Samuti otsustatakse, milliseid meditsiiniteenused osutatakse ambulatoorse- või päevaraviga, mitte aga haiglaraviga /5, lk. 3/.

RTA on laialt kasutatav meetoodika. Ta on abiks reformide väljatöötamisel ja rahastamise jälgimisel, annab võimalusi tervishoiupoliitika planeerimiseks. RTA abil on maailmas läbi viidud juba mitmed tervishoiureformid. Järgmisena selgitakse välja RTA ajalooline areng.

⁷ Riigi majandusterritooriumil ühe aasta jooksul residentide ja mitteresidentide poolt toodetud kaupade ja teenuste lisandväärtus turuhindades /43/.

1.4. Tervishoiukulude arvestuse ajalugu

Üksikutes riikides tekkis huvi RTA vastu juba nelikümmend aastat tagasi /29, lk. 86/. Holland avaldas oma esimese tervishoiukulude arvestuse 1953. aastal. Prantsusmaa hakkas oma RTA-d arendama samuti viiekümnendatel aastatel. USA oli samuti üks esimesi riike, kes hakkas tegelema RTA arendamisega pärast Teist Maailmasõda.

Sellest ajast alates on palju riigid hakanud tegelema oma RTA arendamisega. Ennekõike on peetud silmas sisseriiklikke vajadusi ning seetõttu ei ole tulemused olnud riikide lõikes võrreldavad. Puudus ühtne RTA-s kokkulepitud rahvusvaheline raamistik, klassifikatsioon, definitsioonid ning terminoloogia. Kuid peagi hakkasid tervishoiu ja tervishoiukulude teema vastu huvi tundma ka rahvusvahelised organisatsioonid. Maailma Tervishoiuorganisatsioon (*WHO*) huvitus tervishoiukulude võrdlemisest juba 1960-tel. Esimese katse koguda tervishoiukulude andmeid mitmest riigist korraga tegi B. Abel-Smith /1, lk. 38-76/. Projektis osalenud riikidele saadeti küsimustikud, millede abil püüti lisaks kuludele aru saada ka riikide andmete kogumise meetoditest. Kahjuks B. Abel-Smith ei saavutanud oma eesmärki ja riikidevahelise tervishoiukulude analüüsi ühtlustamise algus lükkus kümneks aastaks edasi.

Seitsmekümnendate lõpus hakkas Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon (*OECD*) looma oma tervishoiu näitajate andmebaasi, kuna riikidel tekkis üha suurem huvi oma tervishoiunäitajad teistega võrrelda. Hiljem, 80-ndate aastate keskel, hakkas Maailmapank RTA vastu huvi tundma, kuna arenevad riigid suurendasid finantsabi soove. Niisugune toetus nõudis spetsiifilisemat ja süstematiseeritumat informatsiooni tervishoiu rahastamise kohta. Euroopa Liidu (edaspidi EL) konventsiooni järgi oli tervishoiusüsteemi korraldus jäetud liikmesriikide hooleks. Ametlikult 1990-ndate lõpus, kui alustas tööd Tervise Monitooringu Programm, hakkas EL motiveerima liikmesriike looma RTA-d ja arendama seda tulemuste võrreldavuse suunas /47, lk. 22/. Üheksakümnendatel hakkasid rahvusvahelises kontekstis tervishoiukulude vastu huvi tundma mitte ainult arenenud riigid, vaid ka arengumaad. See tulenes vajadusest arendada oma riigi tervishoiu juhtimis- ja järelevalvesüsteemi.

Üheksakümnendate lõpus oli Euroopa Liidu Statistikaameti (edaspidi *Eurostat*) töögrupp seadnud endale eesmärgiks luua Euroopa tervishoiukulude statistika aastaks 2003. *OECD* koostas 2000. aastal koostöös *Eurostat*-iga esimese RTA juhendi, mis sai nime Tervishoiu Arvestuse Süsteem (*System of Health Accounts*). Sellest ajast pidi RTA olema rakendatud kõikides Euroopa Liidu liikmesriikides.

Eestis teostati esimest korda tervishoiu kogukulude arvestust 1999. aastal 1998. aasta andmete põhjal. Siis kasutati tervishoiukulude arvestamisel Harvardi Ülikooli meetodikat. Kuna Harvardi meetodika erineb mõnes osas Euroopa maades kasutatavast meetodikast, siis 2000. aastast võeti kasutusele *OECD* meetodika /14, lk. 44/.

Euroopa uued liikmesriigid osalesid projektis 2004. aastal, mille eesmärk oli juurutada ja kohendada RTA meetodikat. Tänapäevaks on RTA meetod Eestis heakskiidetud ja Sotsiaalministeeriumi poolt vastu võetud. Tulevikus plaanitakse tulemused avaldada kui riikliku statistikana. Statistikaamet juba tegi valitsusele ettepaneku, et 2007. aastast saaks RTA riiklikuks statistikaks. Viimane tähendab seda, et avaldatud tulemused saavad Eesti ametlikuks statistikaks. Samuti tunnustatakse ametlikuks ka nimetatud andmetekogumise viis ja kõik andmeesitajad on kohustatud esitama vajalikku informatsiooni.

Rahvusvaheliselt kokkulepitud süsteem on väga kasulik, eriti kui riikidevahelist võrdlust tehakse regulaarselt. Seni on erinevate riikide tervishoiusüsteemide eripärad raskendanud meetodika ja definitsioonide arusaadavust. Iga riik tõlgendab kirjapandud formuleeringuid omamoodi. Seetõttu on nüüd mitmed definitsioonid ja terminid arutelu all. 2005. aasta lõpus alustati Euroopa riikides projekti, mille eesmärk on RTA definitsioonid ühtlustada.

Nüüd on RTA terves maailmas laialt levinud tervishoiukulude arvestuse ja analüüsi meetod, mida saab kasutada nii sisseriiklikul vajadusel, kui ka rahvusvaheliseks võrdlemiseks. Erinevates riikides on juurutatud RTA-d erinevatel tasemetel. Hetkel toimub maailmas RTA jõuline areng.

2. TERVISHOIUKULUDE ARVESTUSE METOODIKA JA ANDMETE ALLIKAD

2.1. Tervishoiukulude arvestuse meetoodika

Alljärgnevalt uuritakse RTA meetoodika printsiipe, põhimõtteid ja klassifikatsioone, mille järgi kaardistatakse ja pärast analüüsitakse tervishoiuteenuste rahastamine ja osutamine.

RTA meetoodika järgi arvutatakse tervishoiu kogukulud (THKK), mis mõõdavad riigi residentide tervisega seotud kaupade ja teenuste lõpptarbimist /2, lk. 11/. Teiste sõnadega võib öelda, et tervishoiu kogukuludega mõõdetakse majanduslikke ressursse, mida riik kulutab tervishoiualastele kaupadele ja teenustele. See summa sisaldab teenuseid, mis on osutatud nii traditsiooniliste kui ka alternatiivsete tervishoiuteenuste pakkujate poolt. Teenus võib olla osutatud ka välismaal, kuid peab olema tarbitud selle riigi residentide poolt, kus RTA arvestusi tehakse. Aruanne ei sisalda antud riigis välismaalastele tehtud kulusid, kuna tehniliselt tähendab see tervishoiuteenuse ekspordi.

RTA ei sisalda kulusid, mille eesmärk võib olla tervis, aga mis on osutatud väljaspool tervishoiusektorit. Näiteks, pliivaba kütuse tootmine või tervishoiutöötajate haridus. Samuti ei sisalda RTA isiklike tegevusi, mis on suunatud tervise säilitamisele ja parandamisele (näiteks sport). Seega üks esimetest RTA kasutaja eesmärkidest on otsustada, millised tegevusi arvestusse hõlmata ja milliseid mitte /38, lk. 16/.

Meetodikast tulenevalt käsitletakse ka jooksevkulusid. Tervishoiu kogukulud koosnevad jooksevkuludest ja kapitalikuludest /2, lk. 23/. Kehtib järgmine võrrand:

$$\text{Jooksevkulud} = \text{kogukulud} - \text{kapitalikulud} \quad (1)$$

See valem on oluline, kui arvutakse kulutusi tervishoiuteenuste osutajate lõikes. Kuna kapitalikulu ehk põhivarakulu ei ole tervishoiukulu ja selle tootjaid või müüjaid ei käsitleta RTA-s, kuna nad ei paku tervishoiuteenust. Seega kapitalikulud ei saa kõrvutada tervishoiuteenuste osutajatega.

Tervishoiukulude arvestamine põhineb kolmeteljelisel süsteemil, kus kasutatakse rahvusvahelise tervishoiukulude arvestuse klassifikatsiooni (*International Classification for Health Accounts* (edaspidi *ICHA*))⁸. Nimetatud klassifikatsiooni osad ehk dimensioonid on järgmised:

- tervishoiuteenuste klassifikatsioon (*ICHA-HC*)
- tervishoiuteenuste osutajate klassifikatsioon (*ICHA-HP*)
- tervishoiuteenuste finantseerimisallikate klassifikatsioon (*ICHA-HF*)⁹ /2, lk. 12/.

RTA väljundid on vormistatud maatriksi kujul, mis koosneb kolmest standardtabelist. Iga tabel kirjeldab tervishoiukulude ühte külge: üks dimensioon on näidatud veerus, teine reas. Tavaliselt näidatakse tervishoiukulutusi järgmises lõikes:

- tervishoiu jooksevkulud teenuste ja nende osutajate lõikes (*HCxHP*);
- tervishoiu jooksevkulud teenuste osutajate ja finantseerimisallikate lõikes (*HPxHF*);
- tervishoiu jooksev- ja kogukulud teenuste ja finantseerimisallikate lõikes (*HCxHF*) /2, lk. 23/.

Millisega nendest kolmest tabelist tegeletakse esimesena, sõltub iga riigi otsusest. Riikide kogemusest, kus juba tegeletakse RTA-ga, võib öelda, et tavaliselt valitakse alguspunktiks tervishoiusüsteemi finantseerijate analüüs. Muidugi sõltub lähenemiseviis väga palju ka andmete kättesaadavusest ja kvaliteedist. Niisugune lähenemine aitab ja parandab andmete hinnangute täpsust, kuna võimaldab andmete

⁸ Rohkem detaile ja seletusi vaata Sotsiaalministeeriumi veebileheküljel: Tervishoiuarvestuse rahvusvahelise klassifikatsiooni selgitused // [www] <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>.

⁹ *HC* – *Health Care* (Tervishoiuteenus),
HP – *Health Care Provider* (Tervishoiuteenuste osutaja),
HF – *Health Care Finance Source* (Tervishoiuteenuste finantseerimisallikas).

ristvõrdlemist ja ristkontrollimist (nt. kui palju oli kulutatud ja kui palju oli kasutatud). Seega maatriksi kasutamine aitab avastada puuduvaid andmeid, kuna tabelitesse tekivad tühjad lahtrid /7, lk. 78/.

Maatriksi lähenemisviis eeldab, et kõigis kolmes maatriksi dimensioonis kasutakse ühte ja sama statistilist üksust¹⁰. Sama üksuse kasutamise põhjus on, et ühes dimensioonis märgistatud kulutused peavad langema kokku kulutustega teises dimensioonis ehk peab kehtima järgmine valem:

$$\text{Finantseerimine} = \text{Tarbimine} = \text{Tootmine}, \quad (2)$$

Kui patsiendile osutati tervishoiuteenust, siis keegi pidi selle eest maksma ja keegi pidi seda teenust osutama. Muutus ühe tabeli ühes lahtris toob muutused teistes tabelites.

RTA arvestab tervishoiukulud kindla aja jooksul. Esiteks, tuleb teha kindlaks, kas kasutakse majandus- või kalendaarset aastat. Tavaliselt rakendatakse teist varianti, kuna see annab võimaluse rahvusvaheliseks võrdluseks. Teiseks, tuleb eristada kulude tekkimist ja selle eest maksmise aega. Praktikas tähendab see, et tuleb valida tekkepõhise või kassapõhise arvestuse vahel. RTA meetod kasutab tekkepõhist arvestust, mille järgi kulutused võetakse arvesse sellel ajal, kui tekkis majanduslik väärtus, mitte kui kulu oli registreeritud ja makstud nagu kassapõhise arvestuse puhul /38, lk. 17/.

Nagu igal meetodikal, on RTA-l oma klassifikaatorid ja reeglid, mida tuleb järgida, et saada analüüsi jaoks kasulikke andmeid ning saadud andmed peavad olema võrreldavad teiste riikide andmetega. Järgmisena uuritakse *ICHA*-klassifikatsioonide kategooriat, mille järgi kodeeritakse andmed ja koostakse RTA tabelid.

¹⁰ Üksus, mille jaoks koostatakse statistika või kogutakse andmed.

2.2. Tervishoiukulude arvestuse klassifikatsioonid

Klassifikatsiooni kasutamine võimaldab suure hulga olemasolevate statistiliste andmete korrastamist nii, et neid saaks esitada ja analüüsida tähendust omaval viisil. Klassifitseerimine annab ühtsed normid nii andmete kogumiseks kui ka esitamiseks /15, lk.1/.

Nii nagu oli juba mainitud, RTA-s kasutatav rahvusvaheline tervishoiukulude arvestuse klassifikatsioon (*ICHA*) koosneb kolmest dimensioonist, mis omakorda jaotatakse erinevateks kategooriateks. Iga dimensioonile on omistatud tähtedest koosnev kood (*HC*-teenused, *HP*-osutajad, *HF*-finantseerijad) ning kategooriatele on omistatud numbriline kood. Sõltuvalt dimensioonist koosneb kõige madalama taseme kood kahest või kolmest numbrist. Kategooriaid on lubatud disagreerida (*disaggregate*), et neid saaks sobitada riikide tervishoiusüsteemi. Allkategooria lisamisel peavad koodide esimesed kaks numbrit langema kokku *ICHA* kategooriatega, mis tagab võrdluse rahvusvahelisel tasemel. Järgmised numbrid võivad olla rohkem disagreeritud vastavalt sisseriiklikule klassifikaatorile. Kui mingi kategooria riigis puudub (näiteks, Eestis pole osariike (*state/provincial government*)), võib selle vahele jätta, kuid klassifikatsiooni ümber teha ei tohi.

Lahtri täitmisel või kategooriate lisamisel tuleb arvestada, et kategooriad peavad olema üksteist välistavad (*mutually*) ja ammendavad (*exhaustive*). Üksteist välistavad tähendab, et ühtki tegevust või statistilist üksust ei saa panna rohkem kui ühte kategooriasse. Ammendavad tähendab, et iga üksus peab sobima vähemalt ühte kategooriasse. Kokkuvõttes tähendab see, et iga üksus läheb täpselt ühte kategooriasse /38, lk. 19/. Järgnevalt käsitletakse rahvusvahelise *ICHA*-klassifikatsiooni lähemalt.

2.2.1. Tervishoiuteenuste klassifikatsioon

Tervishoiuteenuste klassifikatsiooni loomisel oli lähtepunktiks soov võimalikult detailselt kirjeldada tervishoiu tegemisi. *OECD* poolt kokku pandud tervishoiuteenuste nimekiri on rühmitatud toodete ja tervishoiuteenuste osutajate tegevuse järgi /29, lk. 176/. Tabel 2.1 esitab tervishoiuteenuste klassifikatsiooni esimesel tasandil grupeeringul¹¹.

Tervishoiuteenuste puhul on oluline eristada personaalseid ja mittepersonaalseid tervishoiuteenuseid (tabel 2.1). Personaalsed teenused koosnevad meditsiinitoodetest ja –teenustest, mis on otseselt suunatud indiviidile. Personaalsete tervishoiuteenuste kulude esimesed kolm kategooriat (*HC.1*, *HC.2* ja *HC.3*) liigendatakse omakorda neljaks tootmisviisiks: hospitaliseeritud patsiendi-, päevapatsiendi-, ambulatoorne ja kodune ravi¹². Juhul, kui kulusid tervishoiuteenusesti on võimatu jaotada, võib märke lisamisel kajastada kogu kulutust selle teenuse all, millele kulutus on eelkõige suunatud ehk milliste teenuste alla kuulub summa enamik.

Personaalsete teenuste vastandkategooria on mittepersonaalsed tervishoiuteenused, mis koosnevad preventsoonist ja elanikkonna tervishoiust ning tervishoiu administreerimisest. Need teenused on suunatud ühiskonnale, elanikkonnale või kindlale rahvastiku grupile. Juhul, kui ennetustöö on suunatud ühele isikule, siis see teenus kuulub esimesse personaalsete teenuste allkategooriasse – *HC.1* (raviteenus).

Kulud, mis on suunatud personaalsetele ja mittepersonaalsetele tervishoiuteenustele, moodustavad tervishoiu jooksevkulud, mis ei sisalda kapitalikuludid.

¹¹ Rohkem detaile ja seletusi vaata Sotsiaalministeeriumi veebileheküljel: Tervishoiuarvestuse rahvusvahelise klassifikatsiooni selgitused // [www] <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>.

¹² Rohkem detaile ja seletusi vaata Sotsiaalministeeriumi veebileheküljel: Tervishoiuarvestuse rahvusvahelise klassifikatsiooni selgitused // [www] <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>.

Tabel 2.1

Tervishoiuteenuste klassifikatsioon ICHA-HC

ICHA kood	Tervishoiuteenus
HC.1	Raviteenused
HC.2	Taastusravi
HC.3	Pikaajaline hooldusravi
HC.4	Tervishoiu tugiteenused
HC.5	Meditsiinitooted ambulatoorsetele patsientidele
HC.1 – HC.5	Personaalsed tervishoiuteenuste kulud
HC.6	Preventsioon ja elanikkonna tervishoid
HC.7	Tervishoiu administreerimine
HC.1 - HC.7	Tervishoiu jooksevkulud
HC.R.1	Kapitalikulud
THE	Tervishoiu kogukulud
HC.R	Tervishoiuga seotud kulud

Allikas: /2, lk. 114/.

Eraldi blokina on ära toodud tervishoiuga seotud funktsioonid (*HC.R*), mille kulusid aga ei lisata tervishoiu kogukuludele, kuid neid on oluline jälgida. Need funktsioonid on tihedalt seotud tervishoiuga, kuid kuuluvad teistesse majandustegevuse gruppidesse. RTA metoodika ei sisalda kulutusi koolitusele, haigushüvitistele, tervishoiualasele uurimis- ja arendustööle ning keskkonnatervisele.

Tervishoiuteenuste klassifikatsioon (*ICHA-HC*) käsitleb tervishoiuteenuste osutajate poolt pakutud toodete ja teenuste lõpptarbimise kulusid. Selle klassifikatsiooni objektid koosnevad tarbeesemetest ja kaupadest ning on seega seotud tervishoiuteenuste osutajate väljundi¹³ struktuuriga. Neid ei tohi samastada tervishoiuasutuste ressursside¹⁴ ja sisendi¹⁵ struktuuriga.

¹³ Väljund (*output*) – tegevusest ja sisendirakendamisest saadud tulemus /26, lk. 43/.

¹⁴ Ressursid (*cost*) – eeskätt:

- loodusressursid (maa, õhk, vesi);
 - tehisressursid e. tehislised tootmisvahendid e. kapitalikaubad nagu seadmed, materjalid, hooned jne (näiteks, kompuutertomograaf, sidumismaterjalid, ravimid jne);
 - inimressursid, s.t. teatud oskusega, kvalifikatsiooniga inimesed (näiteks, arstid, õed jne);
- Ressursid moodustavad sisendi, mida kasutakse mingi toote tootmiseks või teenuse osutamiseks /26, lk. 43/.

¹⁵ Sisend (*input*) – näiteks sidumismaterjal, ravimid, haigla suurus, polikliiniku võimsus jne /26, lk. 43/.

2.2.2. Tervishoiuteenuste osutajate klassifikatsioon

Teine dimensioon RTA maatriksis on tervishoiuteenuste osutajad ehk pakkujad. Pakkujad on tervishoiu raha lõppsaajad ning seetõttu võimaldab see vastata küsimusele „Kellele raha läheb?“. Tervishoiuteenust võivad osutada erinevad asutused, näiteks haiglad, perearstid ja kiirabi. Samas tuleb silmas pidada, et sama tunnusega asutused võivad erinevates riikides omada erinevat rolli.

Tabel 2.2 esitab tervishoiuteenuste osutajate klassifikatsiooni esimesel grupeeringu tasandil¹⁶. Tervishoiuteenuste osutajate kategooriad on kitsendatud tervishoiu jooksevkuludega, kuna ei sisalda põhivara ehk kapitalikulusid kui osutatud tervishoiuteenuse pakkujad.

Tabel 2.2

Tervishoiuteenuste osutajate klassifikatsioon *ICHA-HP*

<i>ICHA</i> kood	Tervishoiuteenuste osutaja
HP.1	Haiglad
HP.2	Hooldus- ja põetusravi osutajad
HP.3	Ambulatoorse ravi osutajad
HP.4.	Meditsiinitoodete jaemüük ja teised meditsiinitoodete osutajad
HP.5	Rahvatervise programmide korraldus
HP.6	Üldine tervishoiu administreerimine ja kindlustus
HP.7	Muud tegevusharud (ülejäanud osa majandusest)
HP.9	Välismaailm

Allikas: /2, lk. 136/.

Printsiip majandusüksuste klassifitseerimiseks, mida kasutatakse ettevõtlus- ja rahvamajandusstatistikas, on üksuse põhitegevus ehk tegevusala, kust tuleb suurem osa kogu üksuse lisandväärtusest¹⁷ /15, lk. 2/. *ICHA-HP* klassifikatsioon kasutab sama reeglit tervishoiu tegutsevate üksuste klassifitseerimiseks koos väikeste täiendustega. Asutused, mille kõrvaltegevus¹⁸ on tervishoid, on ka klassifitseeritud tervishoiuteenuste

¹⁶ Rohkem detaile ja seletusi vaata Sotsiaalministeeriumi veebileheküljel: Tervishoiuarvestuse rahvusvahelise klassifikatsiooni selgitused // [www] <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>.

¹⁷ Lisandväärtus – rahalises väljenduses toodang, millest on maha arvatud vahetarbimine /43/.

¹⁸ Kõrvaltegevusala on üksuse mis tahes muu tegevusala, mis toodab kaupu või osutab teenuseid /15, lk.2/.

osutajateks. Nõutav eeltingimus on, et üksusel oleks kontakt kliendiga või patsiendiga /29, lk.178/.

Pooltoodete (*intermediate products*) tootjad (näiteks, meditsiini-, ravi- või ortopeediatoodete tootjad) ei ole sisse arvestatud, v.a. kui nad ei müü oma toodangut otse tarbijale (näiteks ortopeediline kingsepp).

Leibkond või isik, kes osutab tervishoiuteenust teistele leibkondadele või inimestele ja saab selle eest raha, on arvestatud tervishoiuteenuste osutajate hulka. Arvesse ei lähe tervishoiuteenused, mis olid osutatud isikliku lõpptarbimise jaoks. Pakkujate klassifikatsioonis on leibkonnad, kes osutavad tervishoiuteenust, klassifitseeritud koduse ravi pakkujate kategooriasse.

ICHA-HP ei erista tervishoiuteenuse osutajaid riikliku ja eraomanike liigi¹⁹ järgi, samuti ei erista asutuste suuruse ja õigusliku staatuse (näiteks, osaühing või aktsiaselts) alusel /7, lk. 80/, kuigi selline lisainformatsioon võiks tervishoiukulude analüüsis kasulik olla.

2.2.3. Tervishoiuteenuste finantseerijate klassifikatsioon

Viimane RTA-s kasutatav klassifikatsioon on tervishoiuteenuste finantseerijate klassifikatsioon. Finantseerimisallikateks on juriidilised ja füüsilised isikud, kes rahastavad tervishoiusüsteemi ehk maksavad tervishoiukaupade ja -teenuste eest, vastates küsimusele „Kust raha tuleb?“. Tabelis 2.3 on esitatud finantseerimisallikate klassifikatsioon.

¹⁹ Omaniku liikide jaotus on aluseks asutuste klassifitseerimisele, lähtudes nende kapitaliosalusest (häälteenamuse kuuluvusest äriühingus). Avalikku sektorisse liigitatakse asutus siis, kui riigi ja kohaliku omavalitsuse kapitaliosalus on kokku 50% või suurem /43/.

Tabel 2.3

Tervishoiuteenuste finantseerimisallikate klassifikatsioon ICHA-HF

ICHA kood	Tervishoiuteenuste finantseerimisallikas
HF.1	AVALIK SEKTOR
HF.1.1	Avalik sektor; v.a. sotsiaalkindlustusfondid
HF.1.1.1	Valitsus
HF.1.1.2	Osariigi/maakonnaavalitsus
HF.1.1.3	Kohalik omavalitsus
HF.1.2	Sotsiaalkindlustusfondid
HF.2	ERASEKTOR
HF.2.1	Sotsiaalkindlustus erasektoris
HF.2.2	Erakindlustus (v.a. sotsiaalkindlustus)
HF.2.3	Leibkonnad (eraisikud)
HF.2.4	Mittetulundusühingud (v.a. sotsiaalkindlustus)
HF.2.5	Eraettevõtted (v.a. sotsiaalkindlustus)
HF.3	VÄLISMAAILM

Allikas: /2, lk. 153/.

Kolm olulist finantseerimisallikat on avalik sektor, erasektor ja välismaailm. *ICHA*-klassifikatsiooni järgi kuuluvad avalikku sektorisse kõik riigi või kohaliku valitsuse asutused ja sotsiaalkindlustusfondid kõigil riiklikel tasanditel. See hõlmab ka mittetulundusinstituutide, mida kontrollitakse ja rahastatakse peamiselt valitsusüksuste poolt.

Erasektoris kuuluvad kõik asutused, mis ei kuulu valitsussektori alla. Erasektori tervishoiule tehtavate kulutuste eraldamises vastavalt finantseerimisallikatele, on soovitatav teha vahet vähemalt viie alajaotuse vahel: sotsiaalkindlustus erasektoris, erakindlustusettevõtted (peale sotsiaalkindlustuse), eraisikud, kodumajapidamisi teenindavad kasumitaotluseta instituutid ja ühendused (peale ravikindlustuse).

Kolmas suur allkategoriat on välismaailm. Siia kuuluvad asutused ja ettevõtted asukohaga välismaal. Samuti võivad siia kuuluda patsientide sugulased ja tuttavad, kes maksavad tema ravi eest ja ei ole selle riigi residentid.

2.3. Andmete kogumine

Nagu eelpool rõhutatud, on usaldusväärse analüüsi jaoks oluline andmete kvaliteet. Ebatäielikud andmed hästi kavandatud raamistikus võivad viia vigaste tulemuseni. Tühi lahter maatriksis on aluseks kulutuste alahindamisele. On loomulik, et andmed pole kunagi ilma vigadeta. Tervishoiusektori pidev arenemine võib muuta algul rahuldavad andmed ebatäielikeks. Samuti on RTA konstrueerimisel oluline valida andmed lähtuvalt informatiivsuse aspektist ning nende kasulikkusest analüüsis ja kasulikkusest otsusetegijate jaoks.

Tervishoiukulude arvestamiseks on kasutusel kaks erinevat lähenemist: ülevalt-alla (*top-down*) ja alt-üles (*bottom-up*). Esimene lähenemine eeldab, et tervishoiukulude arvestus toetub rahvamajanduse arvepidamise süsteemile. See on tsentraliseeritud meetod, mis eeldab, et tervishoiukulude summa riigis on teada rahvamajanduse arvepidamisest ja tuleb hinnata ainult alljaotusi. Seda meetodit kasutakse edukalt, näiteks Norras. Sellel viisil on oma miinused. Näiteks on seda raske linkida tervishoiuteenuste osutajatega, kuna klassifikaator, mida kasutakse rahvamajanduse arvepidamiseks, ei ole piisavalt detailne tervishoiukulu arvutamiseks. Seega võib osa informatsiooni kaduma minna.

Alt-üles meetodi puhul on levinud kolm lähenemist. Esimene – andmete kogumist ja analüüsi alustatakse tervishoiuteenuste osutajatest (*HP*). Nende käest küsitakse, kust nad said raha ja milliste teenuste peale aruande aastal kulutasid. Niisugune lähenemine on kasutusel Saksamaal ja Leedus. Teine lähenemiseviis – andmete kogumine algab finantseerimisallikatest (*HF*). Seda meetodit kasutavad Rootsi ja Eesti. Ja kolmas variant on kahe esimese kombinatsioon. See viis annab detailse informatsiooni nii finantseerijate kui tervishoiuteenuste osutajate tasemel. Meetod on võetud kasutusele näiteks Soomes. Ka Eestis püütakse liikuda kombineeritud meetodile, et parandada andmete kvaliteeti.

Andmete kättesaadavus ja kogumise võimalused sõltuvad iga konkreetse riigi situatsioonist. Tavaliselt ei ole üheski riigis kõik andmed RTA jaoks sobivas struktuuris.

Soovitav on kasutada nii palju andmete allikaid kui võimalik. Ristkontroll peab olema teostatud nii, et hinnangud oleksid võimalikult täpsed ja usaldusväärsed.

Andmeid võib tihtipeale leida kergesti kättesaadavatest allikatest nagu riigikassa aruandest, haigekassa majandusaasta aruandest ja juba eksisteerivatest uuringutest. Niisuguseid andmeid nimetakse teisejärgulisteks. Samuti võib neid kasutada teiste andmeallikate identifitseerimiseks. Detailsete andmete vajadus võib nõuda ka uute andmete kogumist /38, lk. 14/. Seega andmete kogumise jaoks eksisteerib kaks lähenemist. Esiteks tuleb kasutada kõik võimalikke ja sobivaid andmeallikaid. Nii nagu eelnevalt öeldud, võivad olemasolevad raportid ja avaldatud statistika olla suurepäraseks andmeallikateks. Teiseks, täiendada uuringuid uute küsimustega ja paluda kirjutada administratiivseid aruandeid detailsemalt.

Nagu eelnevalt rõhutatud, algab Eesti tervishoiukulude arvestus finantseerimisallikatest. Eestis on tavaliselt rahastamisagendid kohustatud koguma ja säilitama andmeid, näiteks Eesti Haigekassa ja erakindlustused. Muidugi RTA arvutamiseks on vaja nii avaliku kui erasektori tervishoiukulutuste andmeid. Kui on tegu selliste finantseerimisallikatega nagu leibkonnad või eraisikud, siis selle puhul Eestis (nagu teisteski riikides), kasutakse küsitlusuuringuid.

Eestis kogutakse andmed kord aastas, kasutades erinevaid küsimustikke (lisa 2). Küsimustiku ülesehitus sõltub andmeallikast ja selle suutelisusest edastada kindlaid andmeid. Näiteks, Eesti Haigekassa andmebaas võimaldab edastada andmeid tervishoiuteenuste ja teenuste osutajate järgi. Küsimustikud on koostatud *Excel*-i formaadis. Need saadetakse üks kord aastas (maikuus) elektroonkirja teel. Lühike variant RTA juhendist on tõlgitud eesti keelde ja samuti saadetud andmeesitajatele. Kogutud andmed salvestatakse ja analüüs tehakse *Exceli* formaadis. Tulevikus plaanitakse minna üle *Access*-ile, kuna see programm võimaldab kasutada kolmeteljelist andmebaasi, mis lihtsustab aastatevahelist võrdlust.

2.4. Tervishoiukulude arvutamise metoodika probleemid

Käesolevas töös tuuakse välja peamised probleemid RTA metoodikaga, mida tuleb silmas pidada RTA tulemuste tõlgendamisel.

Üks olulisemaid probleeme on, et inimeste omaosalus tervishoiukuludes on alahinnatud. Tervishoiu kogukulude arvestamisel kasutakse leibkonna sissetulekute ja kulutuste uuringu andmeid, kuid mitte tervishoiuteenuste pakkujate või ravimimüüjate sissetulekute andmed. Rahvusvaheline kogemus näitab, et inimesed ei oska täpselt meenutada, kui palju nad kulutasid tervishoiuteenustele või ravimitele. Eestis on veel täiendavaks probleemiks, et uuringu valimi maht on väike selleks, et olla representatiivne andmete laiendamiseks kogu rahvastikule. Eesti leibkondade kulud tervishoiule moodustavad juba praegu 21% (vt. peatükk 3) tervishoiu kogukuludest, mis on tegelikult alahinnatud. Niisugused andmed moonutavad tulemusi ja ei peegelda reaalsust. Eelmisel aastal oli Eestis läbi viidud uuring, mille eesmärk oli analüüsida alahinnatud omaosaluse protsendi suurust. Kuid selle uuringu tulemused ei ole siiani avaldatud.

Teine RTA metoodika probleem on, et puudub definitsioonide ühtlus. Isegi lihtne mõiste nagu „haigla”, võib valmistada raskusi. Näiteks, India riiklikus statistikas defineeritakse haiglat kui 10 või enama voodikohaga tervishoiuasutust, kuid Eestis saaks nimetada haiglaks juba asutust, kus on vähemalt üks voodi.

Eesti spetsiifiline probleem on finantseerijate andmete kvaliteedis. Kohalike omavalitsuste eelarve täitmise aruanded ei võimalda praegu adekvaatselt hinnata omavalitsuste endi eelarvest finantseerivate tervishoiuteenuste kogumahtu. Eelarved on koostatud nii, et korralikke andmeid tervishoiukulude kohta on raske saada. Probleem on ka ettevõtete andmetega. Eestis ei eksisteeri ülevaadet tööandja kulutustest töötajate tervishoiule.

Neil, kes kasutavad RTA-d tervishoiuressursi planeerimiseks, tuleb kindlasti arvestada seda, et analüüs keskendub ainult riigi residentidele tehtud kulutustele. See tähendab, et

aruandes avaldatud numbrites ei kajastu kõikide tervishoiuteenuse osutajate poolt välismaalastele tehtud kulud.

Viimase probleemina võib välja tuua, et siimaani pole arvatud tervishoiu inflatsiooni. Andmed esitati ainult jooksevhindades või kasutati sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna kombineeritud indeksit, mis ei kirjeldanud reaalsust tervishoius objektiivselt.

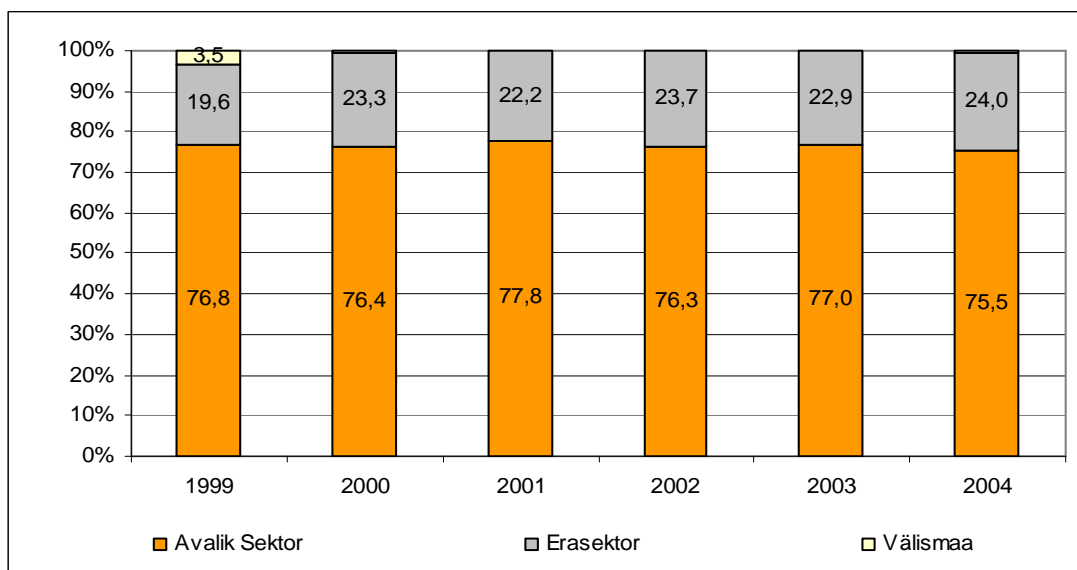
Korrektset andmed on olulised reaalsuse objektiivseks peegeldamiseks. Kuna RTA on oluline instrument tervishoiupoliitika hindamisel ning järelduste tegemisel, siis on oluline, et kõik dimensioonid ja kategooriad oleksid esitatud tervikutena. Samas peab andmekogumine olema organiseeritud sellisel viisil, et see ei koormaks andmeesitajaid, kuid edastaks andmed täielikult ja kvaliteetselt.

Ühtne metoodika, klassifikatsioonid ja definitsioonid on aluseks rahvusvahelisele võrdlemisele. Seega on oluline jälgida metoodika reegleid. Juhul kui mõned andmed on puudulikud või alahinnatud, siis on oluline seda kirjeldada ning teha info kättesaadavaks andmekasutajatele.

3. TERVISHOIUKULUD EESTIS, 2004.a

3.1. Tervishoiukulude finantseerimisallikad

Tervishoiusüsteemi finantseerimisallikad võib jaotada kolmeks – avalik sektor, erasektor ja välismaa. Eestis on tervishoiukulude kõige suuremaks rahastajaks avalik sektor. Aja jooksul on selle allika osakaal tervishoiu kogukulude (THKK) finantseerimisel olnud suhteliselt stabiilne, muutudes 76,8 protsendilt 1999. aastal 75,5 protsendini 2004.aastal (joonis 3.1).

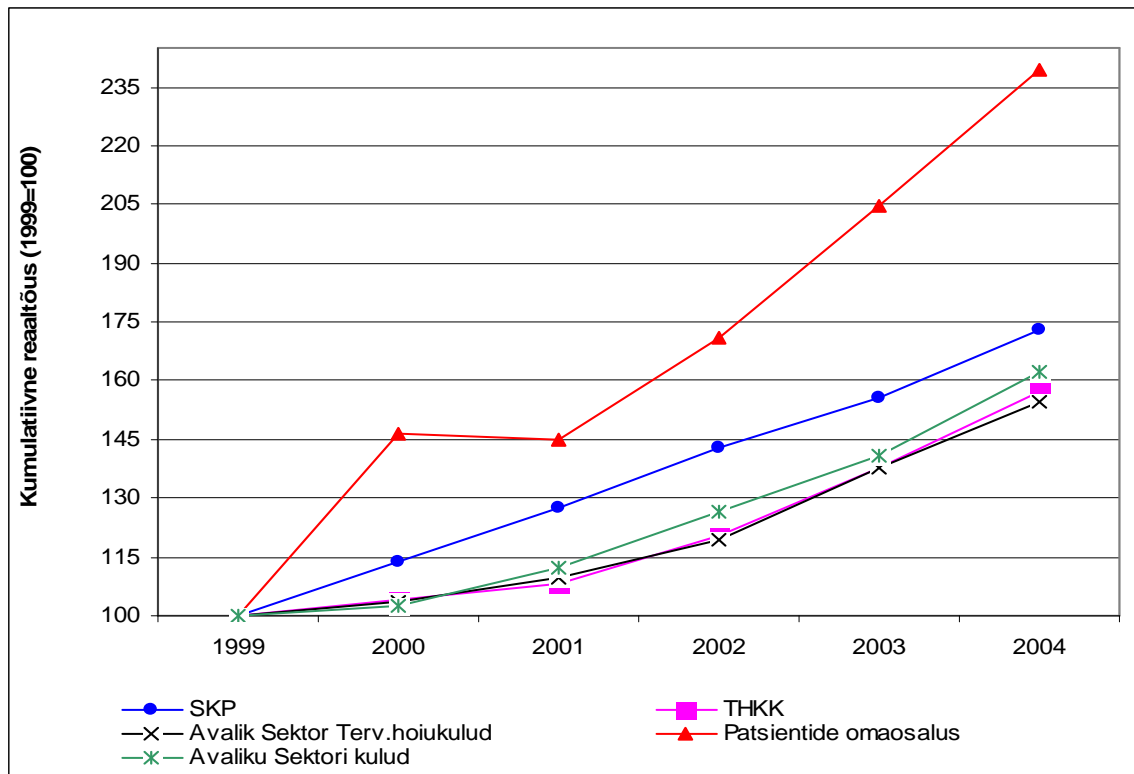


Joonis 3.1. Avaliku sektori, erasektori ja välismaa osa THKK-st, 1999–2004.

Allikas: /42, autori arvutused/.

Samas kui avaliku sektori kulude osakaal on vähenenud, siis erasektori osa on viimaste aastate jooksul suurenenud. 2004. aastal moodustas erasektor 24,0% ja välismaa osakaal 0,5% kogukuludest /14, lk. 16/. 2004. aastal olid avaliku sektori tervishoiukulud 5 880 miljonit krooni ja erasektori kulud 1 868 miljonit krooni (lisa 3).

Ekspertide hinnangul ei ole avaliku sektori osakaalu langus tervishoiukulude finantseerimisel finantskriisi tagajärg nagu paljudes teistes riikides. Vastupidi, perioodil 1999–2004, kasvasid avaliku sektori kogukulud püsivhindades üle 62% (joonis 3.2). Samas avaliku sektori kulud tervishoiule kasvasid nendel aastatel mõnevõrra aeglasemalt – 55%. See on tõestuseks, et tervishoiukulude osakaal riigieelarves vähenes. Seega avaldas THKK kasvule (57%) suuremat survet erasektor, peamiselt patsientide omaosalus, mille kumulatiivne reaalkasv perioodil 1999-2004 oli ligikaudu 140%.



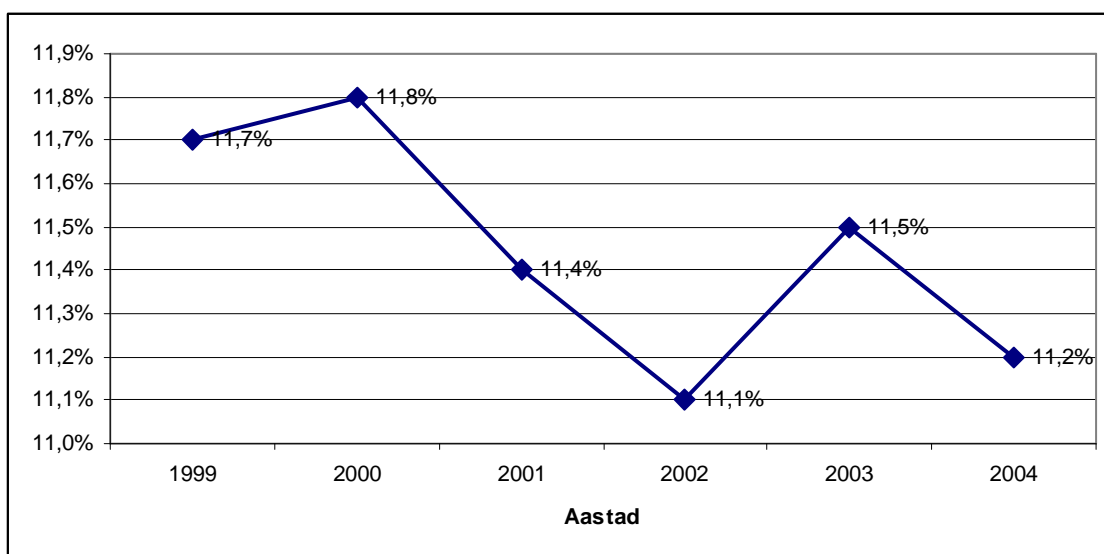
Joonis 3.2. Tervishoiu kulutuste muutused, 1999=100.

Allikas: /13, 36, 41, autori arvutused/.

Järgnevalt käsitletakse tervishoiukulusid peamiste finantseerimisallikate järgi. Vaadeldakse, millest koosneb allikate struktuur, milliseid tervishoiuteenuseid 2004.aastal rahastati ning kelle kaudu rahastamine toimus.

3.1.1. Avalik sektor

Avalik sektor on peamine tervishoiukulutuste finantseerimise allikas. Avaliku sektori tervishoiukulude osakaal kogu avaliku sektori kuludest ei ole kuue aasta jooksul oluliselt muutunud (joonis 3.3). Samuti tuleb rõhutada, et tervishoiu- ja haridusvaldkond on kõige suurema osatähtsusega valdkonnad riigi eelarves.



Joonis 3.3. Avaliku sektori tervishoiukulude osakaal kogu avaliku sektori kuludest, 1999-2004.

Allikas: /36/.

Võrreldes eelneva aastaga suurenesid 2004. a. avaliku sektori poolt tehtavad kulutused 635 miljoni krooni ehk 12,1 % võrra (tabel 3.1). Avalik sektor koosneb omakorda kolmest finantseerijast: valitsus, kohalik omavalitsus ja Eesti Haigekassa. Suurim avaliku sektori rahastaja on Haigekassa – 87,0% avaliku sektori kuludest tervishoiule.

Tabel 3.1

Avaliku sektori rahastamisallikate jaotus, 2003–2004

Sektor	2003		2004		Muutus, %
	mln krooni	%	mln krooni	%	2004/2003
Valitsus	682	13,0	660	11,2	-3,3
Kohalik omavalitsus	107	2,0	105	1,8	-1,9
Haigekassa	4 456	85,0	5 115	87,0	14,8
Avalik sektor kokku	5 245	100,0	5 880	100,0	12,1

Allikas: /autori arvutused/.

Järgnevalt vaatleme eraldi kõiki avaliku sektori finantseerijaid. Valitsuse ehk riigieelarvest finantseeritavad kulutused tervishoiule vähenesid 2004. aastal võrreldes eelneva aastaga 22,4 miljoni krooni ehk 3,3% võrra. Valitsuse kulutuste osakaal moodustas 2004.a. 11,2% avaliku sektori kulutustest tervishoiule ja 8,5% tervishoiu kogukuludest.

Sotsiaalministeerium on valitsuse sektoris kõige olulisem tervishoiukulutuste finantseerija. Tugiteenuse ehk kiirabi rahastamiseks läks suurim osa Sotsiaalministeeriumi tervisekulutustest (28%) (lisa 3). Ennetuskulutused vähenesid võrreldes 2003. aastaga 29% võrra, kusjuures nakkushaiguste tõkestamise programmide finantseerimine vähenes 23% ja mittennakkushaiguste tõkestamise finantseerimine vähenes 5% (lisa 4). See toimus selle arvel, et mõnedes varasemates rahvatervise programmides toimus üleminek süsteemile. See tähendab, et need kulud kajastatakse nüüd teiste tegevuste all.

Raviteenuste finantseerimine, mis Sotsiaalministeeriumi puhul hõlmab üksnes toetusi ravikindlustuseta inimestele, suurenes võrreldes eelneva aastaga 32%. Kasvu üheks põhjuseks oli arstide palgatõus ning asjaolu, et ravikindlustuseta inimese keskmine ravijuhtumi maksumus on kallim kui kindlustatud isiku oma, siis siin see kasv oli kiirem. Maksumuse erinevus on põhjustatud sellest, et ravikindlustuseta inimesed käivad harva arsti juures ja otsivad sageli abi alles siis, kui tervislik seisund on väga halb. Kriitilise seisundi tõttu satuvad nad haiglasse ning neile tuleb teha rohkem protseduure ja osutada rohkem teenuseid. Teise põhjusena võib nimetada ministeeriumi eelnevate aastate võlgu, mis omakorda kaeti 2004. aasta eelarvest.

Oluliselt kasvasid investeeringud ehk kapitalikulutused - 7,5 miljonit krooni ehk 29%. Kokkuvõtteks, Sotsiaalministeeriumi kulud tervishoiule suurenesid eelmise aastaga võrreldes.

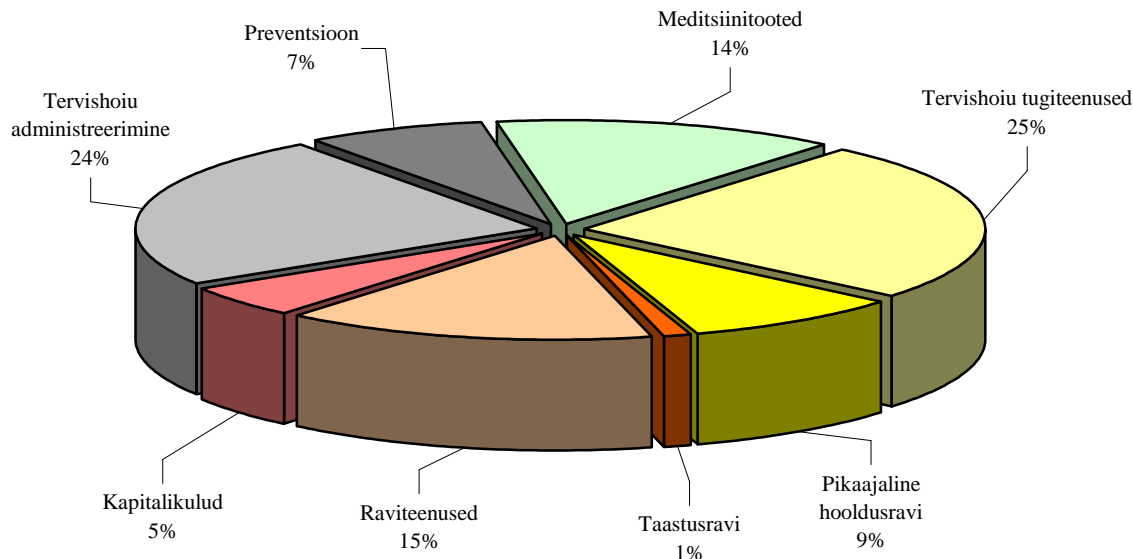
Aruande aastal langesid kogu valitsuse tervishoiukulutused võrreldes 2003. aastaga 3%. Kõige suurem langus toimus Justiitsministeeriumi poolt finantseeritud ennetustöö arvelt. Eelmisel aastal viidi selles ministeeriumis läbi põhjalik töötervishoiu läbivaatus, mida 2004. aastal ei korratud. Tervishoiukulude vähenemine toimus ka Kaitseministeeriumil. Aruande perioodil kulutas see ministeerium hospitaliseeritud patsientidele taastusravile 26% vähem.

Sarnaselt eelmiste aastatega kulus oluline osa valitsuse tervisekulutustest tugiteenustele ehk kiirabile (26%) ning tervishoiu administreerimisele (24%). Võrreldes eelmise aastaga suurenes oluliselt kapitalikulude finantseerimine (30%) ja raviteenuste rahastamine (28%). 2004. aastal moodustas suure osa kapitalikuludest 1/3 (ehk tervishoiuosa) Sotsiaalministeeriumi hoonete renoveerimine (29%). Alates 2003. aastast on suurem osa kapitalikuludest arvestatud raviteenuste sisse²⁰. Samuti kasvas valitsuse poolt ravikindlustuseta inimestele makstavate toetust kogusumma, mis oli 2004. aastal 91 899 tuhat krooni (2003. a. 71 056 tuh krooni).

Kallihinnalise põhivara soetamise puhul, nagu hoone või kallis meditsiiniline seade, jaotatakse kulud RTA meetodika järgi proportsionaalselt amortisatsiooni perioodidele. Igal aastal märgitakse kuludesse ainult ühe aasta põhivara kulum. Rentimise puhul arvestatakse kuludesse ainult rendimakse summa aga mitte kogu kapitalivara hind. Nii 2004. aastal ehitatud Pärnu Haigla hoone ei lähe THKK sisse terve summana. Pärnu Haigla ehitamisega tegeles Riigi Kinnisvara AS, kes on ka selle hoone omanik. 2004. aastal kulutati ehituse peale 225 miljonit krooni. THKK-sse arvestatakse ainult

²⁰ Niisugune meetodika muutumine on õigustatud, kuna RTA arvestab lõpptarbimisega. Patsient kulutab raha kõigepealt teenuste ostmisele. RTA ei analüüsi seda, kuhu tervishoiuteenuse pakkuja patsientidelt laekunud raha kulutab. Siin tuleb silmas pidada, et meetodika muutmine tekitab alati murrangu trendijoones, kuid eelkõige tuleb arvestada oleviku ja tuleviku huvidega. Trendimurrangu puhul tuleb kindlasti kirjeldada selle põhjuseid.

igaaastane rendisumma, mida SA Pärnu Haigla maksab hoone kasutamise eest. See rendikulu on arvestatud raviteenuste sisse.



Joonis 3.4. Valitsuse poolt rahastatud tervishoiukulutused teenuste lõikes, 2004.

Allikas: /autori arvutused/.

Järgnevalt vaatleme valitsuse kulutusi teenusepakkujate lõikes. Valitsuse kapitalikulud moodustasid 2004. aastal 5% valitsuse poolt tervisele tehtud kogukuludest (joonis 3.4). Seega jooksevkulud moodustasid 95% valitsuse kogukuludest ehk 626 miljonit krooni (lisa 3). Valitsus kulutas suurima osa läbi ambulatoorse ravi pakkujate (lisa 5). Siinjuures on ambulatoorse ravi kulutused suurenenud võrreldes 2003. aastaga 25,9 miljonit krooni (16,6%) (lisa 6). Nagu eelmiselgi aastal suurenesid ambulatoorse ravi pakkujate kulud kiirabi arvelt (kasv 23,1 mln krooni e 16%).

Absoluutsummas kasvasid kõige rohkem tervishoiu administreerimise kulud (72,8 mln krooni e 71,6%). 2004. aastal suurenesid valitsuse kulutused haiglatele 19,5% ja seda peamiselt ravikindlustuseta inimestele pakutavate tervishoiuteenuste finantseerimise vähenemise arvelt.

Kohalike omavalitsuste (edaspidi KOV) eelarvetest finantseeritavad kulutused tervishoiule moodustasid 1,8% (2003.a. – 2,0%) avaliku sektori tervishoiukulutustest

ehk 1,3% (2003.a. – 1,6%) kogukulutustest. Kohalike omavalitsuste eelarvetest tehtavad kulud vähenesid 2004. aastal võrreldes eelneva aastaga 2,0 miljonit krooni ehk 2% (lisa 3 ja 4). Samas Tallinna linna kulutused tervishoiule kasvasid 2004. aastal 16%. Kusjuures Tallinna kulud tervishoiule moodustavad 64% kõigi KOV kuludest. KOV tervishoiukulutuste langus toimus põhiliselt kapitalikulude vähenemise arvelt (14 mln krooni e 52%). Samuti vähenesid kulutused käsimüügiravimitele (0,6 mln krooni e 10%). 2004. aastal kasvasid tunduvalt KOV poolt kiirabile (0,6 mln krooni e 132%) ja tervishoiu administreerimisele (9,4 mln krooni e 39%) tehtavad kulutused.

Järgnevalt käsitleme KOV jooksevkulusid. KOV tervishoiu jooksevkuludest 15% realiseeriti läbi haiglate (2003.a. – 12%) ja 9% (2003.a. – 8%) läbi hooldus- ja põetusravi pakkujate. Ambulatoorse ravi osutajate, meditsiinitoodete pakkujate ja rahvaterviseprogrammide korraldamise rahastamine vähenes. 2004. aastal kulutasid kohalikud omavalitsused koolitervishoiule rohkem kui 2003. aastal, kuid kulutatud summa on marginaalne võrreldes teistele tervishoiuteenuse osutajatele tehtud kulutustega.

Eesti Haigekassa (edaspidi EHK) on avalikus sektoris jätkuvalt suurim tervishoiukulutuste rahastaja. Nii nagu varem mainitud, moodustasid EHK poolt tehtud kulutused 87% kõigist avaliku sektori kuludest (tabel 3.1). Ühtlasi moodustasid Haigekassa kulutused üldse suurima osa tervishoiule tehtud kogukulutustest – 65,7% (2003.a. – 65,4%). EHK eelarvest tehtavad kulutused suurenesid 2004. aastal eelmise aastaga võrreldes 659 miljoni krooni ehk 14,8%. Seega on Eesti tervishoiu suurimaks finantseerimisallikaks töötasudelt ja erisoodustustelt makstav sotsiaalmaks (13/33 kogu sotsiaalmaksust).

EHK ei finantseeri otseselt kapitalikulu. Kapitalikulu on tervishoiuteenuste kulude sees. Seega tema kogukulutused langevad kokku jooksvate kulutustega. Samuti erinevad EHK eelarve kulud kogukuludest, kuna RTA ei sisalda eraldi EHK reservfondist ega tervishoiuga seotud rahalisi hüvitisi (haigushüvitised).

Tulenevalt ravikindlustuse seadusest võtab EHK hambaraviteenuste eest tasu maksmise kohustuse üle alla 19-aastastelt kindlustatud isikutelt ja täiskasvanute vältimatu hambaravi korral osutatud teenuste eest. Alla 19-aastaste isikute hambaraviteenuste (sh hambaravi, ortodontia ja hambahaiguste ennetus) eest tasus Haigekassa 2004. aastal 167,9 miljonit krooni. Täiskasvanute vältimatu hambaravi (hamba eemaldamine, abstsessi avamine) eest tasus haigekassa 2004. aastal 5,9 miljonit krooni. Rahalised hüvitised hambaravi eest ja proteeside hüvitised moodustasid vastavalt 41,4 miljonit ja 26,3 miljonit krooni /10, lk. 37/.

Kindlustatutele kompenseeritud ravimite kogusumma oli 2004. aastal 863,7 miljonit krooni, 2003. aastaga võrreldes suurenesid kulud 26% ehk 181 miljoni krooni võrra. Ravimikulude suurenemise oluliseks põhjuseks saab pidada teatud ravimite müügist kadumise kartuses toimunud tarbimise olulist suurenemist enne Eesti ühinemist Euroopa Liiduga ja alates 1. augustist jõustunud ravikindlustuse seaduse muudatusi, mis suurendasid oluliselt 100% ja 90% soodusmääraga ravimeid saavate isikute hulka²¹ /10, lk. 37/.

Suurim osa sotsiaalkindlustuse rahast kulutati läbi haiglate (lisa 5). Haiglaravi kulutused suurenesid võrreldes 2003. aastaga 392 miljonit krooni ehk 14% (lisa 6). Samuti suurenesid ambulatoorse ravi, hooldus- ja põetusravi osutajatele ning meditsiinivahendite pakkujatele tehtavad kulutused.

3.1.2. Erasektor

Tänapäeval on tervishoiuasutustel võimalik pakkuda patsientidele ka tasulisi tervishoiuteenuseid ning võtta teatud Haigekassa poolt korvatavate teenuste eest kaasmakseid. Lisaks maksavad patsiendid ise eriarstide külastamisel visiiditasu, voodipäevatasu ja omaosaluse ravimite puhul. Aruande aastal oli erasektori osatähtsus tervishoiu kogukulutuste finantseerimisel 24% (2003.a. – 23%, joonis 3.1). Võrreldes

²¹ EHK jaoks keskmine retsepti maksumus 2004. aastal oli 180 krooni, sama statistiline näitaja oli 2003. aastal 171 krooni /10, lk. 37/.

eelneva aastaga suurenesid kulutused 301 miljonit krooni ehk 20%. Erasektoris kulutati kõige rohkem meditsiinitoodetele (ravimid jne) nii 2003. kui ka 2004. aastal (lisa 3 ja 4).

Erasektor koosneb neljast erinevast rahastajast: erakindlustus, mittetulundusühingud (edaspidi MTÜ), eraettevõtted ning eraisikud (inimeste omaosalus) (tabel 3.2).

Tabel 3.2

Erasektori kulutuste jaotus, 2003–2004

Sektor	2003		2004		Muutus, %
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2004/2003
Erakindlustus	- ²²	-	5 238	0,3	... ²³
Inimeste omaosalus	1 379 685	88,3	1 658 949	88,8	20,2
MTÜ-d	119	0,0	3 428	0,2	...
Eraettevõtted	182 974	11,7	200 086	10,7	9,4
Erasektor kokku	1 562 779	100,0	1 867 702	100,0	19,5

Allikas: /autori arvutused/.

Erasektori kulude kasv toimus peamiselt leibkondade kulutuste kasvu arvel. Samuti kasvasid eraettevõtete kulud tervishoiule. MTÜ-d, mille kõige märkimisväärsem esindaja on Eesti Punane Rist, kulutasid 2004. aastal rohkem kui eelneval aastal. Siin tuleb rõhutada, et enamus MTÜ-d finantseeritakse riigieelarvest. Kuid RTA järgi vaadatakse lõppfinantseerijat ja seega MTÜ kulutused klassifitseeritakse erasektori alla ja tuuakse eraldi välja.

Nagu ka eelneval aastal, kulutati 2004. aastal suurem osa erasektori rahast läbi ambulatoorse ravi pakkujate ja meditsiinitoodete pakkujate (sh apteegid) (lisa 5 ja 6). Absoluutsummas kasvasid kõige rohkem läbi meditsiinitoodete pakkujate (193 mln krooni) ja haiglate (83 mln krooni) tehtavad kulutused.

Järgnevalt toome eraldi välja kõik erasektori finantseerijad ja vaatame kui palju igatüki neist kulutas teatud tervishoiuteenusele.

²² – nähtus ei esinenud

²³ ... andmeid pole saadud

Erakindlustuse all mõistetakse kõiki erakindlustusettevõtteid peale sotsiaalkindlustuse ehk teisisõnu alternatiivkindlustust Eesti Haigekassale. Erakindlustuse kulutused hõlmavad nii eraldiseisvat tervisekindlustust kui ka tervise osa reisi- ja liikluskindlustusest. Siia ei ole arvestatud makseid (brutopreemiad²⁴), vaid ainult väljamakseid.

Eestis ei ole erakindlustuse süsteem tervishoiu valdkonnas eriti arenenud. Selle põhjal võib eeldada, et kohustusliku ravikindlustuse pakkuja ehk Haigekassa täidab oma ülesandeid piisavalt edukalt ja elanikkonnal ei teki vajadust pöörduda lisaks erakindlustuste poole. Samas võib olla põhjuseks ka see, et inimestel ei piisa ressursse erakindlustuse ostmiseks. Teiselt poolt ei kiirusta erakindlustused enda peale seda riski võtma. Praegu eksisteerib Eestis ainult üks firma (Ergo Kindlustus AS), mis tegeleb puhtalt tervisekindlustusega, mitte tervisekindlustuse kui reisi- või liikluskindlustuse osana.

Seega 2004. aastal moodustas erakindlustuse tervishoiukulude osatähtsus ainult 0,3% erasektori kulutustest (tabel 3.2). Kõige rohkem kulutas erakindlustus 2004. aastal raviteenustele (98%) ja tervishoiu tugiteenustele, sh laboratoorsetele uuringutele (2%).

Inimeste omaosaluse osatähtsus oli erasektori tervishoiukulutustest kõige suurem - 89% (2003.a. - 88%), moodustades 21% (2003.a. - 20%) tervishoiu kogukulutustest. Omaosalus suurenes 2004. aastal võrreldes eelneva aastaga 279 miljoni krooni ehk 20% võrra (lisa 3 ja 4). Omaosaluse suurenemine toimus peamiselt meditsiinitoodete sh retseptiravimite (suurenemine 130 mln krooni e 25%) ja taastusravi (suurenemine 58 mln krooni e 76%) kulude suurenemise arvelt. Samuti toimus absoluutarvudes suur kasv hambaravi kulude arvelt (31 mln krooni ehk 9%). Erasisikud kulutasid kõige rohkem meditsiinitoodetele (1 011 mln krooni) ja raviteenustele (475 mln krooni). Arvestuslikult moodustasid 2004. aastal ühe elaniku tervishoiukulud 1 230 krooni. 2003. aastal oli sama näitaja 1 049 krooni.

²⁴ Erakindlustuse kuludesse arvestatakse tervishoiuteenuste osutajatele tehtud väljamaksed ja erasisikutele tarbitud tervishoiuteenuse või ostetud ravimite kulude hüvitamiseks tehtud väljamaksed. Haigushüvitist arvesse ei võeta.

Leibkondade poolt tehtavad kulutused kasvasid ka raviteenustele, mis koosnevad hospitaliseeritud ja ambulatoorse patsientide ravist²⁵. Raviteenuste peamiste osutajate - haiglate – finantseerimine kasvas kõige rohkem nii protsentuaalselt kui ka absoluutnumbritelt (78 mln krooni ehk 91%) ning ambulatoorse ravi osutajate finantseerimine leibkondade poolt kasvas 13 miljonit krooni e 2% võrra. Ambulatoorse ravi osutajatele tehtud kulutuste kasv oli tingitud hambaravi teenuse pakkujatele tehtud kulutuste kasvust.

Eelmisel aastal kulus MTÜ-te raha peamiselt nakkus- ja mittenakkushaiguste tõkestamisele, millest suurem osa (114 tuhat krooni) omakorda just mittenakkushaiguste tõkestamisele. 2004. aastal investeerisid MTÜ-d nakkushaiguste tõkestamisse 335 ja mittenakkushaiguste tõkestamisse 2 395 tuhat krooni. Lisaks sellele investeeriti 2004. aastal ka koolitervishoiu teenusesse 339 tuhat krooni.

Eraettevõtete tervishoiukulutused moodustasid erasektori kulutustest 11% (tabel 3.2) ja tervishoiu kogukulutustest 2,6% (2003.a.- vastavalt 12% ja 2,7%). Kuigi eraettevõtete kulutuste osakaal erasektori kulutustest vähenes, siis tervisele kulutatud kogusumma kasvas 2004. aastal võrreldes eelneva aastaga 17 miljoni krooni ehk 9% võrra. Eraettevõtete all on näidatud ettevõtete omatulust tehtud kulutused tervishoiule, sh töötajate kohustusliku meditsiinilise läbivaatuse kulutused. Peamiselt tegid eraettevõtted kulutusi käsimüügiravimitele ja ennetusele e tőotervishoiule. Kulutused käsimüügiravimitele olid 177 miljonit krooni, mis moodustasid 88% eraettevõtete kulutustest ning tőotervishoiule tehtud kulutused 21 miljoni krooni (10,5 %).

Nagu eelnevalt mainitud, on erasektori kulud tervishoiule alahinnatud. Alahinnatuse põhjuseks on enamuses leibkonna nii valiku kui mittevaliku vead.

²⁵ Rohkem detaile ja seletusi vaata Sotsiaalministeeriumi veebileheküljel: Tervishoiuarvestuse rahvusvahelise klassifikatsiooni selgitused // [www] <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>.

3.1.3. Välismaailm

Välisallikatest rahastamine ei ole Eestis märkimisväärselt suur. 1999. aastal moodustas see 3,5% THKK-st ning jõudis 2001. aastaks peaaegu nullini. Pärast Euroopa Liiduga liitumist rahastamine välisallikatest taas suurenes. 2004. aastal oli välismaailma osatähtsus tervishoiu kogukulutuste finantseerimisel 0,5% ehk 35 miljonit krooni. Samal aastal kavandati Euroopa Liidu struktuurfondi rahadest investeeringuid haiglate infrastruktuuri. Seetõttu on oodata, et tulevikus rahastamine välisallikatest kasvab.

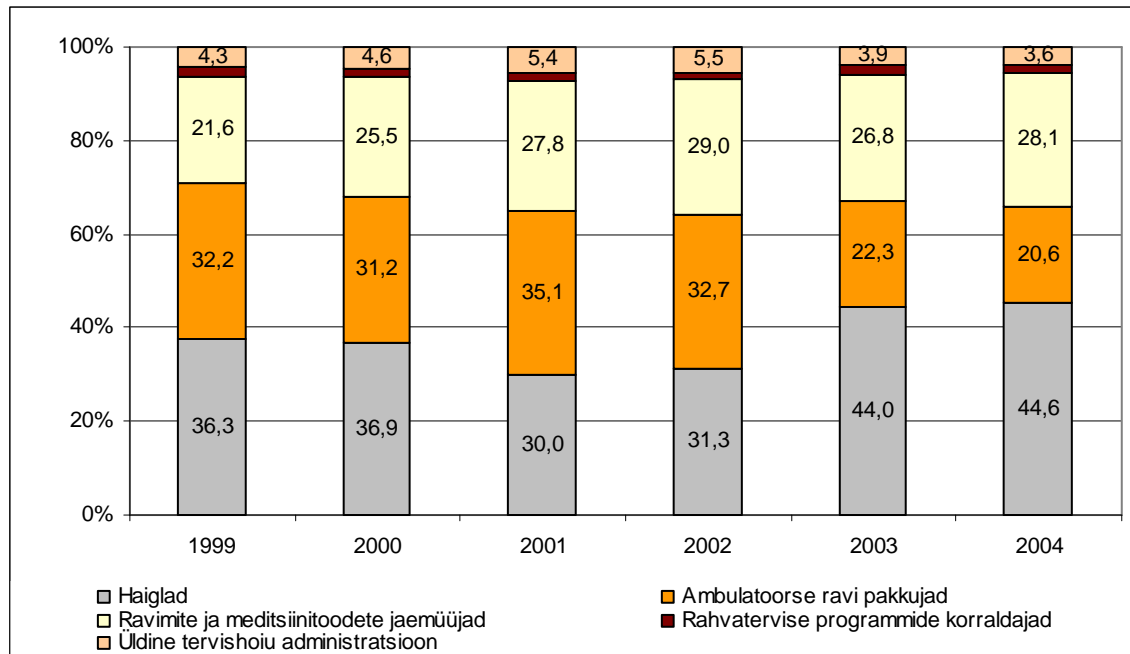
Välisallikate laekumisi on peamiselt kasutatud investeeringuteks inimressurssi ja tehnoloogiasse ning ka tegevuskulude katteks. Aruande aastal nagu ka eelneval aastal, saadi välisabi preventsoonide ja elanikkonna tervishoiu sh nakkushaiguste tõkestamise programmide läbiviimiseks (29 mln krooni ehk 83%) ning kapitalikuludeks (329 tuhat krooni ehk 8,1%). Sellel aastal lisandusid ka kulud tervishoiusüsteemi haldamiseks üldvalitsuse tasandil (5 mln krooni ehk 15%).

Valitsus taotles haiglatega seotud investeeringuteks toetust Euroopa Regionaalarengu Fondilt ning ajavahemikus 2004–2006 saab Eesti ligikaudu 388 miljonit krooni viie haigla arendamisega seotud investeeringuteks. *HIV/AIDS*-i puhangu tõttu süstivate narkomaanide hulgas, taotles Eesti finantsabi ülemaailmselt *HIV/AIDS*-i, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fondilt. On heaks kiidetud 10 miljoni USA dollari suurune toetus ennetus- ja koolitustöö tugevdamiseks riskirühmades ja noorte hulgas ning *HIV*-positiivsete isikute ravimikulude katmiseks /23, lk. 54/.

3.2. Tervishoiuteenuste osutajad

Siiani vaatlesime tervishoiuteenuseid finantseerimisallikate lõikes. Et saada paremat pilti tervishoiuteenuste kuludest ja nende osutajatest läbi aastate, vaatleme neid kategooriaid eraldi.

Eesti tervishoiusüsteem on haiglatele keskenduv, see tähendab, et haiglad kasutavad suurem osa tervishoiusüsteemi ressurssidest /14, lk. 30/. Nagu eelmistelgi aastatel jäävad suuremateks teenusepakkujateks haiglad, ambulatoorse ravi pakkujad, jaemüük ja teised meditsiinitoodete pakkujad (sh apteegid) (joonis 3.5).



Joonis 3.5. Tervishoiukulud teenuseosutajate järgi, 1999-2004.

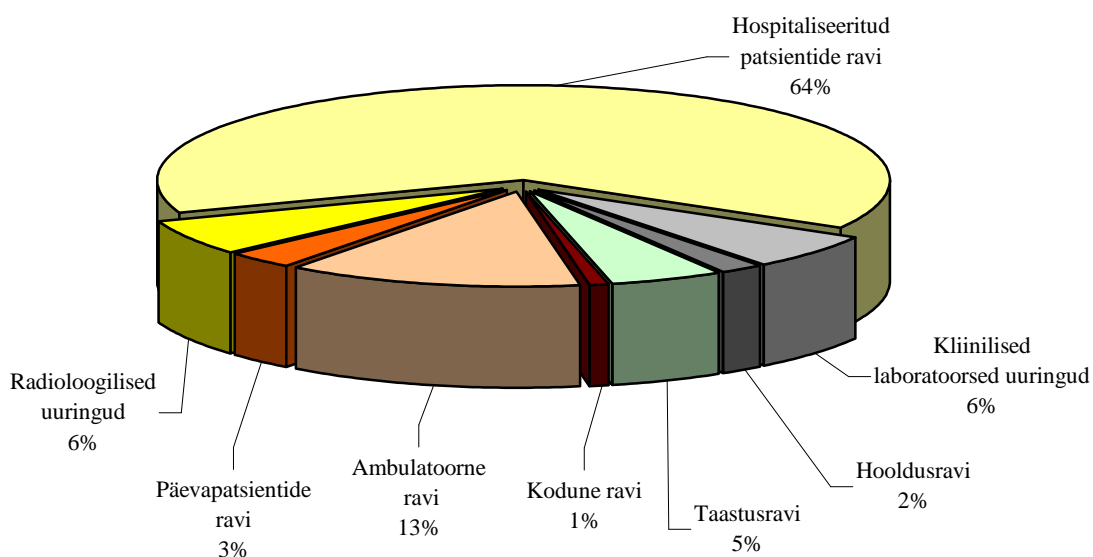
Allikas: /41, autori arvutused/.

Haiglate kaudu tehtavate kulutuste osakaal on viimasel kahel aastal oluliselt kasvanud, mis ei tähenda, et inimesed viibisid rohkem haiglas, vaid et haiglad hakkasid rohkem osutama ka ambulatoorseid teenuseid. Tervishoiu administreerimise kulud vähenesid, see toimus põhiliselt Haigekassa (EHK) tegevuskulude vähenemise tõttu. Vähenemine on tingitud eelkõige tööprotsesside standardiseerimisest ja automatiseerimisest /10, lk. 48/. Ravikulud välismaal, mille osa tervishoiueelarves on väike, kattis EHK juhul, kui tegemist oli haruldaste haigustega ja kui ravi ei olnud Eestis kättesaadav. Võrreldes 2003. aastaga on 2004. aastal eelnimetatud teenuste kulud natuke suurenenud, mis on põhjustatud peamiselt ravijuhu keskmise maksumuse suurenemisest ja ravijuhtude arvu tõusust /10, lk. 33/. Järgnevalt antakse ülevaade olulisematest tervishoiuteenuste osutajatest Eestis.

3.2.1. Haiglad

Haiglad moodustasid 2004. aastal suurima tervishoiuteenuste pakkujate rühma, mille kulutused võrreldes eelmise aastaga kasvasid veelgi. Rääkides kuludest, jäävad haiglad suuremateks raviteenuste ja taastusravi osutajateks (67% ja 97% jooksevkuludest). Võrreldes eelmise aastaga pakkusid haiglad 2004. aastal 3,45 miljardi krooni eest rohkem teenuseid.

Põhilise osa tervishoiuteenustest osutasid haiglad raviteenuste näol, millest peamise osa moodustas hospitaliseeritud patsientide ravi (joonis 3.6). On näha tõusu päevapatsientide ravikulutustes – 70% ehk 37 mln krooni (vt /41/).



Joonis 3.6. Haiglate kulutused tervishoiuteenuste lõikes, 2004.

Allikas: /autori arvutused/.

Kuna hospitaliseeritud patsientide ravi on tavaliselt kallim kui ambulatoorne ravi, siis on iga riigi eesmärk vähendada esimese ja suurendada teise teenuse osakaalu. Vaadates Eesti haiglates osutatud teenuste kuueaastast trendi, tuleb rõhutada, et kulu osakaal hospitaliseeritud patsientide ravis on märgatavalt vähenenud (vt /41/). Kui 1999. aastal moodustas hospitaliseeritud patsientide ravikulu 97% haiglate kulutustest, siis 2004. aastal ainult 64%. Selle arvel suurenes ambulatoorse ravi osakaal ja hakati osutama

kulu-tõhusaid teenuseid, nagu päeva- ja koduravi. Neid kahte teenust planeeritakse tulevikus veelgi rohkem arendada. Praegu moodustavad Eestis päevaravi kulud ainult 3% kõikide haiglate kulutustest tervishoiuteenustele. Samuti on hospitaliseeritud ravi kulutuste osakaalu mõjutanud ambulatoorse ravi pakkujate struktuuris toimunud muudatused. Eesti on ainus uutest Euroopa Liidu liikmesriikidest, kes läks täielikult üle kogu riiki hõlmavale perearstisüsteemile. See süsteem on tänaseks hästi organiseeritud ja reguleeritud. See näitab, et esmatasandil osutatud teenused võivad vähendada järgnevaid kulutusi, nagu kulud hospitaliseeritud patsientide ravile.

Hooldusravina rahastati põhiliselt väikehaiglates osutatavat pikaraviteenust. Hooldusravi kulutused kasvasid aastaga 13 miljoni krooni ehk 19%, kuid osakaal säilis 2% tasemel.

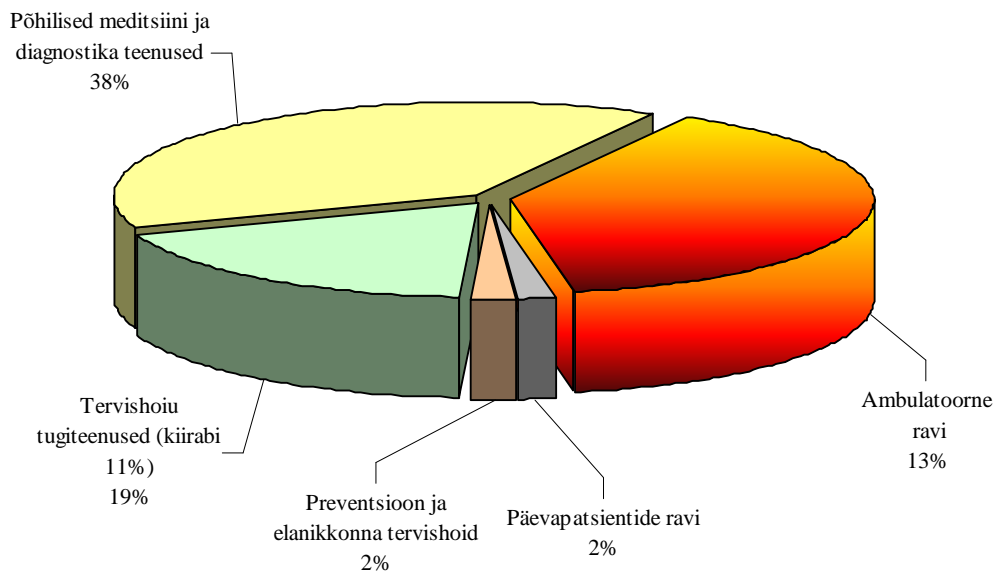
3.2.2. Ambulatoorse ravi osutajad

Ambulatoorse ravi osutajad moodustavad 2004. aastal suuruselt kolmanda teenuste pakkujate rühma haiglate ning jaemüügi ja teiste meditsiinitoodete pakkujate järel. Kokku kulutati läbi ambulatoorse ravi pakkujate 1,6 miljardi krooni eest ehk 5% võrra rohkem kui 2003. aastal. Vaatamata sellele on kuue aasta jooksul tunduvalt vähenenud ambulatoorse ravi pakkujate osakaal, 1999. aastal – 32%, 2001. aastal – 35% ja 2004. aastal – ainult 21%.

Praktika ja kogemused näitavad, et esmatasandi arstiabi on kulu-tõhusam kui haiglaravi, sest see arvestab rahva vajadustega ja muudab teenused patsientidele kättesaadavamaks. Tulevikus planeeritakse praegu peamiselt haiglates osutatavate tervishoiuteenuste üleviimist ambulatoorsetele teenusepakkujatele. Sellisteks teenusteks on näiteks taastusravi ja kodune ravi, mis (joonis 3.6) katavad praegu ainult osa olemasolevast vajadusest.

Täna osutavad ambulatoorse ravi pakkujad raviteenuseid peamiselt hambaravi, põhiliste meditsiini- ja diagnostikateenuste, tugiteenuste, päevaravi ja preventsiiooni näol (joonis

3.7). Tugiteenus sisaldab suures osas kiirabi teenust. Eesti üheteistkümnest kiirabist on seitse iseseisvad ja klassifitseeritud ambulatoorse ravi osutajate alla. Teised on osa haiglatest.



Joonis 3.7. Ambulatoorse ravi osutajate kulutused tervishoiuteenuste lõikes, 2004.

Allikas: /autori arvutused/.

Ambulatoorsete raviteenuste kasv oli võrreldes eelneva aastaga 75 miljonit krooni ehk 6% (vt /41/). Üldarstiabi kulud on tingituna baasraha ja pearaha piirhindade tõusust aastate lõikes pidevalt suurenenud, kusjuures kindlustatute arv on jäänud peaaegu muutumatuks. Meditsiini- ja diagnostikateenused kasvasid peamiselt Haigekassa kulutuste arvelt (102 mln krooni e 40,3%). Hambaravi kulutuste kasv toimus leibkondade kulutuste kasvu arvelt (31 mln krooni e 12,4%).

3.2.3. Ravimite ja meditsiinitorodete jaemüüjad

Ravimite ja meditsiinitorodete jaemüüjad nagu apteegid, prillide ja teiste nägemisvahendite ning kuulmisaparaatide ja muude kuulmisvahendite varustajad müüsid oma tooteid ja teenuseid 2 177 miljoni krooni eest ehk 20% võrra rohkem kui

eelneval aastal (tabel 3.3). Jaemüügi ja teiste meditsiinitoodete pakkujate osakaal jäi võrreldes kahe viimase aastaga samaks.

Tabel 3.3

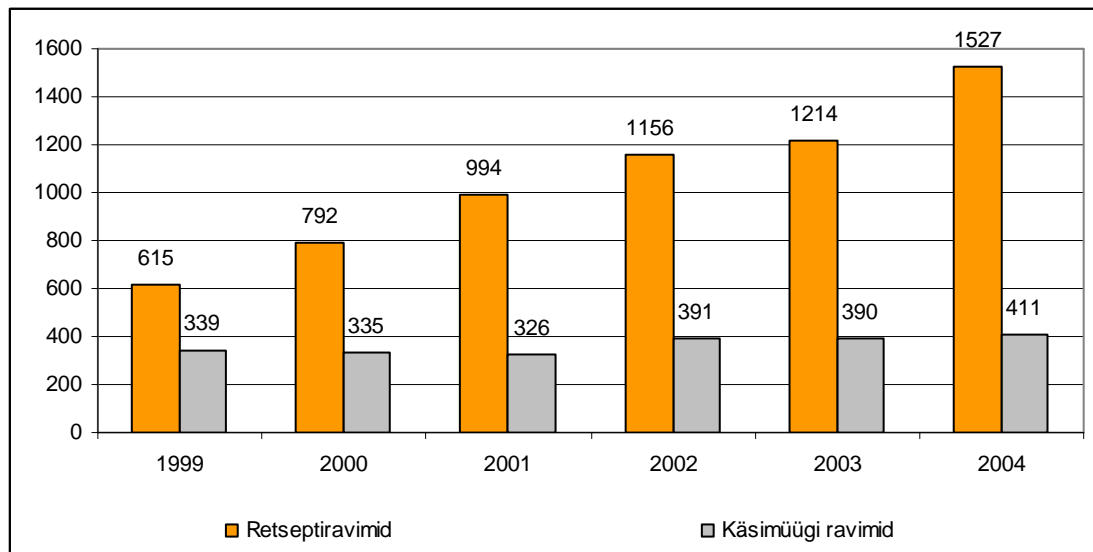
Ravimite ja meditsiinitoodete jaemüüjad, 2003-2004

Jaemüüjad	2003		2004		Muutus, %
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2004/2003
Apteegid	1 635 311	90,2	1 962 758	90,2	20,0
Jaemüük jt prillide jm nägemisvahendite varustajad	67 908	3,7	81 495	3,7	20,0
Jaemüük jt kuulmisaparaadite jm kuulmisvahendite varustajad	8 388	0,5	9 211	0,4	9,8
Teiste vahendite varustajad	101 103	5,6	123 662	5,7	22,3
Kokku	1 812 709	100,0	2 177 126	100,0	20,1

Allikas: /autori arvutused/.

Ravimite ja meditsiinitoodete jaemüüjate osatähtsus tervishoiu jooksvatest kulutustest oli 2004. aastal 28%, 2003. aastal 27%. 2004. aastal kasvasid võrreldes 2003. aastaga kõikide jaemüüjate ja varustajate kaudu tehtud kulud. Prillide ja muude nägemisvahendite müük suurenes 13,6 miljoni krooni ehk 20% ning ortopeediliste ja muude abivahendite müük suurenes 0,8 miljoni krooni ehk 10% võrra. Ülalmainitud muutused nimetatud kululiikide osas toimusid põhiliselt leibkondade poolt tehtavate kulutuste arvelt. Apteekide ravimimüügi käive kasvab iga aastaga. 2004. aastal oli see 1 962,8 miljonit krooni, mis oli 327,5 miljoni krooni ehk 20% võrra rohkem kui 2003. aastal.

Ravimite kulu moodustas 2004. aastal arvestuslikult ühe elaniku kohta 1 456 krooni, mis kasvab pidevalt ja jõudsalt (näiteks, 2001. aastal – 985 krooni ja 2002. aastal – 1 154 krooni).



Joonis 3.8. Apteekide kulutused ravimite lõikes, 1999-2004, miljonit krooni.

Allikas: /41, autori arvutused/.

Kuue aasta jooksul suurenesid kulutused nii retseptiravimitele kui ka käsimüügi ravimitele. Kulutused retseptiravimitele rohkem kui kahekordistusid (1999.a. – 615 mln krooni ja 2004.a. – 1527 mln krooni), samas käsimüügiravimite kulude kasv oli palju tagasihoidlikum (joonis 3.8).

3.2.4. Rahvatervise programmide korraldajad

Rahvatervise programmid on suunatud haiguste ennetamisele ja tervise edendamisele. Haiguste ennetamise eesmärk on inimese haiguseelsete seisundite varasele avastamisele suunatud tegevus ja meetmed haigestumise vältimiseks. Eeldatakse, et ennetava tegevuse tulemusena vähenevad kulutused haiguste raviks. Tervise edendamise eesmärk on kujundada inimese tervist väärtustavat ja soodustavat käitumist ning elulaadi ja arendada sihipäraselt tervist toetavat elukeskkonda.

Rahvatervise programmid koosnevad teenustest nagu: ema ja lapse tervishoid, pereplaneerimine ja nõustamine, koolitervishoid, nakkushaiguste tõkestamine, mittenakkuslike haiguste tõkestamine jne. Loetletud teenused on rahastatud nii

ravikindlustuse eelarvest kui ka riigieelarvest. Siin tuleb rõhutada, et Eestis on emale ja lapsele suunatud tegevused, nagu raseduse jälgimine ja hilisem laste tervisekontroll, üldtunnustatud tervishoiuteenused, mida programmilise ega projektilise tegevuse käigus tavaliselt ei tehta.

Rahvatervise programmide korraldamiseks tehtud kulutuste suurus oli 173 miljonit krooni, mis oli 5 miljoni krooni ehk 3% võrra suurem kui eelneval aastal. Mainitud pakkujate osatähtsus tervishoiu jooksvatest kulutustest oli 2004. aastal 2,2% ja 2003. aastal 2,5%. Suuremad riigieelarvest rahastatavad rahvatervisealased programmid on:

- *HIV* ja *AIDS*-i ennetamise riiklik programm aastateks 2002-2006;
- Tuberkuloos 2004-2007;
- Laste ja noorukite terviseprogramm aastani 2005;
- Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012;
- Rahvatervise teadus- ja arendustegevuse riiklik sihtprogramm 1999-2009.

Eesti Haigekassa toetab tervise edendamist avaliku konkursi korras esitatud kodanikualgatusel põhineva projektitöö kaudu. Haiguste ennetuse ja terviseedenduse alastesse tegevustesse investeeris EHK 2004. aastal 73,9 miljonit krooni, millest suurim osatähtsus oli koolitervishoiul (46%) ja rinnavähi varajasel avastamisel (10%) /10, lk. 25-26/. EHK haiguste ennetamise teised tähtsaimad projektid 2004. aastal olid: noorte reproduktiivtervise, rinnavähi varajase avastamise, pärilike haiguste sünnieelse diagnostika, osteoporoosi varajase avastamise jne projektid. Suurimad kulutused rahvatervise programmide valdkonnas on tehtud mittenakkuslike haiguste ja nakkushaiguste tõkestamisel (tabel 3.4).

Tabel 3.4

Rahvatervise programmide korralduse kulutused funktsioonide lõikes, 2003-2004

Programmid	2003		2004		Muutus, %
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2004/2003
Ennustamine ja lapse tervishoid; pereplaneerimine ja nõustamine	17 173	14,4	1 522	1,0	-91,1
Koolitervishoid	17 278	14,5	34 657	23,7	100,6
Nakkushaiguste tõkestamine	52 147	43,7	61 767	42,3	18,4
Mittenakkushaiguste tõkestamine	32 828	27,5	47 999	32,9	46,2
Kokku	119 426	100,0	145 945	100,0	22,2

Allikas: /autori arvutused/.

Alates 2001. aastast on rakendunud ka Rahandusministeeriumi kaudu hasartmängumaksust finantseeritavad narkomaanide, alkohoolikute ja HIV-positiivsete abistamise ning muud tervise edendamisele suunatud projektid.

3.2.5. Üldine tervishoiu administratsioon

Üldise tervishoiu administreerimise kulutused olid 2004. aastal 276,6 miljonit krooni, mis oli 11,7 miljonit krooni ehk 4% rohkem kui eelneval aastal. Nimetatud kulutused koosnevad peamiselt valitsuse ehk Sotsiaalministeeriumi ja tema hallatavate asutuste ning Haigekassa tegevuskuludest. Siinjuures on Sotsiaalministeeriumi kulutuste kasv teatud määral tinglik, sest kokkuleppeliselt on igal aastal tervishoiu tegevuskuludeks arvestatud 1/3 ministeeriumi kõikidest tegevuskuludest. Üldise tervishoiu administreerimise kulutustes sisalduvad ka erakindlustuse tervisekindlustuse valdkonnaga seotud tegevuskulud, kuid need summad on marginaalsed.

Valitsuse kulutuste osakaal üldise tervishoiu administreerimise kuludes kasvas ja kasv toimus ka absoluutnumbrites (lisa 3). 2003. aastal toimus leppeline kasv, sest toimus meetoodika muutus. Alates 2003. aastast on valitsuse administreerimise kulutuste hulka arvestatud ka allasutuste omatulust tehtud kulutused, mis tinglikult suurendavad valitsuse kulutusi.

3.3. Tervishoiuteenused

Täiusliku pildi saamiseks uuritakse järgnevas peatükis tervishoiuteenuseid finantseerimisallikatest ja teenuste osutajatest eraldi.

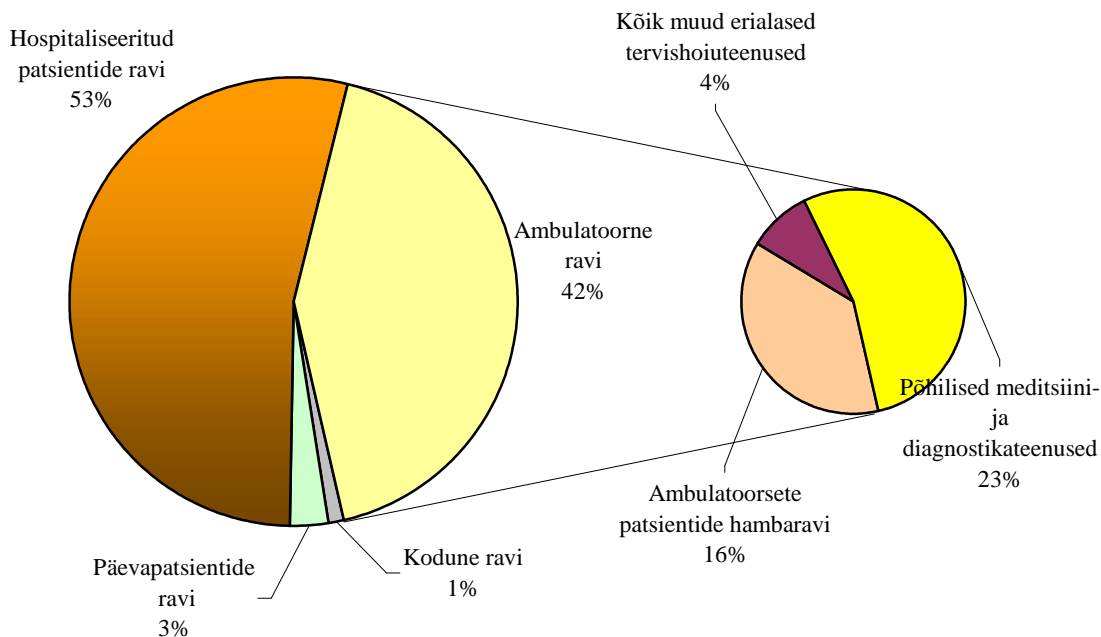
Raviteenused, mis koosnevad hospitaliseeritud patsiendi ravist ja ambulatoorsest ravist, moodustavad suurima osa tervishoiuteenustest. Võrreldes eelmiste aastatega on kulud nende teenuste osas vähenenud (1999.a. – 62,9% ja 2004.a. – 51,8%). Kusjuures hospitaliseeritud patsientide ravi osakaal on võrreldes eelmise aastaga kasvanud ja ambulatoorse ravi kulude osakaal jätkuvalt langenud, mis 2004. aastal saavutas viimase kuue aasta kõige madalama taseme – 21,8% (vt /41/).

Hooldusravi eelarve oluline suurenemine tagab hooldusraviteenuste järjepideva arengu, sest hooldusraviteenuste pakkumist on alustanud haiglavõrgu arengukavasse mittekuuluvad haiglad. 2003. aastal alustasid tööd ka koduõendusteenuse osutajad. Hooldusravi kulu tõusu peamised põhjused olid 2004. aastal eelkõige hooldusravipäeva kallinemine ning geriaatrilise hindamisteenuse lisandumine tervishoiuteenuste loetelusse. Vaadeldes ajavahemikku 2001-2004 on hooldusravi üldkulud suurenenud kokku üle 47 miljoni krooni, sealjuures on eriti kiiresti arenenud ambulatoorsete hooldusraviteenuste osutamine patsientidele.

Tervishoiu tugiteenuste (laboratoorsed uuringud, kiirabi) kulude osa on viimasel neljal aastal jäänud samaks – keskmiselt 9% THKK-st (vt /41/). Võrreldes eelmise aastaga on meditsiinitoodete (ravimid, vaktsiinid, proteesid, prillid, meditsiiniline aparatuur) osakaal suurenenud ja preventsooniteenused jäänud enam-vähem samale tasemele (lisa 3 ja 4). 2004. aastal moodustas kapitaliinvesteeringute osakaal tervishoiu kogukuludest 0,6%. Kulutused langesid, kuna suurem osa kapitalikuludest on arvestatud raviteenuste sisse ja seda ei ole võimalik eristada. Kuna raviteenus moodustab kõige olulisema osa osutatavatest tervishoiuteenustest Eestis, siis vaatleme seda veel kord eraldi.

Raviteenus koosneb hospitaliseeritud patsiendi ravist, ambulatoorsest ravist, päevaravist ja kodusest ravist (joonis 3.9). Kusjuures haiglaravi moodustab ka 2004.

aastal kõige suurema osa raviteenustest (54%). Ambulatoorne ravi, mis omakorda koosneb põhilistest meditsiini- ja diagnostikateenustest (23% kogu raviteenustest) ning hambaravist (16%), moodustab suuruselt teise grupi – 42% raviteenustest.



Joonis 3.9. Raviteenuste ja ambulatoorse ravi jaotus, 2004.

Allikas: /autori arvutused/.

Võttes arvesse, et 2004. aastal elas Eestis 1,348 miljonit inimest, siis raviteenuste kulutused ühe elaniku kohta olid 2004. aastal 2 993 krooni, mis on 320 krooni rohkem kui 2003. aastal (lisa 7). Arvestuslikult investeeriti 2004. aastal ühe inimese tervisesse 5 776 krooni. Nagu ka eelmisel aastal, tehti kõige suuremad kulutused haiglaravile (1 628 krooni) ja meditsiinitoodetele (1 616 krooni).

Rahaliste vahendite paigutamine peab toimuma ühiskonna vajadustest ja prioriteetidest lähtuvalt /47, lk. 124/. Eestis kulutati 2004. aastal kõige rohkem hospitaliseeritud patsientide ravile, mis suuremas osas finantseeriti Haigekassa eelarvest. Üldiselt võib öelda, et kulud tervishoiule kasvavad iga aastaga, kuid see veel ei näita, et kasvab ka vajadus tervishoiuteenuste järgi. Järgnevalt võrreldakse Eesti tervishoiukulusid Euroopa riikide tervishoiukuludega.

4. TERVISHOIUKULUDE ARVESTUSE RAHVUSVAHELISED VÕRDLUSED

4.1. Ohud tervishoiukulude riikidevahelisel võrdlusel

Kuigi hinnangu andmiseks tervishoiukulude tasemele võrreldakse enamasti oma riigi taset teiste riikidega, ei saa võrdlusest siiski teha üheseid järeldusi. Tänapäeval on tervishoiukulude arvestus paljudes riikides alles loomise protsessis ja erinevates riikides eksisteerivad erinevad RTA vormid. Seetõttu on tervishoiukulude võrdlemine rahvusvahelisel tasemel problemaatiline.

Tervishoiukulude rahvusvahelise võrdluse puhul tuleb arvestada võimalike probleemidega. Esiteks, iga riik saab RTA metoodikast omamoodi aru ja selle tõlgendus võib olla väga erinev. Samuti puuduvad tervishoiuteenuste ja pakujate jaoks rahvusvahelised klassifikaatorite standardid. Teiseks, piir tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vahel on erinevates riikides väga varieeruv. Eriti komplitseeritud on geriaatriliste teenuste ja puudega patsientidele osutatud abi rahvusvaheline võrdlemine. Kolmas põhjus on andmete puudulikus ja alahinnatus. Peamiselt kerkib see probleem esile erasektori kulutuste puhul. Tuleb rõhutada, et siamaani ei eksisteeri kindlat seost riigi tervishoiukulude mahu ja rahvastiku tervise vahel. Tervishoiukulu näitajad ei ütle midagi kindlat selle kohta, millises riigis on inimesed tervemad, tervishoid kvaliteetsem või kas ühes riigis on tervishoid paremini finantseeritud kui teises. Selliste järelduste tegemiseks tuleb lisaks analüüsida inimeste tegelikku tervist, pakutavaid tervishoiuteenuseid ja tervishoiusüsteemi kulusid mõjutavaid tegureid /50, lk. 13/.

Nii tervishoiu kogukulu osakaal SKP-st kui ka tervishoiu kogukulu elaniku kohta, on suhtelised näitajad, mis ei võimalda eristada seda, kas kõrged kulud on tingitud

kõrgetest hindadest või pakutud teenuste suurest hulgast, ehk teisisõnu on raske arvestada riikidevahelisi erinevusi tervisesüsteemi efektiivsuses /52/. Samuti ei väljenda tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist (SKP-st) ja tervishoiu kogukulu elaniku kohta tegelikku vajadust tervishoiuteenuste järele (rahvastiku vanuselist struktuuri, haigestumist jms). Seega võivad riikides, mis on elaniku kohta samal tasemel tervishoiukulu näitajaga või osakaaluga SKP-st, olla väga erinevad tervishoiuteenuse kättesaadavuse tasemed. Jätkusuutlikkuse aspektist vaadates ei võimalda antud näitajad arvestada pikemaajalisi trende. Mitmete arenenud riikide kohta tehtud analüüsid on näidanud, et tänased kõrged tervishoiukulud ei pruugi olla jätkusuutlikud väheneva tööjõu ja vananeva rahvastiku tingimustes.

Eeltoodud põhjustel tuleb riikidevahelisse tervishoiu kogukulude võrdlusesse suhtuda ettevaatlikkusega ning seetõttu ei peaks tervishoiukulude suurendamise või vähendamise otsuseid langetama üksnes rahvusvahelisele võrdlusele tuginedes. Selleks, et tervishoiusüsteem täidaks oma eesmärgi võimalikult hästi, on kriitilise tähtsusega tagada süsteemi administratiivne efektiivsus – et võimalikult suur osa tervishoidu suunatavast finantseerimisest jõuaks teenuse vormis tarbijani /50, lk. 13/.

Tervishoiukulude suurendamise otsust tuleks pigem vaadelda kui investeeringut, mille teostamise otsus tehakse ennekõike oodatava tulususe alusel ehk kui palju lisandväärtust (tervist) suudab täiendav lisaressurss tervisesektorisse toota /50, lk. 13/.

Järgnevalt võrreldakse Euroopa Liidu liikmesriike, kes kasutavad Eurostati soovitusel RTA-d. Andmete võrreldav periood on 1998 – 2002. Uuemaid andmeid ei ole veel rahvusvaheliseks võrdluseks avaldatud.

4.2. Tervishoiu kogukulud sisemajanduse koguproduktist

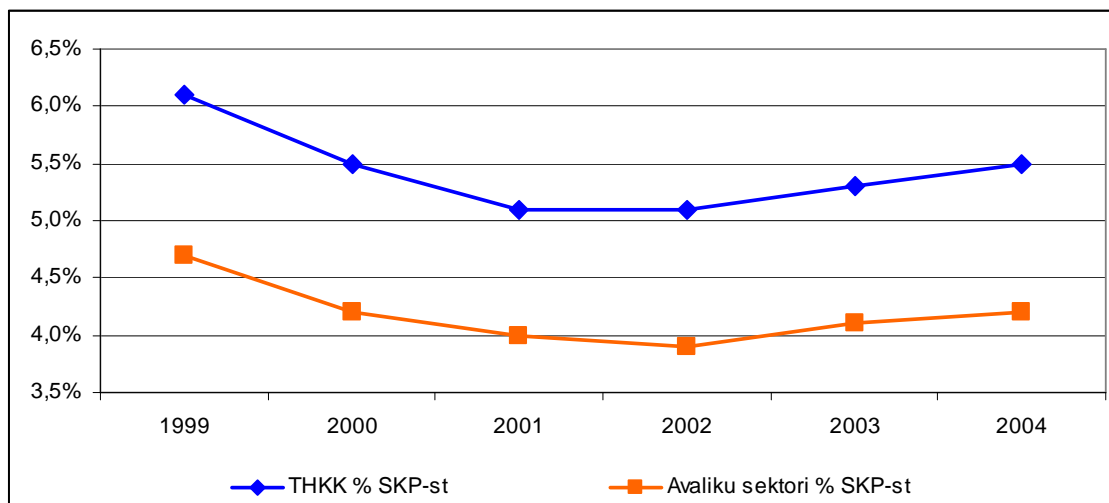
Tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist on kõige üldisem näitaja erinevate riikide tervishoiu rahastamise võrdlemisel ning ka ühe riigi tervishoiu kogukulude jälgimisel üle aastate. Riikides, kus välisallikate osa tervishoiu finantseerimisel on tühine, sh Eestis, näitab tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist, kui suure osa ühe aasta jooksul ühiskonna poolt loodud kogurikkusest kulutab ühiskond tervishoiule /50, lk. 7/.

Enamus uuringuid näitab, et inimesed (nii üksikuna kui ka ühiskonnana) kalduvad sissetulekute kasvades kulutama proportsionaalselt suuremat osa sissetulekust tervishoiule ehk kõrgema SKP tasemega on riikidel elaniku kohta reeglina kõrgem tervishoiu kogukulude tase. Samas tuleb rõhutada, et THKK suhe SKP-st iseenesest ei iseloomusta, kas kõrgemad tervishoiukulud on tingitud kõrgemast tervishoiuteenuste hinnast või enam pakutud teenustest. Samuti ei suuda antud näitaja arvestada muutusi rahvastiku arvus ja vanuselises struktuuris. Seega iseloomustab see näitaja mitte niivõrd tervishoiuteenuste kättesaadavust vaid pigem seda, kui suur osa ühiskonna ressursse suunatakse tervishoiuteenuste pakujatele. See, kas suuremate ressursside eest pakutakse rohkem või paremat teenust, ja veelgi enam, seda milline on nende kulutuste mõju inimese tervisele, tervishoiukulude osakaal SKP-st näidata ei suuda /50, lk. 7/.

Eesti Statistikaamet korrigeeris SKP arvestust 2005. aastal, mis tõstis 2003. aasta Eesti SKP suurust, kuid langetas tervishoiu kogukulude osa sisemajanduse koguproduktist. Seega moodustasid tervishoiu kogukulud 2003.a. ümberarvutatud SKP-st 5,3% (varemavaldatud SKP suhtes 5,4%) ja 2004. aastal 5,5%. Aastatel 1999-2002 näitas THKK SKP-st langustendentsi (6,1-5,1%), kuid 2003. aastal on trend peatunud (5,3%) ja hakanud kasvama (2004.a. – 5,5%).

Avaliku sektori tervishoiukulud järgivad sama trendi, langedes 4,7%lt 1999. aastal kuni 3,9%ni 2002. aastal (joonis 4.1). Languse põhjuseks on EHK reservi kasutamine eesmärgiga kompenseerida 1999. aastal Vene Föderatsioonis toimunud majanduskriisi ja globaalse majandusliku aktiivsuse languse tagajärjel tekkinud rahapuudust. Sellele

järgnes THKK vähenemine, mis on seletav EHK poolse reservi kogumisega. Kui EHK reserv oli täidetud 2003. aastal, hakkasid THKK ja avaliku sektori tervishoiukulud uuesti kasvama.



Joonis 4.1. THKK ja avaliku sektori tervishoiukulud SKP-st, 1999-2004.

Allikas: /36, 41, autori arvutused/.

2004. aastal Eesti THKK moodustas 7,8 miljardit krooni (tabel 4.1). Seega oli kasv võrreldes 2003. aastaga 970 miljonit krooni ehk 14,2%. Kui arvestada inflatsiooni, siis tervishoiu kogukulude reaalkasv oli 2,0%, samal ajal kui SKP reaalkasv²⁶ oli 7,8%. Statistikaamet hakkas tervishoiusektori inflatsiooni arvutama alates 2003. aastast. Seega ei ole siin võimalik tuua varemaste aastate andmeid.

²⁶ Üheks oluliseks hinnaindeksiks on SKP deflaator. Sisemajanduse koguprodukti käsitlemisel tehakse vahet nominaalse ja reaalse sisemajanduse koguprodukti vahel. Nominaalse SKP näitajat kasutatakse jooksva aasta kogutoodangu väärtuse väljendamiseks turuhindades. Kuna hinnad aja jooksul muutuvad, siis sisaldab SKP näitaja muutus alati ka hindade muutuse mõju. Selleks, et hindade muutuste mõju kogutoodangu näitajale elimineerida, arvestatakse reaalne SKP, kasutades mingi varasema aasta (baasaasta) hindu. Reaalne SKP peab kirjeldama toodangu mahu muutust. Jagades nominaalse SKP (ehk SKP jooksvates hindades) reaalse SKP-ga (ehk SKP-ga baasaasta hindades) saadakse SKP deflaator, mida võib nimetada kõige üldisemaks inflatsiooni mõõduks /11/.

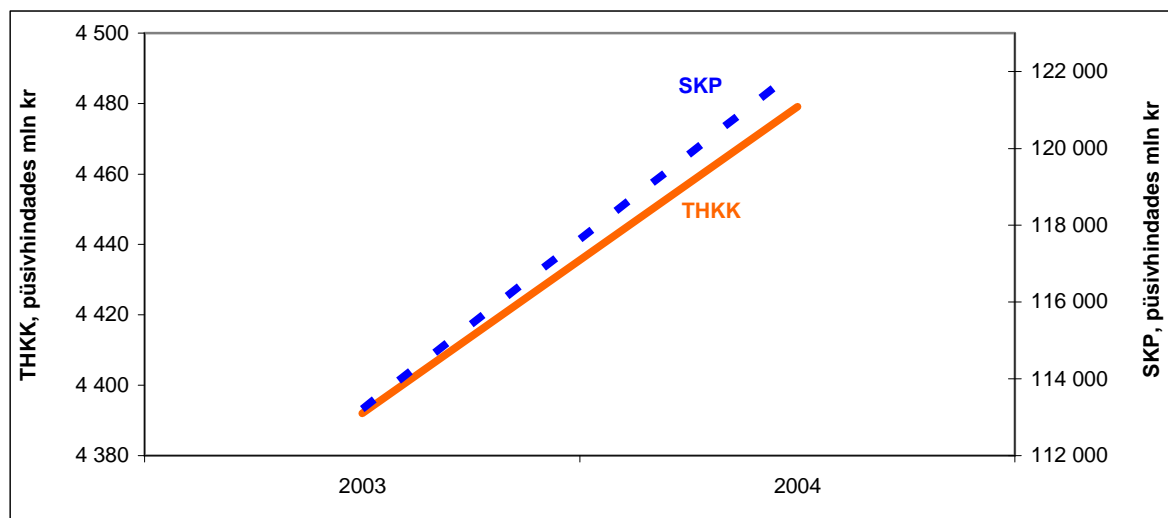
Tabel 4.1

THKK jooksev- ja püsivhindades ning kasvutempod, 2000-2004

Aastad	Jooksevhindades, tuhat krooni	Püsivhindades, tuhat krooni	Nominaalkasv, %	Reaalkasv, %
2000	5 145 500	...	4,0	...
2001	5 353 800	...	4,0	...
2002	5 958 800	...	11,3	...
2003	6 812 166	4 392 008	14,3	...
2004	7 782 648	4 479 081	14,2	2,0

Allikas: /12, 36, autori arvutused/.

SKP ja THKK kasvasid võrreldes eelmise aastaga (joonis 4.2). Viimasel aastal kasvas SKP kiiremini kui THKK. Euroopa Liidus (EL) kasvab juba mitu aastat THKK kiiremini kui SKP. EL keskmine THKK % SKP-st oli 1998. aastal 8,2% , 2000. aastal 8,3% ja 2002 aastal 8,7%. Eesti THKK % SKP-st oli sama perioodi jooksul palju väiksem, vastavalt: 5,6%, 5,5% ja 5,1% (lisa 8).



Joonis 4.2. THKK ja SKP püsivhindades, 2003-2004.

Allikas: /36, autori arvutused/.

Faktorid, mis toetavad THKK ja SKP vahelise suhte kasvu, on esiteks inflatsioon (nii majanduse üldinflatsioon kui ka inflatsioon tervishoiu sektoris) ja teiseks kasutatud teenuste ja toodete taseme muutused, mis on tulenenud kas rahvaarvu suurenemisest või intensiivsemast teenuste ja toodete kasutamist. Nagu eelpool mainitud, oli 2004.

aastal THKK nominaalkasv 14,2% ja reaalkasv 2%. Seejuures SKP nominaalkasv oli 11,1% ja reaalkasv 7,8%. See tähendab, et tervishoiuvaldkonnas toimus hinnaefekt ja tervishoiu hinnad kasvasid kiiremini kui kogu majanduse hinnad /3, lk. 8/. See tähendab, et oluline osa THKK kasvust toimus hindade tõusu arvelt, mis toimus tervishoiusektoris palkade tõusu tõttu.

Nagu eelnevalt öeldud, ei ole varasemate aastate tervishoiu inflatsiooni andmete puudumisel võimalik tuua võrdlusandmeid Eestiga, kuid me saame vaadelda teiste riikide vastavaid indikaatoreid. *OECD Health Data 2004* andmebaasist on näha, et THKK reaalkasv enamustes Euroopa vanades ja uutes liikmesriikides oli 2000. aastal suhteliselt tagasihoidlik – keskmiselt 3,8%. Suurem kasv vanades liikmesriikides toimus 2001. ja 2002. aastal. Näiteks Iirimaa oli THKK reaalkasv 13,3% ja 11,2% ning Luksemburgis – 8,3 % ja 11,1%. Samas hakkas mõnedes uutes liikmesriikides toimuma ka märkimisväärne kasv. Näiteks moodustas reaalkasv Tšehhis 7,1% ja 6,3%, Ungaris – 7,5% ja 9,4% ning Poolas – 7,4% ja 10,8%. Reaalkasv jätkus Tšehhis ja Ungaris ka 2003. aastal, vastavalt 9,1% ja 11,4%, mis oli selle perioodi suurim. Eesti (2%) kuulub oma THKK reaalkasvu järgi Euroopa arenenud riikide gruppi, kus on ka Saksamaa – 0,9%, Austria – 1,4%, Taani – 1,9% ja Rootsi – 2,3%. Siinkohal tuleb rõhutada, et tegu on arenenud riikidega, kelle tervishoiusüsteem on juba välja arenenud /31/.

Vaatamata sellele, et me oleme harjunud riigi tervishoidu hindama tervishoiu kogukulude protsendi kaudu SKP-st, ei kirjelda see tegelikku tervishoiu efektiivsust. Siinkohal tuleb arvesse võtta seda, et kõik riigid on erinevad, neil on erinev tervishoiu ajalugu ja seega ka tervishoiusüsteemi ülesehitus. Samuti kasutades THKK % SKP-st tuleb arvestada sellega, et erinevad riigid arvutavad SKP-d ning THKK-d erinevate meetodikate järgi. Tuleb arvesse võtta seda, et madala majanduskasvuga riigi puhul ei ole SKP eriti suur ja THKK kasvades, suureneb vastavalt ka THKK osakaal SKP-st. Viimane näitaja võib olla piisavalt märkimisväärne, kuigi tegelikult on majandus kriisis ja arstiabi puudulik.

Kui tahame mõõta tervishoiusüsteemi efektiivsust, siis tuleb tehtud kulutuste kõrval vaadelda ka „haiguste“ indikaatoreid. Näiteks, kui palju patsiente raviti ja mitmel korral

pöörduti arsti poole korduva diagnoosiga ning kui pikad on järjekorrad. Oluline näitaja on ka eluiga.

THKK-de muutuste jälgimiseks tuleks pigem võrrelda Eestis erinevate aastate jooksul tehtud tervishoiukulutusi omavahel, mitte aga võrrelda vastavaid näitajaid teiste riikide omadega. Riikide kulud tervishoiule, kus levivad malaaria ja *HIV/AIDS* epideemiad, erinevad nende riikide kuludest, kus infektsiooni haigused esinevad harva, kuid on suur protsent kasvajaid ja kroonilisi haigusi /40, lk. 6/. Rääkides tervishoiukuludest on oluline jälgida seda, kui palju kulutab avalik sektor tervishoiule ja kas tehtud kulutused kasvavad või langevad aastate jooksul. See lähenemisviis on kasulik, kui vaadatakse riikide regulaarseid tervishoiuprogramme, kui planeeritakse valitsuse eelarvet /40, lk. 6/. Samuti tuleb jälgida seda, kui suur on inimeste omaosaluse protsent ja millise osa oma väljaminekutest kulutavad inimesed tervishoiule. See tuleneb riigi ülesandest kaitsta elanikkonna finantsrisiki eest, et inimesed ei vaesuks või ei maksaks suurt osa oma sissetulekutest selleks, et saada vajaminevat tervishoiu teenust.

4.3. Tervishoiu kogukulud ühe inimese kohta

THKK *per capita* ehk ühe inimese kohta lubab teha aja jooksul riigisisest võrdlust ja rahvusvahelist võrdlust ilma SKP ja rahva suuruse erinevuse moonutamise efektita. Tervishoiukulusid *per capita* vaadatakse, et hinnata kui palju rahalises vääringus isiku kohta tervishoiule kulutakse /50, lk. 13/.

Eesti Statistikaameti andmetel elas 2004. aasta lõpus Eestis 1,348 miljoni inimest, mis on 0,3% vähem kui varasemal aastal (1,351 mln inimest). Keskmine tervishoiukulu ühe inimese kohta on 2004. aasta jooksul kasvanud 14,5 % ja moodustab 5 780 krooni.

EL riikidest kõige kõrgem tervishoiukulude osa SKP-st on Saksamaal, 2002. aastal – 10,9%. Tema THKK *per capita* oli kõik need aastad viis korda suurem kui Eestis.

Näiteks, 2002. aastal kulutas Saksamaa 2 817 rahvusvahelist dollarit²⁷ ja Eesti 604 rahvusvahelist dollarit (lisa 8)²⁸. Selle analüüsi puhul on oluline mitte kohe otsustada, kas Eesti kulutab liiga palju või liiga vähe, vaid vaadelda ka teisi tervishoiu indikaatoreid. Kui uute liikmesriikide keskmisest tasemest ei jää Eesti väga kaugele (EL-10 keskmisest tasemest moodustab Eesti kulude tase ligi 80%), siis vanade liikmesriikide keskmisest THKK tasemest *per capita*, moodustas Eesti tervishoiukulude tase kõigest veerandi. Meiega samal arengutasemel oleva Läti ja Leeduga võrreldes, on Eesti tervishoiusüsteemis ühe isiku kohta suhteliselt rohkem raha /50, lk. 11/.

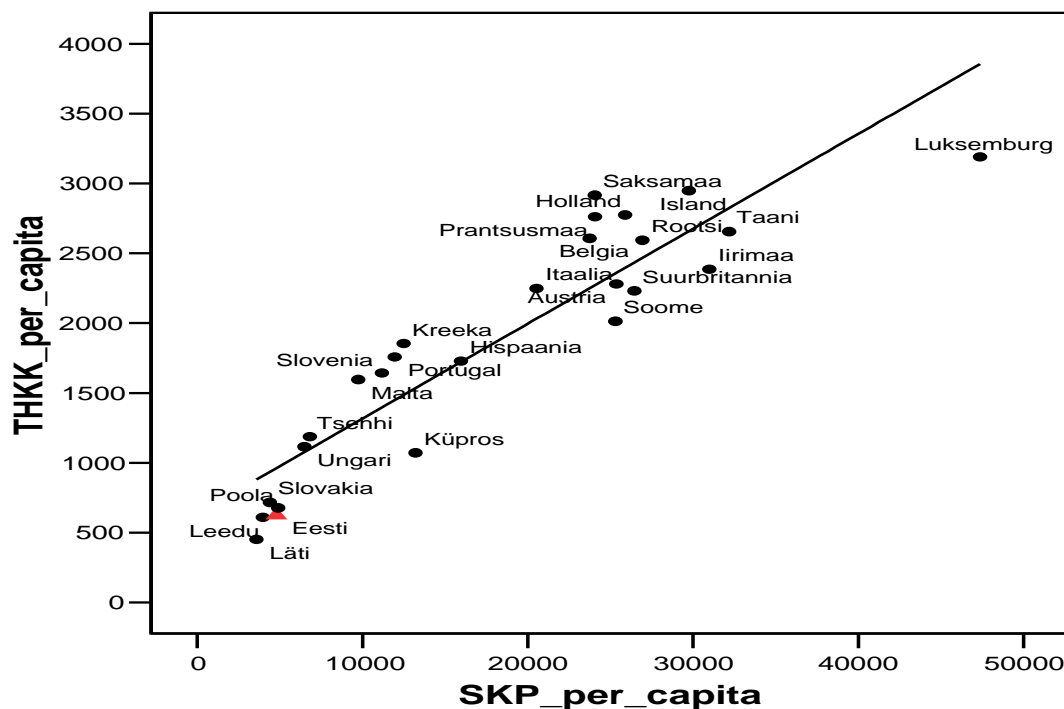
THKK osakaalu SKP-st võrdlemise puhul on riikide erinevused väiksemad kui võrreldes tervishoiukulud ühe inimese kohta (lisa 8). Selleks on kaks põhjust. Esimene, madala tervishoiukulude ja madala SKP *per capita* vahel esineb korrelatsioon /16/. Kuigi tervishoiukulude hinnangute kontroll *OECD* riikides näitas, et see seos on statistiliselt kantsiline²⁹ /22, lk. 103/. Madala sissetulekuga riigid tavaliselt alahindavad erasektori kulutusi tervishoiule ja seega ka kogukulusid. Teiseks, kulutuste võrdlus sõltub valitud rahakonverteerimise faktorist /22, lk. 103/.

Tavaliselt seostatakse heaolu kasvu kõrgemate *per capita* kulutustega tervishoiule nii ajas kui riikide vahel. Seda seost illustreeritakse järgneva joonisega (joonis 4.3), mis võrdleb THKK-d ja SKP-d ühe inimese kohta aastal 2002.

²⁷ Rahvusvaheline dollar – ühine valuutaühik, mis võtab arvesse aastakeskmise suhtelise ostujõu erinevused.

²⁸ Kuigi Euroopa riikide ühine valuuta on euro, põhjustasid mitu parameetrit magistratöös võrdlevüksusena rahvusvahelise dollari kasutamise. Esiteks, töös on kasutatud *OECD*-e ja *WHO* andmebaase, mis rakendavad just seda üksust rahvusvaheliseks võrdlemiseks. Teiseks, tulevikus võib tekkida vajadus võrrelda nii Eestit kui Euroopa Liidu näitajaid ülejäänud maailmaga, seega on rahvusvahelise dollari kasutamine mugavam.

²⁹ Statistiliselt kunstiline (*statistical artifact*) tähendab, et tunnuste vahel leidub matemaatiline korrelatsioon andmete ebakorrektsuse või puudulikkuse pärast.



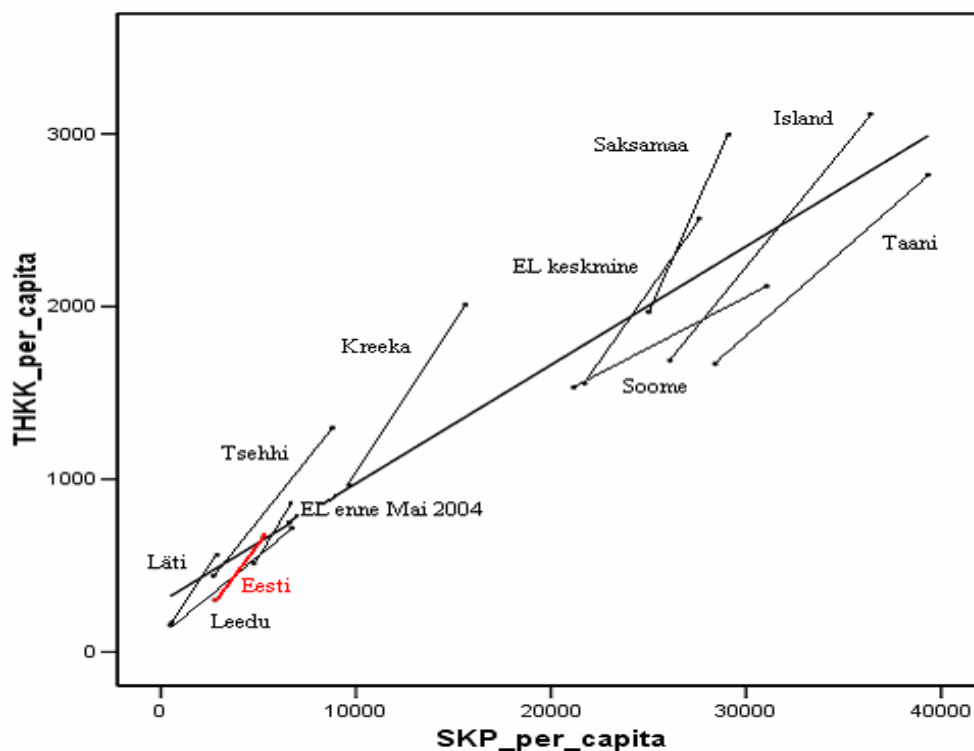
Joonis 4.3. Tervishoiu kogukulud ja SKP ühe inimese kohta, 2002.a., rahvusvahelistes dollarites.

Allikas: /51, autori arvutused/.

Joonis 4.3 näitab, et Euroopa riigid jaotuvad kolmeks klastriks vastavalt rahvuslikule sissetulekuklassile: riigid sissetulekuga 20 000 dollarit ja vähem, need riigid, mille keskmine sissetulek on 20 000 kuni 40 000 dollarit ning üks riik kõige kõrgema sissetulekuga, Luksemburg, mis eristub lineaarsest suhtest. Suhe tervishoiukulude ja sissetulekute vahel tundub olema palju tugevam esimese grupi riikides kui ülejäänud riikides, kus sarnasel sissetuleku tasemel esinevad erinevad tervishoiukulude tasemed. Illustreerimiseks on toodud lisas 9 kahe grupi statistilised parameetrid. Madalama rahvusliku sissetulekuga riikide grupis on $R^{2^{30}}$ mitu korda suurem kui teises grupis, vastavalt 0,7 ja 0,05. Tervishoiukulude mõjurite täpsema analüüsi jaoks on vaja kasutada erinevaid funktsioone ja keerulisemaid ökonomeetrisi meetodeid. Teises klastris olevatest Skandinaavia riikidest asub trendijoonest kõrgemal ainult Rootsi. Taani ja Soome koos Iirimaa, Suurbritannia ja Austriaga kulutavad vähem, kui on määratud trendijoonega.

³⁰ R^2 - lineaarse korrelatsioonikordaja ruut ehk determinatsioonikordaja näitab, kui suurt osa ühe tunnuse hajuvusest saab kirjeldada teise tunnuse abil. Determinatsioonikordaja väärtused on 0 ja 1 vahel. Tema väärtust avaldatakse tihti ka protsentides /32, lk. 156/.

Trendijoonete kalle ja R^2 varieeruvad üle aja. Mõned riigid liiguvad joonele lähemale, teised joonest kaugemale. Joonis 4.4 näitab erinevate riikide individuaalset arengut, mis iseloomustab ühtede riikide koonduvust (*convergence*)³¹ ja teiste lahknevust (*divergence*) Euroopa Liidu 1999. ja 2003. aasta kombineeritud keskmisest trendist. Iga üksiku joone algpunkt näitab konkreetse riigi asukohta 1999.a. ja lõpppunkt 2003. aastal. Graafikust näeme, et kõik Euroopa riigid ei arene ühtemoodi. Kreeka, Tšehhi ja Saksamaa lahknevad üldisest trendist. Taani, Eesti, Leedu ja Läti vastupidi liiguvad trendijoonete juurde. Mõndades riikides, nagu näiteks Soome, kasvavad üldised tervishoiukulud trendiga paralleelselt.



Joonis 4.4. Tervishoiukulutuste muutused SKP *per capita* muutuste suhtes. 1999-2003, rahvusvaheline dollar.

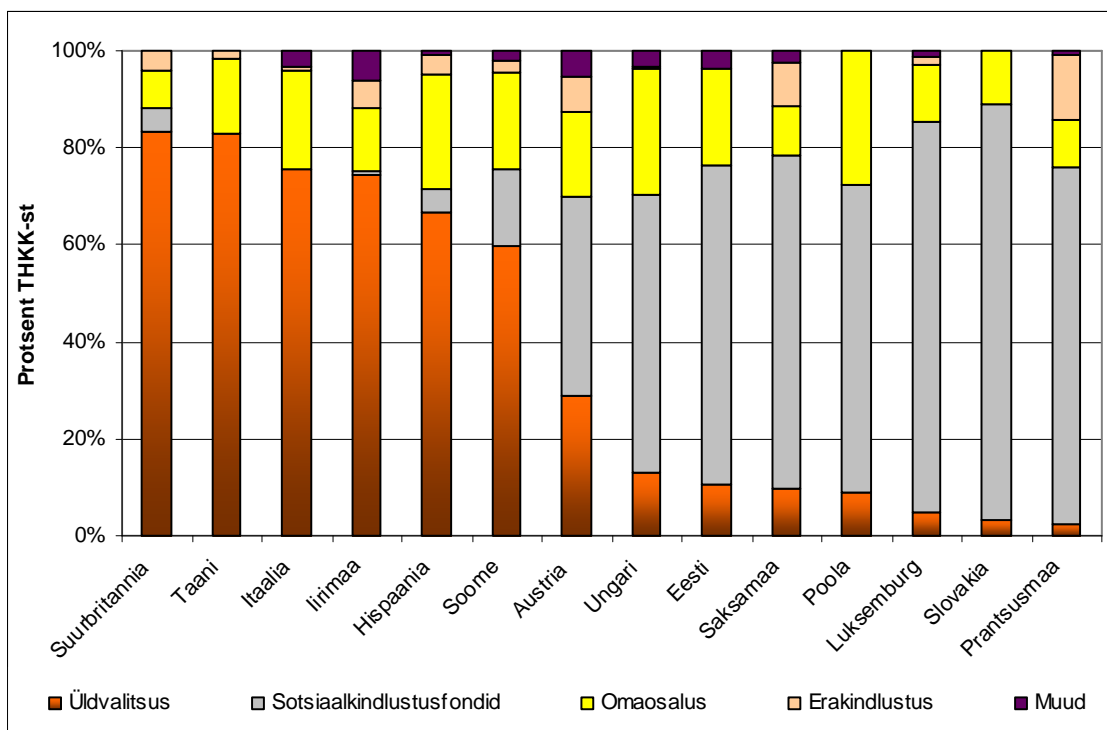
Allikas: /16, autori arvutused/.

³¹ Koonduvuse (konvergensti) all mõeldakse tavaliselt riikide sissetulekute tasemete ühtlustumist. Samuti tähendab konvergenst aga teatud majandusnäitajate ühtlustumist, samale tasemele jõudmist. Käesolevas töös mõistetakse konvergensti viimases tähenduses / 35, lk. 189/.

Tuleb rõhutada, et vanad liikmesriigid arenevad kiiremini kui uued liikmesriigid, mida tõestab joonteede pikkus. Lisa analüüs näitas, et kulub umbes 25 aastat, kui uute liikmesriikide tervishoiukulud *per capita* jõuavad EL-15 keskmisele tasemele /24, lk. 1/.

4.4. Avaliku sektori ja erasektori tervishoiukulud

Igas riigis eksisteerib oma tervishoiusüsteemi rahastamise skeem (joonis 4.5). Näiteks Skandinaavia riigid, Suurbritannia ja Iirimaa rahastavad oma tervishoiukulud üldiselt riigi eelarvest (valitsus ja KOV). Samuti peamiselt avaliku sektori rahastamisele tuginevad on Saksamaa, Ungari, Poola, Prantsusmaa jne, kuid need riigid rahastavad tervishoiukulusid sotsiaalfondide kaudu. Siia gruppi kuulub ka Eesti Vabariik. Austria on näide riigist, kus kasutatakse võrdselt mõlemaid avaliku sektori tervishoiu finantseerimisallikaid: üldvalitsust ja sotsiaalkindlustusfonde.



Joonis 4.5. Tervishoiukulude rahastamisallikad erinevates Euroopa riikides, 2002.

Allikas: /31, autori arvutused/.

Toodud joonisel Euroopa riikide seas ei ole ühtegi riiki, kus inimeste omaosalus tervishoiu rahastamises moodustaks rohkem kui ühe kolmandiku tervishoiu kogukuludest. Kõige kõrgem inimeste omaosaluse osakaal joonisel esindatud EL liikmesriikidest oli Hispaanial, Ungaril ja Poolal. Nendes riikides moodustas omaosalus 20%-27% tervishoiu finantseerimisallikatest. Eelnimetatud kolmest riigist oli kõige madalam avaliku sektori osakaal Poolas. Siinkohal tuleb kindlasti silmas pidada, et omaosalus on tavaliselt alahinnatud, kuna kvaliteetsed andmed on raskesti kättesaadavad. Teine märkus on see, et riigid interpreteerivad erinevalt RTA metoodikat – mõnikord loetakse rahastamisallikate hulka ka vahendajad.

Samuti on huvitav uurida, kui palju kulutab avalik sektor tervishoiule võrreldes erasektoriga. Eesti avalik sektor investeeris 2004. aastal tervishoidu 75,5% THKK-st, mis on peaaegu EL keskmisel tasemel (73,9%) /16/. Samuti on Eesti võrreldes teiste uute liikmesriikidega säilitanud suhteliselt kõrge avaliku sektori tervishoiukulude taseme, mis tagab omakorda elanikkonna terviseriskide ühtlasema finantskaitse /50, lk. 10/. Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus on enamustel riikidel üle 50%, väljaarvatud Küpros. Protsent on kõrgem rikastes riikides, kus on suuremad tervishoiu kogukulud. Seega erasektori kulud on kõrgemad madala sissetulekuga riikides, kus finantseerimine läbi omaosaluse on olulisem kui erakindlustus /9, lk. 14/.

Tervishoiukulud on üks jõulisematest eratarbimise komponentidest enamuses EL riikides. Mida rohkem kasvab elanikkonna healolu, seda rohkem leibkonnad kulutavad tervishoiule. Ostetakse uuemaid ja kallimaid ravimeid, kasutatakse rohkem alternatiivmeditsiini, nõutakse paremaid tingimusi hospitaliseerimisel (näiteks, eraldi tuba televiisoriga) /22, lk. 113/. Samuti püüab valitsus tõsta inimeste vastutust oma tervise eest ja kaasata inimesi maksma tervishoiuteenuste eest. Tavaliselt inimesed maksavad ise spetsialisti viisiiditasu, voodipäevade eest ja osaliselt retseptiravimite hinnast. Võrdlemiseks toodud tabelist 4.2 on näha, et riigid erinevad omaosaluse poolest ja enamikus EL riikides omaosalus ajas kasvab. See on seletatav erinevusega tervishoiu finantseerimise struktuuris. Mõned riigid akumuleerivad maksuraha, teised panevad inimesi tervishoiuteenuste eest ise maksma.

Tabel 4.2

Omaosaluse osa THKK-st, 1992-2002

Riigid	1992	1998	2002
Austria	...	17,9	17,5
Tsehhi	4,5	8,1	8,6
Taani	15,6	16,6	15,3
Soome	16,5	19,4	20,0
Prantsusmaa	11,4	10,3	9,8
Saksamaa	9,8	11,2	10,4
Ungari	12,0	22,3	26,3
Eesti	...	13,2	19,9
Iirimaa	15,4	10,7	13,2
Itaalia	17,1	24,5	20,3
Luksemburg	5,6	7,6	11,9
Holland	...	10,2	10,1
Poola	23,6	34,6	27,6
Slovakkia	...	8,4	10,9
Hispaania	18,7	23,2	23,6

Allikas: /31, 41/.

Tabelist on näha, et Eesti on keskmisel positsioonil. Kuid siin kohal tuleb märkida, et andmete puudumise tõttu ei ole tabelis välja toodud kõiki Euroopa Liidu liikmesriike ja seepärast ei saa täpselt öelda, millisel kohal asub Eesti.

Kokkuvõtteks Eesti ja teiste Euroopa riikide võrdluseks võib öelda, et mitte kõik riigid ei jõudnud juurutada RTA-d täielikult ja seega ei ole piisavalt andmed, et positsioneerida Eesti riikide reas. Teiseks, RTA-d interpreteeritakse erinevalt ja tihti ei ole andmed võrreldavad. Ja viimane, avaliku- ja erasektori kulud sõltuvad nii tervishoiusüsteemi struktuurist kuid ka riikide sissetulekutest.

KOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärk oli kasutada Riiklikku Tervishoiukulude Arvestuse (RTA) meetodikat Eesti tervishoiukulude analüüsimiseks ja võrdlemiseks teiste riikidega. Selle saavutamiseks kohandati see meetodika vastavalt Eesti tervishoiusüsteemile.

RTA on välja töötatud *OECD* poolt. Kuigi Eesti ei ole *OECD* liikmesriik, on ta teiste rahvusvaheliste organisatsioonide nagu Euroopa Liidu ja *WHO* liige. Et võrrelda tervishoiukulusid ja ühtlustada erinevates riikides kasutusel olevaid meetodikaid, võtsid ka nende organisatsioonide liikmesriigid kasutusele RTA meetodika. Eestis hakati tervishoiukulusid arvutama RTA meetodika järgi alates 1999. aastast. Kuid kuni 2003. aastani ei olnud veel paljud meetodika punktid kindlaks määratud, ega seda meetodit lõpuni Eesti tervishoiusüsteemile kohandatud. Käesolevas magistritöös on esmakordselt Eestis kirjeldatud tervishoiukulude arvestuse ja selle meetodika tulemusi Eesti näitel.

RTA on oluline vahend tervishoiusüsteemi reformide analüüsimiseks ja poliitiliste otsuse langetamiseks. Selle abil saab teada, kui palju kulutab riik raha tervishoiule, millistele teenustele ja kelle kaudu. RTA esitab tulemused lihtsalt ja arusaadavalt.

RTA abil arvutatud tervishoiu kogukulud (THKK) kirjeldavad majanduslikke ressursse, mida avalik- ja erasektor kulutavad kodanikele ja residentidele pakutavatele tervishoiuteenustele, -toodetele ning ennetusele. RTA abil kirjeldatakse ka tervishoiuga seotud tegevusi nagu: töötervishoid, kaitseväge meditsiin, tervishoid vanglates ja tervishoiu administreerimine avalikus- ja erasektoris.

Sellel meetodikal on mõned puudused: ta ei sisalda tervishoiutöötajate õpetamisele, tervishoiualasele uurimis- ja arendustööle, keskkonnatervisele ja teistele teenustele

(mille põhitegevus ei ole tervise parandamine) tehtavaid kulutusi. Samuti neil, kes hakkavad kasutama analüüsi tervishoiuressursi planeerimiseks, tuleb kindlasti arvestada sellega, et analüüs keskendub ainult Eesti residentidele tehtud kulutustele. See tähendab, et aruandes avaldatud numbrites ei kajastu kõikide tervishoiuteenuse osutajate poolt välismaalastele tehtud kulutused. Veel üheks RTA miinuseks on, et ta ei kirjelda tervishoiusüsteemi efektiivsust. Kuigi kombinatsioonis teiste terviseindikaatoritega võib ta anda oluliselt objektiivsema pildi tervishoiusüsteemi toimimisest.

Selleks, et saada RTA jaoks kvaliteetseid andmed, peavad olema head andmeallikad. Nende leidmine ja kindlaksmääramine on üks osa RTA-st, kuna sellest sõltub olulisel määral tulemuste usaldusväärsus ja kvaliteet. Eesti suurimaks ja tähtsamaks andmeallikaks on Eesti Haigekassa andmebaas. Haigekassa andmebaasi ülesehitus võimaldab klassifitseerida tervishoiuteenuseid ja osutajaid RTA-s kasutatud klassifikatsiooni järgi. Teised andmeallikad Eestis on nii administratiivsed institutsioonid kui ka tervishoiuteenuste osutajad ja patsiendid ise.

RTA jagab tervishoiuteenuse selle osutajateks ning rahastajateks. Oluliseks tervishoiuteenuste rahastajaks on tavaliselt avalik sektor. Eesti tervishoiusüsteemis võib rahastamise aspektist jaotada avaliku sektori omakorda kolmeks osaks: valitsus, kohalikud omavalitsused ja Eesti Haigekassa. Erasektori olulisim tervishoiusüsteemi rahastamise allikas on inimeste omaosalus, mis moodustab THKK-st ligikaudu 20%. See on vajalik informatsioon tervishoiupoliitika tegijatele, kes soovivad teada saada, mille peale avalik sektor ja erasektor tervishoiu raha kulutavad. Näiteks saavad otsusetegijad niimoodi jälgida, kuidas on täidetud solidaarsuse printsiip ja et inimesed ei satuks vaesusesse tervishoiuteenuste eest tasumise tõttu.

Käesoleva töö analüüs annab ülevaate peamiselt 2004. aastal tehtud tervishoiukuludest. Mõnel korral on töös võrdluseks toodud ka 2003. aasta andmed ning varasemate aastate trendid. Varasemate aastate andmed on arvutatud ümber RTA meetodika järgi ja seetõttu on võrreldavad kahe viimaste aastaga.

Käesoleva töö olulisemad tulemused on järgmised: tervishoiu kogukulud SKP-st moodustasid 2004. aastal 5,5% ja 2003. aastal 5,3%. Aastal 2004 olid Eesti tervishoiukulud 7 783 miljonit krooni, mis on 970 miljoni krooni ehk 14,2% võrra rohkem kui eelmisel aastal (6 812 mln krooni). Võrreldes 1999. aastaga kasvasid tervishoiu kogukulud 2004. aastaks 57%. Tervishoiu kogukulude reaalkasv moodustas 2004. aastal võrreldes 2003. aastaga 2,0%.

Avaliku sektori kulud kasvasid võrreldes eelmise aastaga 12% ja moodustasid 5 833 miljonit krooni. Suurimat osa avaliku sektori kulutustest (87%) finantseeriti Eesti Haigekassa vahenditest. Viimase viie aasta jooksul on avaliku sektori osatähtsus terviseiga seotud kulutuste finantseerimisel veidi vähenenud (1999 – 76,8%, 2004 – 75,5%) ning kasvanud on erasektori osatähtsus vastavalt 1999 – 19,6%, 2004 – 24%.

Tervisekulutused ühe Eesti elaniku kohta olid 2004. aastal keskmiselt 5 776 krooni, mis on 734 krooni võrra suuremad kui eelmisel aastal. Keskmine inimene kulutas ise keskmiselt 2004. aasta jooksul 1 230 krooni. Enamus isiklikust rahast läks ravimite ostmiseks.

RTA abil arvatatud andmeid saab võrrelda teiste riikide andmetega, kuna see on maailmas laialt kasutatav meetodika. Väga palju sõltub riigi tervishoiusüsteemi ülesehitusest. Näiteks Saksamaal, kus tervishoiu rahastatakse enamuses sotsiaalkindlustusfondist, 2002. aastal THKK osakaal oli SKP-st 10,9% (üks kõrgematest Euroopa riikidest) ja tervishoiukulutused *per capita* moodustasid 2 817 rahvusvahelist dollarit. Taanis, kus suurem osa tervishoiuteenuseid finantseeritakse üldistest maksudest, on THKK osakaal SKP-st 8,8% ja ühe inimeste peale kulutati sarnaselt Saksamaaga – 2 583 rahvusvahelist dollarit. Eestis kulutati samal aastal ühe inimese peale keskmiselt 604 dollarit ja THKK suhe SKP-st oli sama nagu Lätis – 5,1%, kus tervishoiukulutused *per capita* moodustasid 549 dollarit.

Rahvusvahelise võrdluse juures tuleb arvesse võtta, et siamaani saab iga riik RTA metoodikast aru omamoodi ja THKK tõlgendus võib olla väga erinev. Tihti on ka kasutatavad andmed puudulikud ja alahinnatud.

Käesoleval töö on ka kõrvaltulemused, mida otseselt pole püstitatud magistr töö eesmärgiks, kuid millel on suur mõju RTA tulevikule Eestis. Tänu RTA juurutamisele ja läbirääkimistele Statistikaametiga, hakati arvutama tervishoiuinflatsiooni alates aastast 2003. See on vajalik näitaja, mida kasutakse mitte ainult tervishoiukulude analüüsimisel vaid ka teiste analüüside puhul. Magistr töö esitatud metoodika kirjelduse ja analüüsi teiseks oluliseks kõrvalsaavutuseks on see, et Statistikaamet tegi valitsusele ettepaneku, et alates 2007. aastast saaks RTA riikliku statistika osaks.

Magistr töö teemat saab edasi arendada mitmeti. Esimeseks võimaluseks on RTA ühildamine rahvamajanduse arvestuse metoodikaga. Selleks tuleb koostada ühised standardid ja kohandada klassifikaatorid. Kõik metoodilised erinevused peavad olema kirjeldatud. On oluline mitte tekitada segadust andmete kasutajate vahel. Teiseks tuleb uurida, kui palju erasektori andmed on alahinnatud ja mis metoodikat saab kasutada selle hindamiseks. Seega tuleb otsida uusi võimalusi ja andmeallikaid andmekvaliteedi tõstmiseks. Järgmisena analüüsida tervishoiukulusid erinevates patsiendirühmades, nt vanuse, soo ja haigusrühmade lõikes. See võimaldab teada saada, millisele rahvastikurühmale kulutab riik rohkem või vähem raha. Praegusel hetkel puuduvad selleks veel vajalikud andmed, kuid üks võimalik lahendus oleks näiteks Haigekassa andmete kasutamine. Edasiarendamise võimaluseks on rohkem analüüsida tervishoiusektori töötajaid – kui palju on Eestis arste ja õdesid, kui palju nad päevas ja nädalas töötavad ning kui palju nad teenivad. Tulevikus tuleb pöörata rohkem tähelepanu põhjus-tagajärg seoste, et paremini mõista, mida toovad kaasa muutused tervishoiu rahastamises tervishoiusüsteemis tervikuna.

KASUTATUD KIRJANDUS

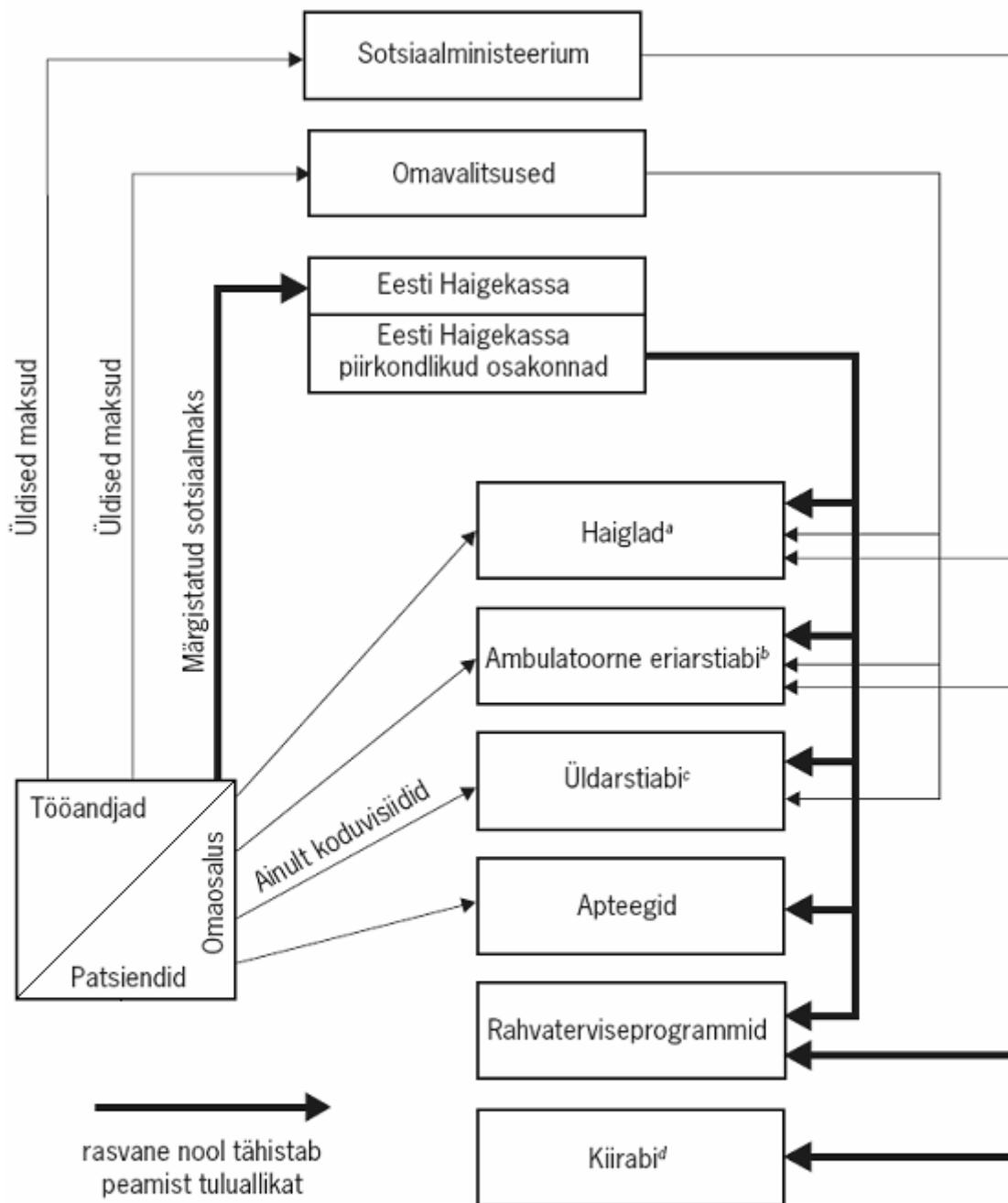
1. Abel-Smith, B. Paying for health services: a study of the costs and sources of finance in six countries. Geneva, 1963. World Health Organization. Public Health Papers, no. 17, 88pp. // [www] http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_17.pdf (05.03.06).
2. A System of Health Accounts. Version 1.0. OECD, 2000. 205pp.
3. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2004. Health expenditure Australia 2002-2003. AIHW Cat.No.HWE 27 (Health and Welfare Expenditure Series No.20.) Canberra: AIHW. 128pp.
4. Berman, P. What Can the U.S. Learn from National Health Accounting Elsewhere? Health Care Financing Review, volume 21, number 2. Baltimore, 1999 // [www] http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0795/is_2_21/ai_69434528 (15.11.05).
5. Bhawalkar M., De S., Maier M., Martinez R., Nandakumar A.K., Tien M. Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process. 2003. 183pp.
6. Bureau of Market Research. 2002. The South African provinces: population and economic welfare levels, 2000. UNISA. // [www] <http://www.unisa.ac.za/dept/bmr/> (11.03.06).
7. Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H. Modeling in Health Care Finance. International Labour Organisation. Geneva, 1999. 376pp.
8. Controlling health care expenditures: some recent experiences with reform. Note for attention of the Economic Policy Committee. European Commission. Brussels, 2004.// [www] www.oecd.org/dataoecd/32/20/1862400.pdf (14.05.05).

9. Culyer, A.J., Newhouse, J.P. Handbook of health economics. Volume 1. Elsevier, 2000. 798pp.
10. Eesti Haigekassa Majandusaasta aruanne 2004. // [www]
http://veeb.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2004/majandusaasta2004.pdf (06.01.06).
11. Eesti Panga sõnastik. // [www]
<http://www.eestipank.info/search/et?query=skp+deflaator> (05.04.06).
12. Eesti Statistikaameti andmebaas. // [www]
<http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog/statfilere.asp> (05.04.06).
13. Eesti Statistikaamet. Eesti statistika aastaraamat, 2004 [CD-ROM].
14. Eesti Tervishoiu Kogukulude arvestus ja analüüs 2004. Sotsiaalministeerium, 2004. 47lk.
15. Euroopa Ühenduse majandustegevusalade statistiline klassifikaator. NACE Rev.1.
16. European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe, 2005. // [www] <http://data.euro.who.int/hfad> (06.04.06).
17. Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries. WHO, 2003. 308pp.
18. Habicht, J., Xu, K., Couffinhal, A., Kutzin, J. Out-of-pocket payments in Estonia: an object for concern? WHO, 2005. 11pp.
19. Habicht, T. Ülevaade tervishoiusüsteemis. Terviseökonomika valikkursuse loengud. Tartu Ülikool, 2005. 61lk.
20. Haldma, T., Karu, S. Kuluarvestuse süsteemi loomine ettevõttes. Rafiko&AT Audiko, Tartu 1999. 192lk.
21. Health care System in Transition. European Observatory on Health Care System. Estonia, 2000. 149pp.
22. Huber, M. Health Expenditure Trends in OECD countries, 1970-1997. Health Care Financing Review, 1999. Volume 21. Number 2. // [www]
http://www.who.int/nha/docs/en/Health_expenditure_trends_in_OECD_Countries_1970-1997.pdf (05.04.06).
23. Jesse, M., Habicht J., Aaviksoo, A., Koppel, A., Irs, A., Thomson, S. Tervisesüsteemid muutustes, 2004. Eesti, 2005. 172lk.

24. Kerem, K., Püss, T., Viies, M. Convergence of health care expenditure in CSE Countries to EL-15 average level. 12lk.
25. Kohalike omavalitsuste 2004. aasta eelarve tulude ja kulude ülevaade. // [www] <http://www.fin.ee/index.php?id=12510> (03.10.05).
26. Lepnurm, R., Jacobs, P., Kerem, K., Randveer, M. Tervishoiuökonoomika alused, 95lk.
27. Lepnurm, R., Mitt, K., Põlluste, K. Tervishoiusüsteemi strateegiline juhtimine. Tartu Ülikool, 1997. 203 lk.
28. McIntyre, D. Health Expenditure and Finance in South Africa: Basic Data and Cross-National Comparisons 1990-1996. World Bank, 1999. 55pp.
29. Mosseveld, C.J.P.M. International Comparison of Health Care Expenditure. Vooburg, 2003. 319pp.
30. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras J., Kutzin, J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care System. Philadelphia, 2003. 309pp.
31. OECD HEALTH DATA 2004, 1st edition [CD-ROM].
32. Parring, A-M., Vähi, M., Käärrik, E. Statistilise andmetöötluse algõpetus. Tartu. Ülikooli kirjastus, 1997. 405lk.
33. Preamble to the Constitution of the World Health Organization, New York, 19-22 June, 7 April 1948.
34. Rahvatervise seadus. Riigi Teataja I 1995, 57, 978.
35. Randveer, M. Kesk- ja Ida-Euroopa riikide ning Euroopa Liidu tulutaseme konvergenst. Eesti Pank. // [www] www-1.mtk.ut.ee/varska/2001/Makromaj_sotspol/RandveerMartti.pdf (07.04.06).
36. Riigikassa. // [www] <http://rko.fin.ee/LoginCustomerPublicReply> (25.09. 05).
37. Riikliku Statistika Seadus. Riigi Teataja I 2004, 30, 204.
38. Salehi, H., Azzam, O. A short guide to producing national health accounts. WHO. Cairo, 2005. 57pp.
39. Saltman, R., Busse, R., Figueras, J. Social health insurance systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, 2004. 310pp.
40. Savedoff, W. How much should countries spend on health? WHO. Geneva, 2003. 11pp.

41. Sotsiaalministeeriumi andmebaas. Tervishoiu kogukulude aruanne. 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004. // [www] <http://www.sm.ee/est/pages/index.html> (12.01.06).
42. Sotsiaaltrendid. Sotsiaalministeerium. Tallinn, 2004. 187lk.
43. Statistikasõnastik. // [www] <http://www.stat.ee/files/koolinurk/abiks/sonastik/#1> (24.03.06).
44. Tervishoiuarvestuse rahvusvahelise klassifikatsiooni selgitused // [www] <http://www.sm.ee/est/pages/index.html> (12.01.06).
45. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, Riigi Teataja I 2001, 50, 284.
46. Tervis 21: WHO Euroopa piirkonna „Tervis kõigile“ raampoliitika. WHO, 160lk.
47. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, 2000. 206pp.
48. The Joint Monitoring Programme // [www] http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp2004/en/ (14.12.05).
49. Ulst, E. Avaliku sektori ökonomika. Tartu Ülikool, 2003. 206lk.
50. Vörk, A., Jesse, M., Roostalu, I., Jüristo, T. Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs. Praxis. Tallinn, 2005. 32lk.
51. WHO andmebaas. // [www] <http://www.who.int/nha/country/whrannex/en/> (05.04.06).
52. World Bank, 2004. The ICP 2004 Handbook. The World Bank Group, Washington, D.C. // [www] <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/ICPEXT/0,,pagePK:62002243~theSitePK:270065,00.html> (25.03.06).

Rahaliste vahendite liikumine Eesti tervishoiusüsteemis, 2004



Märkused: ^a teenustasud + päevatasud + teatavad juhupõhised tasud; 2004. aasta aprillist alates hüvitatakse iga juhu maksumusest 10% diagnoosipõhiste piirhindade (DRGde) alusel; lepingud on piiratud mahuga; ^b teenusepõhine; piiratud mahuga lepingud; ^c kaalutud patsiendipõhised + teenusepõhised + kindlaksmääratud lisatasud; ^d kindlaksmääratud tasu teenuseosutaja kohta.

Allikas: /23/.

Küsimustiku näide

Tervishoiu kogukulude arvestusvorm 2004. aastal				Täidetakse tuhandetes kroonides										Märkused	
Tervishoiu teenused	Teenuste koodid	Tervishoiukulud kokku	sh. välismaale tehtud kulud	HF.1	HF.1.1	HF.1.1.1	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5		HF.3
				Avalik sektor	Avalik sektor, v.a Haigekassa	Keskvalitsus	Kohalik omavalitsus	Eesti Haigekassa	ERASEKTOR	Erakindlustus (va ravikindlustus)	Leibkonnad	MTÜd (va kindlustusettevõtted)	Eraettevõtted (va ravikindlustus)	VÄLISMAAILM	
RAVITEENUSED	HC.1	0		0	0				0						
Hospitaliseeritud patsientide ravi	HC.1.1	0		0	0				0						
Päevapatsientide ravi	HC.1.2	0		0	0				0						
Ambulatoorne ravi	HC.1.3	0		0	0				0						
<i>Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused</i>	<i>HC.1.3.1</i>	<i>0</i>		<i>0</i>	<i>0</i>				<i>0</i>						
<i>Ambulatoorsete patsientide hambaravi</i>	<i>HC.1.3.2</i>	<i>0</i>		<i>0</i>	<i>0</i>				<i>0</i>						
<i>Muud erialased tervishoiuteenused</i>	<i>HC.1.3.3</i>	<i>0</i>		<i>0</i>	<i>0</i>				<i>0</i>						
<i>Muu ambulatoorsete patsientide ravi</i>	<i>HC.1.3.9</i>	<i>0</i>		<i>0</i>	<i>0</i>				<i>0</i>						
Kodune ravi	HC.1.4	0		0	0				0						
TAASTUSRABI	HC.2	0		0	0				0						
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi	HC.2.1	0		0	0				0						
Päevapatsientide taastusravi	HC.2.2	0		0	0				0						
Ambulatoorsete patsientide taastusravi	HC.2.3	0		0	0				0						
Kodune taastusravi	HC.2.4	0		0	0				0						
HOOLDUSRABI	HC.3	0		0	0				0						
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi	HC.3.1	0		0	0				0						
Päevapatsientide pikaajaline hooldusravi	HC.3.2	0		0	0				0						
Pikaajaline koduhooldusravi	HC.3.3	0		0	0				0						
TERVISHOIU TUGITEENUSED	HC.4	0		0	0				0						
Kliinilised laboratoorsed uuringud	HC.4.1	0		0	0				0						
Radioloogilised uuringud	HC.4.2	0		0	0				0						
Patsiendi transport ja päästetegevus	HC.4.3	0		0	0				0						
Kõik muud tugiteenused	HC.4.9	0		0	0				0						

MEDITSIINITOOTED	HC.5	0	0	0			0						
Ravimid ja muud meditsiinilised mittekestvuskaubad	HC.5.1	0	0	0			0						
<i>Retseptiravimid</i>	<i>HC.5.1.1</i>	0	0	0			0						
<i>Käsimüügiravimid</i>	<i>HC.5.1.2</i>	0	0	0			0						
<i>Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad</i>	<i>HC.5.1.3</i>	0	0	0			0						
<i>Prillid ja muud nägemistarbed</i>	<i>HC.5.2.1</i>	0	0	0			0						
<i>Ortopeedilised ja muud abivahendid</i>	<i>HC.5.2.2</i>	0	0	0			0						
<i>Kuulmisaparaadid</i>	<i>HC.5.2.3</i>	0	0	0			0						
<i>Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sh ratastoolid</i>	<i>HC.5.2.4</i>	0	0	0			0						
<i>Muud meditsiinilised kestvuskaubad</i>	<i>HC.5.2.9</i>	0	0	0			0						
PREVENTSIOON JA ELANIKKONNA TERVISHOID	HC.6	0	0	0			0						
Ema ja lapse tervishoid; pereplaneerimine ja nõustamine	HC.6.1	0	0	0			0						
Koolitervishoid	HC.6.2	0	0	0			0						
Nakkushaiguste tõkestamine	HC.6.3	0	0	0			0						
Mittenakkushaiguste tõkestamine	HC.6.4	0	0	0			0						
Töotervishoid	HC.6.5	0	0	0			0						
Kõik muud tervishoiuteenused	HC.6.9	0	0	0			0						
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	HC.7	0	0	0			0						
Tervishoiusüsteemi haldamine üldvalitsuse tasandil	HC.7.1	0	0	0			0						
Erakindlustus	HC.7.2	0	0	0			0						
TERVISHOIUGA SEOTUD FUNKTSIOONID	HC.R	0	0	0			0						
Kapitalikulud	HC.R.1	0	0	0			0						
Tervishoiupersonali õpetamine ja koolitus	HC.R.2	0	0	0			0						
Tervishoiualane uurimis- ja arendustöö	HC.R.3	0	0	0			0						
Toidu, hügieeni, joogivee kontroll	HC.R.4	0	0	0			0						
Keskkonnatervis	HC.R.5	0	0	0			0						
Mitterahalised hüvitised, mis on mõeldud haiguse või puudega toimetulekuks	HC.R.6	0	0	0			0						
Tervishoiuga seotud rahaliste hüvitiste süsteemi administreerimine ja hüvitiste maksmine	HC.R.7	0	0	0			0						
KÕIK KOKKU		0	0	0			0						

Finantseerimisallikad tervishoiuteenuste järgi, 2004 (tuh krooni)

FINANTSEERIJAD / TERVISHOIUTEENUSED	KOKKU	AVALIK SEKTOR	Valitsus	sh Sotsiaalministeeri um	Kohalik omavalitsus	Haigekassa	ERASEKTOR	Erakindlustus	Leibkonnad	MTÜ	Eraettevõtted	VÄLIS- MAAILM
RAVITEENUSED	4 033 049	3 552 612	97 631	92 186	43 738	3 411 243	480 437	5 108	475 328		1	
sh Hospitaliseeritud patsientide ravi	2 193 579	2 158 346	91 899	91 826	9 661	2 056 786	35 233	4 737	30 496			
sh Päevapatsientide ravi	117 605	117 605				117 605						
sh Ambulatoorne ravi	1 698 953	1 253 749	5 732	360	34 077	1 213 940	445 204	371	444 831		1	
sh Ambulatoorse tegevuse hambaravi	626 616	241 440	732			240 708	385 176	40	385 136			
sh Kodune ravi	22 912	22 912				22 912						
TAASTUSRAVI	194 712	60 910	3 495			57 415	133 802	15	133 761		26	
HOOLDUSRAVI	182 656	160 368	57 060	57 060	8 131	95 177	22 288	2	22 286			
TERVISHOIU TUGITEENUSED	698 265	681 438	172 942	172 732	1 097	507 399	16 826	111	16 715			
sh Kiirabi	178 000	177 998	172 797	172 732	1 097	4 104	2	2				
MEDITSIINITOOTED	2 177 128	989 587	94 300	77 069	5 472	889 815	1 187 541	2	1 010 805		176 734	
sh Ravimid	1 975 618	910 031	26 626	14 505	1 532	881 874	1 065 586		888 866		176 720	
sh Retseptiravimid	1 526 844	868 233	1 553			866 680	658 611		658 611			
sh Käsiniigiravimid	411 215	12 094	11 181	6 866	913		399 121		222 401		176 720	
sh Muud meditsiinilised kestva kaubad	201 510	79 555	67 674	62 564	3 940	7 941	121 955	2	121 939		14	
PREVENTSIOON JA ELANIKKONNA TERVISHOID	173 193	117 015	42 910	39 121	145	73 960	26 808		55	3 428	23 325	29 370
sh Nakkushaiguste tõkestamine	61 767	32 003	31 432	31 349	144	427	394		55	335	4	29 370
sh Mittenakkushaiguste tõkestamine	47 999	45 604	7 645	7 617		37 959	2 395			2 395		
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	276 585	271 327	158 070	152 560	33 145	80 112						5 258
TERVISHOIU JOOKSEVKULUD	7 735 586	5 833 257	626 407	590 727	91 728	5 115 121	1 867 702	5 238	1 658 950	3 428	200 086	34 628
KAPITALIKULUD	47 062	46 388	33 614	33 154	12 774							674
TERVISHOIU KOGUKULUD	7 782 648	5 879 645	660 021	623 882	104 502	5 115 121	1 867 702	5 238	1 658 950	3 428	200 086	35 302

Allikas: /autori arvutused/.

Finantseerimisallikad tervishoiuteenuste järgi, 2003 (tuh krooni)

FINANTSEERIJAD / TERVISHOIUTEENUSED	KOKKU	AVALIK SEKTOR	Valitsus	sh Sotsiaalministeeriu m	Kohalik omavalitsus	Haigekassa	ERASEKTOR	Erakindlustus	Leibkonnad	MTÜ	Eraettevõtted	VÄLIS- MAAILM
RAVITEENUSED	3 611 243	3 164 285	76 414	69 682	41 955	3 045 916	446 958	0	446 958	0	0	0
sh Hospitaliseeritud patsientide ravi	1 822 810	1 812 753	71 056	69 322	24 091	1 717 606	10 056	0	10 056	0	0	0
sh Päevapatsientide ravi	68 986	68 986	0	0	0	68 986	0	0	0	0	0	0
sh Ambulatoorne ravi	1 697 817	1 260 916	5 358	360	17 864	1 237 694	436 901	0	436 901	0	0	0
sh Ambulatoorse te patsientide hambaravi	588 092	233 969	781	0	0	233 189	354 123	0	354 123	0	0	0
sh Kodune ravi	21 631	21 631	0	0	0	21 631	0	0	0	0	0	0
TAASTUSRAVI	131 542	55 521	9 069	4 000	0	46 452	76 021	0	76 021	0	0	0
HOOLDUSRAVI	147 195	134 205	51 818	51 818	7 368	75 019	12 989	0	12 989	0	0	0
TERVISHOIU TUGITEENUSED	623 376	610 046	170 706	168 759	472	438 868	13 330	0	11 407	0	1 923	0
sh Kiirabi	170 779	170 779	169 006	167 732	472	1 301	0	0	0	0	0	0
MEDITSIINTOOTED	1 812 709	817 916	107 778	84 637	6 055	704 083	994 793	0	832 310	0	162 483	0
sh Ravimid	1 636 415	739 185	35 673	18 425	6 055	697 457	897 230	0	734 770	0	162 460	0
sh Retseptiravimid	1 213 894	685 606	369	0	0	685 237	528 288	0	528 288	0	0	0
sh Käsimeetiravimid	390 007	30 486	24 431	13 611	6 055	0	359 521	0	197 060	0	162 460	0
sh Muud meditsiinilised kestvuskauad	176 294	78 731	72 105	66 212	0	6 626	97 563	0	97 540	0	23	0
PREVENTSIOON JA ELANIKKONNA TERVISHOID	168 185	145 746	86 399	55 298	0	59 347	18 687	0	0	119	18 568	3 752
sh Nakkushaiguste tokestamine	52 147	47 650	40 782	40 714	0	6 868	745	0	0	5	740	3 752
sh Mittenakkushaiguste tokestamine	32 828	32 714	8 112	8 013	0	24 602	114	0	0	114	0	0
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	264 909	264 909	154 485	123 171	23 799	86 625	0	0	0	0	0	0
TERVISHOIU JOOKSEVKULUD	6 759 159	5 192 628	656 668	557 364	79 650	4 456 310	1 562 779	0	1 379 685	119	182 974	3 752
KAPITALIKULUD	53 007	52 678	25 790	25 602	26 888	0	0	0	0	0	0	329
TERVISHOIU KOGUKULUD	6 812 166	5 245 306	682 458	582 966	106 538	4 456 310	1 562 779	0	1 379 685	119	182 974	4 082

Allikas: /autori arvutused/.

Finantseerimisallikad tervishoiuteenuste osutajate järgi, 2004 (tuh krooni)

	KOKKU	AVALIK SEKTOR	Valitsus	Kohalik omavalitsus	Haigekassa	ERASEKTOR	Erakindlustus	Leibkonnad	MTÜ	Eraettevõtted	VÄLISMAAILM
HAIGLAD	3 449 271	3 280 236	95 394	9 661	3 175 181	169 035	4 752	164 257		26	
HOOLDUS- JA PÕETUSRAVI ASUTUSED	94 679	72 391	57 060	8 131	7 200	22 288	2	22 286			
AMBULATOORSE RAVI PAKKIJAD	1 590 426	1 104 715	182 240	35 176	887 299	485 711	482	461 548	359	23 322	
sh Hambaarstikeskused	599 888	214 712	732		213 980	385 176	40	385 136			
MEDITSIINITOODETE PAKKIJAD	2 177 126	989 586	94 300	5 471	889 815	1 187 540	2	1 010 804		176 734	
sh Apteegid	1 962 758	880 327	12 733	913	866 680	1 082 431		905 711		176 720	
sh Optika poed	81 494	3 060	2 819	242		78 434	2	78 418		14	
sh Muud ravimite ja med. kaupade pakkujad	132 874	106 199	78 748	4 316	23 135	26 675		26 675			
RAHVATERVISE PROGRAMMIDE KORRALDJAD	145 402	113 243	39 139	144	73 960	2 789		55	2 730	4	29 370
ÜLDINE TERVISHOIU ADMINISTRATSIOON	276 585	271 327	158 070	33 145	80 112						5 258
MUUD TEGEVUSHARUD (sh Koolid)	543	204	204			339			339		
VÄLISMAAILM	1 554	1 554			1 554						
TERVISHOIU JOOKSEVKULUD	7 735 586	5 833 257	626 407	91 728	5 115 121	1 867 702	5 238	1 658 950	3 428	200 086	34 628

Allikas: /autori arvutused/.

Finantseerimisallikad tervishoiuteenuste osutajate järgi, 2003 (tuh krooni)

	KOKKU	AVALIK SEKTOR	Valitsus	Kohalik omavalitsus	Haigekassa	ERASEKTOR	Erakindlustus	Leibkonnad	MTÜ	Eraettevõtted	VÄLISMAAILM
HAIGLAD	2 973 033	2 886 955	79 805	24 091	2 783 059	86 077	0	86 077	0	0	0
HOOLDUS- JA PÕETUSRAVI ASUTUSED	78 127	65 138	51 818	7 368	5 952	12 989	0	12 989	0	0	0
AMBULATOORSE RAVI PAKKIJAD	1 509 655	1 041 595	207 313	18 336	815 946	468 059	0	448 308	0	19 751	0
sh Hambaarstikeskused	562 045	207 922	781	0	207 142	354 123	0	354 123	0	0	0
MEDITSIINITOODETE PAKKIJAD	1 812 709	817 916	107 778	6 055	704 083	994 793	0	832 310	0	162 483	0
sh Apteegid	1 635 311	716 092	24 801	6 055	685 237	919 219		756 754		162 464	
sh Optika poed	67 908	2 332	2 332			65 576		65 556		19	
sh Muud ravimite ja med. kaupade pakkujad	109 491	99 491	80 645	0	18 847	9 999	0	9 999	0	0	0
RAHVATERVISE PROGRAMMIDE KORRALDAJAD	119 231	114 620	55273		59347	859			119	740	3 752
ÜLDINE TERVISHOIU ADMINISTRATSIOON	264 909	264 909	154485	23799	86625	0	0	0	0	0	0
MUUD TEGEVUSHARUD (sh Koolid)	195	195	195	0	0	0	0	0	0	0	0
VÄLISMAAILM	1 298	1 298			1 298	0					
TERVISHOIU JOOKSEVKULUD	6 759 157	5 192 627	656 667	79 649	4 456 310	1 562 778	0	1 379 685	119	182 974	3 752

Allikas: /autori arvutused/.

Tervishoiuteenused ühe inimese kohta, 2003-2004

Tervishoiuteenused	2003		2004		Muutus
	krooni	%	krooni	%	krooni
RAVITEENUSED	2 673	53	2 993	52	320
Hospitaliseeritud patsientide ravi	1 349	27	1 628	28	279
Päevapatsientide ravi	51	1	87	2	36
Ambulatoorne ravi	1 257	25	1 261	22	4
<i>Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused</i>	582	12	678	12	96
<i>Ambulatoorsete patsientide hambaravi</i>	435	9	465	8	30
<i>Muud erialased tervishoiuteenused</i>	204	4	118	2	-86
<i>Muu ambulatoorsete patsientide ravi</i>	35	1	0,04	0	-35
Kodune ravi	16	0	17	0	1
TAASTUSRAVI	97	2	144	3	47
HOOLDUSRAVI	109	2	136	2	27
TERVISHOIU TUGITEENUSED	461	9	518	9	57
MEDITSIINITOOTED	1 342	27	1 616	28	274
PREVENTSIOON JA ELANIKKONNA TERVISHOID	124	2	129	2	5
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	196	4	205	4	9
KAPITALIKULU	39	1	35	1	-4
KOKKU	5 042	100	5 776	100	734

Allikas: /13, autori arvutused/.

THKK osakaal SKP-st ning THKK ühe inimese kohta, 1998-2002

Riigid	1998		2000		2002	
	THKK SKPst	THKK per capita	THKK SKPst	THKK per capita	THKK SKPst	THKK per capita
		rahvusvaheline \$		rahvusvaheline \$		rahvusvaheline \$
Austria	7,7	1 953	7,7	2 147	7,7	2 220
Belgia	8,6	2 041	8,8	2 288	9,1	2 515
Horvaatia	7,9	575	9,0	689	7,3	630
Küpros	6,1	715	6,3	712	7,0	883
Tsehi	6,6	916	6,6	977	7,0	1 118
Taani	8,4	2 141	8,4	2 353	8,8	2 583
Eesti	5,6	494	5,5	548	5,1	604
Soome	6,9	1 607	6,7	1 698	7,3	1 943
Prantsusmaa	9,3	2 231	9,3	2 416	9,7	2 736
Saksamaa	10,6	2 470	10,6	2 640	10,9	2 817
Kreeka	9,4	1 428	9,7	1 617	9,5	1 814
Ungari	7,3	775	7,1	847	7,8	1 078
Island	8,6	2 252	9,2	2 561	9,9	2 802
Iirimaa	6,2	1 487	6,4	1 775	7,3	2 367
Itaalia	7,7	1 800	8,1	2 001	8,5	2 166
Läti	5,8	381	5,6	423	5,1	477
Leedu	6,2	451	6,5	507	5,9	549
Luksemburg	5,9	2 326	5,5	2 680	6,2	3 066
Malta	8,4	760	8,8	804	9,6	962
Holland	7,9	1 955	7,9	2 112	8,8	2 564
Poola	6,0	563	5,7	584	6,1	657
Hispaania	7,5	1 371	7,5	1 493	7,6	1 640
Rootsi	8,3	1 960	8,4	2 241	9,2	2 512
Suurbritannia	6,9	1 607	7,3	1 839	7,7	2 160
EL keskmine	8,2	1 741	8,3	1 910	8,7	2 129
EL keskmine enne Mai 2004	8,6	1 937	8,7	2 127	8,0	2 361
EL keskmine pärast Mai 2004	6,2	645	6,0	688	6,4	800

Allikas: /41, 52/.

Regressiooni parameetrid

Model Summary

Grupp	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of the Estimate
I grupp	1	0,831	0,69	0,664	2284,222
II grupp	1	0,225	0,51	-0,44	3386,014

ANOVA

Grupp	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
I grupp	1	Regression	1,52E+08	1	151856247,0	26,714	0,000
		Ressidual	68214171	12	5684514,28		
		Total	2,20E+08	13			
II grupp	1	Regression	6099373	1	6099372,77	0,532	0,483
		Ressidual	1,15E+08	10	11465089,4		
		Total	1,21E+08	11			

Allikas: /52, autori arvutused/.

ESTONIAN HEALTH ACCOUNTS

Natalja Jedomskihh-Eigo

Summary

Health systems worldwide are expanding their capacity to improve the well-being of the people they serve. However, this incurs new appreciable costs. The thorough information about health system financing becomes a crucial element of the design of health care policy because of the costs. National Health Accounts (NHA) is an internationally accepted tool for summarizing, describing, and analyzing the financing of national health systems, essential for better use of health financing information to improve health system performance.

NHA is designed to assist policymakers in their efforts to understand their health systems and to improve system performance. NHA information is useful for the decision-making process because it provides valuable sources of information for policymakers, such as status reports on the current use of financial resources, the monitoring of health expenditure trends, and globally accepted indicators to allow for comparison of the country's health system performance relative to that of other countries. NHA methodology may also be used to make financial projections of the countries' health system needs. Likewise, NHA can highlight equity imbalances in distribution of health expenditures.

The aim of the master's thesis is to use NHA method for analysing health care expenditures in Estonia and to compare the research results with international ones.

The choice of the issue of the thesis was stipulated by the fact that any official methods to count health care expenditures have not been put into practice in Estonia. Therefore, no common data had been used before by the country as well as by different international organizations. In future data, compiled by this technique, may be used for future statistical, economical and econometrical models' design and analysis.

The current study is divided into four main parts. In the first part, the role of NHA in the health care system is denoted. The first chapter is split into four sections. At the beginning definitions of health accounts are brought out. Next, Estonian health care system is considered for understanding of finance and health care providing relations. Last, NHA's needs, possibilities of using and historical development are described.

The second part of the thesis focuses on describing NHA's method and data sources. Moreover, in this part problems with NHA are drawn out.

The results of the study are presented in the third part. Here, Estonian health expenditures are analysed since the year 2004. Some data on 2003 are also brought out. And data for earlier periods are taken into account for management time series. The chapter is divided into three parts: health care finance funds, health care providers and health care services.

Finally, the international comparison is presented in the fourth chapter. Estonian data is evaluated with European Union members. Several indicators are used for health expenditures' comparison. NHA measures health spending as a percentage of the GDP, health expenditures per capita and public and private sectors' expenditures on health. For comparison, the year 2002 is used, as later data for European countries are not available yet.

National health expenditure encompasses all expenditures on activities which primary purpose is to restore, improve, and maintain health for the nation and for individuals during the defined period of time. This definition applies regardless of the type of the institution/entity which provides or pays for the health activity. In measuring national

health expenditures, NHA does not mention the geographical borders of the country but rather looks at the health transactions of that country's citizens and residents. Therefore, it includes expenditure on health care by citizens and residents who are temporarily abroad and excludes spending on health care of foreign nationals within the country. The spending of international organizations on health and health-related goods and services for the residents of the recipient country are also considered national health expenditure.

NHA encompasses total health spending in the country including public, private, and donor expenditures. In addition to determination of how much each of these financing sources spends on health, NHA carefully tracks the flow of funds from one health care actor to another, such as the distribution of funds from the Ministry of Health to each government health provider and health service.

The presentation of NHA in a standard set of tables organizes health expenditure information, based on the international classification scheme. This format is easily understood and interpreted by policymakers, including those without a background in economics. Each two-dimensional table shows the flow of funds from one category of health care entity to another, that is, how much it is spent by each health care dimension and where those funds are transferred to. Each health care dimension in the tables is categorized according to the International Classification for Health Accounts (ICHA).

ICHA observance gives different countries a common language for describing how the health is financed and what is purchased. This consistency is essential for countries to conduct international comparisons of their health systems' performance. The heart of the NHA approach is to group health dimensions into categories with common characteristics. The three principal ICHA categories are: sources of financing, denoted by the code HF, pay for health services, products and activities. This is an important category because the responsibilities of the sources of financing make them influence or actual control over how the funds are used. This category sheds light on the question "Who manages and organizes the funds?" The examples include Ministry of Health.

Health providers, denoted by the code HP, are the end users or final recipients of health care funds. This group of health care dimensions answers the question, “Who did the money go to?” The providers are entities which deliver health services. The examples include private and public hospitals, clinics, and health care stations.

Health care services, denoted by the code HC, refer to the services or activities that providers deliver with their funds. Information at this level answers the question, “What type of service, product, or activity has been actually produced?” The examples include curative care, long-term nursing care, medical goods (e.g. pharmaceuticals), preventive services, and health care administration. These principal categories are then subdivided and coded numerically.

Some outcome of the analysis is briefly presented. Health expenditure as a proportion of GDP was estimated at 5.5% in 2004, up from 5.3% in 2003. Nominal growth of health care expenditures was 14.2%. However, real growth in expenditure on health was 2% in 2004.

Governments’ expenditures on health increased 12% in 2003-2004 and made 5,833 million kroons. The biggest public finance source is Estonian Health Insurance Fund: 87% as a proportion of total governments’ expenditures on health.

Total health expenditures in Estonia were estimated 7,783 million kroons in 2004. It is equivalent to 5,776 kroons per person. Estonia makes 80% of average new Member States (EU-10) and Estonian expenditures on health per capita make a quarter of old countries. Latvia and Lithuania, which are at the same level of the development as Estonia is, spend relatively less per capita than our country.

Due to the implementation of the NHA in Estonia, Statistical Office of Estonia started to count out inflation for health care. This indicator is important not only for health care expenditures analysis, but the health analysis as well. One more achievement of the

thesis is that Statistical Office suggested that the government makes NHA the official statistics in 2007.

The master's topic may be developed differently. Firstly, NHA should consolidate with NA (National Accounts). For that, the common standards should be found and the classifications adopted. All methodological differences should be described and only one number of health care expenditures should be published in the future. It is very important not to confuse data users. Secondly, the analysis of health care expenditures should be continued by patient characteristics such as gender, age and diseases. Then, it will be possible to analyse on what kind of population group country spends more or less and what kind of age's group needs more money for health. It is also important to know how much a case history costs. And finally, the health labour account should be done. It is important to know how many doctors and nurses work in Estonia, how much they work a day or week and how much it is spent on their salaries. This analysis shall be one of health care efficiency measures.