

Sotsiaalministeerium
Terviseinfo ja analüüsi osakond

Eesti tervishoiukulud 2005

Tallinn
2007

Terviseinfo ja analüüsi osakonna missioon:

„Rahva tervis ja heolu parema statistika ja informatsiooni kaudu.”

Koostaja: Natalja Jedomskihh-Eigo

Tähelepanu! Nagu statistiliste aruannete puhul tavaline on ka käesolevas analüüsis ühe aasta jooksul võimalikud väiksed parandused. Palume aruande andmete kasutamisel viidata veebiversioonile www.sm.ee.

LÜHIKOKKUVÕTE

2005. aastal vähenes tervishoiu kogukulude osakaal SKP-st 0,2 protsendipunkti, moodustades 5,1%. Avaliku sektori kulud tervishoiule moodustasid SKP-st 3,9% (2004. aastal 4,0%).

Võrreldes eelmise aastaga kasvasid tervishoiu kogukulud rohkem kui 1,0 miljardit krooni ehk 12,9%, moodustades 2005. aastal jooksevhindades 8,8 miljard krooni. Samas vähenesid 2005. aastal reaalsed tervishoiukulud (korrigeeritud lisatervishoiu tarbijahinnaindeksiga) 2,5% ning võrreldes 2000. aasta hindadega isegi 7,7%.

Avaliku sektori kulutused tervishoiule kasvasid võrreldes eelmise aastaga 14,6% ja moodustasid 6,7 miljardit krooni. Suurimat osa avaliku sektori kulutustest (86,3%) finantseeriti Eesti Haigekassa vahenditest.

Avaliku sektori osatähtsus terviseiga seotud kulutuste finantseerimisel on võrreldes eelmise aastaga veidi suurenenud (2004 – 75,5%, 2005 – 76,7%). Kasv toimus valitsuse tervishoiukulutuste ja Haigekassa kulude osakaalu kasvu arvelt. Erasektori osatähtsus on vähenenud, 24%-lt 2004. aastal 23%-ni 2005. aastal.

2005. aastal olid tervisekulutused ühe Eesti elaniku kohta keskmiselt 6 521 krooni (417 EUR), mis on 761 krooni (49 EUR) võrra rohkem kui eelneval aastal.

Sisukord

LÜHIKOKKUVÕTE	3
Tabelite nimekiri.....	5
Jooniste nimekiri	6
Lühendid ja sümbolid	7
SISSEJUHATUS	8
1. ANALÜÜS	10
1.1. Tervishoiu kogukulud ja üldine majandusaktiivsus	10
1.2. Tervishoiu kogukulud ühe inimeste kohta.....	13
1.2. Ravikindlustussüsteem	15
1.3. Tervishoiu rahastamise allikad	19
1.3.1 Avalik sektor	21
1.3.2 Erasektor	32
1.3.3 Välismaailm.....	39
1.4. Tervishoiuteenuste osutajad	40
1.4.1 Haiglad	42
1.4.2 Ambulatoorse ravi osutajad	44
1.4.3 Ravimite ja meditsiinitoodete jaemüüjad	45
1.4.4 Rahvatervise programmide korraldajad	47
1.5. Tervishoiuteenused	51
1.6. Kokkuvõte	55
2. RAHVUSVAHELINE VÕRDLUS.....	56
3. TEHNILISED MÄRKUSED	60
3.1. Taustainfo	60
3.2. THKK definitsioon	61
3.3. Andmeallikad	63
Kasutatud kirjandus	65

Tabelite nimekiri

Tabel 1. THKK jooksev- ja püsivhindades, kasvutempod, 2000–2005	11
Tabel 2. THKK, avaliku sektori tervishoiukulude ja SKP suhe (%) ning SKP jooksevhindades (miljard kr)	12
Tabel 3. Kindlustatute arv, 2001–2005	17
Tabel 4. Tervishoiu rahastamise põhilised allikad, 2004–2005.....	20
Tabel 5. Tervishoiu rahastamise põhiliste allikate osakaal SKP-st, 1999–2005	20
Tabel 6. Ministeeriumite tervishoiukulud, 2004–2005.....	22
Tabel 7. Sotsiaalministeeriumi poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004–2005.....	23
Tabel 8. Valitsuse poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004–2005.....	24
Tabel 9. Valitsuse jooksevkulutused tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005..	26
Tabel 10. KOV poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004–2005	28
Tabel 11. KOV jooksevkulutused tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005.....	28
Tabel 12. EHK poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004–2005.....	30
Tabel 13. Haigekassa kulutused tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005.....	31
Tabel 14. Erasektori tervishoiukulude jaotus, 2004–2005	32
Tabel 15. Erasektori poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004-2005	33
Tabel 16. Erasektori kulutused tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005.....	34
Tabel 17. Erasektori kulutused tervishoiuteenuste ja rahastamise allikate lõikes, 2005	35
Tabel 18. Omaosalus tervishoiuteenuste lõikes, 2004–2005	36
Tabel 19. Omaosalus tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005.....	38
Tabel 20. Tervishoiuteenuste osutajad, 2004-2005	42
Tabel 21. Haiglate kulutused tervishoiuteenuste lõikes, 2004–2005.....	43
Tabel 22. Ambulatoorse ravi osutajate kulutused tervishoiuteenuste lõikes, 2004–2005	44
Tabel 23. Ravimite ja meditsiinitoodete jaemüüjad, 2004–2005	45
Tabel 24. Rahvatervise programmide korraldajate kulutused funktsioonide lõikes, 2004-2005	49
Tabel 25. Tervishoiuteenused ühe inimese kohta, 2004-2005.....	53
Tabel 26. THKK ja SKP suhte ning THKK <i>per capita</i> rahvusvaheline võrdlus, 1998–2005	57

Jooniste nimekiri

Joonis 1. Avaliku sektori kulud tegevusvaldkondade kaupa, 2001–2005	10
Joonis 2. Rahvastik vanusegrupiti, 2000, 2005	14
Joonis 3. Rahvastik ja kindlustatud Eestis, 2000–2005	16
Joonis 4. Sotsiaalmaksu laekumine aastate lõikes, 1994–2005	17
Joonis 5. Avaliku sektori, erasektori ja välismaa osakaal THKK-st, 1999–2005	19
Joonis 6. Avaliku sektori rahastamise allikate jaotus, 1999–2005	21
Joonis 7. Valitsuse poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2005.....	25
Joonis 8. Valitsuse jooksevkulud tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005, mln krooni.....	26
Joonis 9. KOV-ide tervishoiukulud ühe elaniku kohta maakonniti, 2005, krooni	27
Joonis 10. Omaosalus <i>per capita</i> , 1999–2005, kroonid.....	37
Joonis 11. Leibkondade kuu keskmised kulud 2005, protsendid.....	37
Joonis 12. Kulud tervishoiuteenuste osutajate järgi, 1999–2005, protsendid.....	41
Joonis 13. Apteekide kulutused ravimiliigiti, 1999–2005, mln krooni	46
Joonis 14. Üldise tervishoiu administreerimise kulutuste osakaal, 1999-2005	50
Joonis 15. Tervishoiuteenuste osakaal, 1999–2005	52
Joonis 16. Aktiivraviteenuste ja ambulatoorse ravi jaotus, 2005, mln krooni ja protsendid	53
Joonis 17. Avaliku sektori osakaal THKK-s, 2005	58

Lühendid ja sümbolid

DRG	Diagnoosipõhised tervishoiuteenuste rühmad (<i>diagnosis related groups</i>)
EHK	Eesti Haigekassa
ESA	Eesti Statistikaamet
KOV	Kohalik omavalitsus
MTÜ	Mittetulundusühing
OECD	Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon (<i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i>)
RTA	Riiklik Tervishoiukulude Arvestus (<i>System of Health Accounts – SHA</i> või <i>National Health Accounts - NHA</i>)
SKP	Sissemajandus koguprodukt
THKK	Tervishoiu kogukulud
TIAO	Terviseinfo ja analüüsi osakond
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>World Health Organisation</i>)
-	nähtust ei esinenud
...	andmeid pole saadud

SISSEJUHATUS

Käesolev aruanne kuulub Sotsiaalministeeriumi sarja „Eesti Tervishoiukulude Analüüs”. Analüüsi eesmärgiks on anda baasinformatsiooni tervishoiusüsteemi rahastamisest erinevate rahastamisallikate, tervishoiuteenuste ja teenuse osutajate kaudu, kasutades OECD poolt väljatöötatud metoodikat – Riiklik Tervishoiu Arvestus (edaspidi RTA)¹. Analüüs on mõeldud kasutamiseks kõigile tervishoiu rahastamise valdkonna vastu huvi tundvatele institutsioonidele, isikutele ning laiemale avalikkusele. Loodame, et käesolev materjal annab lisainfot tervishoiu süsteemi rahastamisest ja tervishoiu kuludest Eestis ning aitab mõista tervishoiukulude muutuste põhjuseid.

RTA järgi on tervishoiukuludesse arvestatud tervishoiuga seotud tegevused nagu aktiivravi-, hooldus- ja taastusteenused, töötervishoid, kaitseväge meditsiin, tervishoid vanglates ning tervishoiu administreerimine avalikus- ja erasektoris. Samas ei sisalda tervishoiu kogukulud õpetamisele, tervishoiualasele uurimis- ja arendustööle, keskkonnatervisele ja teistele teenustele (mille põhitegevus ei ole tervise parandamine) tehtavaid kulutusi. Seega on RTA definitsioon kitsendav, et katta tervishoiu süsteemi ressursse tervikuna. Neil, kes soovivad kasutada analüüsi tervishoiuressursside planeerimiseks, tuleb kindlasti arvesse võtta seda, et analüüs hõlmab ainult Eesti residentidele tehtud kulutusi. See tähendab, et aruandes ei kajastu välismaalastele osutatud tervishoiuteenuste kulud ja välismaalaste poolt ostetud tervishoiukaupade .

Käesolev aruanne annab ülevaate 2005. aastal tehtud tervishoiukuludest ja säilitab sarnase struktuuri eelnevate analüüsidega sarjast „Eesti Tervishoiukulude Analüüs”. Analüüs koosneb kolmest osast: Eesti tervishoiukulude analüüs, rahvusvaheline võrdlus ja tehnilised märkused. Lisades on välja toodud suuremad tabelid ja klassifikaatorid. Aruande esimeses osas olevad tabelid sisaldavad absoluutarve ja näitajaid 2005. aasta kohta, mille kõrvale on enamasti võrdluseks toodud ka 2004. aasta andmed. Tekstiosa kirjutamisel on arvesse võetud ka varasemate aastate trende.

¹ OECD metoodika kasutakse rohkem kui 100 riigis – Riiklik Tervishoiu Arvestus (RTA) – *System of Health Accounts (SHA)*.

Autor on tänulik paljudele inimestele, kes panustasid oma aega, edastasid informatsiooni ja aitasid koostada käesolevat analüüsi. Organisatsioonid, kelle edastatud andmeid kasutati analüüsis on nimetatud peatükis 3.3.

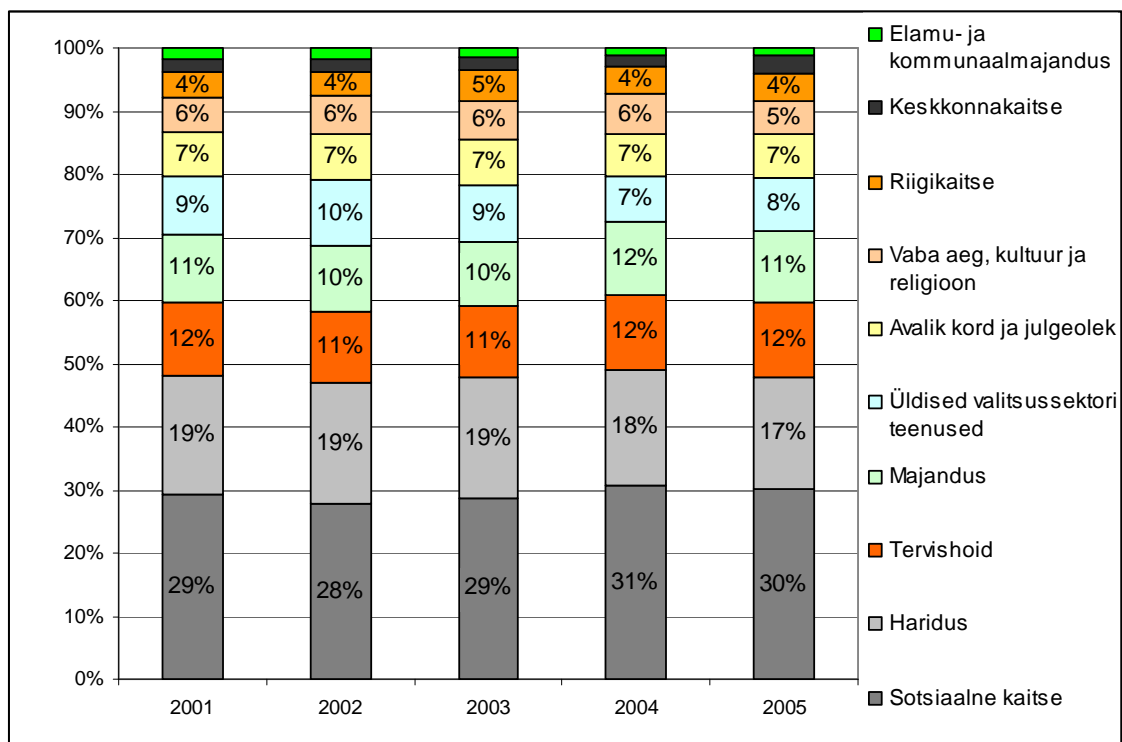
1. ANALÜÜS

1.1. Tervishoiu kogukulud ja üldine majandusaktiivsus

Eesti on suutnud aastatel 2001–2005 säilitada kõrge keskmise majanduskasvu (7,6%), jäädes selle näitaja osas alla vaid Lätile (8,1%). Eesti majanduskasv kiirenes 2005. aastal 9,8 protsendini, ületades viimase viie aasta keskmist kasvu 2,6% võrra. Tarbijahinnaindeksi kasv ulatus möödunud aastal 4,1 protsendini [5, lk 16].

Avaliku sektori prioriteedid aastate jooksul ei muutunud (joonis 1). Kui vaadata kulusid tegevusvaldkondade kaupa, siis tervishoiule minevate kulude osakaal on pidevalt kolmandal kohal, moodustades 2005. aastal Rahandusministeeriumi hinnangul 12% kõikidest avaliku sektori kuludest.

Joonis 1. Avaliku sektori kulud tegevusvaldkondade kaupa, 2001–2005



Andmeallikas: Statistikaamet ja Rahandusministeerium

Joonis: Autor

2005. aasta kokkuvõttes kasvas brutopalk, vaatamata kiirenenud inflatsioonile, 10,5 protsenti ning reaalpalk 6,1 protsenti. Brutokuupalga kiiret kasvu toetas 2005. aastal soodne majandusareng [5, lk 18]. Samas tervishoiutöötajate palk kasvas 2005. aastal veel kiiremini kui riigi keskmine. 2005. aastal kasvas arstide brutopalk võrreldes eelneva aastaga 30%, õendusalatöötajatel 40% ja hooldajatel 30% [6, lk 16]. See kõik avaldas mõju tervishoiukulude² (edaspidi THKK) kasvule.

Eesti tervishoiu kogukulud moodustasid 2005. aastal 8,8 miljardit krooni (tabel 1). Nominaalkasv võrreldes 2004. aastaga oli ligikaudu 1,0 miljardit krooni ehk 12,9%. Kasv oli 1,3 protsentipunkti võrra madalam kui eelmisel aastal, kuid siiski viimase viie aasta üks suurematest.

Tabel 1. THKK jooksev- ja püsivhindades, kasvutempod, 2000–2005

Aastad	Jooksevhindades (tuh kr)	Püsivhindades (tuh kr)	Nominaalkasv (%)	Reaalkasv (%)
2000	5 145 500	5 145 500	4,0%	...
2001	5 353 800	4 763 167	4,0%	-7,4%
2002	5 958 800	4 860 359	11,3%	2,0%
2003	6 812 166	4 694 808	14,3%	-3,4%
2004	7 782 648	4 867 197	14,2%	3,7%
2005	8 787 431	4 747 397	12,9%	-2,5%

Eesti Statistikaamet (edaspidi ESA) arvutab tervishoiu deflaatorit alates 2000. aastast. Võttes arvesse tervishoiu inflatsiooni vähenesid THKK võrreldes eelmise aastaga 2,5 protsenti. See tähendab, et tehes võrreldes eelmise aastaga suuremaid kulutusi tervishoiule, saame me selle eest tegelikult vähem teenuseid ja tooteid. 2005. aasta tervishoiu hindade kasvu põhjustas peamiselt tervishoiutöötajate palga kasv. Seda sama tõestab ka THKK osakaal sisemajanduse koguproduktist (edaspidi SKP), mis võib kasvada kahel põhjusel:

- Tervishoiuteenuste ja toodete mahu kasv on suurem, kui terve majanduse teenuste ja toodete mahu kasv.

² Käesolevas töös kasutakse mõisteid tervishoiu kogukulud ja tervishoiukulud sünonüümidenä. Samuti ei eristata kulude ja kulutuste vahel.

- Tervishoiusektori hindade tõus ületab kogu majanduse hinnataseme kasvu ehk tervishoiusektoris on suurem inflatsioon.

Riiklikul tasemel on sisemajanduse koguprodukt üks olulisematest majandusaktiivsuse mõõdikutest. Samuti kasutakse seda erinevate tervishoiukulude suhtarvude rahvusvaheliseks võrdluseks. SKP nominaalkasv oli 2005. aastal 18% protsenti ja reaalkasv 10,5 protsenti [7]. 2006. aastal korrigeeris Statistikaamet SKP arvestust, mis tõstis Eesti SKP suurust ja seega langetas tervishoiu kogukulude osa sisemajanduse koguproduktist. Seega moodustasid tervishoiu kogukulud 2000.a. ümberarvutatud SKP-st 5,4% (varem avaldatud SKP-st 5,5%) ja 2005. aastal 5,1% (tabel 2).

Tabel 2. THKK, avaliku sektori tervishoiukulude ja SKP suhe (%) ning SKP jooksevhindades (miljard kr)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
THKK % SKP-st	5,4%	4,9%	4,9%	5,1%	5,3%	5,1%
Avaliku sektori tervishoiukulude % SKP-st	4,1%	3,8%	3,7%	3,9%	4,0%	3,9%
SKP	95,491	108,218	121,372	132,904	146,694	173,062

Tabelist 2 on näha, et THKK osakaalu muutmises SKP-st ei ole aastate lõikes kindlat trendi. Aastatel 1999–2002 näitas THKK suhe SKP-sse langustendentsi. 2003. aastal on trend peatunud ja suhe on hakanud taas kasvama, kuid juba 2005. aastal toimus jälle langus. See tähendab, et tervishoiuvaldkonnas toimus hinnaefekt ja tervishoiusektoris kasvasid hinnad kiiremini kui majanduses keskmiselt.

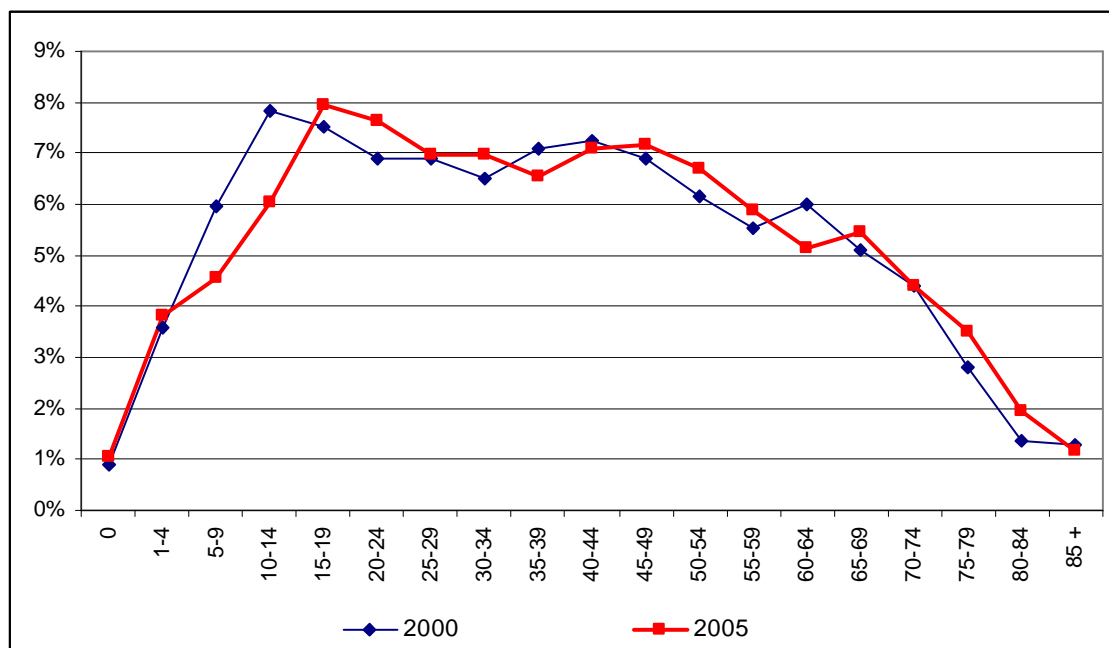
Vaatamata sellele, et oleme harjunud riigi tervishoidu hindama tervishoiu kogukulude osakaalu kaudu SKP-st ei kirjelda see tervishoiusüsteemi tegelikku efektiivsust. Muutuste jälgimiseks tuleks pigem võrrelda Eestis erinevate aastate jooksul tehtud tervishoiukulutusi omavahel, mitte aga võrrelda vastavaid näitajaid teiste riikide omadega. Siinkohal tuleb arvestada sellega, et kõik riigid on erinevad, neil on erinev tervishoiu ajalugu ja seega ka tervishoiusüsteemi ülesehitus. Kasutades tervishoiukulude rahvusvahelisel võrdlemisel THKK osakaalu SKP-st tuleb arvestada ka sellega, et

erinevad riigid arvatavad sisemajanduse koguprodukti ning THKK erineva metoodika järgi. Kui tahame mõõta tervishoiusüsteemi efektiivsust, siis tuleb tehtud kulutuste kõrval vaadelda ka haigestumust ja teisi tervishoiu indikaatoreid. Näiteks: kui paljusid patsiente raviti, mitmel korral pöörduiti arsti poole korduva diagnoosiga, kui pikad on järjekorrad jne. Oluline näitaja on ka keskmine eluiga.

1.2. Tervishoiu kogukulud ühe inimeste kohta

2005. aastal jätkus Eesti rahvastiku vähenemine langenud sündimuse ja negatiivse iibe tõttu. Statistikaameti andmetel elas 2005. aasta lõpus Eestis 1 347 510 inimest, mis on 0,3% vähem kui eelmisel aastal (2004.a. – 1 351 069). Keskmine eeldatav eluiga on Eestis endiselt tunduvalt madalam kui paljudes teistes Euroopa Liidu riikides, olles madalam ka uute liikmesriikide keskmisest tasemest. Endiselt on suur naiste ja meeste keskmise eeldatava eluea erinevus (11 aastat). Meeste madala keskmise eeldatava eluea peamiseks põhjuseks on varajane suremus südame-veresoonkonna haiguste, kasvajate ja välispõhjuste tõttu (nagu liiklus- ja olmetraumad, enesetapud jms) [5, lk 40]. Eesti rahvastik vananeb (joonis 2) ja see võib põhjustada ka tervishoiukulude kasvu, kuna vajadus tervishoiu teenuste järele suureneb.

Joonis 2. Rahvastik vanusegrupiti, 2000, 2005



Andmeallikas: Statistikaamet

Joonis: Autor

2005. aasta jooksul on tervishoiukulud ühe inimese kohta kasvanud keskmiselt 13,2%, moodustades 6 521 krooni ehk 417 €. 2004. aastal tähti tervishoiukulutusi ühe elaniku kohta keskmiselt 5 760 krooni ehk 368 €.

1.2. Ravikindlustussüsteem

Eestis kehtib alates 1992. aasta 1. jaanuarist kohustuslik ravikindlustus. Seadusega on pandud tööandjale kohustus maksta kõigi töötavate inimeste eest sotsiaalmaksu ja ettevõtlusega tegelevad üksikisikud (FIE-d) peavad ise maksma sotsiaalmaksu oma tulult. Seega 13 % brutopalgalt suundub läbi maksuameti haigekassale.

Neid inimesi, kelle eest on makstud või kes ise on maksnud sotsiaalmaksu, nimetatakse kindlustatuteks. Kindlustatute ülalpidamisel olevaid ehk siis alla 19 aasta vanuseid lapsi, üliõpilasi, pensionäre, ülalpeetavaid abikaasasid, kellel on vanaduspensionieani jäänud vähem kui 5 aastat, ning rasedaid nimetatakse kindlustatutega võrdsustatud isikuteks.

Lisaks sellele on Eestis ka kindlustatud isikud, kelle eest maksab sotsiaalmaksu riik. Need on:

- kuni 3-aastase lapsega lapsehoolduspuhkusel olevad inimesed,
- mittetöötavad, kuni 3-aastast last kasvatavad üksikvanemad,
- välisesinduses töötavate diplomaatide ja teenistujate mittetöötavad abikaasad,
- kaitsejõududes ajateenistuses olevad ajateenijad,
- töötuna arvel olevad isikud.

Eesti ravikindlustus järgib solidaarsusprintsipi: haigestumise puhul osutatakse raviteenuste hulk ja kvaliteet ei sõltu konkreetse inimese eest makstud sotsiaalmaksu suurusest.

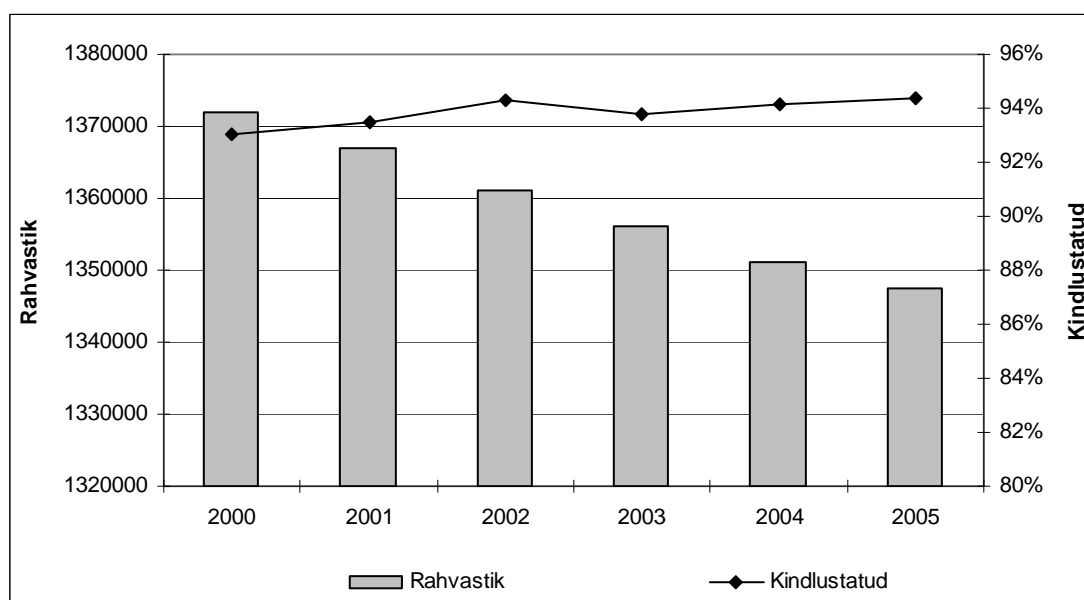
Õigus ravikindlustusele ei sõltu kodakondsusest, vaid elukohast. Seadus lubab Eestis elavatel inimestel kindlustada oma tervist ka erakindlustusfirmade kaudu, kuid see on vabatahtlik.

Vältimatut abi on Eestis õigus saada kõigil inimestel sõltumata ravikindlustuse olemasolust. Vältimatut abi tuleb osutada olukorras, kus abi edasilükkamine või selle

andmata jätmise võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse. Vältimatuabi kulud katab riik ehk kulude eest maksab Sotsiaalministeerium.

Nii nagu varem öeldud, elas 2005. aasta lõpus Eestis 1 347 510 inimest, nendest 94,4% olid kaetud kohustusliku ravikindlusega (joonis 3, tabel 3). Haigekassas oli 2005. aasta lõpu seisuga kindlustatud 1 271 354 inimest. Kindlustatute arv on võrreldes 2004. aasta detsembri lõpuga vähenenud 204 inimese võrra ja võrreldes 2003. aasta detsembri lõpu seisuga vähenenud 697 inimese võrra [1]. Aastatel 2000–2005 ei ole ravikindlustusega kaetud inimeste arv oluliselt muutunud.

Joonis 3. Rahvastik ja kindlustatud Eestis, 2000–2005



Allikas: Statistikaamet ja Haigekassa

Joonis: Autor

Rahvaarvu langus vähendab olemasolevat tööjõudu ning seab surve alla riikliku tervishoiusüsteemi ning eelarvepoliitika pikaajalise jätkusuutlikkuse [5, lk 40]. 2005. aastal kasvas hõivatute arv 2% ehk 11 900 inimese võrra. Kuna hõive 2004. aasta kolmandas ja neljandas kvartalis langes, oli 2005. aastal tegu pigem hõive taseme taastumise kui erakordselt kiire kasvuga. Seega töötavate ja kindlustatud isikute arv

kasvas võrreldes eelmise aastaga. Samas teiste kategooriate kindlustatute isikute arv vähenes. Eriti suur kahenemine toimus riigi poolt kindlustatud isikute puhul (tabel 3).

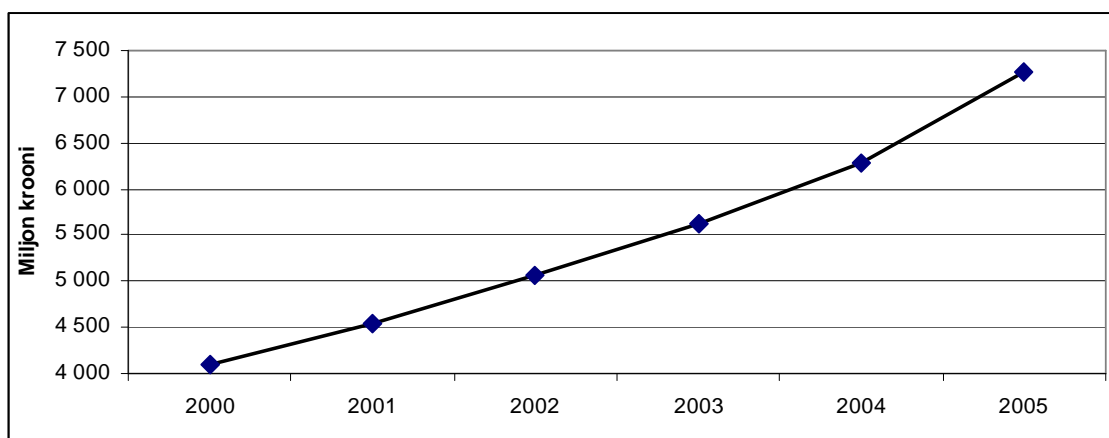
Tabel 3. Kindlustatute arv, 2001–2005

Isikud	31.12.2001	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004	31.12.2005	Muutus % 2005/2004
Kindlustatud isikud	574 284	578 673	584 885	595 734	617 625	3,7%
Riigi poolt kindlustatud isikud	40 140	48 469	49 119	43 869	38 538	-12,2%
Kindlustatutega võrdsustatud isikud	663 204	656 926	631 830	626 438	609 893	-2,6%
Välislepingu alusel kindlustatud isikud	458	8	6 217	5 517	5 298	-3,9%
Kokku ravikindlustusega kaetud isikud	1 278 086	1 284 076	1 272 051	1 271 558	1 271 354	-0,02%

Allikas: Eesti Haigekassa

Viimasel viiel aastal on sotsiaalmaksu laekumine aastas kasvanud enam kui 10% (joonis 4). Tulude kasvu on põhjustanud palga ja tarbijahinnaindeksi tõus, samuti majanduskeskkonna paranemine ja efektiivsem maksude kogumine. Sotsiaalmaksu laekumine kasvas oodatust rohkem ning see kattis varem prognoositud Haigekassa defitsiidi. Ülejäägiks kujunes 2005. aastal ligi 160 miljonit krooni.

Joonis 4. Sotsiaalmaksu laekumine aastate lõikes, 1994–2005



Allikas: Eesti Haigekassa

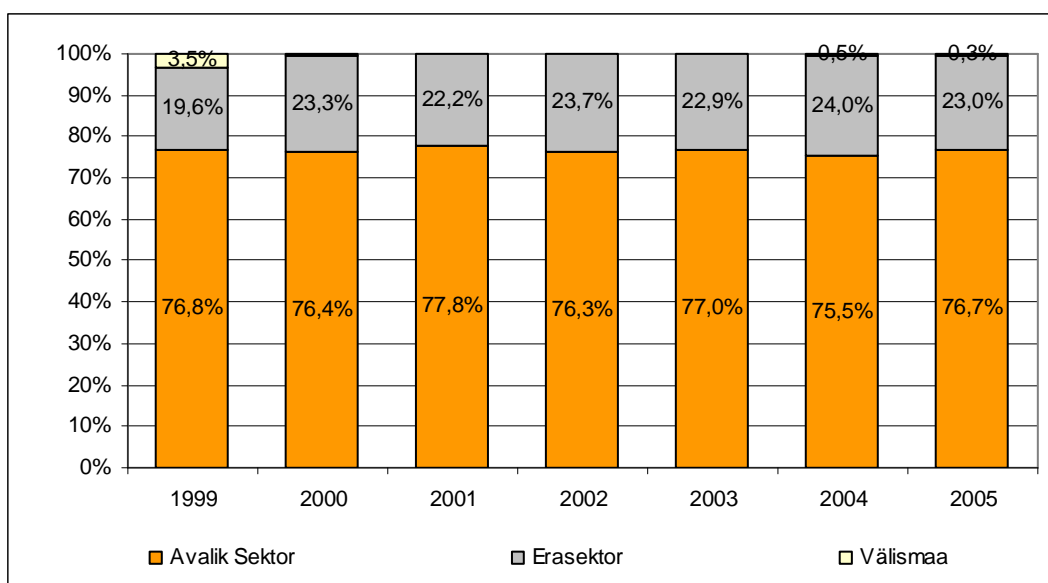
Eesti tervishoiukulud 2005

Eesti Haigekassa 2005. aasta eelarves oli planeeritud sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa tuluks kokku 6 miljardit 675 miljonit krooni. Laekus ligikaudu 7 miljardit 278 miljonit krooni, mis on 9% rohkem kui oli planeeritud ja 16% rohkem kui eelmisel aastal.

1.3. Tervishoiu rahastamise allikad

Tervishoiusüsteemi rahastamise allikad võib jaotada kolmeks – avalik sektor, erasektor ja välismaailm. Eestis on tervishoiukulude kõige suuremaks rahastajaks avalik sektor. Aja jooksul on selle allika osakaal THKK finantseerimisel jäänud enam vähem stabiilseks (joonis 5).

Joonis 5. Avaliku sektori, erasektori ja välismaa osakaal THKK-st, 1999–2005



2005. aastal finantseeris erasektor 23% (2 miljardit 22 miljonit krooni) ja välismaa 0,3% (25 miljonit krooni) kogukuludest. Samal aastal olid avaliku sektori tervishoiukulud 76,7 protsenti kogukuludest ehk 6 miljardit 740 miljonit krooni (tabel 4).

Tabel 4. Tervishoiu rahastamise põhilised allikad, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	mln krooni	%	mln krooni	%	2005/2004
Avalik Sektor	5 880	76%	6 740	77%	15%
Erasektor	1 868	24%	2 022	23%	8%
Välismaailm	35	0,5%	25	0,3%	-28%
KOKKU	7 783	100%	8 787	100%	13%

Nagu varem mainitud, saab kulutuste suurust väljendada ka protsendina SKP-st. Käesoleva sajandi alguses hakkas avaliku sektori tervishoiukulude osakaal SKP-st langema, kuid viimasel ajal stabiliseerus, moodustades 2005. aastal 3,9 protsenti SKP-st (tabel 5).

Tabel 5. Tervishoiu rahastamise põhiliste allikate osakaal SKP-st, 1999–2005

	Avalik sektor	Erasektor	Välismaailm
1999	4,7%	1,2%	0,21%
2000	4,2%	1,3%	0,02%
2001	4,0%	1,1%	...
2002	3,9%	1,2%	...
2003	3,9%	1,2%	0,00%
2004	4,0%	1,3%	0,02%
2005	3,9%	1,2%	0,02%

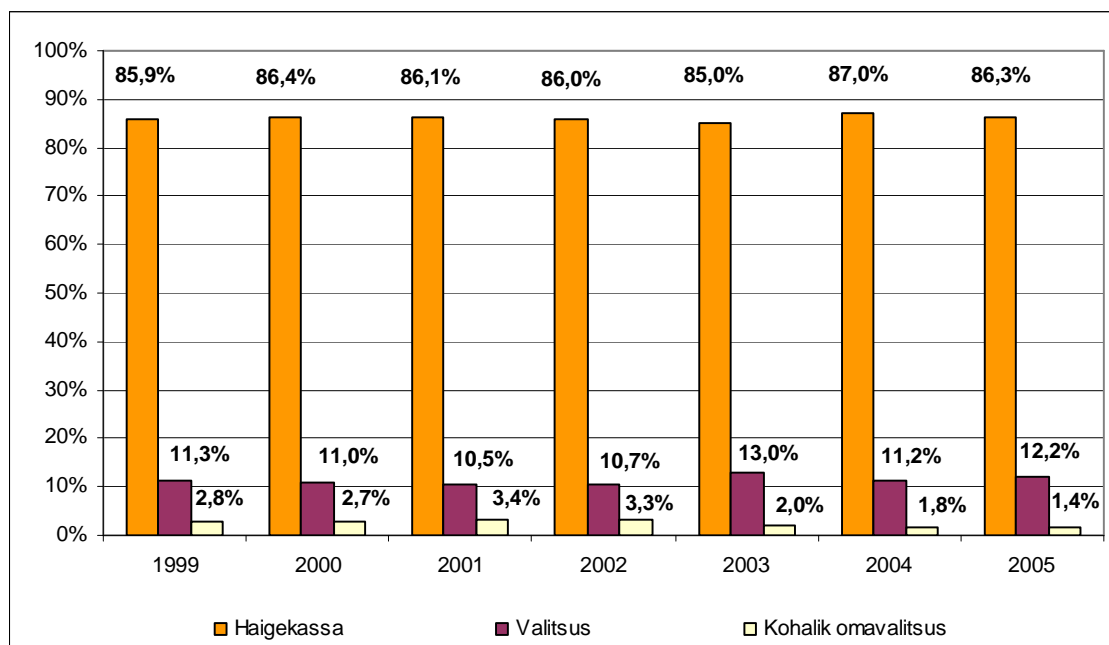
Võrreldes eelmise aastaga vähenes erasektori tervishoiukulude osakaal SKP-st 0,1 protsendipunkti võrra, langedes 1,3 protsendilt 1,2 protsendile.

1.3.1 Avalik sektor

Avalik sektor on peamine tervishoiukulutuste finantseerimise allikas. Võrreldes eelneva aastaga suurenesid avaliku sektori poolt tehtavad kulutused 861 miljonit krooni ehk 14,6%. Avaliku sektori kulude kasv oli viimase kuue aasta jooksul üks suurimaid.

Avalik sektor koosneb omakorda kolmest finantseerijast: valitsus, kohalik omavalitsus ja Eesti Haigekassa. Suurim sektori rahastaja on Haigekassa (86,3%).

Joonis 6. Avaliku sektori rahastamise allikate jaotus, 1999–2005



Järgnevalt vaatleme kõiki avaliku sektori tervishoiukulutuste rahastajaid eraldi.

1) **Valitsuse** ehk riigieelarvest finantseeritavad kulutused tervishoiule suurenesid 2005. aastal võrreldes eelneva aastaga 165 miljoni krooni ehk 25% võrra. See oli üks suurimatest kasvudest viimaste aastate jooksul. Valitsuse kulutuste osakaal moodustas 2005.aastal 12,2 protsenti avaliku sektori kulutustest tervishoiule ja 8,5 protsenti

Eesti tervishoiukulud 2005

tervishoiu kogukuludest (joonis 6). Valitsuse poolt rahastatavad kulutused jagunesid ministeeriumite vahel järgmiselt:

Tabel 6. Ministeeriumite tervishoiukulud, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
Haridusministeerium	3 266	0,5%	2 528	0,3%	-23%
Justiitsministeerium	...	...	26 065	3,2%	...
Kaitseministeerium	19 518	3,0%	22 360	2,7%	15%
Keskonnaministeerium	136	0,0%	382	0,0%	181%
Kultuuriministeerium	244	0,0%	150	0,0%	-38 %
Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium	759	0,1%	543	0,1%	-28%
Põllumajandusministeerium	522	0,1%	233	0,0%	-55%
Rahandusministeerium	462	0,1%	549	0,1%	19%
Siseministeerium	10 397	1,6%	5 962	0,7%	-43%
Välisministeerium	447	0,1%	179	0,0%	-60%
Sotsiaalministeerium	623 881	94,5%	766 563	92,9%	23%
Valitsus kokku	660 021	100%	825 515	100%	25%

Kõige suurem protsentuaalne kulude vähenemine toimus Välisministeeriumi tervishoiukuludes – 60%. Samas kõige suurem langus absoluutnumbrites toimus Siseministeeriumi arvel. Sellel aastal kulutas Siseministeerium 4 miljonit 435 tuhat krooni vähem, kui eelneval aastal. Kõige rohkem kasvasid Sotsiaalministeeriumi kulutused tervishoiule. Nimetatud ministeeriumi üheks ülesandeks on reguleerida ja hallata riigi tervishoiusüsteemi. Seega on loomulik, et kõige suuremad tervishoiukulud ja ka kõige suurem kasv on just Sotsiaalministeeriumil. 2004. ja 2005. aastal finantseeris Sotsiaalministeerium järgmisi tervishoiuteenuseid:

Tabel 7. Sotsiaalministeeriumi poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
AKTIIVRAVI	92 186	14,8%	97 987	12,8%	6%
sh Toetus ravikindlustuseta inimestele	91 826	14,7%	97 337	12,7%	6%
Ambulatoorne ravi	360	0,1%	650	0,1%	81%
TAASTUSRAVI	...	...	527	0,1%	...
HOOLDUSRAVI	57 060	9,1%	99 939	13,0%	75%
TERVISHOIU TUGITEENUSED	172 732	27,7%	206 005	26,9%	19%
sh Kiirabi	172 732	27,7%	206 005	26,9%	19%
MEDITSIINTOOTED	77 069	12,4%	109 356	14,3%	42%
sh Ravimid	14 505	2,3%	14 951	2,0%	3%
PREVENTSIOON	39 145	6,3%	70 816	9,2%	81%
sh Nakkushaiguste tõkestamine	31 349	5,0%	42 443	5,5%	35%
Mittenakkushaiguste tõkestamine	7 617	1,2%	28 036	3,7%	268%
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	152 560	24,5%	146 612	19,1%	-4%
KAPITALIKULUD	33 154	5,3%	35 320	4,6%	7%
KOKKU	623 906	100%	766 563	100%	23%

Nagu alati oli Sotsiaalministeeriumi kuludes kõige suurem osatähtsus tugiteenustel ehk kiirabil (27%). Preventsiooni kulutused suurenesid 81 protsenti, kusjuures kõige rohkem suurenes mittenakkushaiguste tõkestamise programmide finantseerimine; 7 miljonit 617 tuhat krooni 2004. aastal kuni 28 miljonit 36 tuhat krooni 2005. aastal. 2005. aastal rahastati järgnevalt loetletud registrite arendamist ja rahvatervise programme:

- Laste- ja noorukite riiklik terviseprogramm
- Riiklik narkomaaniaennetamise strateegia
- Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise strateegia
- Vähiregister
- Isikukohase tervisestatistika süsteemi register
- Uimastiseirekeskus

Aktiivraviteenuste rahastamine, mis Sotsiaalministeeriumi puhul hõlmab üksnes toetusi ravikindlustuseta inimestele, suurenes võrreldes eelneva aastaga ainult 6%. Oluliselt kasvasid kulutused hooldusravile – 42 miljonit 880 tuhat krooni ehk 75%. Kulud üldise tervishoiu administreerimisele vähenesid nii protsentuaalselt kui ka absoluutnumbrites. Kokkuvõtvalt suurenesid Sotsiaalministeeriumi kulud tervishoiule võrreldes eelmise aastaga 142 miljonit 657 tuhat krooni ehk 23%.

Eesti tervishoiukulud 2005

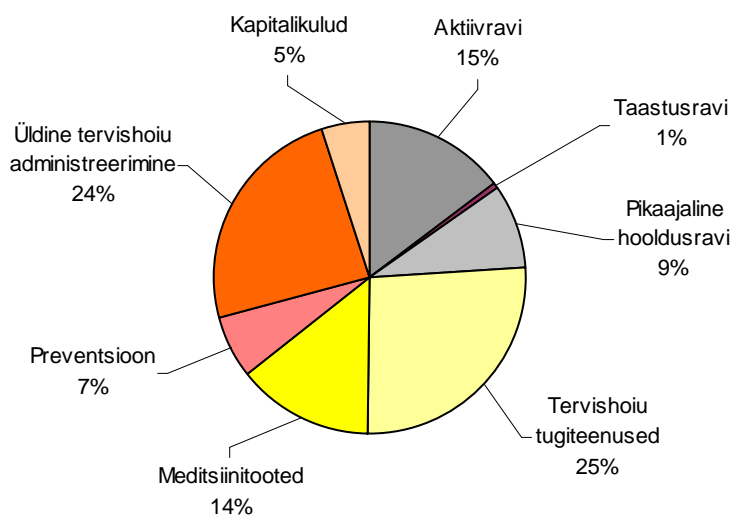
Võrreldes 2004. aastaga kasvasid valitsuse tervishoiukulutused 2005. aastal 25% (tabel 8). Kasv toimus taastusravi ja hooldusravi teenuste ning preventsiiooni kulude kasvu arvel. Sarnaselt eelmiste aastatega kulus oluline osa valitsuse tervisekulutustest tugiteenustele ehk kiirabile (25%) ning tervishoiu administreerimisele (20%). Kapitalikulude finantseerimine jäi eelmise aasta tasemele – 5 protsenti valitsuse tervishoiukuludest. Alates 2003. aastast on suurem osa kapitalikuludest arvestatud raviteenuste sisse ja seda ei ole võimalik eraldi välja tuua.

Tabel 8. Valitsuse poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
AKTIIVRAVI	97 631	15%	103 177	12%	6%
sh Toetus ravikindlustuseta inimestele	91 899	14%	97 345	12%	6%
Ambulatoorne ravi	5 732	1%	5 827	1%	2%
TAASTUSRAVI	3 495	1%	4 908	1%	40%
HOOLDUSRAVI	57 060	9%	99 939	12%	75%
TERVISHOIU TUGITEENUSED	172 942	26%	207 903	25%	20%
sh Kiirabi	172 797	26%	206 061	25%	19%
MEDITSIINTOOTED	94 300	14%	129 230	16%	37%
sh Ravimid	26 626	4%	29 999	4%	13%
PREVENTSIOON	42 910	7%	76 439	9%	78%
sh Nakkushaiguste tõkestamine	31 432	5%	42 498	5%	35%
Mittenakkushaiguste tõkestamine	7 645	1%	28 057	3%	267%
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	158 070	24%	166 614	20%	5%
KAPITALIKULUD	33 614	5%	37 308	5%	11%
KOKKU	660 021	100%	825 518	100%	25%

Samas ei sisaldu hoonete ehitamine THKK-s kogu summana. Näiteks, Pärnu Haiglat hakati ehitama 2003. aastal. THKK-sse arvestatakse ainult igaaastane rendisumma, mida SA Pärnu Haigla maksab hoone kasutamise eest. See rendikulu on arvestatud raviteenuste sisse.

Joonis 7. Valitsuse poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2005



Järgnevalt vaatleme valitsuse kulutusi tervishoiu teenusepakkujate lõikes. Metoodikast tulenevalt käsitleme edaspidi **jooksevkulusid** (kogukulud miinus kapitalikulud).

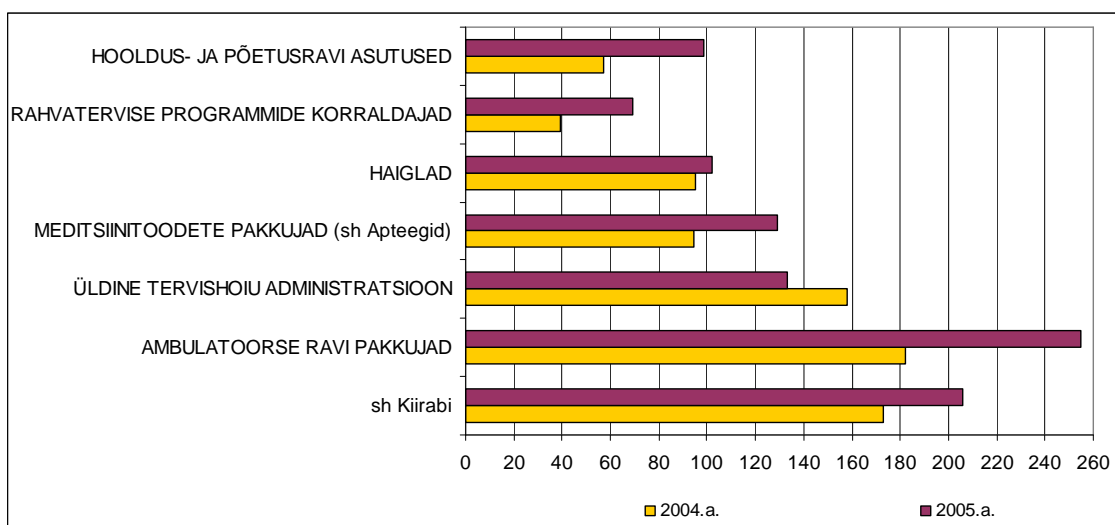
Valitsuse kapitalikulud moodustasid 2005. aastal 5% tervisele tehtud kogukuludest. Seega moodustasid jooksevkulud 95% valitsuse kogukuludest ehk 788 miljonit 206 tuhat krooni. Valitsuse jooksevkulud tervishoiuteenuste osutajate lõikes olid järgmised:

Tabel 9. Valitsuse jooksevkulutused tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
HAIGLAD	95 394	12%	102 125	13%	7%
HOOLDUS- JA PÕETUSRAVI ASUTUSED	57 060	7%	98 863	13%	73%
AMBULATOORSE RAVI PAKKIJAD	182 240	23%	254 895	32%	40%
sh Toetus kiirabile	172 797	22%	206 005	26%	19%
MEDITSIINIOODETE PAKKIJAD	94 300	12%	129 227	16%	37%
sh Apteegid	12 733	2%	22 161	3%	74%
Optika poed	2 819	0,4%	4 109	1%	46%
Muud ravimite ja med.kaupade pakkijad	78 748	10%	102 957	13%	31%
RAHVATERVISE PROGRAMMIDE KORRALDAJAD	39 139	5%	69 420	9%	77%
ÜLDISE TERVISHOIU ADMINISTRERIMISEGA TEGELEVAD ASUTUSED	158 070	20%	133 273	17%	-16%
MUUD TEGEVUSHARUD (sh Koolid)	204	0,0%	403	0,1%	97%
KOKKU	626 407	79%	788 206	100%	26%

Nagu eelmisel aastal nii kulutati ka 2005. aastal suurem osa tervishoiule planeeritud valitsuse rahast ambulatoorse ravi osutajate poolt pakutavatele teenustele (tabel 9). Kuusjuures ambulatoorse ravi kulutused võrreldes eelneva aastaga suurenesid 73 miljoni krooni võrra (40%).

Joonis 8. Valitsuse jooksevkulud tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005, mln krooni



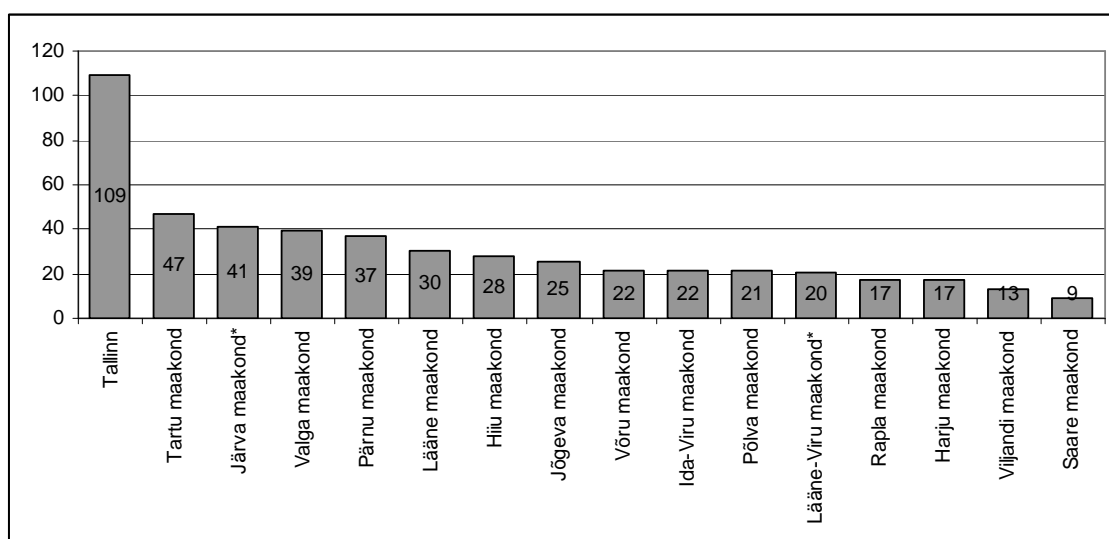
2005. aastal said kõik tervishoiuteenuste osutajad valitsusest rohkem raha kui eelneval aastal. Ainuke vähenemine toimus tervishoiuadministreerimise puhul (joonis 8).

2) **Kohalike omavalitsuste** (edaspidi KOV) eelarvetest finantseeritavad kulutused tervishoiule moodustasid 1,4% (2004.a. – 1,8%) avaliku sektori tervishoiukulutustest ehk 1,1% (2003.a. – 1,3%) kogukuludest. Alates 2001. aastast vähenes KOV-i tervishoiukulutuste osakaal pidevalt (joonis 6). Kohalike omavalitsuste eelarvetest tehtavad kulud vähenesid 2005. aastal võrreldes eelneva aastaga 9,0 miljonit krooni.

Viieteistkümnest maakonnast üheteistkümnes vähenesid kulud tervishoiule vahemikus 9 kuni 74 protsenti. Kõige rohkem vähenesid kulud Rapla maakonnas. Võrreldes 2004. aastaga kasvasid kulud tervishoiule ainult Harjumaal, Tartumaal, Pärnumaal ja Läänemaal.

Kõikidest maakondadest ja linnadest on kõige suuremad kulud tervishoiule Tallinnal, mis moodustavad 57 protsenti kõigi KOV-ide tervishoiukuludest. Samuti on Tallinnal kõige kõrgemad kulud ka ühe elaniku kohta (joonis 9). Nagu enamustel maakondadel vähenesid 2005. aastal ka Tallinna linna kulutused tervishoiule.

Joonis 9. KOV-ide tervishoiukulud ühe elaniku kohta maakonniti, 2005, krooni



KOV-i tervishoiukulutuste langus toimus põhiliselt aktiivraviteenustele tehtavate kulude vähenemise arvel. 2005. aastal rahastati neid peaaegu kaks korda vähem kui eelmisel aastal (tabel 10). Samuti vähenesid kulutused kiirabile. Märkimisväärselt kasvasid kulud preventatsioonile, mis vaadeldaval aastal olid suunatud nakkushaiguste tõkestamisele. Samuti hakkasid KOV-d rohkem finantseerima hooldusravi ja ostma meditsiinitooteid, mis olid suunatud hooldus- ja põetusravi asutustes elavatele inimestele. 2005. aastal kulutasid KOV-d oma tervishoiukuludest kõige rohkem tervishoiu administreerimisele – 37%.

Tabel 10. KOV poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
AKTIIVRAVI	43 738	42%	26 397	28%	-40%
HOOLDUSRAVI	8 131	8%	11 999	13%	48%
TERVISHOIU TUGITEENUSED (kiirabi)	1 097	1%	436	0%	-60%
MEDITSIINITOOTED	5 472	5%	6 903	7%	26%
PREVENTSIOON	145	0%	709	1%	389%
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	33 145	32%	35 607	37%	7%
KAPITALIKULU	12 774	12%	13 243	14%	4%
KOKKU	104 502	100%	95 294	100%	-9%

KOV jooksevkuludest läks samuti kõige suurem osa administreerimisele (tabel 11). Ambulatoorse ravi osutajate rahastamine langes 2002. aasta tasemele, mil KOV-id kulutasid nende poolt pakutavatele teenustele 13 miljonit 353 tuhat krooni.

Tabel 11. KOV jooksevkulutused tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
HAIGLAD	9 661	11%	12 986	16%	34%
HOOLDUS- JA PÕETUSRAVI ASUTUSED	8 131	9%	11 999	15%	48%
AMBULATOORSE RAVI OSUTAJAD	35 176	38%	13 847	17%	-61%
MEDITSIINITOODETE PAKKIJAD	5 471	6%	6 903	8%	26%
RAHVATERVISE PROGRAMMIDE KORRALDAJAD	144	0%	709	1%	392%
ÜLDISE TERVISHOIU ADMINISTREERIMISEGA TEGELEVAD ASUTUSED	33 145	36%	35 607	43%	7%
KOKKU	91 728	100%	82 051	100%	-11%

2005. aastal kulutasid kohalikud omavalitsused rahvatervise programmide korraldamisele rohkem kui 2004. aastal, kuid kulutatud summa on marginaalne võrreldes teistele tervishoiuteenuse osutajatele tehtud kulutustega.

3) **Eesti Haigekassa** (edaspidi EHK) on jätkuvalt avaliku sektori suurim tervishoiukulutuste rahastaja. EHK poolt tehtud kulutused moodustasid 86,3 protsenti kõigist avaliku sektori kuludest (joonis 6). Ühtlasi moodustasid Haigekassa kulutused suurima osa tervishoiule tehtud kogukuludest – 66,2% (2004.a. – 65,7%). EHK eelarvest tehtavad kulutused suurenesid 2005. aastal võrreldes 2004. aastaga 704 miljonit krooni ehk 14% (tabel 12). EHK tervishoiuteenuste hind sisaldab ka kapitalikulu ehk EHK ei finantseeri otseselt kapitalikulu. Seega langevad EHK kogukulutused kokku jooksvate kulutustega. Samuti erinevad EHK eelarve kulud kogukuludest, kuna kogukulude arvestus ei sisalda eraldi EHK reservfondi ega tervishoiuga seotud rahalisi hüvitisi (nt. haigushüvitised).

2005. aastal kasutas Haigekassa preventsooniks 83 miljonit krooni, mis on 9 miljonit rohkem kui eelmisel aastal. Suurem kulude tõus on toimunud nakkushaiguste valdkonnas. Kulude tõusu põhjuseks on nii ravijuhtude arvu tõus kui ka ravijuhu struktuurne kallinemine. Preventsioon hõlmab ka tervise edendamist. EHK tegeleb tervise edendamisega projektitöö kaudu. 2005. aastal rahastati 34 projekti, neist 14 projekti tegevus jätkub ka järgmise aasta esimesel poolaastal. 2005. aastal kulutati tervise edendamisele 8,6 miljonit krooni.

Kõige rohkem kasvasid 2005. aastal kulutused päevaravile. Seda kasvu mõjutas päevaravi juhu keskmise maksumuse tõus. See oli tingitud DRG³ 50%-osakaalu rakendamise eeskirjast ehk 50% teenuse hinnast hakati arvestama DRG põhimõtte järgi.

Kulud kodusele ravile tõusid ravijuhtude arvu kasvu tõttu, mille üheks põhjuseks on koduõenduse ravijuhu mõiste täpsustumine.

³ Inglise keeles – *diagnosis related groups (DRG)*

Tabel 12. EHK poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
AKTIIVRAVI	3 411 243	67%	4 068 502	70%	19%
sh haiglaravi	2 056 786	40%	2 496 119	43%	21%
päevaravi	117 605	2%	157 827	3%	34%
ambulatoorne ravi	1 213 940	24%	1 390 523	24%	15%
<i>sh hambaravi</i>	240 708	5%	260 540	4%	8%
kodune ravi	22 912	0%	24 033	0%	5%
TAASTUSRAVI	57 415	1%	64 991	1%	13%
HOOLDUSRAVI	95 177	2%	115 608	2%	21%
TERVISHOIU TUGITEENUSED	507 399	10%	497 052	9%	-2%
MEDITSIINITOOTED	889 815	17%	900 972	15%	1%
sh retseptiravimid	866 680	17%	874 502	15%	1%
muud meditsiinilised kaubad	23 135	0%	16 881	0%	-27%
PREVENTSIOON	73 960	1%	83 006	1%	12%
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	80 112	2%	89 384	2%	12%
KOKKU	5 115 121	100%	5 819 515	100%	14%

Tulenevalt ravikindlustuse seadusest võtab EHK üle kohustuse maksta hambaraviteenuste eest alla 19-aastastelt kindlustatud isikutelt ja täiskasvanute vältimatu hambaravi korral. Alla 19-aastaste isikute hambaraviteenuste eest tasus Haigekassa 2005. aastal 146 miljonit krooni. Täiskasvanute vältimatu hambaravi (hamba eemaldamine, abstsessi avamine) eest tasus Haigekassa 2005. aastal 6,4 miljonit krooni. Summa oli planeeritud 29% võrra suurem ning 9% suurem kui 2004. aastal.

Kindlustatutele kompenseeritud ravimite kogusumma oli 2005. aastal 874,5 miljonit krooni. Eelmise aastaga võrreldes kasvasid kulud retseptiravimitele 7,8 miljonit krooni. Küllaltki tagasihoidlik ravimihüvitiste summa kasv 2005. aastal on saavutatud eelkõige aasta I kvartali arvelt, mil 2004. aasta detsembris toimunud ostupaanika järel osteti ravimeid märkimisväärselt vähem.

Keskmine retsepti maksumus EHK-le 2005. aastal oli 173 krooni. Sama näitaja oli 2004. aastal seitse krooni rohkem ehk 180 krooni. 2005. aasta retsepti keskmise maksumuse muutuse, mõjutas ilmselt 1. jaanuarist 2005 jõustunud piirhinna arvutamise meetoodika muutmine. Kui varem arvutati piirhind odavuselt teise ja kolmanda preparaadi hindade keskmise alusel, siis nüüd lähtutakse kahe ravimpreparaadi olemasolul ainult odavaima hinnast ning kolme ja enama preparaadi olemasolul

odavuselt teise ravimi hinnast. EHK ei tasu piirhinda ületavat ravimi hinna osa. Kõige enam on 2005. aastal langenud 90% soodusmääraga hüvitatavate retseptide keskmine maksumus [1].

Rääkides tervishoiuteenuste pakkujatest, tuleb rõhutada, et suurim osa sotsiaalkindlustuse rahast kulutati nagu alati läbi haiglate (tabel 13). Kulutused ravile haiglas suurenesid võrreldes 2004. aastaga 560 miljonit krooni ehk 18%. Samuti suurenesid ambulatoorse ravi, hooldus- ja põetusravi osutajatele ning meditsiinitoodete pakkujatele tehtavad kulutused.

Tabel 13. Haigekassa kulutused tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
HAIGLAD	3 175 181	62%	3 735 256	64%	18%
HOOLDUS- JA PÕETUSRABI ASUTUSED	7 200	0,1%	10 600	0,2%	47%
AMBULATOORSE RABI PAKKIJAD	887 299	17%	987 203	17%	11%
MEDITSIINITOODETE PAKKIJAD	889 815	17%	900 972	15%	1%
sh Apteegid	866 680	17%	874 502	15%	1%
RAHVATERVISE PROGRAMMIDE KORRALDAJAD	73 960	1%	83 006	1%	12%
ÜLDISE TERVISHOIU ADMINISTREERIMISEGA TEGELEVAD ASUTUSED	80 112	2%	89 384	2%	12%
VÄLISMAAILM	1 554	0,03%	13 094	0,2%	743%
KOKKU	5 115 121	100%	5 819 515	100%	14%

Seoses kindlustatute teadlikkuse tõusu ja vaba liikumise võimalusega Euroopa Liidu maades on tõusnud välisriigis plaanilise ravi taotlejate arv. Kui 2004. aastal tasuti 9 kindlustatu ravi eest välisriigis (sh 5 last), siis 2005. aastal tasuti 53 kindlustatu ravi eest välisriigis, kellest 28 olid lapsed [1].

1.3.2 Erasektor

Tervishoiuasutustel on võimalik pakkuda patsientidele ka tasulisi tervishoiuteenuseid ning võtta teatud Haigekassa poolt korvataivate teenuste eest kaasmakseid. 2005. aastal oli erasektori osatähtsus tervishoiu kogukulutuste finantseerimisel 23% (2004.a. – 24%, joonis 5). Võrreldes eelneva aastaga suurenesid kulutused 154 miljonit krooni ehk 8%. See oli kõige madalam kasv viimase kuue aasta jooksul. Madal tõus võib olla tingitud 2005. aasta leibkonna eelarve uuringu (edaspidi LEU) ebakvaliteetsetest andmetest.

Erasektor koosneb neljast erinevast rahastajast: erakindlustus, MTÜd, eraettevõtted ning eraisikud (inimeste omaosalus). Võrreldes eelmise aastaga nende rahastajate osakaalud 2005. aastal eriti ei muutunud (tabel 14).

Tabel 14. Erasektori tervishoiukulude jaotus, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
ERAKINDLUSTUS	5 238	0,3%	23 513	1,2%	349%
INIMESTE OMAOSALUS	1 658 949	89%	1 794 269	89%	8%
MTÜd	3 428	0,2%	3 247	0,2%	-5%
ERAETTEVÕTTED	200 086	11%	200 834	10%	0%
ERASEKTOR KOKKU	1 867 702	100%	2 021 863	100%	8%

Sarnaselt eelmistele aastatele toimus ka 2005. aastal erasektori kulude kasv peamiselt leibkondade ehk omaosaluse kulutuste kasvu arvel. Jõulisalt kasvasid ka erakindlustuse kulud.

Mittetulundusühingud (edaspidi MTÜ), mille kõige märkimisväärsem esindaja Eestis on Eesti Punane Rist, kulutasid 2005. aastal peaaegu sama palju kui eelneval aastal. Samas muutus rahastatud teenuste jaotus aastatega. 2004. aastal kulus MTÜ-de raha peamiselt mittenakkushaiguste (2 miljonit 395 tuhat krooni) ja nakkushaiguste tõkestamisele (335 tuhat krooni). Lisaks sellele investeeriti 2004. aastal ka koolitervishoiu teenusesse (339 tuhat krooni).

Ka 2005. aastal rahastasid MTÜ-d peamiselt mittenakkushaiguste tõkestamise teenuseid (3 miljonit krooni). Kuid nakkushaiguste tõkestamise ja koolitervishoiu teenuste finantseerimine MTÜ-de poolt vähenes 2005. aastal tugevasti, vastavalt 13 tuhande ja 179 tuhande kroonini.

Tabelist 15 on näha, et erasektor kulutab kõige rohkem meditsiinitoodetele (ravimid jne). 2005. aastal kulutas erasektor kõigile tervishoiuteenustele rohkem kui eelmisel aastal. Kõige suurem kasv toimus tervishoiu tugiteenustele tehtavate kulutuste osas (85%). Seda tõusu mõjutas põhiliselt inimeste oma taskust kliinilistele laboratoorsetele uuringutele tehtavate kulutuste kasv.

Nii nagu eelnevalgi aastal jätkus 2005. aastal erasektori kulutuste kasv hooldusravile (2004. a. – 72% ja 2005.a. – 78%).

Tabel 15. Erasektori poolt rahastatud tervishoiuteenused, 2004-2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus 2005/2004
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	
AKTIIVRAVI	480 437	26%	412 957	20%	-14%
TAASTUSRAVI	133 802	7%	199 586	10%	49%
HOOLDUSRAVI	22 288	1%	39 696	2%	78%
TERVISHOIU TUGITEENUSED	16 826	1%	31 046	2%	85%
MEDITSIINITOOTED (sh ravimid)	1 187 541	64%	1 311 301	65%	10%
PREVENTSIOON	26 808	1%	26 246	1%	-2%
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE JA RAVIKINDLUSTUS	...	...	31	0%	...
KAPITALIKULUD	-	-	1 000	0%	...
KOKKU	1 867 702	100%	2 021 863	100%	8%

Vaatamata sellele, et erakindlustuse kulud aktiivraviteenustele 2005. aastal oluliselt kasvasid, oli leibkonna kulude vähenemine selles kategoorias palju kaalukam, mis kokkuvõttes viis terve erasektori aktiivravikulutuste vähenemisele (14%). 2005. aastal kulutasid inimesed vähem hambaravile ning meditsiinilisele massaažile, nõelravile, ravivõimlemisele jms kui eelmisel aastal. Ühtlasi tuleb tõdeda, et kulude langus aktiivraviteenustele ei olnud erasektoris eriti jõuline.

Eesti tervishoiukulud 2005

2005. aastal on esimest korda näidatud erasektoris ravikindlustuse administreerimise kulu. See sai teoks tänu ühele erakindlustusfirmale, mis suutis esimest korda arvutada, kui palju tal kulub tervisekindlustuse administreerimisele.

Samuti on sellel aastal esimest korda näidatud erasektori poolt rahastatud kapitalikulud. Tavaliselt RTA järgi erasektor otseselt kapitalikulusid ei finantseeri. Kuid antud juhul on tegemist erandiga. 2005. aastal annetas üks äriees ühele haiglale raha koosolekuruumide renoveerimiseks.

Nagu ka eelneval aastal, kulutati 2005. aastal suurem osa erasektori rahast läbi ambulatoorse ravi pakkujate ja meditsiinitoodete pakkujate (peamiselt apteegid). Absoluutsummas kasvasid kõige rohkem läbi meditsiinitoodete pakkujate (124 mln krooni) ja haiglate (81 mln krooni) tehtavad kulutused (tabel 16).

Tabel 16. Erasektori kulutused tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
HAIGLAD	169 035	9%	250 104	12%	48%
HOOLDUS- JA PÕETUSRAVI ASUTUSED	22 288	1%	38 275	2%	72%
AMBULATOORSE RAVI PAKKIJAD	485 711	26%	416 629	21%	-14%
MEDITSIINITOODETE PAKKIJAD	1 187 540	64%	1 311 301	65%	10%
sh Apteegid	1 082 431	58%	1 193 557	59%	10%
Optika poed	78 434	4%	88 654	4%	13%
Muud ravimite ja med. kaupade Pakkijad	26 675	1%	29 090	1%	9%
RAHVATERVISE PROGRAMMIDE KORRALDAJAD	2 789	0,0%	4 340	0,2%	56%
ÜLDISE TERVISHOIU ADMINISTREERIMISEGA TEGELEVAD ASUTUSED	...	...	31	0%	...
MUUDE TEGEVUSHARUDE ASUTUSED (sh Koolid)	339	0%	183	0%	-46%
KOKKU	1 867 702	100%	2 020 863	100%	8%

Ambulatoorse ravi pakkujatele tehtud kulude vähenemine on peamiselt tingitud leibkonna hambaravikulutuste vähenemisest.

Järgmisena toome eraldi välja kõik erasektori finantseerijad ja vaatame kui palju igaiüks neist teatud tervishoiuteenusele kulutas.

Tabel 17. Erasektori kulutused tervishoiuteenuste ja rahastamise allikate lõikes, 2005

	Erakindlustus		Inimeste omaosalus		MTÜd		Eraettevõtted		ERASEKTOR KOKKU	
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%
Aktiivravi	20 037	85%	392 920	22%	-	-	...	...	412 957	100%
Taastusravi	703	3%	198 883	11%	-	-	...	...	199 586	100%
Hooldusravi	1 742	7%	37 954	2%	-	-	-	-	39 696	100%
Tervishoiu tugiteenused	0	0%	31 046	2%	-	-	...	...	31 046	100%
Meditsiinitooted	996	4%	1 132 466	63%	-	-	177 839	88%	1 311 301	100%
Preventsioon	4	0%	0	0%	3 247	100%	22 995	12%	26 246	100%
Tervishoiu administreerimine ja ravikindlustus	31	0%	0	0%	-	-	-	-	31	100%
Kapitalikulud	0	0%	1000	0%	-	-	-	-	1 000	100%
Kokku	23 513	100%	1 794 269	100%	3 247	100%	200 834	100%	2 021 863	100%

1) **Erakindlustuse** all mõistetakse kõiki erakindlustusettevõtteid peale sotsiaalkindlustuse ehk teisisõnu alternatiivkindlustust EHK-le. Erakindlustuse kulutused hõlmavad nii eraldiseisvat tervisekindlustust kui ka tervise osa reisi- ja liikluskindlustusest.

2005. aastal moodustas erakindlustuse tervishoiukulude osatähtsus 1,2 protsenti erasektori kulutustest (tabel 14). Kõige rohkem kulutas erakindlustus 2005. aastal aktiivraviteenustele (85%). Sellest kõige rohkem kulus hospitaliseeritud patsientide ravile.

2) **Inimeste omaosaluse** osatähtsus oli erasektori tervishoiukulutustest kõige suurem – 89% (2004.a. – 89%), moodustades 20% (2004.a. – 21%) tervishoiu kogukulutustest. Omaosalus suurenes 2005. aastal võrreldes eelneva aastaga 135 miljoni krooni ehk 8% võrra. See oli viimase nelja aasta jooksul üks madalamatest tõusudest leibkonna tervishoiukuludes.

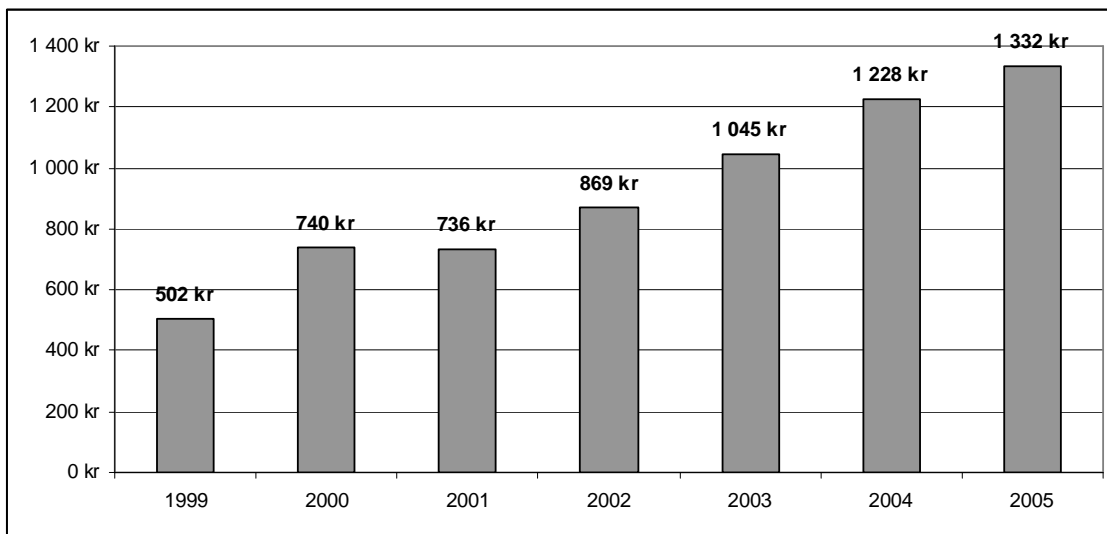
Tabelis 18 on näha, et omaosaluse suurenemine toimus meditsiinitoodete sh retseptiravimite (kasv 65 mln krooni) ning taastusravi (kasv 65 mln krooni) kulude kasvu arvel. Hambaravile tehtavad kulud vähenesid absoluutnumbrites 77 mln krooni võrra. Nagu eespool ka mainitud on see muutus põhjendatud 2005. aasta LEU andmete halva kvaliteediga.

Tabel 18. Omaosalus tervishoiuteenuste lõikes, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
AKTIIVRAVI	475 328	29%	392 920	22%	-17%
sh Hospitaliseeritud patsientide ravi	30 496	2%	35 598	2%	17%
Ambulatoorne ravi	444 831	27%	357 322	20%	-20%
Sh hambaravi	385 136	23%	308 453	17%	-20%
TAASTUSRAVI	133 761	8%	198 883	11%	49%
HOOLDUSRAVI	22 286	1%	37 954	2%	70%
TERVISHOIU TUGITEENUSED	16 715	1%	31 046	2%	86%
MEDITSIINITOOTED	1 010 805	61%	1 132 466	63%	12%
sh Retseptiravimid	658 611	40%	723 728	40%	10%
Käsimüügiravimid	222 401	13%	260 577	15%	17%
Prillid ja muud nägemistarbed	78 418	5%	88 654	5%	13%
PREVENTSIOON	55	0,00%	...	...	0,00%
KAPITALIKULUD	-	-	1000	0,06%	...
KOKKU	1 658 949	100%	1 794 269	100%	8%

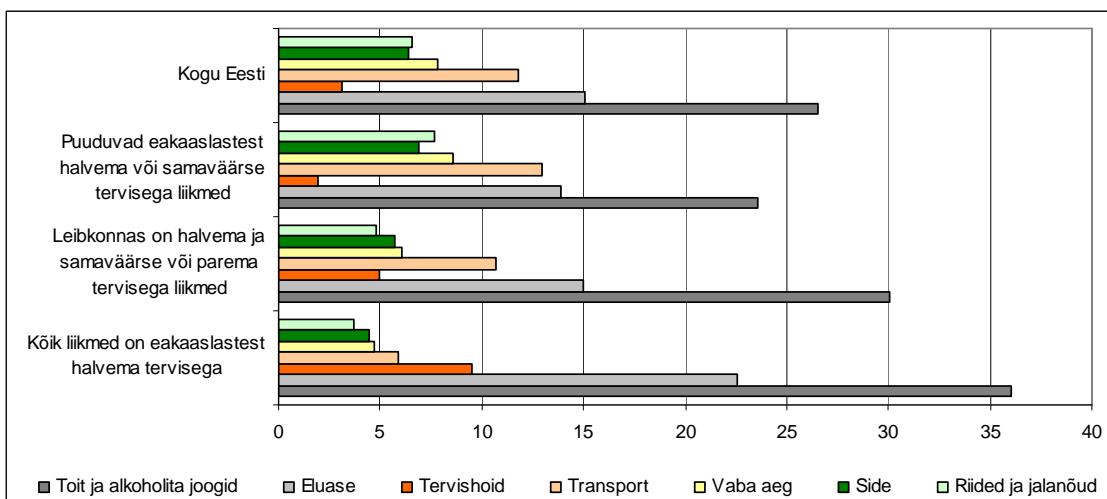
Nagu tavaliselt, kulutasid eraisikud kõige rohkem meditsiinitoodetele (1 miljard 132 miljonit krooni) ja aktiivraviteenustele (393 miljonit krooni). Omaosaluse kulutused moodustasid 2005. aastal arvestuslikult ühe elaniku kohta 1 332 krooni. 2004. aastal oli sama näitaja 1 228 krooni (joonis 10).

Joonis 10. Omaosalus *per capita*, 1999–2005, kroonid



Joonisel 11 on toodud Eesti leibkondade kulutused kululiikide järgi. Ilmneb, et tervishoiule kulutavad leibkonnad loetletud kuuest kululiigist keskmiselt kõige vähem. Samas on selgelt näha, et tervishoiukulude osakaal sõltub leibkonna liikmete tervislikust seisundist.

Joonis 11. Leibkondade kuu keskmised kulud 2005, protsendid



Allikas: ESA, Leibkonna Elujärg, 2005

Joonis: Autor

Leibkonnad, kus kõik liikmed on eakaaslastest halvema tervisega, kulutavad tervishoiule kõige rohkem ehk 9,5% oma väljaminekutest. Sellistel leibkondadel moodustavad tervishoiule tehtavad kulud järjekorras kolmanda kulugrupi.

Omaosalus tervishoiuteenuste pakkujate lõikes realiseeriti järgmiselt:

Tabel 19. Omaosalus tervishoiuteenuste osutajate lõikes, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
HAIGLAD	164 257	10%	234 481	13%	43%
HOOLDUS- JA PÕETUSRAVI ASUTUSED	22 286	1%	37 954	2%	70%
AMBULATOORSE RAVI PAKKIJAD	461 548	28%	388 368	22%	-16%
Sh Hambaravikeskused	385 136	23%	308 453	17%	-20%
MEDITSIINITOODETE PAKKIJAD	1 010 804	61%	1 132 466	63%	12%
Sh Apteegid	905 711	55%	1 014 722	57%	12%
Optika poed	78 418	5%	88 654	5%	13%
Muud ravimite ja med.kaupade pakkujad	26 675	2%	29 090	2%	9%
RAHVATERVISE PROGRAMMIDE KORRALDAJAD	55	0,00%	...	...	...
KOKKU	1 658 950	100%	1 793 269	100%	8%

Nagu eelpool mainiti, kulutasid eraisikud kõige rohkem meditsiinitoodele. Sellega finantseerisid nad kõige rohkem meditsiinitoode pakkujaid (1 miljard 132 miljonit krooni ehk 63%). Nagu eelnevalgi aastal kulutati suurim osa sellest apteekide kaudu. Ambulatoorse ravi osutajate finantseerimine leibkondade poolt vähenes 73 miljonit krooni ehk 16% võrra. Tabelist 19 on näha, et ambulatoorse ravi osutajatele tehtud kulutuste langus oli tingitud hambaraviteenuse pakkujatele tehtud kulutuste vähenemisest.

3) Eraettevõtete tervishoiukulutused moodustasid erasektori kulutustest 10 protsenti (tabel 14) ja tervishoiu kogukulutustest 2,3 protsenti (2003.a. vastavalt 11% ja 2,6%). Kuigi eraettevõtete kulutuste osakaal erasektori kulutustest vähenes, siis tervisele kulutatud kogusumma jäi peaaegu 2004. aasta tasemel.

Eraettevõtete all on näidatud ettevõtete omatulust tehtud kulutused tervishoiule, s.h. Medicover Eesti AS vahendusel töötajate kohustusliku meditsiinilise läbivaatuse kulutused. Peamiselt tegid eraettevõtted kulutusi käsimüügiravimitele ja preventsoonile ehk töötervishoiule. Kulutused käsimüügiravimitele olid 178 miljonit krooni, mis moodustasid 88% eraettevõtete kulutustest ning töötervishoiule 23 miljonit krooni (12 %) (tabel 17).

1.3.3 Välismaailm

Eesti tervishoiu rahastamise osakaal välisallikatest ei ole eriti suur. 1999. aastal moodustas see 3,5% THKK-st ning jõudis 2001. aastaks peaaegu nullini. 2004. aastal rahastamine välisallikatest siiski suurenes, ulatudes 35 miljoni kroonini ehk 0,5 protsendini THKK-st. 2005. aastal välisallikate finantseerimine vähenes, jõudes 25 miljoni kroonini (0,3%). Peamine vähenemine toimus nakkushaiguste tõkestamisele minevate summade arvel.

Välisallikate laekumisi on peamiselt kasutatud investeringuteks inimressurssi ja tehnoloogiasse ning ka tegevuskulude katteks. Nagu ka eelneval aastal, saadi 2005. aastal välisabi preventsooni ja elanikkonna tervishoiu, sh nakkushaiguste tõkestamise programmide läbiviimiseks (16 mln krooni e 65%), tervishoiusüsteemi haldamiseks üldvalitsuse tasandil (6 mln krooni ehk 23%) ning kapitalikuludeks (3 mln krooni e 11%). Välisallikatest rahastamine ei sisalda laenusummasid.

Valitsus taotles haiglatega seotud investeringuteks toetust Euroopa Regionaalarengu Fondist. Eesti saab sealt haiglate arendamisega seotud investeringuteks ligikaudu 388 miljonit krooni. Seetõttu on oodata, et rahastamine välisallikatest suureneb.

Süstivate narkomaanide hulgas toimunud HIV/AIDS-i puhangu tõttu 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 [4, lk 54].

1.4. Tervishoiuteenuste osutajad

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

2005. aasta lõpul tegutses Eestis 1 288 iseseisvat tervishoiuasutust. Tervishoiuasutusi võib liigitada mitmeti. Käesolevas analüüsis on need liigitatud teenuste järgi. Teenuse liigi määramisel on olulisimaks loetud statsionaarse tervishoiuteenuse osutamist: kui asutus osutab statsionaarset teenust, liigitatakse ta haiglaks sõltumata ülejäänud teenuste osutamisest. Ambulatoorse ja päevaravi teenuse pakkujad on liigitatud vastavalt põhiteenusele ehk teenusele, mille osutamine moodustab suurima osa asutuse tööst. Selle järgi on asutused jaotatud üldarstiabi, eriarstiabi, hambaravi ja muudeks asutusteks.

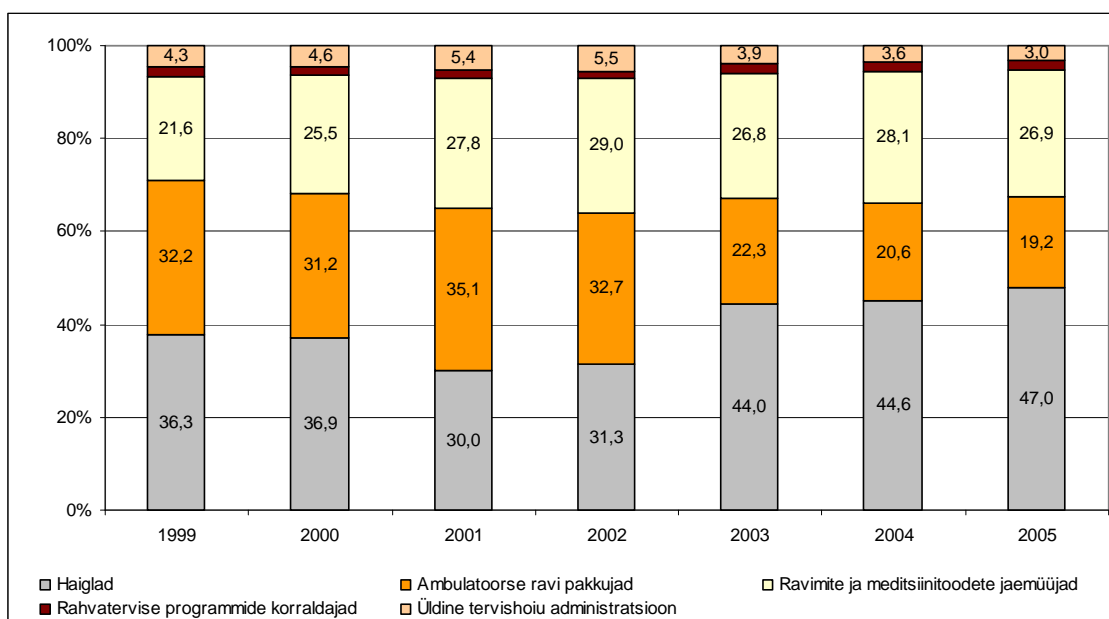
Eespool kirjeldatud liigituse kohaselt tegutses Eestis 2005. aasta lõpul 54 haiglat, 724 ambulatoorset, 447 hambaravi ja 63 muud asutust. Ambulatoorsetest asutustest oli omakorda 491 üld- ja 233 eriarstiabiasutust; üldarstiabiasutustest oli valdav enamus perearstiabiasutused – 476. Muud asutused jagunesid järgmiselt: 6 kiirabi-, 35 taastusraviasutust, 9 diagnostikateenust osutavat asutust, 1 vereteenistus ning 10 iseseisvat õendusabiasutust.

Haiglate arv stabiliseerus juba 2002. aastaks ning 2005. aasta lõpus tegutses Eestis 54 haiglat. Haiglate liigituse määrab “Tervishoiuteenuste korraldamise seadus”, mille kohaselt on haigla kas piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, erihaigla, taastusravihaigla või hooldusravihaigla. 2005. aasta lõpul tegutses Eestis 3 piirkondlikku haiglat, 4 keskhaiglat, 12 üldhaiglat, 6 kohalikku haiglat, 6 erihaiglat, 3 taastusravihaiglat ja 20 hooldusravihaiglat.

Ka ambulatoorsete tervishoiuasutuste arv on hakanud stabiliseeruma. Asutuste arv suurenes vaid perearsti- ja hambaravi asutuste seas, kuid ka siin oli kasv marginaalne.

Eesti tervishoiusüsteem on haiglatele- ja aktiivraviteenustele keskenduv. Haiglad kasutavad suure osa tervishoiusüsteemi ressursidest ja jäävad suuremateks teenusepakkujateks. Järgmised on ambulatoorsete teenuste osutajad ning meditsiinkaupade jaemüüjad ja teised meditsiinitoodete pakkujad (sh apteegid) (joonis 12).

Joonis 12. Kulud tervishoiuteenuste osutajate järgi, 1999–2005, protsendid



Haiglate kaudu tehtavate kulutuste osakaal on viimasel kolmel aastal oluliselt kasvanud ja ambulatoorse ravi pakkujate osakaal vähenenud. Samuti vähenesid tervishoiu administreerimise kulud, mis toimus põhiliselt EHK tegevuskulude vähenemise tõttu.

Rahvatervise programmide korraldamine on kõik kuus aastat püsinud suhteliselt samal tasemel.

Tabel 20. Tervishoiuteenuste osutajad, 2004-2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
HAIGLAD	3 449 271	45%	4 100 470	47%	19%
HOOLDUS- JA PÕETUSRAVI ASUTUSED	94 679	1%	159 738	2%	69%
AMBULATOORSE RAVI PAKKIJAD	1 590 426	21%	1 672 575	19%	5%
JAEMÜÜK JA TEISED MEDITSIINITOODETE PAKKIJAD	2 177 126	28%	2 348 402	27%	8%
RAHVATERVISE PROGRAMMIDE KORRALDAJAD	145 402	2%	173 638	2%	19%
ÜLDISE TERVISHOIU ADMINISTREERIMISEGA TEGELEVAD ASUTUSED	276 585	4%	264 640	3%	-4%
MUUDE TEGEVUSHARUDE ASUTUSED	543	0,01%	586	0,01%	8%
VÄLISMAAILM	1 554	0,02%	13 094	0,15%	743%
KOKKU	7 735 586	100%	8 733 143	100%	13%

Enne Eesti ühinemist Euroopa Liiduga kattis vastavalt eelnevalt sõlmitud kokkuleppele välismaal tehtud ravikulud EHK. Seda, juhul kui tegemist oli haruldase haigusega ja kui ravi ei olnud Eestis kättesaadav. Pärast liitumist on süsteem muutunud kahepoolseks ja välisriigis plaanilise ravi taotlejate arv on tõusnud. Siiski on välismaal tehtud ravikulude osa tervishoiueelarves siiaamaani väike (tabel 20).

1.4.1 Haiglad

Vaatamata sellele, et haiglate ja voodikohtade arv on aasta-aastalt vähenenud, on aktiivravi haiglavõrk endiselt liiga suur ning selle infrastruktuuri ülalpidamine kulukas. Haiglad moodustasid 2005. aastal suurima tervishoiuteenuste osutajate rühma, mille kulutused võrreldes eelmise aastaga kasvasid veelgi. 2005. aastal pakkusid haiglad teenuseid 4,1 miljardi krooni eest ehk 19% võrra rohkem kui 2004. aastal. Haiglate kulutused tervishoiuteenuste lõikes 2004. ja 2005. aastal on toodud tabelis 21.

Tabel 21. Haiglate kulutused tervishoiuteenuste lõikes, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
AKTIIVRAVI	2 767 907	80%	3 355 881	82%	21%
sh Hospitaliseeritud patsientide ravi	2 192 025	64%	2 641 214	64%	20%
sh Päevapatsientide ravi	90 752	3%	134 232	3%	48%
sh Ambulatoorne ravi	462 318	13%	557 562	14%	21%
sh Kodune ravi	22 812	1%	22 873	1%	0%
TAASTUSRAVI	189 066	5%	265 677	6%	41%
HOSPITALISEERITUD PATSIENTIDE PIKAAJALINE HOOLDUSRAVI	81 043	2%	97 833	2%	21%
TERVISHOIU TUGITEENUSED	411 255	12%	381 040	9%	-7%
sh Kliinilised laboratoorsed uuringud	200 302	6%	218 962	5%	9%
sh Radioloogilised uuringud	210 953	6%	158 535	4%	-25%
PREVENTSIOON JA ELANIKKONNA TERVISHOID	...	...	40	0%	...
sh Mittenakkushaiguste tõkestamine	...	...	40	0%	...
KOKKU	3 449 271	100%	4 100 470	100%	19%

Põhilise osa tervishoiuteenustest osutasid haiglad aktiivraviteenuste näol. 2005. aastal osutasid haiglad aktiivraviteenuseid ligi 3,4 miljardi krooni eest, millest peamise osa moodustas hospitaliseeritud patsientide ravi. Võrreldes eelmise aastaga toimus kulude kasv ambulatoorse aktiivravi arvel – 21 protsenti. Kuid protsentuaalselt kõige kiirem kasv toimus päevaravis – 48 protsenti.

Iga riigi eesmärk on vähendada hospitaliseeritud patsientide ravi ambulatoorse ravi arvel. Vaadates kuueaastast trendi võib märkida, et Eestis hospitaliseeritud patsientide ravi osakaal on märgatavalt vähenenud. Ainuüksi hospitaliseeritud patsientide ravi kulud aktiivravi puhul moodustasid 1999. aastal 97% ja 2005. aastal ainult 64%. Võrreldes eelmise aastaga pole aktiivraviteenuste viiside kulutused haiglas muutunud: hospitaliseeritud patsientide ravi – 64%, päevaravi – 3%, ambulatoorne ravi – 13%-14% ja koduravi –1%.

1.4.2 Ambulatoorse ravi osutajad

Alates 2003. aastast moodustavad ambulatoorse ravi osutajad pidevalt suuruselt kolmanda teenuste pakkujate rühma, pärast haiglaid ning jaemüüjaid ja teiste meditsiinitoodete pakkujaid.

2005. aastal kulutati läbi ambulatoorse ravi pakkujate kokku 1,7 miljardit krooni, mis on 5% võrra rohkem kui 2004. aastal. Vaatamata sellele on ambulatoorse ravi pakkujate osakaal kuue aasta jooksul tunduvalt vähenenud, 1999. aastal – 32%, 2001. aastal – 35% ja 2005. aastal – ainult 19%.

Tabel 22. Ambulatoorse ravi osutajate kulutused tervishoiuteenuste lõikes, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
AKTIIVRAVI	1 263 588	79%	1 242 038	74%	-2%
sh Päevapatsientide ravi	26 853	2%	23 601	1%	-12%
sh Ambulatoorne ravi	1 236 635	78%	1 214 231	73%	-2%
<i>põhilised meditsiini ja diagnostika teenused</i>	589 710	37%	643 137	38%	9%
<i>Hambaravi</i>	598 526	38%	529 748	32%	-11%
sh Kodune ravi	100	0,01%	1160	0,1%	1060%
TAASTUSRAVI	5 646	0,40%	3 185	0,2%	-44%
HOOLDUSRAVI	6 934	0,40%	10 027	0,6%	45%
TERVISHOIU TUGITEENUSED	287 010	18%	355 397	21%	24%
sh Patsientide transport ja päästetegevus (kiirabi)	178 000	11%	206 497	12%	16%
PREVENTSIOON JA ELANIKKONNA TERVISHOID	27 248	2%	28 587	2%	5%
ÜLDINE TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	...	...	33 341	2%	...
sh Tervishoiusüsteemi haldamine üldvalitsuse tasandil	...	...	33 341	2%	...
KOKKU	1 590 426	100%	1 672 575	100%	5%

Täna osutavad ambulatoorse ravi pakkujad aktiivraviteenuseid peamiselt ambulatoorse ravi näol, mille moodustavad põhiliselt meditsiini- ja diagnostikateenused ning hambaravi (tabel 22). Ambulatoorse ravi pakkujate kulude kasvu üheks põhjuseks oli perearsti pearaha piirhindade tõus tingituna tervishoiutöötajate palgakokkuleppe

täitmisest ning kauguse lisatasu piirhinna tõus, et toetada kaugemal asuvaid perearstipraksiseid.

2005. aastal tegid ambulatoorse ravi osutajad kulutusi ka üldise tervishoiu administreerimisele. See on Põhja-Eesti Verekeskuse likvideerimise ja sealsete töötajate koondamisega seotud kulu.

1.4.3 Ravimite ja meditsiinivahendite jaemüüjad

Ravimite ja meditsiinivahendite jaemüüjad nagu apteegid, prillide ja teiste nägemisvahendite ning kuulmisaparaatide ja muude kuulmisvahenditega varustajad osutasid 2005. aastal teenuseid 2 miljardi 348 miljoni krooni eest. Võrreldes eelneva aastaga kasvasid kulud 171 miljoni krooni ehk 8% võrra. See oli üks tagasihoidlikumaid kasve viimase kuue aasta jooksul. Viimase viie-kuue aasta jooksul jäi osakaal üldiselt stabiilseks.

Tabel 23. Ravimite ja meditsiinivahendite jaemüüjad, 2004–2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
APTEEGID	1 962 758	90%	2 091 372	89%	7%
PRILLIDE JM NÄGEMISVAHENDITE JAEMÜÜJAD	81 495	4%	93 067	4%	14%
KUULMISAPARAATIDE JM KUULMISVAHENDITE JAEMÜÜJAD	9 211	0,40%	13 723	1%	49%
TEISTE MEDITSIINIVAHENDITE JAEMÜÜJAD	123 662	6%	150 240	6%	21%
KOKKU	2 177 126	100%	2 348 402	100%	8%

Võrreldes 2004. aastaga kasvasid 2005. aastal kulud kõikide jaemüüjate ja varustajate poolt pakutavatele kaupadele. Kõige rohkem kasvasid kuulamisaparaatide ja muude kuulmisvahendite soetamiseks tehtavad kulud. Antud muutused nimetatud kululiikide

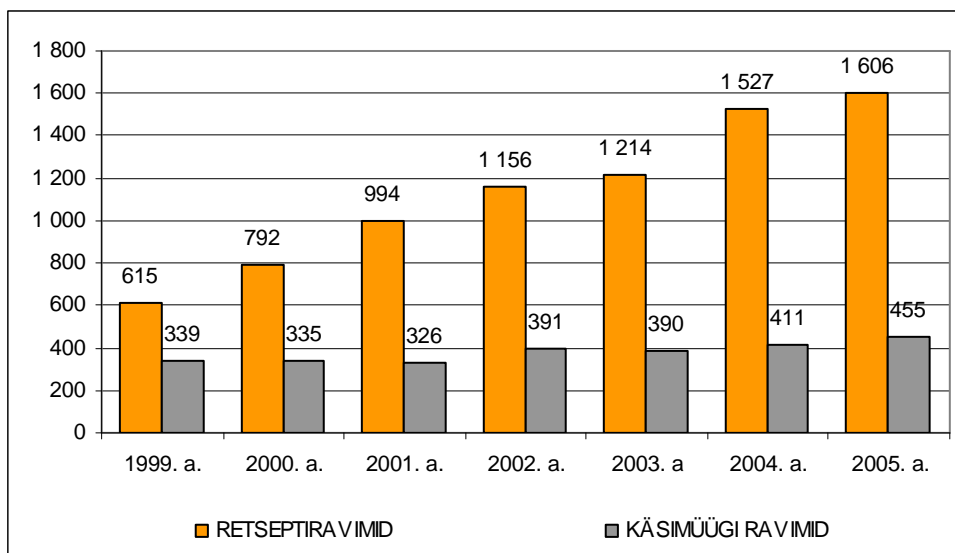
osas toimusid põhiliselt valitsuse poolt tehtavate kulutuste arvel, mida rahastatakse sotsiaalhoolekande programmide kaudu.

Apteekide ja teiste meditsiinitoodete jaemüüjate põhilisteks finantseerijateks on leibkonnad. Seega mõjutavad neid kahte pakkujate liiki eelkõige leibkondade tarbimisharjumused.

Apteekide ravimimüügi käive on aastast aastasse kasvanud. 2005. aastal oli see 2 miljardit 92 miljonit krooni, mis oli 128,6 miljoni krooni rohkem kui 2004. aastal. Sellest kasvust 85 protsenti moodustas leibkondade kulude kasv.

Ravimite müük ühe elaniku kohta oli 2005. aastal arvestuslikult 1 529 krooni, mis kasvab pidevalt ja jõudsalt (näiteks, 2000. aastal – 822 krooni, 2002. aastal – 1 136 krooni ja 2004. aastal – 1 434 krooni).

Joonis 13. Apteekide kulutused ravimiliigiti, 1999–2005, mln krooni



Seitsme aasta jooksul suurenesid kulutused nii retseptiravimitele kui ka käsimüügi ravimitele. Sellel perioodil kulutused retseptiravimitele kahekordistusid (1999.a. – 615 miljonit krooni ja 2005.a. – 1 miljard 606 miljonit krooni). Kulud käsimüügiravimitele kasvasid palju tagasihoidlikumalt.

1.4.4 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. Ennetava tegevuse põhjustajajärg seosed vähendavad kulusid konkreetsete terviseprobleemide ravile. Tervise edendamise eesmärk on kujundada inimese tervist väärtustavat ja soodustavat käitumist ning elulaadi ja arendada sihipäraselt tervist toetavat elukeskkonda.

Rahvatervise programmid sisaldavad teenuseid nagu: ema ja lapse tervishoid, pereplaneerimine ja nõustamine, koolitervishoid, nakkushaiguste tõkestamine, mittenakkuslike haiguste tõkestamine jne, mis 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 korralduse kulutuste suurus oli 173 miljonit krooni, mis oli 27 miljoni krooni ehk 19% võrra suurem kui eelneval aastal. Mainitud pakkujate osatähtsus tervishoiu jooksvatest kulutustest aastatega väheneb. 2005. aastal oli see 2,0%, 2004. a – 2,2% ja 2003.a – 2,5%.

Suuremad riigieelarvest rahastatavad rahvatervisealased programmid on:

- HIV ja AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002–2006;
- Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012;
- Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020;
- Rahvatervise teadus- ja arendustegevuse riiklik sihtprogramm 1999–2009.

2005. aastal toimus lähtuvalt muudatustest riigihangete seaduses üleminek riigihangete põhisele tervise edendamise rahastamisele. Varem kodanikualgatusel põhinevatele projektitaotlustele ülesehitatud projektide rahastamise süsteem muutus tsentraalselt planeeritud tegevuste tellimise ja järelevalve süsteemiks. Tsentraalselt planeeritava süsteemi rakendamine on küll administratiivselt keerukam, ent võimaldab rahastada tegevusi valdkondades, mis on tõenduspõhised, kulutulused ning aitavad kaasa riigis kavandatavate süsteemsete muudatuste elluviimisele. Riigihangete põhimõtetest lähtuvalt on tagatud tervise edendamise vahendite võimalikult efektiivne kasutamine ja seda varasematest aastatest väiksema eelarvega.

Riikliku programmi olemasolu mingis valdkonnas on kindlasti vähendanud EHK poolt tehtavaid kulutusi sellele valdkonnale.

Haiguste ennetuse ja terviseedenduse alastesse tegevustesse investeeris EHK 2005. aastal 83 miljonit krooni. EHK haiguste ennetamise tähtsaimad projektid olid:

- Pärilike haiguste sünnieelne diagnostika
- Osteoporoosi ennetamise projekt
- Südamehaiguste ennetamise projekt
- B-hepatiidi vastane vaktsineerimine⁴
- Emakakaelavähi varajase avastamise projekt
- Vastsündinute kuulmisskriining

Haigekassa tegeleb tervise edendamisega projektitöö kaudu. EHK nõukogu kinnitab prioriteedid kooskõlastatult Sotsiaalministeeriumiga. 2005. aastal rahastati 34 projekti, neist 14 projekti tegevus jätkub ka 2006. aasta I poolaastal. 2005. aasta I kvartal oli enamuse projektide puhul partnerite leidmise ja projektide käivitamise etapiks. Sellest tulenevalt nihkusid pikaajaliste projektide puhul esialgselt planeeritud tegevused. Eesmärkide täitmiseks kavandatud terviseedenduse tegevus oli suunatud peamiselt kahele sihtrühmale: kooliõpilased ja täiskasvanud. Lisanduva sihtrühmana on määratletud rasedad, väikelaste vanemad ja krooniliste haigustega patsiendid.

⁴ Alates 2006. aastast tehakse B-hepatiidi vaktsineerimist riigieelarvest riikliku immuniseerimiskava alusel.

Tabel 24. Rahvatervise programmide korraldajate kulutused funktsioonide lõikes, 2004-2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus
	tuhat krooni	%	tuhat krooni	%	2005/2004
Emaj ja lapse tervishoid; pereplaneerimine ja nõustamine	1 522	1%	19 128	11%	1156%
Koolitervishoid	34 657	20%	38 374	22%	11%
Nakkushaiguste tõkestamine	61 767	36%	63 848	37%	3%
Mittenakkushaiguste tõkestamine	47 999	28%	51 983	30%	8%
KOKKU	145 945	84%	173 334	100%	19%

Suurimad kulutused rahvatervise programmide valdkonnas on tehtud mittenakkuslike haiguste ja nakkushaiguste tõkestamisel. Kulud emaj ja lapse tervishoiule; pereplaneerimisele ja nõustamisele langesid 2004. aastal märkimisväärselt. Kuid 2005. aastal jõudsid kulutused tänu EHK rahastamisele tagasi varasemate aastate tasemeni (2003. aasta – 17 miljonit 173 tuhat krooni).

Alates 2001. aastast rakendatakse ka Rahandusministeeriumi kaudu hasartmängumaksust finantseeritavad projekte, mis on suunatud narkomaanide, alkohoolikute ja HIV-positiivsete abistamisele ning muule terviseedendusele.

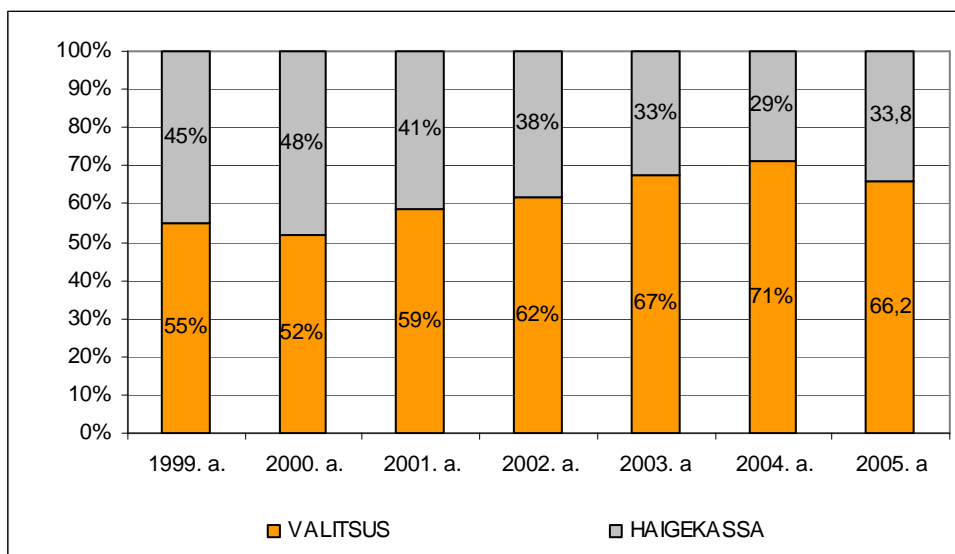
1.4.5 Üldise tervishoiu administreerimisega tegelevad asutused

Üldise tervishoiu administreerimise kulutused olid 2005. aastal 264,6 miljonit krooni, mis oli 11,9 miljonit krooni ehk 4% vähem kui eelneval aastal. Seega langesid administreerimise kulud 2003. aasta tasemele (264,9 miljoni krooni).

Nimetatud kulutused koosnevad peamiselt valitsuse ehk Sotsiaalministeeriumi⁵ ja tema hallatavate asutuste ning EHK tegevuskuludest. Üldises tervishoiu administreerimise kulutustes sisalduvad ka erakindlustuse tervisekindlustuse valdkonnaga seotud tegevuskulud, kuid need summad on marginaalsed ja ei kajastu järgmisel joonisel.

⁵ Siinjuures on Sotsiaalministeeriumi kulutused teatud määral tinglikud, sest kokkuleppeliselt on igal aastal tervishoiu tegevuskuludeks arvestatud 1/3 ministeeriumi kõikidest tegevuskuludest.

Joonis 14. Üldise tervishoiu administreerimise kulutuste osakaal, 1999-2005⁶



Üldise tervishoiu administreerimise kulude langus toimus nii absoluutnumbrites kui THKK suhtes protsentuaalselt. Seda valitsuse kulutuste vähenemise pärast, samal ajal kui EHK administreerimise kulud kasvasid.

⁶ 2003. aastal toimus leppeline kasv, sest toimus meetodika muutus. Alates 2003. aastast on valitsuse administreerimise kulutuste hulka arvestatud ka allasutuste omatulist tehtud kulutused, mis tinglikult suurendavad valitsuse kulutusi.

1.5. Tervishoiuteenused

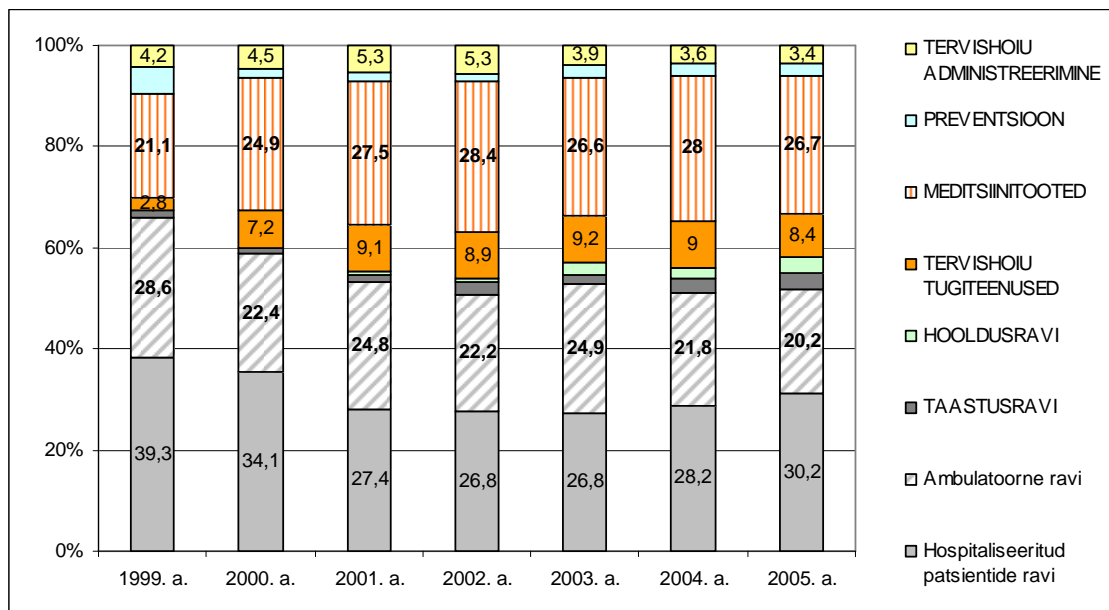
Nagu varem öeldud on Eesti tervishoiusüsteem aktiivraviteenustele keskenduv, mida illustreerib ka joonis 15. Aktiivraviteenused, mis koosnevad hospitaliseeritud patsiendi ravist ja ambulatoorsest ravist, moodustavad suurima osa tervishoiuteenustest. Võrreldes eelmiste aastatega on kulud nende teenuste osas vähenenud (1999.a. – 62,9% ja 2005.a. – 52,5%). Kusjuures hospitaliseeritud patsientide ravi osakaal on võrreldes eelmise aastaga kasvanud ja ambulatoorse ravi kulude osakaal langeb jätkuvalt, mis 2005. aastal saavutas viimase seitsme aasta kõige madalama taseme – 20,2% (joonis 15).

2004. aastaga võrreldes on pikenenud nii statsionaarsel ravil viibimise keskmine aeg kui tõusnud ka statsionaarsete ravipäevade arv vastavalt 5% ja 1%. Võrreldes eelneva aastaga osutati 2005. aastal lihtsamatel juhtudel rohkem ravi ambulatoorselt ja päevaravis. Seetõttu langes statsionaarsete ravijuhtude arv 4 protsenti. Kuna statsionaaris raviti varasema perioodiga võrreldes raskemaid juhtusid, olid need juhud kallimad ja ravil viibimise keskmine aeg pikem.

Ambulatoorsete vastuvõttude koguarv 2005. aastal on võrreldes 2004. aastaga tõusnud 8 protsenti. Kasvanud on ka korduvad vastuvõttud ühe ravijuhu puhul.

Hooldusravi kulu tõusu peamine põhjus oli 2005. aastal eelkõige Vabariigi Valitsuse, Haiglate Liidu ja Arstide Liidu sõlmitud palgakokkulepe, mis määras ära hooldusravi piirhindade tõusu, sh hooldusravi voodipäeva piirhinna tõusu ca 18%. 2001.-2005. aastal on hooldusravi üldkulud suurenenud kokku ligi 66 miljonit krooni, sealjuures on eriti kiiresti arenenud ambulatoorsete hooldusraviteenuste osutamine patsientidele. 2004. aastal käivitus uue teenusena geriaatriline hindamine. Võrreldes 2004. aastaga osutati teenust üle 2 korra rohkem.

Joonis 15. Tervishoiuteenuste osakaal, 1999–2005



Tervishoiu tugiteenuste (laboratoorsed uuringud, kiirabi) kulude osa on viimasel neljal aastal jäänud samaks – keskmiselt 9% THKK-st.

Võrreldes eelmise aastaga on meditsiinitoodete (ravimid, vaktsiinid, proteesid, prillid, meditsiiniline aparatuur) osakaal natuke vähenenud ja preventsiointeenused jäänud enam-vähem samale tasemele.

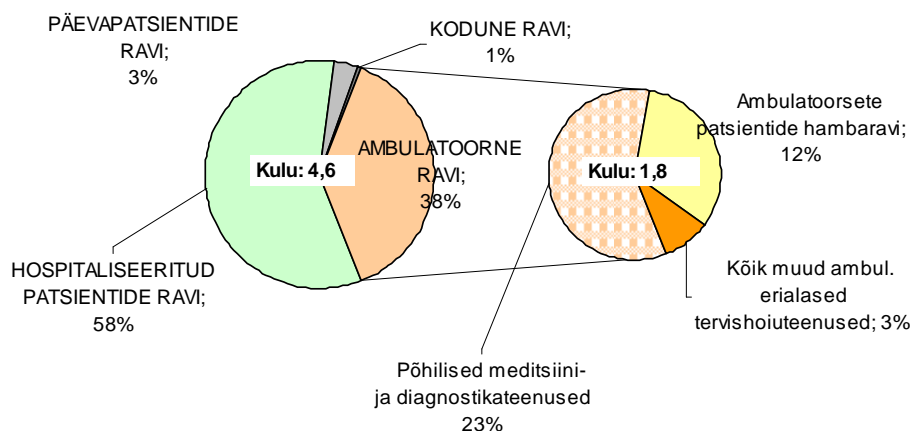
Kapitalinvesteeringute osakaal tervishoiu kogukuludest moodustas teist aastat järjest 0,6 protsenti. Absoluutnumbrites kulutused kasvasid. Samas on suurem osa kapitalikuludest arvestatud raviteenuste sisse ja seda ei ole võimalik eristada.

Kuna aktiivraviteenus moodustab kõige olulisema osa osutavatest tervishoiuteenustest Eestis, siis vaatleme seda veel kord eraldi.

Aktiivraviteenus koosneb hospitaliseeritud patsientide ravist ehk haiglaravist, ambulatoorsest ravist, päevaravist ja kodusest ravist. Kusjuures haiglaravi moodustab ka 2005. aastal kõige suurema osa aktiivraviteenustest, 58 protsenti (joonis 16).

Ambulatoorne ravi, mis koosneb põhilistest meditsiini-ja diagnostikateenustest (23% kogu raviteenustest) ja hambaravist (12%), moodustab suuruselt teise grupi – 38% raviteenustest.

Joonis 16. Aktiivraviteenuste ja ambulatoorse ravi jaotus, 2005, mln krooni ja protsendid



Võttes arvesse, et 2005. aastal elas Eestis 1,348 miljonit inimest, siis olid aktiivraviteenuste kulutused ühe elaniku kohta 2005. aastal 2 422 krooni, mis on 429 krooni rohkem kui 2004. aastal (tabel 25).

Tabel 25. Tervishoiuteenused ühe inimese kohta, 2004-2005

	2004.a.		2005.a.		Muutus 2005/2004
	krooni	%	krooni	%	
AKTIIVRAVI	2 993	52%	3 422	52%	14%
Hospitaliseeritud patsientide ravi	1 628	28%	1 972	30%	21%
Päevapatsientide ravi	87	2%	117	2%	34%
Ambulatoorne ravi	1 261	22%	1 315	20%	4%
<i>Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused</i>	678	12%	772	12%	14%
<i>Ambulatoorsete patsientide hambaravi</i>	465	8%	423	6%	-9%
<i>Kõik muud erialased tervishoiuteenused</i>	118	2%	119	2%	1%
<i>Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi</i>	0	0%	1	0%	2778%
Kodune ravi	17	0%	18	0%	5%
TAASTUSRAVI	144	3%	200	3%	38%
PIKAAJALINE HOOLDUSRAVI	136	2%	198	3%	46%
TERVISHOIU TUGITEENUSED	518	9%	547	8%	5%
MEDITSIINITOOTED	1 616	28%	1 743	27%	8%
PREVENTSIOON JA ELANIKKONNA TERVISHOID	129	2%	150	2%	17%
TERVISHOIU ADMINISTREERIMINE	205	4%	221	3%	8%
KAPITALIKULU	35	1%	40	1%	15%
KOKKU	5 776	100%	6 521	100%	13%

Eesti tervishoiukulud 2005

Arvestuslikult investeeriti 2004. aastal ühe inimese tervisesse 6 521 krooni. Nagu eelmisel aastalgi tehti kõige suuremad kulutused haiglaravile (1 972 krooni) ja meditsiinitoodetele (1 743 krooni).

1.6. Kokkuvõte

Üldiselt võib öelda, et Eesti tervishoiukulude struktuur on stabiilne. Viie-kuue aasta jooksul pole täheldatud suuri muutusi, hüppeid ega langusi.

Eesti tervishoiu kogukulud moodustasid 2005. aastal 8,8 miljardit krooni ehk 5,1% SKP-st. THKK nominaalkasv oli 12,9 protsenti. Kasv oli võrreldes aastataguse perioodiga 1,3 protsentipunkti madalam, kuigi viimase viie aasta üks suuremaid. Oluline osa THKK kasvust toimus hinnatõusu arvelt, mille põhjustas peamiselt tervishoiutöötajate palkade tõus.

Võttes arvesse tervishoiu inflatsiooni, vähenesid THKK võrreldes eelmise aastaga 2,5 protsenti. Tervishoiu hinnad kasvasid kiiremini kui kogu majanduses keskmiselt.

Tervishoiule minevate kulude osakaal moodustas 2005. aastal 12% kõikidest avaliku sektori kuludest, olles juba mitu aastat kolmandal kohal pärast sotsiaal- ja haridus valdkonda. 2005. aastal finantseeris avalik sektor 76,7% tervishoiukogukuludest. Samal aastal olid erasektori ja välismaa tervishoiukulud vastavalt 23% ja 0,3% kogukuludest.

2005. aasta jooksul kasvasid tervishoiukulud ühe inimese kohta keskmiselt 13,2 protsenti, moodustades 6 521 krooni. 2004. aastal kulutati ühe elaniku peale keskmiselt 5 760 krooni.

Erasektori tervishoiukulutustes oli kõige suurem osatähtsus inimeste omaosalusel – 89%, mis samal ajal moodustas 20% tervishoiu kogukuludest. Leibkonna tervishoiukuludest kõige suurem osa läks meditsiinitoodetele (63%) ja ambulatoorsetele teenustele (20%). Arvestuslikult moodustasid omaosaluse kulutused ühe elaniku kohta 2005. aastal 1 332 krooni.

2. RAHVUSVAHELINE VÕRDLU

Võrreldavad riigid on Euroopa Liidu liikmed, kes kasutavad Eurostati soovitusel THKK arvutamiseks OECD metoodikat. Võrreldav periood on 1998.-st kuni 2005. aastani. Erinevate riikide THKK võib võrrelda protsendina SKP-st. See mõõdab tervishoiuteenuste, toodete ja kapitali investeringute osakaalu rahvamajanduse poolt toodetud lisandväärtusest. Nagu varem öeldud, võivad THKK ja SKP suhte ebastabiilsused olla tõlgendatud eksitavalt, kuna nad võivad olla tingitud nii SKP kui ka THKK enda muutustest.

Vaatamata sellele, et EL-ga on liitunud uued riigid, mille THKK osakaal SKP-st on madalam kui vana EL keskmine, kasvab Euroopa Liidu keskmine protsent aastatega ikkagi. 1998. aastal oli EL THKK protsent SKP-st 8,2%, 2002. aastal 8,7% ja 2005. aastal 8,92%. Eesti THKK ja SKP suhe samal perioodil aga vähenes, olles 1998. aastal 5,6%, 2002 – 5,1% ja 2005. aastal 5,0% (tabel 26).

Kõige enam kasvas THKK ja SKP-st osakaal Austria, muutudes rohkem kui kaks protsentipunkti. 2005. aasta kõrgeim tervishoiukulude protsent SKP-st oli Prantsusmaal – 11,2%. Eesti oli Euroopa Liidu riikide hulgas selle osakaaluga kõige viimasel kohal.

Tabel 26. THKK ja SKP suhte ning THKK *per capita* rahvusvaheline võrdlus, 1998–2005

	1998.a.		2002.a.		2004.a.		2005.a.	
	THKK ja SKP suhe	THKK <i>per capita</i>	THKK ja SKP suhe	THKK <i>per capita</i>	THKK ja SKP suhe	THKK <i>per capita</i>	THKK ja SKP suhe	THKK <i>per capita</i>
		Rahvusvaheline		Rahvusvaheline		Rahvusvaheline		Rahvusvaheline
Riigid	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$
Austria	7,7	1 953	7,7	2 220	10,3	3 398	10,2	3 485
Belgia	8,6	2 041	9,1	2 515	9,7	3 006	9,6	3 071
Bulgaaria	...	...	...	...	7,5	655	7,7	734
Horvaatia	7,9	575	7,3	630	7,7	974	7,4	1 001
Küpros	6,1	715	7	883	6,3	1 355	6,1	1 550
Tsehhi	6,6	916	7	1 118	7,2	1 388	7,1	1 447
Taani	8,4	2 141	8,8	2 583	9,4	3 030	9,4	3 169
Eesti	5,6	494	5,1	604	5,2	740	5	846
Soome	6,9	1 607	7,3	1 943	7,4	2 203	7,5	2 299
Prantsusmaa	9,3	2 231	9,7	2 736	11	3 211	11,2	3 406
Saksamaa	10,6	2 470	10,9	2 817	10,6	3 166	10,7	3 250
Kreeka	9,4	1 428	9,5	1 814	9,6	2 667	10,1	2 949
Ungari	7,3	775	7,8	1 078	8,1	1 315	7,8	1 329
Iirimaa	6,2	1 487	7,3	2 367	7,5	2 723	8,2	3 125
Itaalia	7,7	1 800	8,5	2 166	8,7	2 405	8,9	2 494
Läti	5,8	381	5,1	477	6,8	796	6,4	860
Leedu	6,2	451	5,9	549	5,7	756	5,9	862
Luksemburg	5,9	2 326	6,2	3 066	8,1	5 317	7,7	5 521
Malta	8,4	760	9,6	962	8,2	1 608	8,4	1 733
Holland	7,9	1 955	8,8	2 564	9	3 002	9,2	3 187
Poola	6	563	6,1	657	6,2	808	6,2	844
Portugal	...	...	...	...	10	1 913	10,2	2 034
Rumeenia	...	...	...	...	4,9	427	5,5	507
Slovakkia	...	...	...	...	7,2	1 058	7,2	1 130
Sloveenia	...	...	...	...	8,5	1 863	8,5	1 959
Hispaania	7,5	1 371	7,6	1 640	8,1	2 097	8,2	2 242
Rootsi	8,3	1 960	9,2	2 512	9,2	2 964	9,2	3 012
Suurbritannia	6,9	1 607	7,7	2 160	8	2 506	8,2	2 598
EL keskmine	8,2	1 741	8,7	2 129	8,78	2 357	8,92	2 468
EL keskmine enne Mai 2004	8,6	1 937	8	2 361	9,42	2 760	9,57	2 883
EL keskmine pärast 2007	6,2	645	6,4	800	6,4	860,87	6,49	918,37

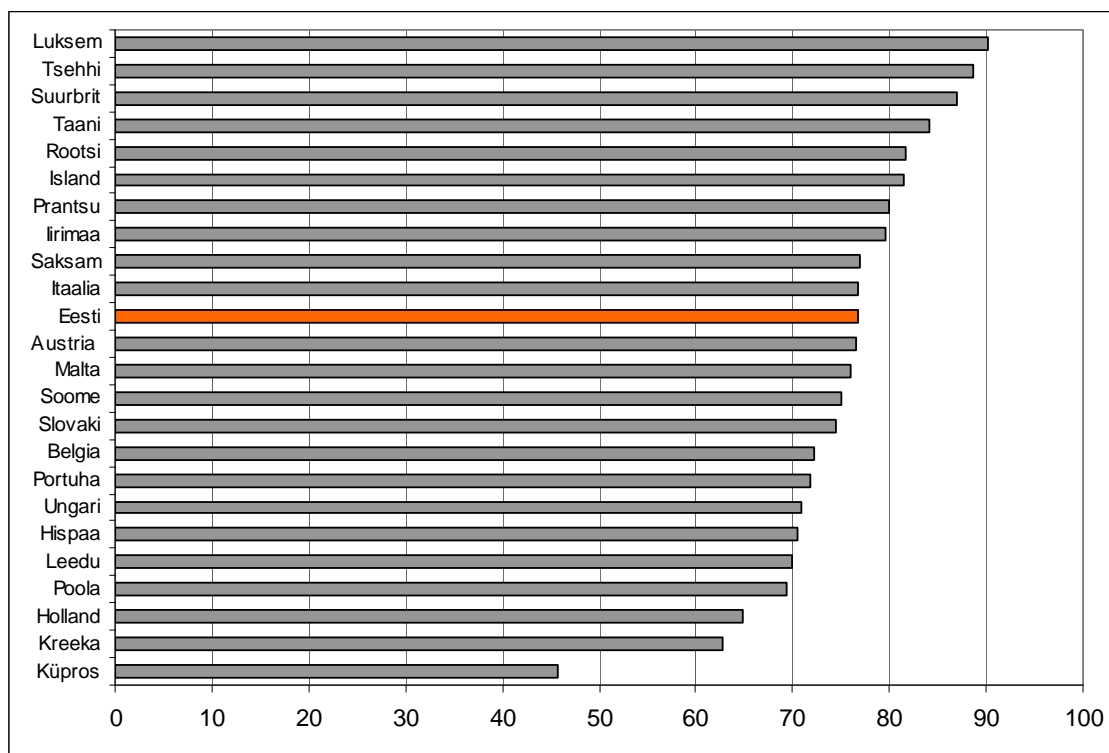
Allikas: European health for all database (HFA-DB); World Health Organization Regional Office for Europe; Uuendatud: september 2008

THKK *per capita* on näitaja, mis võimaldab võrrelda tervishoiukulusid riigisiselt ja ka rahvusvaheliselt ilma SKP mahu ja rahvastiku suuruse mõjuta.

Vaatamata sellele, et Luksemburgi puhul ei olnud aastal 2005 THKK ja SKP suhe kõige kõrgem, siis *per capita* näitaja järgi olid seal kulud tervishoiule kõige suuremad – 5 521 rahvusvahelist dollarit. Eestis on see näitaja madalam kui EL keskmine ja sellega asub ta tagant poolt neljandal kohal pärast Rumeeniat, Bulgaariat ja Poolat. Meie naabrid Läti ja Leedu kulutavad oma elanike tervisele rohkem kui Eesti. See positsioon muutus 2004. aastal. Enne seda investeeris Eesti Baltiriikide võrdluses oma elanike tervisele kõige rohkem (tabel 26).

On huvitav uurida kui palju kulutab tervishoiule avalik sektor võrreldes erasektoriga. Järgmine joonis illustreerib kuidas toimib tervishoiusüsteemi rahastamine erinevates Euroopa riikides.

Joonis 17. Avaliku sektori osakaal THKK-s, 2005



Allikas: European health for all database (HFA-DB); World Health Organization Regional Office for Europe; Uuendatud: september 2008

Joonis: Autor

Eesti tervishoiukulud 2005

2005. aastal investeeris Eesti avalik sektor tervishoidu 76,7% THKK-st, mis on umbes samal tasemel EL keskmisega (joonis 17). Võrreldes viimast viit aastat, on Eesti avaliku sektori kulude osakaal tervishoiule jäänud peaaegu samaks. Kõige rohkem kulutab avalik sektor tervishoiule Luksemburgis ja Tsehhis. Austria avalik sektor kulutab tervishoiule 76,5 protsenti kõikidest tervishoiu kuludest, mis on ainult 0,2 protsentipunkti vähem kui Eestis. Samas *per capita* tervishoiukulude poolest on Austria teisel kohal pärast Luksemburgi .

3. TEHNILISED MÄRKUSED

3.1. Taustainfo

THKK arvestamiseks kasutatakse Riiklikku Tervishoiukulude Arvestuse meetodit⁷ (RTA). Analüüs ja tabelid avaldatakse sisseriiklikult igal aastal Sotsiaalministeeriumi veebileheküljel. Kohustus arendada Eesti THKK metoodikat lasub Terviseinfo ja analüüsi osakonnal (TIAO). Alates 2002. aastast kogub ja esitab TIAO tervishoiukulude andmeid nii, et neid oleks samaaegselt võimalik edastada rahvusvahelistele organisatsioonidele: EL-le, OECD-le ja WHO-le.

Esimest korda teostati tervishoiu kogukulude arvestust 1998. aasta andmete põhjal. Sellel aastal kasutati tervishoiu kogukulude arvestamisel Harvardi Ülikooli metoodikat. Kuna Harvardi metoodika erineb mõnes osas Euroopa maades kasutatavast metoodikast, siis võeti 1999. aastast kasutusele OECD metoodika.

OECD metoodika kohaselt toimub tervishoiu kogukulude arvestamine kahedimensiooniliste maatrikstabelite abil, kus tervishoiu kulutusi näidatakse järgmises lõikes:

- tervishoiu jooksevkulud teenuste ja nende osutajate lõikes;
- tervishoiu jooksevkulud teenuste osutajate ja finantseerimisallikate lõikes;
- tervishoiu jooksev- ja kogukulud teenuste ja finantseerimisallikate lõikes.

Tervishoiu kogukulude arvestamine põhineb kolmeteljelisel süsteemil, kus kasutatakse tervishoiu kulutuste arvestamiseks tervishoiu arvepidamise rahvusvahelist klassifikatsiooni (ICHA – *International Classification for Health Accounts*), mille osad on:

⁷ Riiklikku Tervishoiukulude Arvestuse meetod on väljatöötatud Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) poolt.

- tervishoiuteenuste klassifikatsioon (ICHA-HC);
- tervishoiuteenuste osutajate klassifikatsioon (ICHA-HP);
- tervishoiuteenuste finantseerimisallikate klassifikatsioon (ICHA-HF).

3.2. THKK definitsioon

Väljend „Tervishoiu kogukulud“ vihjab tervishoiuteenustele ja -toodetele, tervishoiuga seotud teenustele ja tervishoiuga seotud kapitalinvesteeringutele.

OECD metoodika järgi mõõdetakse tervishoiu kogukuludega residentide tervisega seotud kaupade ja teenuste lõpptarbimist, millele on lisatud tervishoiuteenuse pakkujate kapitalikulud. Teiste sõnadega võib öelda, et tervishoiu kogukuludega mõõdetakse majanduslikke ressursse, mida kulutatakse tervishoiualastele kaupadele ja teenustele. See summa sisaldab lisaks raviteenustele ja ennetusele ka administreerimis- ja kapitalikulu, kuid ei sisalda haigushüvitisi ega meditsiinipersonali koolituskulusid.

Tervishoiuteenuste klassifitseerimiseks kasutatakse järgmist jaotust. Oluline on eristada tervishoiu jooksevkulusid, mis ei sisalda kapitalikuluseid ning kogukuluseid, mis sisaldavad kapitalikuluseid.

ICHA kood:

HC.1 – HC.5	Personaalsed tervishoiuteenuste kulud
HC.6	Preventsioon ja elanikkonna tervishoid
HC.7	Tervishoiu administreerimine
HC.1 – HC.7	Tervishoiu jooksevkulud kokku
HC.R.1	Kapitalikulud
HC.1–HC.7+ HC.R.1=THE	Tervishoiu kogukulud
HC.R	Tervishoiuga seotud kulud

Antud skeemi kohaselt toimub tervishoiukulude arvestus vastavalt tervishoiuteenustele HC.1 – HC.4 (isikule suunatud tervishoiuteenused), millele on lisatud funktsioon HC.5 (ambulatoorsetele patsientidele määratavad meditsiinitooted). Funktsioonid HC.1 – HC.5 iseloomustavad isikule suunatud tervishoiukulusid. Kui neile juurde liita HC.6 (preventsioon ja elanikkonna tervishoid) ja HC.7 (tervishoiu administreerimine), saame *tervishoiu jooksevkulud*. Lisades viimastele veel investeeringud e. kapitalikulud (HC.R.1), saamegi *tervishoiu kogukulud*.

Eraldi blokina on ära toodud *tervishoiuga seotud funktsioonid* (HC.R), mille kulusid OECD metoodika järgi aga ei lisata tervishoiu kogukuludele (näiteks haigushüvitised).

THKK ei sisalda:

- kulusid, mille eesmärk on tervis, aga mis on osutatud väljaspool tervishoiusektorit (näiteks: pliivaba kütuse tootmine, tervishoiutöötajate haridus);
- isiklike tegevusi, mis on suunatud tervise säilitamisele ja parandamisele (sport);
- tervishoiu kulu, mis on põhitegevuse tagajärg ja ei ole seotud rahvatuluga ning ei kirjelda põhilisi rahvamajanduslikke näitajaid.

Lisaks sellele tuleb arvestada, et mõned tervishoiu kogukulude kategooriad on teada täpsemalt kui teised. Näiteks rahvatervise preventsioonile ja ennetusele tehtavaid kulutusi on antud analüüsis alahinnatud. Näitaja tüüp on selge siis, kui seda saab eristata statistiliselt (nt. immuniseerimiskava rahvatervise poliitika jne). Seega suurem osa tervishoiuteenuste osutajatest, kes tegelevad nõustamise või konsulteerimisega, on klassifitseeritud tervishoiuteenuste, mitte preventsiooniteenuste osutajateks.

Tervishoiutöötajate tööjõukulud on arvatud teenuste kulude sisse.

3.3. Andmeallikad

Tervishoiu kogukulude arvestamise andmeallikad:

1. Eesti Haigekassa – ravikindlustuse hüvitiste kulud.
2. Rahandusministeerium - 2005. aasta kohalike omavalitsuste eelarvete täitmise aastaaruanne.
3. Tervishoiukulutuste andmed järgmistelt ministeeriumidelt: Haridus- ja Teadusministeerium, Justiitsministeerium, Kaitseministeerium, Keskkonnaministeerium, Kultuuriministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, Põllumajandusministeerium, Rahandusministeerium, Siseministeerium ja Välisministeerium.
4. Statistikaamet
 - a. Leibkonna sissetulekute ja kulutuste uuring on põhiliseks leibkondade poolt tehtud tervishoiukulutuste andmete algallikaks,
 - b. Aruanne “Taastusravi” - aluseks elanike poolt taastusravile tehtud kulutuste kohta.
5. Tervishoiukulutuste andmed kindlustusseltsidest.
6. Ravimiamet - ravimite käive haigla- ja jaemüügiapteekides.
7. Tervisekaitseinspeksioon - toidu, hügieeni ja joogivee ning keskkonnatervise kontrolliga seotud andmed.
8. Medicover Eesti AS, Töö ja Tervis OÜ ja OÜ Pärnu Töotervishoiuteenistus - töötajate kohustusliku meditsiinilise läbivaatuse andmed.
9. Kasiinod – annetused ja kulutused tervishoiule.
10. Riigikassa andmebaas
 - a. 2005. aasta riigieelarve täitmise aruanne on algallikaks riigieelarvest tehtavate tervishoiukulutuste kohta ministeeriumite lõikes,
 - b. Vabariigi Valitsuse reservfondist tehtud tervishoiukulutuste kohta.
11. Sotsiaalministeeriumi osakonnad:
 - a. Finants-ja varahalduse osakond - täpsustatud andmed kindlustamata isikute ravikulude, välisabi projektide, välislaenude; kiirabi

tegevuskulude ja hasartmängumaksust Rahandusministeeriumi kaudu
finantseeritavate projektide kohta;

- b. Rahvatervise osakond - terviseedenduse projektid ja programmid;
- c. Sotsiaalpoliitika info- ja analüüsi osakond - sotsiaalhoolekande
institutsionaalne aruandlus.

Kasutatud kirjandus

1. EHK Majandusaasta aruanne 2005,
http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded/aruanne2005.pdf
2. ESA, Leibkonna Elujärg. 2005
3. European health for all database (HFA-DB); World Health Organization Regional Office for Europe; Uuendatud: september 2008
4. M.Jesse, J.Habicht, A.Aviksoo, A.Koppel, A.Irs, S.Thomson; Tervisesüsteemi muutused, Eesti; 2005, lk.54.
5. Rahandusministeerium, Riigi Eelarvestrateegia 2007-2010, Tallinn
6. Sotsiaalministeerium, Haiglate tervishoiutöötajate tunnipalk märts 2005, Tallinn
7. Statistika andmebaas,
<http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Majandus/01EHITUS/01EHITUS.asp>