



Haiglata majandustegevus 2003-2014



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Tervise Arengu Instituut

Tervisestatistika osakond

Haiglate majandustegevus 2003–2014

Tallinn 2016

Tervisestatistika osakonna missioon:

Rahva tervis ja heaolu parema statistika ja informatsiooni kaudu

Koostaja: Elin-Külliki Kruusmaa

Väljaande andmete kasutamisel või tsiteerimisel palume viidata allikale.

Sisukord

SISSEJUHATUS	4
1. HAIGLATE ARVU JA LIIKIDE MUUTUSED	4
2. HAIGLATE TULUD.....	6
2.1 Haiglate tulude muutus.....	6
2.2 Haiglate tulude jaotus haigla liigiti	9
2.2.1 Tulu Haigekassast	11
2.2.2 Tulu riigilt.....	13
2.2.3 Tulu kohalikelt omavalitsustelt	14
3. TULEM	15
3.1 Haiglate ravitöö majanduslik külg	17
3.2 Haiglate ravitöö efektiivsus	18
3.3 Ühe patsiendi ühe vastuvõtu-ravipäeva maksumus haiglas	19
4. HAIGLATE KULUD.....	19
4.1 Kulude muutus haigla liigiti	20
4.2 Meditsiinikaupade kulu	22
4.3 Ostetud tööd ja teenused.....	23
4.4 Haiglate majanduskulud	23
5. HAIGLATE PÕHIVARA SOETAMINE	25
5.1 Immateriaalne põhivara	25
5.2 Materiaalne põhivara	25
5.2.1 Kinnisvarainvesteeringud	28
KOKKUVÕTE.....	29

SISSEJUHATUS

Analüüsi eesmärk on kirjeldada haiglate majandustegevust – tulusid, kulusid ja põhivara liikumist haigla liigiti. Käsitlevaks perioodiks on aastad 2003–2014, st periood Eesti eelmise kümnendi esimese poole majanduslikust tõusust läbi vahepealse madalseisu kuni lähiajani.

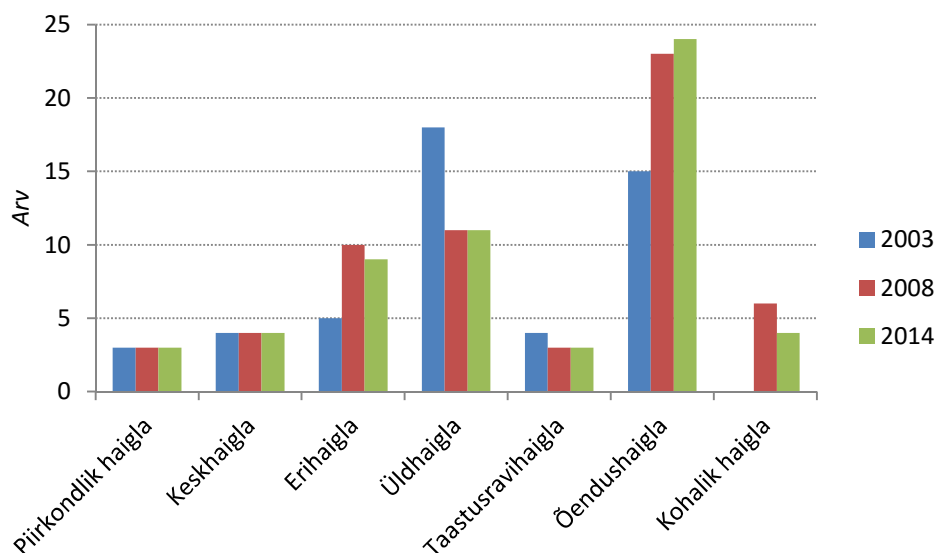
Vaadeldava ajavahemiku jooksul on oluliselt arenenud nii meditsiinitehnika kui ka uuringute tulemuste interpreteerimisvõimalused (digitehnoloogiad, telemeditsiin). Osa varem ainult haiglates toimunud aeganõudvaid uuringuid ja protseduure on liikunud eriarsti- ja diagnostikaasutustesse, sest ei vaja enam statsionaaris viibimist. Komplitseeritud kõrgtehnoloogiline meditsiinitehnika nõuab suuremaid investeeringuid põhivarasse, kuid samas on tehnika ja meditsiinitehnika areng muutnud teatud uuringuaparatuuri ning analüüsivahendid kättesaadavaks ka pere- ja eriarstiasutustele. Keerulisemad uuringud ja protseduurid nõuavad kõrgemalt kvalifitseeritud ja seetõttu ka kõrgemalt tasustatud personali. Pakutavate teenuste mitmekesisustumine suurendab osutatavate teenuste mahtu, mis omakorda tõstab teenuseosutajate tulubaasi.

Koos meditsiiniteenuste turu avanemisega 25.10.2013. aastal – Euroopa Parlamendi ja Euroopa Liidu Nõukogu direktiivi 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleises tervishoius –, on laienenud võimalus saada ja osutada tervishoiuteenuseid Euroopa Liidus ilma seni kehtinud administratiivsete piiranguteta.

1. HAIGLATE ARVU JA LIIKIDE MUUTUSED

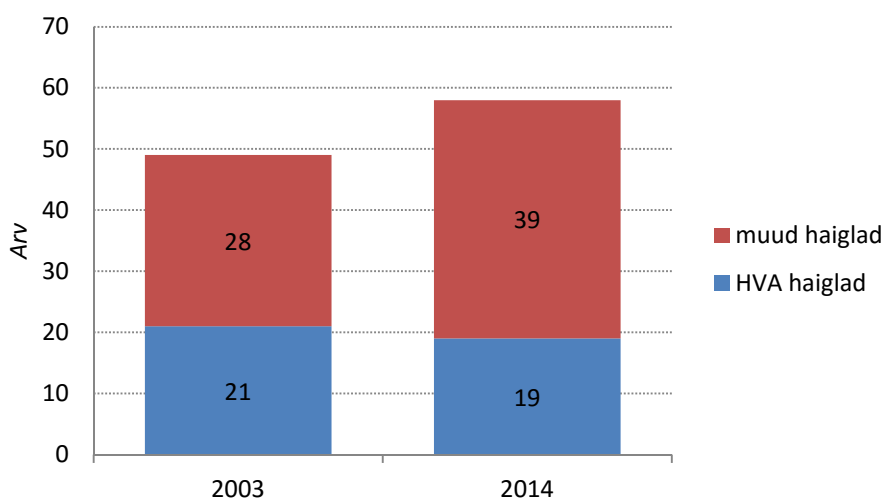
Haiglate arv on käsitletava ajavahemiku jooksul kasvanud 49-lt 58-le, kuid seejuures on oluline struktuurne muutus, st üks haigla liik on asendunud teisega (joonis 1). Suurim muutus toimus aastal 2004, kui kolmandik üldhaiglaid restruktureeriti hooldus- ja kohalikeks haiglateks. 2013. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) muudatus tõi kaasa hooldushaiglate nimetamise õendushaiglateks.

Kuni aastani 2010 lisandus pea igal aastal üks uus erihaigla. Viimased kuus aastat on erihaiglate arv püsinud muutumatuna, kuna haigekassa eelistab oma partneritena näha haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglaid.



Joonis 1. Haiglate arv haigla liigiti, 2003, 2008 ja 2014

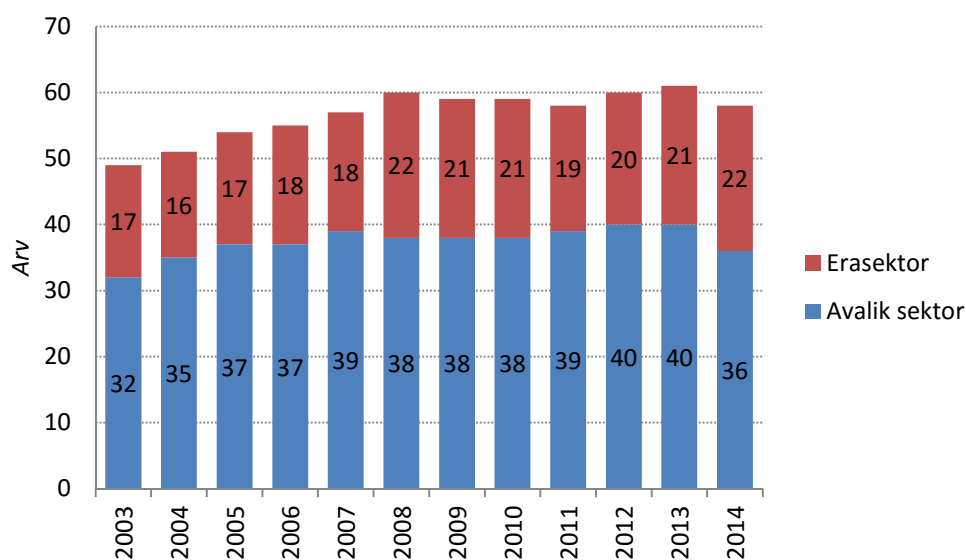
Olulist rolli haiglate arvu muutuses käsitletud perioodil on etendanud TTKS muudatus 2003. aastast, millega kehtestati haiglavõrgu arengukava ning määratleti piirkondlike, kesk-, üld-, kohalike ja erihaiglate loetelu, mille ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberprofileerimiseks eraldatakse 15 aasta jooksul täiendavaid investeeringuid. HVA haiglate nimekirjas oli kolm piirkondlikku haiglat, neli kesksaiglat, 11 üldhaiglat ja kolm kohaliku haiglat. 2009. aastal jäi kohalikest haiglatest nimistusse ainult üks haigla – Jõgeva Haigla. 2003. aastal moodustasid HVA haiglad 43% ehk ligi poole kõigist haiglatest, seoses õendushaiglate arvu märgatava kasvuga viimastel aastatel, on nende osatähtsus 2014. aastaks kahanenud 33%-le (joonis 2). Uute õendushaiglate lisandumisele on kaasa aidanud Euroopa Regionaalarengu Fondi (ERF) rahastatav meede õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamiseks.



Joonis 2. Haiglate üldarv ja HVA haiglate arv, 2003 ja 2014

Haiglate arvu muutust on lisaks uute haiglate rajamisele või tegevuse lõpetamisele mõjutanud tervishoiuteenuse osutajate (TTO) ümberprofileerimine muutes osutatavate teenuste valikut ja seeläbi teenuse liiki. Nt haiglast taastusravi teenuse osutajaks või üldhaiglast õendushaiglaks.

Võrreldes haiglaid omaniku vormi järgi selgub, et trend on muutumas. Kui kuni aastani 2012 kasvas avaliku sektori (omanik on riik või kohalik omavalitsus) haiglate arv ning moodustas keskmiselt 66% kõigist haiglatest, siis 2014. aastal langes riigi ja kohaliku omavalitsuse omandis olevate haiglate arv 40-lt 36-le (62% kõigist haiglatest) (joonis 3). Põhjuseks oli kohalikele omavalitsustele (KOV) kuulunud hooldushaiglate arvu vähenemine, mis omakorda on tingitud paralleelselt hooldusravi ja sotsiaalteenuseid pakkunud asutuste ümberkujundamisest ainult sotsiaalteenuste pakkujaks.

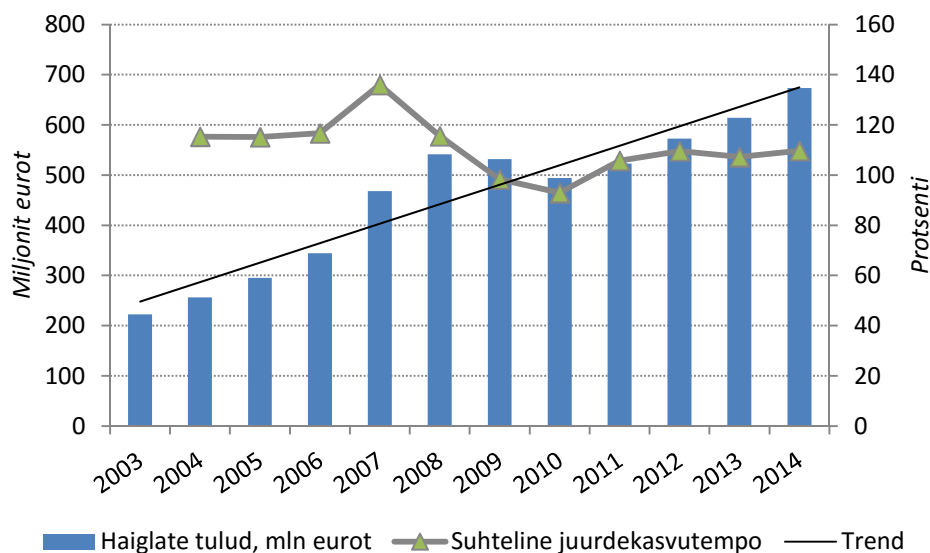


Joonis 3. Haiglate arv omaniku vormi järgi, 2003–2014

2. HAIGLATE TULUD

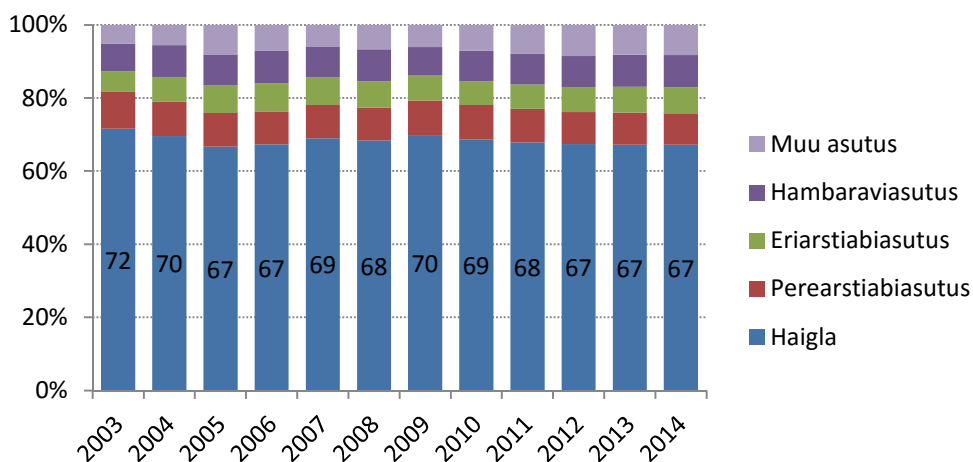
2.1 Haiglate tulude muutus

Kõigist tervishoiuteenuse osutajatest moodustavad suurima käibega teenuseosutajate kategooria kahtlemata haiglad — nende tulud moodustasid aastatel 2003 ja 2014 vastavalt 72% ja 67% kõigist TTO-de tuludest Eestis. Summaarselt on haiglate tulud käsitletud ajavahemiku jooksul kolmekordistunud, ulatudes 222,2 miljonilt eurolt 2003. aastal kuni 673,6 miljonile eurolle aastal 2014 (joonis 4). Vähenemine toimus ainult majandusliku madalseisu aastatel 2009–2010. Taastumine algas aastast 2011, mil tulud taas suurenesid võrreldes eelmise aastaga, kuid alles 2012. a ületasid haiglate tulud 2008. aasta taseme.



Joonis 4. Haiglate tulud ja tulude suhteline juurdekasvutempo, 2003–2014

Haiglate tulude osatähtsus kõigi TTO-de tuludest on kahanenud. Haiglate tulude osatähtsuse vähenemine on tingitud enamuse teiste TTO-de osatähtsuse järjepidevast kasvust (joonis 5). Osa varem haiglates toimunud ambulatoorsetest vastuvõttudest teostatakse teiste TTO-de juures. Haiglas toimunud ambulatoorsete vastuvõttude arv on võrreldes 2005. aastaga kahanenud 2,2%, teistes TTO liikides kahanes kokku 1,5%. Haiglad omakorda on asendanud osa statsionaarseid teenuseid ambulatoorsete või päevaraviteenustega. Haiglast väljakirjutatute arv on samal perioodil kahanenud 4,9% ja päevaravi patsientide arv on kasvanud ligi 2 korda.

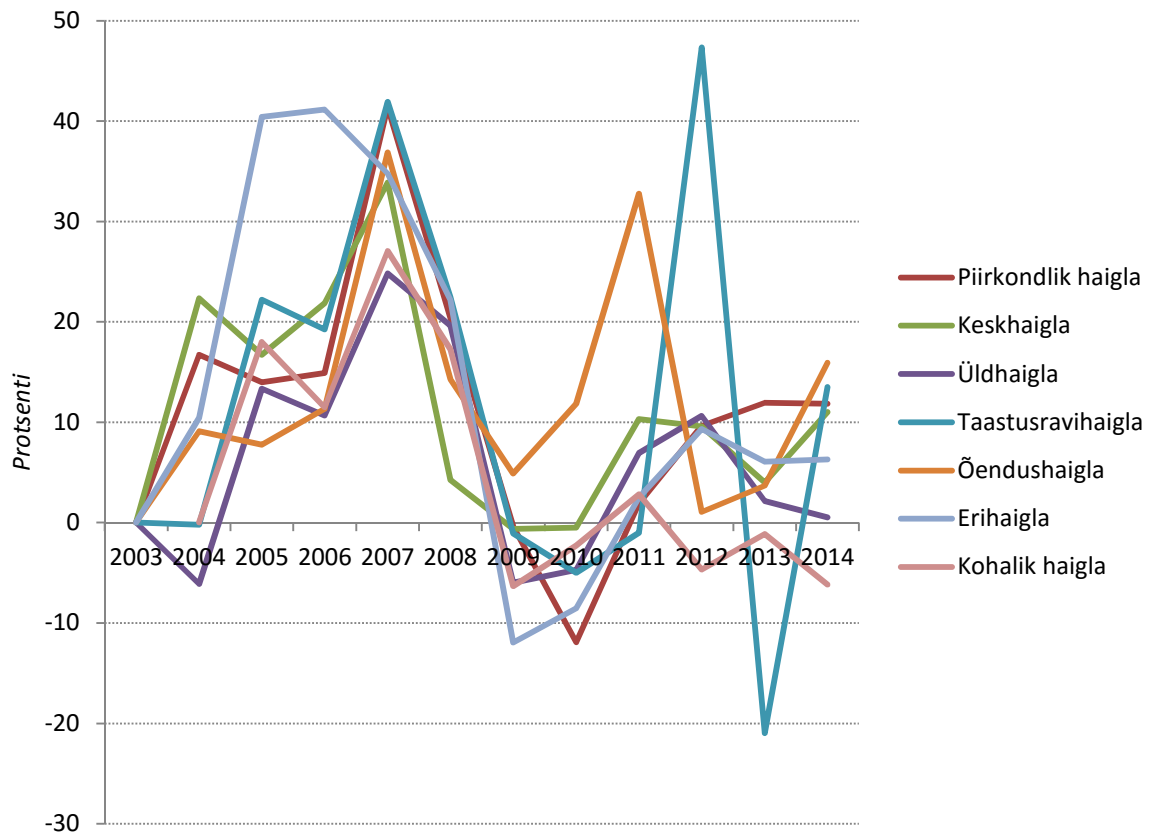


Joonis 5. TTO-de tulude jagunemine teenuseosutaja liigiti, 2003–2014

Suhestades andmeid aastakeskmise rahvaarvuga, on haiglast väljakirjutatute arv 1000 elaniku kohta vähenenud kirjeldatud perioodil 5,8% (178-lt 168-le väljakirjutatule) ja ambulatoorsete vastuvõttude

arv 1000 elaniku kohta tõusnud 3% (6,1 tuhandelt vastuvõtult 6,3 tuhandele vastuvõtule). Päevaravilt lahkunute arv on sel perioodil kasvanud koguni 4 korda — 13,4-lt 57,6 lahkununi 1000 elaniku kohta.

Haiglate tulude aastane juurdekasv haigla liigiti on käsitletaval perioodil liikunud üksikute eranditega ühes rütmis (joonis 6).



Joonis 6. Haiglate tulude aastane juurdekasv haigla liigiti, 2003–2014

Haiglate tulude muutus on väikeses ajalisel nihkes võrreldes üldiste majandusnäitajatega. Haigekassa rahastamine moodustab ca 78% haiglate eelarvest. Haigekassa eelarvest moodustab omakorda üle 99% sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa. Reaalselt laekunud sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa jõuab haigekassa kavandatavasse eelarvesse ja sealt omakorda haiglate eelarvetesse aastase nihkega. Seega jõudis majanduslanguse mõju haiglateni 2010 ning seetõttu nihkus ka haiglate sisenemine ja väljumine majanduskriisist aasta võrra muust ettevõtlusest hilisemaks (joonis 7). Nt 2009. aasta oli sotsiaalmaksu laekumise seisukohalt madalaimal tasemel – laekumine vähenes võrreldes eelneva aastaga 10%, kuid haigekassa (EHK) tervishoiuteenuste kulud vähenesid vaid 1,7%. 2009. aastal võeti riigi poolt ette erinevaid samme kulude piiramiseks, sh kehtestati tervishoiuteenustele koefitsient 0,94, mis pani kokkuhoiukohustuse ka raviasutustele, kes pidid tagama kvaliteetse raviteenuse 6% madalamate hindadega. Koefitsient kehtis erinevas mahus kuni 2012. aastani.

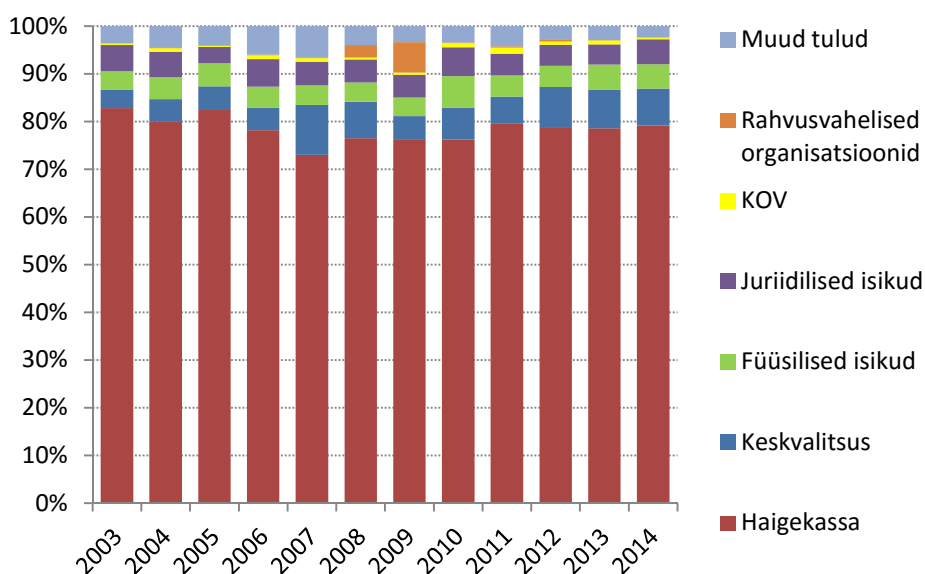


Joonis 7. Haiglate tulude muutus võrreldes kogu ettevõtlusega, 2003 = 100 (*2005)

* Allikas: Statistikaamet

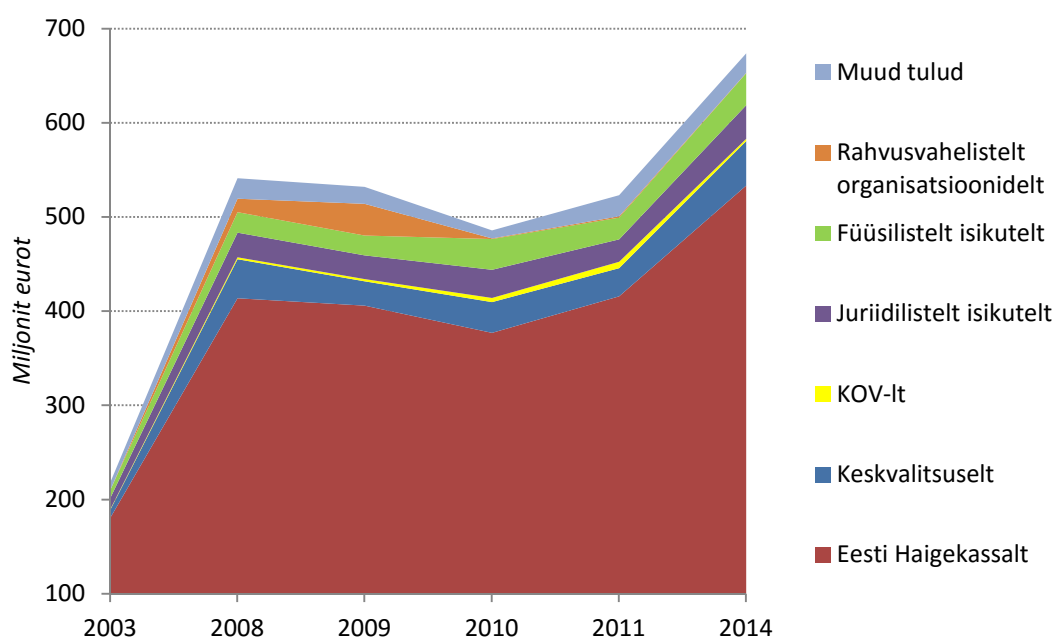
2.2 Haiglate tulude jaotus haigla liigiti

Kogu võrreldud perioodi jooksul laekus haiglate tulust keskmiselt 78% lepingutest haigekassaga (joonis 8). Aastatel 2003–2004 moodustasid laekumised haigekassalt osutatud teenuste eest 81% haiglate tuludest, 2007. aastal langes osatähtsus 73%-le ning viimasel neljal aastal on olnud püsivalt 79%. Absoluutväärtuses on summad pärast 2010. aastat kasvanud keskmiselt 9% ehk 39 tuhat eurot aastas.



Joonis 8. Haiglate tulude osatähtsus rahastamisallika järgi, 2003–2014

Ülejäänud tuluallikate osatähtsus on märgatavalt väiksem, kuid on näha teatud seaduspärasusi — ühe tululiigi kahanemisel on toimunud selle asendamine teise rahastamisallikaga. Haiglad suutsid üldise majanduslanguse üle elada muutes oma tulubaasi struktuuri. Näiteks on majandusliku madalseisu aastatel kasutatud rohkem välisvahendeid, st saadud rahalist toetust rahvusvahelistelt organisatsioonidelt (joonis 9). 2008. aastal moodustas välisloetlus 3%, rahalises vääringus 14,3 miljonit eurot ja 2009. aastal 6% ehk vastavalt 33,8 miljonit eurot haiglate tuludest. Ülejäänud aastatel jäi rahvusvahelistelt organisatsioonidelt saadud tulu 0,1–0,3% piiresse.



Joonis 9. Haiglate tulud rahastamisallika järgi, 2003, 2008–2011 ja 2014

Teine analoogne suundumus pärineb aastast 2007, kus majanduse üldine kasvutempo innustas ka haiglaid suuremaid investeeringuid tegema ning kasvas struktuurivahendite kasutamine (2007/2008 aastatel laekus keskvalitsuselt vastavalt 49 ja 41,4 miljonit eurot), mis ületas kuni kolmekordselt varasemaid aastaid. Nii välis- kui struktuurivahendeid on eelkõige kasutatud hoonete ehitamiseks/renoveerimiseks ja spetsiifilisema meditsiiniaparatuuri soetamiseks.

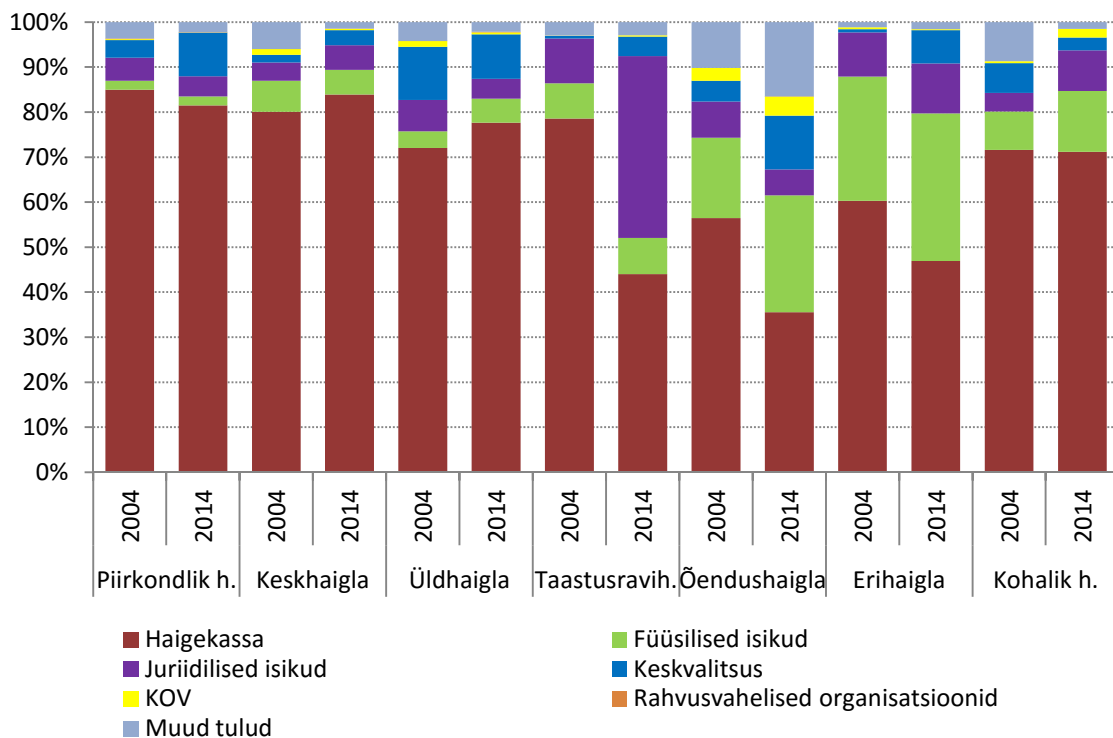
Perioodi 2003–2014 jääb ka patsientide endi proportsionaalselt suurim rahaline panustamine oma tervisesse. 2010. aastal moodustasid erisikutelt saadud laekumised 7% haiglate tuludest ehk 33 miljonit eurot ja kasvasid võrreldes 2009. aastaga 57%. Põhjuseks oli muudest allikatest (haigekassa, keskvalitsus, KOV) rahastatavate teenuste mahtude vähenemine. Ülejäänud aastail jäi inimeste omaosalus 4% piiresse.

Juriidilistelt isikutelt laekumiste osatähtsus püsis aastail 2003–2014 üsna stabiilselt 5–6% piirimail. Siia kuuluvad teistele TTO-dele osutatavad teenused, ennetusprojektid, töötajate tervisekontroll, samuti isikute hooldustasud, meditsiiniõppeasutuse praktikakoha võimaldamise tasu jm.

Kohalike omavalitsuste panus haiglate tuludes jäi enamusel aastatel alla 1%, küündides erandina 2011. aastal 1,3%-ni.

Muud tegevus-, äri-, finants- ja erakorralised tulud (st tulud, mis ei ole seotud asutuse põhitegevusega, nt tulu põhivara müügist, intressitulu, tootlustus-, rendi- või koolitusteenused jm) moodustasid haiglate tuludest keskmiselt 4%. Erandiks olid aastad 2006–2007, kus üldine majanduslik aktiivsus tõi ilmselt kaasa ka haiglate majandustegevuse haarde laienemise ning haiglate tuludesse laekus 6–7% muudest tegevustuludest.

Haigla liigiti on muutus tuluallikate löikes olnud hüplik (joonis 10) – võrreldavatel aastatel on struktuurivahendite vahendamine avanud riigi „rahakoti“ suuremas mahus piirkondlikele, eri- ja õendushaiglatele. KOV-id on panustanud võrreldes 2003. aastaga enam eri-, õendus- ja keskhaiglatesse. Välismaistest grantidest ja rahvusvahelistelt organisatsioonidelt on võrreldes varasemaga saanud enim tuge piirkondlikud, kesk- ja üldhaiglad. Siseriiklike projektide (nt HIV ennetus ja sõltuvusravi) kaudu on kasvanud juriidiliste isikute rahastus taastusravihaiglatele. Eraisikute rahastuse kasv on märgatavaim õendushaiglates (seotud 15% omaosaluse kohustusega).



Joonis 10. Haiglate tulude osatähtsus rahastamisallika järgi haigla liigiti, 2004 ja 2014

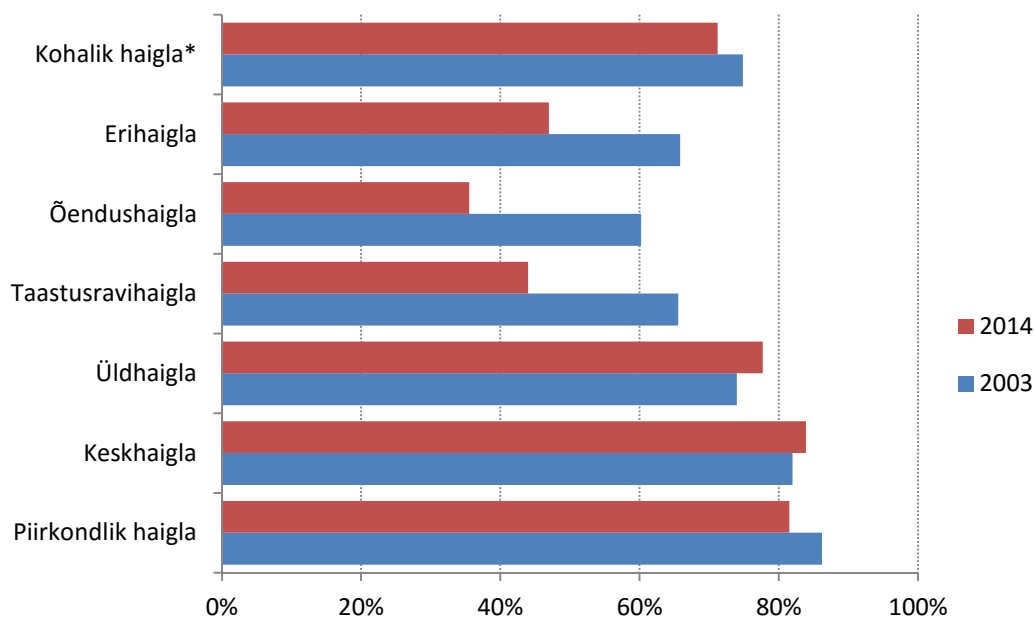
2.2.1 Tulu Haigekassast

Absoluutarvudes on niisiis haigekassa rahastus olnud pidevas kasvus, v.a majandusliku madalseisu aastatel. Kui aastal 2003 teenisid haiglad haigekassalt osutatavate teenuste müügist 181 miljonit eurot, siis 2014 oli see summa ligi kolm korda suurem ehk 533 miljonit eurot. Samal perioodil on

haiglate tulud kasvanud üle kolme korra – 222,2 mln eurolt 673,6 mln euroni, mis näitab haigekassa rahastuse suhtelist vähenemist ja haiglate poolelt vajadust muude tuluallikate leidmiseks.

Haigekassa suurimad partnerid on piirkondlikud haiglad (2014 – 277,4 miljonit eurot), neile järgnevad kesk- ja üldhaiglad, vastavalt 163,6 ja 69,4 mln euroga.

Haigekassa on küll haiglate suurim partner ja teenuste rahastaja, kuid aastate ja haigla liikide lõikes kõigub haigekassa rahastuse osatähtsus haiglate eelarves olulisel määral (joonis 11). Väikseim on EHK osatähtsus rahastamises õendus/hooldushaiglates, mille lepingumaht haigekassaga oli 2014. aastal 36% (2003. a – 60%) õendushaiglate eelarvest. Suurim on haigekassa osatähtsus piirkondlikes haiglates, mille eelarvest täidab haigekassa 82%, 2003. aastal vastavalt 86%. Kõige suurem, ca 40% EHK rahastamise osatähtsuse vähenemine ongi toimunud õendushaiglate eelarvetes, kuna 1.01.2010 jõustus statsionaarses hooldus(õendus)ravis omaosaluse piirmäär 15%, mis suurendas laekumisi füüsilistelt isikutelt. Märkatavalt on EHK rahastuse osatähtsus vähenenud ka taastusravi- ja erihaiglates, mõlemas on kahanemine olnud ligikaudu 30%. Põhjuseks on ilmselt nii haigekassa poolt rahastatava ravi ootejärjekorrad kui ka rahastatava ravi maht, mis statsionaarses taastusravis piirdub näiteks 10–24 voodipäevaga. Võrreldaval perioodil on EHK panus haiglate eelarvesse kasvanud kesk- ja üldhaiglates, vastavalt 2% ja 5%. HVA haiglates kokku on EHK rahastuse osatähtsus vähenenud 2% võrra.

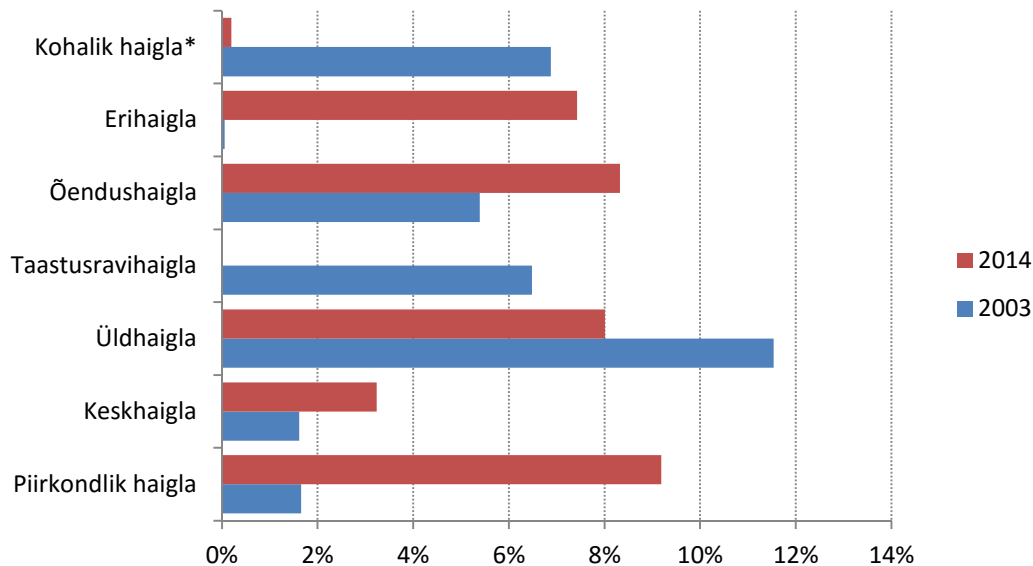


Joonis 11. Haigekassa rahastuse osatähtsus haiglate tuludes haigla liigiti, 2003 ja 2014

* 2004. aasta andmed 2003. aasta asemel, kuna kohalik haigla kui haigla liik kehtestati alles 1.01.2013 ning andmeid hakati koguma alates 2004. aastast

2.2.2 Tulu riigilt

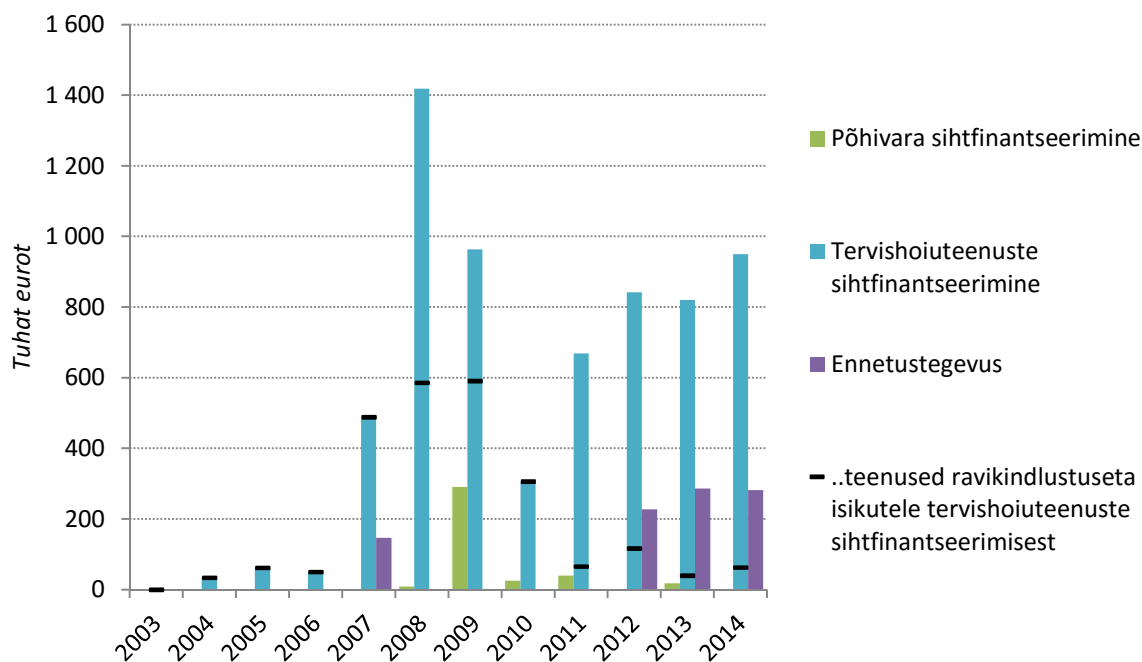
Riigi tugi tervishoiuteenuste osutamiseks ja haiglate põhivara soetuseks on aastatel 2003 kuni 2014 nii suhteliselt (4,8%-lt 5,2%-le) kui ka absoluutväärtuses (8,4 miljonilt eurolt 47,5 miljoni euroni) märgatavalt kasvanud (joonis 12). Mõne haigla liigi puhul läheneb riigi panus 10%-le, näiteks piirkondlikes haiglates 9,2% (31,3 miljoni euroni), õendus- ja üldhaiglates ca 8% (vastavalt 1,6 ja 7,2 miljoni euroni).



Joonis 12. Riigi rahastuse osatähtsus haiglate tuludes haigla liigiti, 2003 ja 2014

* 2004. aasta andmed 2003. aasta asemel

Suurim suhteline kasv (500-kordne) on toimunud erihaiglate rahastamises (2,4 tuhandelt eurolt 1,2 miljoni euroni) (joonis 13). Selle üheks põhjuseks on erihaiglate arvu kasv 5-lt 9-le 2007. aastal, kuid kasvas ka rahastus ühe erihaigla kohta. Varasema 1–10 tuhande euro asemel rahastas riik 2014. aastal keskmiselt 120–140 tuhande euro väärtuses erihaiglate tervishoiuteenuseid. Aastail 2007–2010 kasvas riigi osalus ravikindlustusega hõlmamata isikute ravi rahastamisel erihaiglates. Viimasel kolmel aastal on sellele lisandunud ennetusprojektide rahastamine.

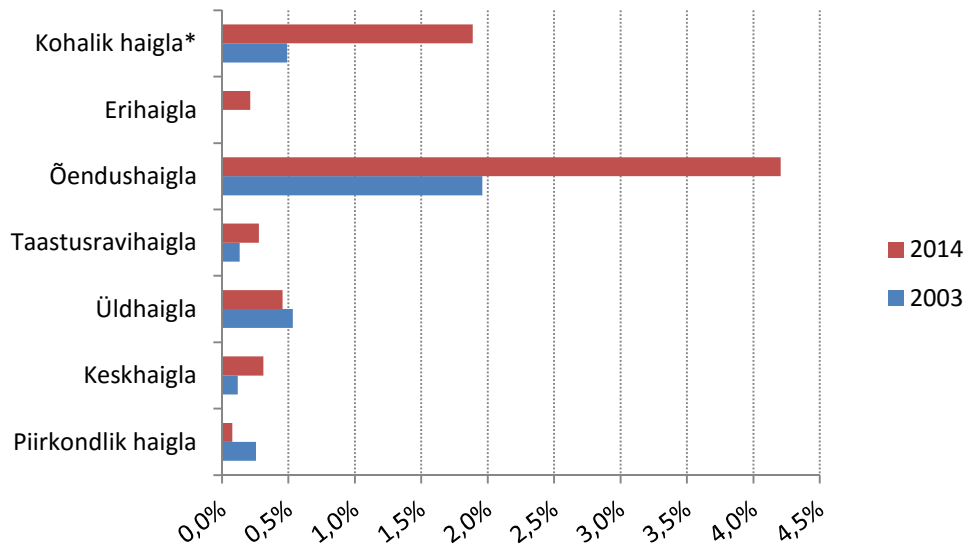


Joonis 13. Erihaiglate rahastamine riigieelarvest, 2003–2014

Erihaiglatele järgnevad suhtelise kasvu poolest piirkondlikud haiglad (kasv 1,8 miljonilt eurolt 31,3 miljonile eurole). Selle summaga on piirkondlikud haiglad 2014. aastal ka enim riigieelarvest rahastatavad, ületades üldhaiglaid 4,4- ja keskhaiglaid viiekordselt. Riigi rahastamise kasvu taga on erinevate struktuurivahendite vahendamine, samuti omaosalusega struktuurivahendite kasutamise toetamine.

2.2.3 Tulu kohalikelt omavalitsustelt

KOV-d toetavad majanduslikult eelkõige perearsti- ja koduõendusteenust, kuid rahastavad ka taastusravi ja statsionaarset hooldusravi/õendusabi. Lisaks rahastavad KOV-d piiratud mahus ravikindlustuseta isikutele osutatavaid teenuseid, mis jäävad välja sotsiaalministeeriumi rahastatavast vältimatu abi osutamise kohustusest. KOV-de poolt rahastatavate haiglateenuste maht käsitletud aastatel jäi enamasti alla 1% haiglate tuludest, v.a õendushaiglad, kus see ületab 4% (joonis 14). KOV-de rahastus kesk- ja õendushaiglatele on võrreldaval perioodil tõusnud 8–9 korda. Keskhaiglates kasvas see 69 tuhandelt 607 tuhande euroni ja õendushaiglates 94 tuhandelt 783 tuhande euroni. Seevastu vähenes rahastus piirkondlikele haiglatele 272,6 tuhandelt eurolt 2003. aastal 263,1 tuhandele eurole 2014. aastal. Sellega on piirkondlikud haiglad kaotanud oma positsiooni KOV-de suurima lepingupartnerina õendushaiglatele. Kolmandal kohal on keskhaiglad. Põhjuseks on õendushaiglate arvu kasv maapiirkondades.



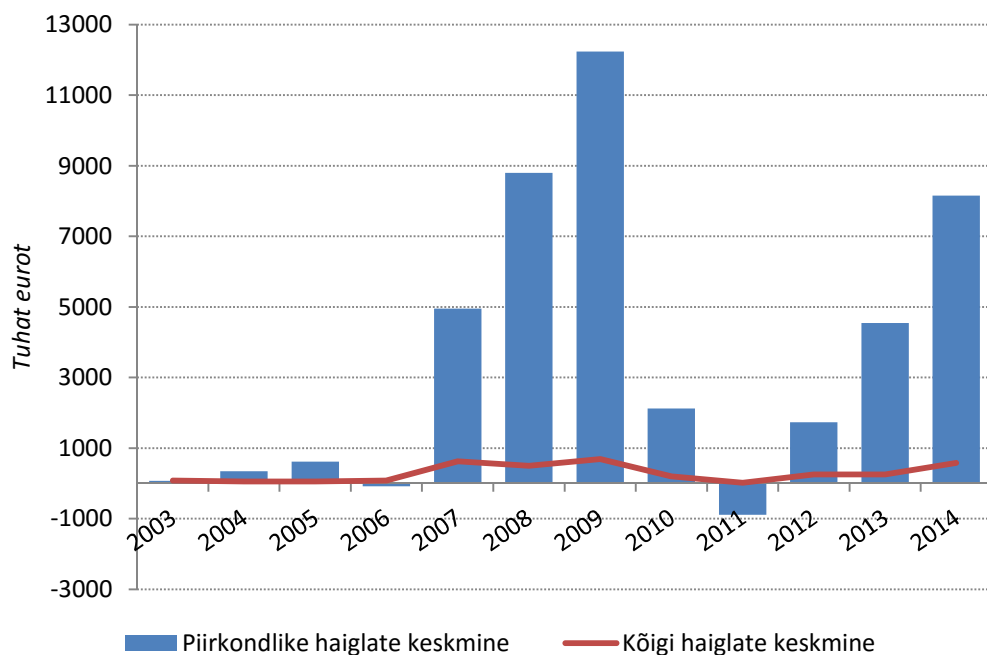
Joonis 14. KOV rahastuse osatähtsus haiglate tuludes haigla liigiti, 2003 ja 2014

* 2004. aasta andmed 2003. aasta asemel

3. TULEM

Läbi aastate 2003–2014 on haiglad suutnud ennast tasakaalukalt majandada lõpetades majandusaasta üldjuhul positiivse tulemusega. Samas on mõningates haiglates aastaid, kus eelarve tasakaalus hoidmisega on olnud raskusi. Riskialtimate majandajad või siis piiratud võimalustega on olnud kesk- ja kohalikud haiglad, kus kolmandikul aastatest on majandusaasta tulem jäänud negatiivseks.

Piirkondlike haiglate jaoks oli kriitilisim 2011. aasta (joonis 15), kui tulubaas oli jätkuvalt madalseisus, kuid oli tungiv vajadus teha kulutusi meditsiinkaupadele ning tööjõu hoidmiseks tõsta vahepeal langetatud palku. Arstide keskmine palk koos kõigi lisatasudega oli piirkondlikes haiglates 2008. a 2199 eurot, 2009. a 2051 eurot, 2010. a 2058 eurot ja 2011 – 2092 eurot.



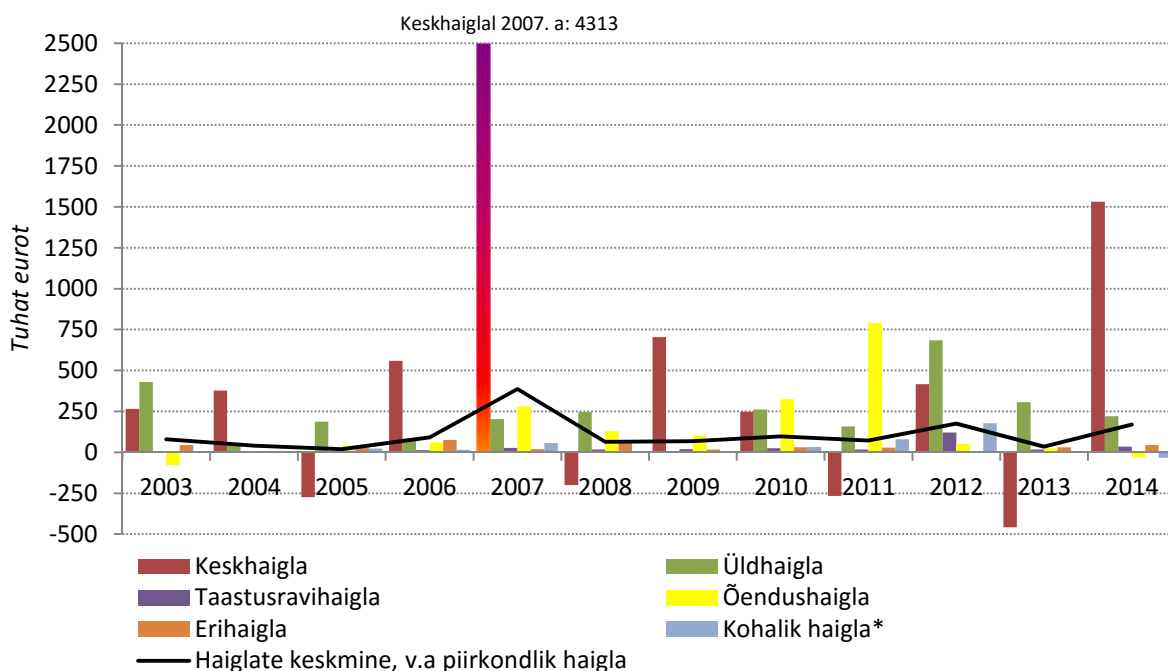
Joonis 15. Piirkondlike haiglate keskmine tulem võrreldes kõigi haiglate keskmise tulemiga, 2003–2014

Eriti iseloomulik on hüplik majandamine keskhaiglatele, kus igale positiivse tulemiga aastale järgneb järgmisel või ülejärgmisel aastal negatiivne tulem (joonis 16). Kas tegemist on „üle oma varju hüppamisega“, et olla piisavalt uuendusmeelne ja minna kaasa moodsate, kuid EHK tervishoiuteenuste loetelus alarahastatud või veel mitterahastatavate ravimeetoditega või ebamõistliku majandamisega? Keskhaiglad on alid nii tehnoloogilisi uuendusi kui ka uusimaid ravimeetodeid juurutama, kuid asutuste finantseerimisvõimekus ei jõua alati edumeelsusega sammu pidada või tehakse valesid finantseerimisotsuseid.

Üld- ja erihaiglad on üldjuhul majandanud konservatiivselt ning summaarselt jäänud kõigil aastail mõõdukasse kasumisse.

Enamuse haiglate jaoks kujunes üheks keerukamaks 2013. aasta, kus ligi pooled haiglad ei suutnud majandusaastat positiivselt lõpetada ning ülejäänute tulem jäi tagasihoidlikuks. Põhjuseks nii 2012. aasta lõpus sõlmitud tervishoiutöötajate kollektiivlepingu palgakokkuleppe täitmise kohustus kui ka kiirabiteenuse uute lepingupartnerite valik. Ainus haigla liik, kelle majandustegevust palgakokkuleppe kohustus ei mõjutanud, oli erihaigla, kuna erihaiglates polnud arstide ja õdede palgatõusuks sedavõrd tungivat vajadust. Juba 2012. aastal ületas erihaigla arstide ja õdede palk haiglate keskmist kuu põhipalka vastavalt 37% ja 24%.

Kohalikud haiglad ei ole ennast viimastel aastatel näidanud majanduslikult eriti elujõulisena. Rohkem kui kolmandikul võrreldavatest aastatest on majandusaasta lõppenud negatiivse tulemiga. Kohalikus haiglas töötavate arstide palk jäi 2014. aastal 13% alla haiglas töötavate arstide keskmisest kuu põhipalgast ja kõigi lisatasudega kuupalga arvestuses koguni 27,5%.



Joonis 16. Haiglate keskmine majandusaasta tulem haigla liigiti, v.a piirkondlik haigla, 2003–2014

* 2004. aasta andmed 2003. aasta asemel

3.1 Haiglate ravitöö majanduslik külg

Haigla töömahu põhinäitajateks on ravijuhtude arv statsionaaris ja päevaravis, ravivoodite arv ja voodihõive.

Ravivoodite üldarv on võrreldaval perioodil vähenenud 9%, samuti on vähenenud ravivoodite arv 1000 elaniku kohta (2003. a – 5,9; 2014. a – 5,6). Aktiivravivoodite arv on kahanenud 25% võrra (4,4 voodilt 3,4 voodini 1000 elaniku kohta), seevastu pikaravivoodite (iseseisev statsionaarne õendusabi, tuberkuloos, psühhiaatria) arv on kasvanud 40% (vastavalt 1,5-lt 2,2-le 1000 elaniku kohta). Kui pikaravivoodite arv on võrreldaval perioodil kasvanud 40%, siis voodihõive määr on jätkuvalt üle 80%. Võrdluseks aktiivravivoodite hõive on tõusnud 4%. Ravivoodite struktuurimuutuse peapõhjuseks on kasvanud vajadus õendusravivoodite järele, sest üle 50-aastase rahvastiku osatähtsus on võrreldaval perioodil kasvanud 5%. Riiklikul tasemel aitas aastatel 2010–2015 õendus- ja hooldusteenuste arendamisele kaasa ERDF rahastatud meede „Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine“. Samuti 2013. aastal alanud hooldushaiglate restruktureerimine õendushaiglateks.

Kuni 31.12.2009 kompenseeris EHK hooldusravi voodipäevi 60 päeva jooksul 100% ulatuses. Alates 1.01.2010 kehtestati hooldusravi (iseseisev statsionaarne õendusabi) voodipäevale omaosaluse piirmäär 15%. Aastatega on suurenenud nii nõudlus statsionaarse õendusabi järele kui ka inimeste võimalused vajadusel teenust tarbida. Elanike brutotulu on üheteistkümnelt aasta jooksul kasvanud 2,3 korda ja ostujõud¹ kahanenud 1/3 võrra. Ostujõu muutust kirjeldab ilmekalt võrdlus keskmise brutokuupalgaga. 2003. aastal oli keskmine brutokuupalk 430 eurot, 2014. aastal 1005 eurot. 2003.

¹ aluseks SA ostujõu kalkulaator <http://www.stat.ee/kalkulaatorid>

aasta keskmise brutokuupalga ostujõud võrdub 2014. aastal 653 euroga (muutus 1,54). Niisiis raha ostujõud on aastatega küll kahanenud, kuid 2014. aastal saab osta keskmise kuupalga eest rohkem tooteid-teenuseid kui 2003. aastal.

Võrreldes üldise majanduskasvuga kasvasid tervishoiuteenuste hinnad kiiremini, kuid jäid siiski palga kasvule alla. Tervishoiuteenuste hindade kasvu illustreerimiseks on esitatud kardioloogia, onkoloogia ja hooldusravi voodipäeva ning eriarsti vastuvõtu hinna muutus haigekassa tervishoiuteenuste loetelu² põhjal. Kardioloogia ja onkoloogia voodipäevad on valitud näideteks kuna vereringeelundite ja onkoloogilised haigused olid 2014. aastal Eestis kõige sagedasemad haiglaravi põhjused.

- 2003. aastal oli kardioloogia voodipäeva maksumus 596 Eesti krooni (= 38,09 eurot) ja 2014 – 73,26 eurot. Nominaalne hinnatõus on 1,9-kordne. Ostujõu kalkulaatorit kasutades võrdub 2003. aasta 596 krooni 2014. aastal 58 euroga ja ostujõu muutus on 1,26-kordne.
- 2003. aastal oli onkoloogia voodipäeva maksumus 383 krooni (= 24,48 eurot) ja 2014 – 72,58 eurot, seega nominaalne hinnatõus on 2,97-kordne ja ostujõud muutus 1,96 korda (383 krooni väärtus 2014. aastal on 37 eurot).
- Hooldusravi (iseseisva statsionaarse õendusabi) voodipäeva maksumus on kasvanud 2,9 korda – 2003. aastal 310 krooni (= 19,8 eurot), 2014 – 57,85 eurot. Ostujõu muutus on 1,93-kordne (310 krooni võrdub 2014. aastal 30 euroga).
- Eriarsti esmane vastuvõtt vastavalt haigekassa hinnakirjale maksis 2003. aastal 95 krooni (= 6,07 eurot) ja 2014. a 17,05 eurot, seega nominaalne kasv on 2,8-kordne, kuid ostujõu muutus 1,89 (2003. aasta 95 krooni võrdub 2014. aastal ostujõult 9 euroga).

Muutused näitavad teenuste hinna kasvu, kuid samas ka seda, et keskmine palk kasvab tervishoiuteenuste hinnatõusuga enam-vähem samas tempos. Sissetulekute suhteline kasv on suutnud sammu pidada tasuliste tervishoiuteenuste, sh statsionaarse õendusabiteenuse kallinemisega.

3.2 Haiglate ravitöö efektiivsus

Hospitaliseeritute ja haiglast lahkunute arv 1000 elaniku kohta on võrreldaval perioodil kahanenud 8% võrra. See on toimunud eelkõige üld- ja taastusravihaiglate arvelt (vastavalt -28% ja -20%), õendus- ja erihaiglates on näitajad kasvanud (vastavalt 45% ja 10%). Kuna ravivoodite arv on kahanenud patsientide arvu vähenemisest kiiremini, siis on voodikoormus enamuses haigla liikides kasvanud (keskmiselt 5%), v.a taastusravi- ja erihaiglates. Seega on eriti aktiivravihaiglate töö muutunud efektiivsemaks.

Päevaravi patsientide arv on võrreldaval perioodil kasvanud üle 4 korra. Kui 2003. aastal viibis päevaravil 13,4 inimest 1000 elaniku kohta, siis 2014 oli see näitaja 57,6. Päevaravi patsientide arv on kasvanud eelkõige statsionaarsete patsientide arvelt.

Haigla ambulatoorsete vastuvõttude arv vähenes võrreldaval perioodil 2% võrra, kuid kasvas 1% võrra 1000 elaniku kohta.

² 2014. a kehtinud haigekassa tervishoiuteenuste loetelu: <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122013057>

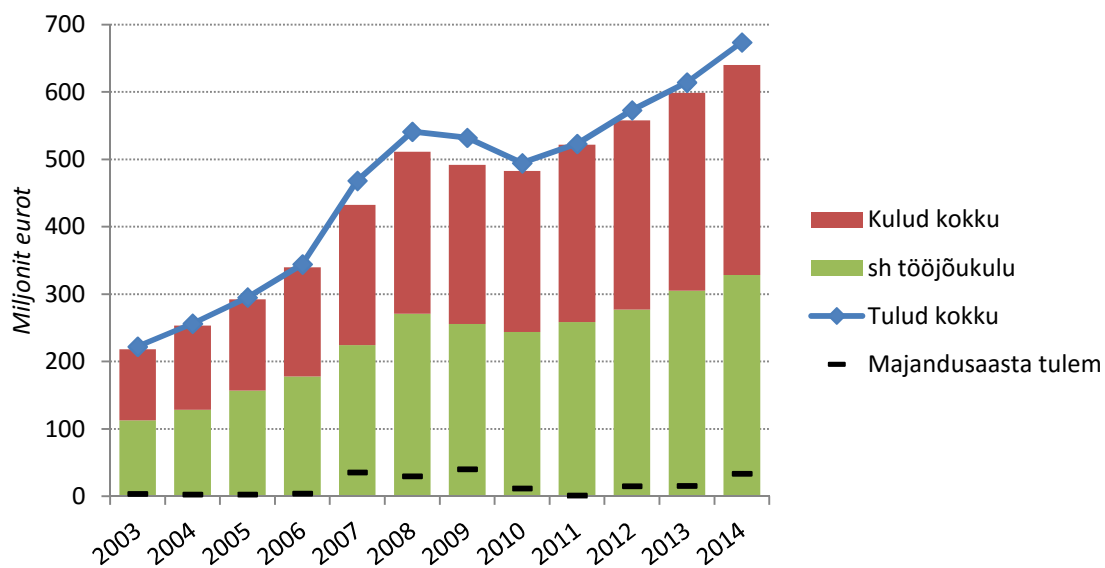
3.3 Ühe patsiendi ühe vastuvõtu-ravipäeva maksumus haiglas

2003. aastal kirjutati haiglast välja 245 228 statsionaarset patsienti, ambulatoorseid vastuvõtte tehti haiglates 3 068 771 ja päevaravilt lahkujaid oli 18 398. Võrdsustades ühe ambulatoorse vastuvõtu ühe patsiendiga ning võttes kõigist haiglas viibinud/vastuvõtul käinud patsientidest proportsiooni, siis haiglaravi saanud oli 7%, ambulatoorseid patsiente 92% ja päevaravi patsiente 1%. 2014. aastal olid vastavad näitajad haiglates järgmised – 221 041 (7%), 3 001 033 (91%) ja 75 799 (2%). Kuigi kõigi patsientide raviviiside omavaheline proportsioon palju ei muutunud, vähenes statsionaarsete patsientide arv 10%, ambulatoorsete vastuvõttude arv 2% ja päevaravipatsientide arv kasvas üle nelja korra.

Suhestades patsientide arvu proportsionaalselt haigla kuludega on võimalik tuletada ühe patsiendi vastuvõtu/ravipäeva maksumus. Keskmiselt oli ühe hospitaliseeritud patsiendi ühe ravipäeva maksumus 2003. aastal 214 eurot. Aastaks 2014 kasvas maksumus ligi kolm korda, 634 euron. Päevaravi patsiendi ravipäeva maksumus oli 2003. aastal 107 eurot, mis 11 aastaga kasvas samuti keskmiselt 3 korda, 317 euron. Ambulatoorse patsiendi vastuvõtu omahind kasvas 53 eurolt 158 eurole.

4. HAIGLATE KULUD

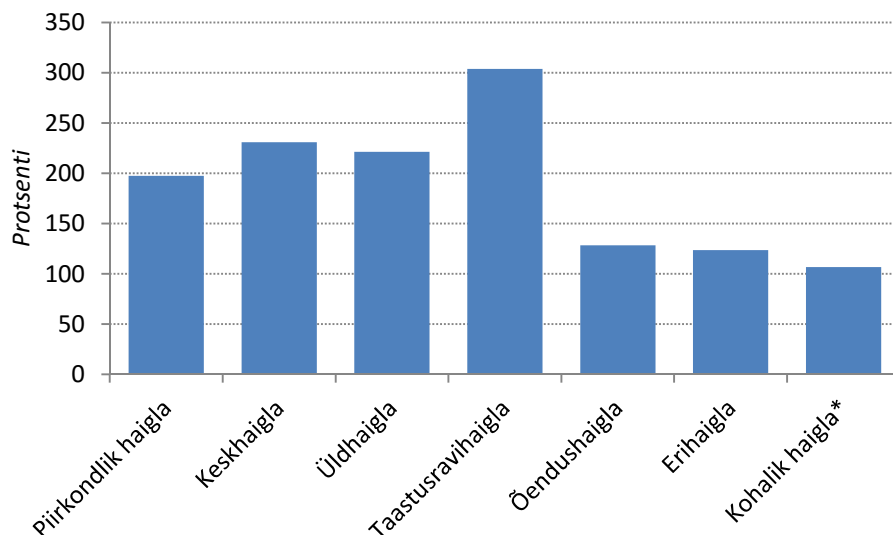
Haiglate tegevuskulud on kasvanud võrdeliselt tuludega, kuid teinud seda tuludest sammukese aeglasemalt (joonis 17). Seega on haiglad läinud kaasa majanduse üldise kasvuga, mida peegeldab järgneval joonisel haiglate kulude-tulude ühetaoline kasv, kuid tegutsenud majanduslikult ökonoomselt ning vältinud liigseid või ebamõistlikult suuri kulutusi. Väike tagasimineki nii kuludes kui tuludes toimus aastatel 2009–2010, kuid samas jääd ka neil aastail jätkuvalt kasumisse. Majanduslik tasakaal sattus ohtu alles 2011. aastal. Haiglate sisemised reservid olid eelmiste aastate majanduslanguse tõttu ilmselt ammendatud, kuid majanduse arengu hoogustumine nõudis konkurentsivõime tagamiseks täiendavate kulutuste tegemist, sh uute töövahendite ja varude soetamist ning palgatõusu. See omakorda põhjustas olukorra, kus hoolimata tulude kasvutrendist oli nn kohustuslike kulutuste kasv kiirem ning haiglate majandusaasta tulem oli kogu perioodi madalaim.



Joonis 17. Haiglate kulud, tulud ja tulem, 2003–2014

4.1 Kulude muutus haigla liigiti

Suhteline kulude kasv on olnud suurim taastusravihaiglates (üle 4 korra) (joonis 18), neile järgnevad kesk- ja üldhaiglad vastavalt 3,3 ja 3,2 korruga. Kõige vähem on kulud kasvanud kohalikes haiglates, kuna kohalikud haiglad ei ole suutnud oma majanduslikku positsiooni Eesti haiglamaastikul kindlustada. Enim on võrreldaval perioodil muutunud muud kulud. Muude kulude hulka kuuluvad investeeringud sidusettevõtetesse, osaluste omandamisega seotud kulud, kahjum põhivara müügist, sihtfinantseerimise vahendamine, ebatöenäoliselt laekuvad arved, lootusetuks tunnistatud nõuded, ühingute ja liitude liikmemaksud, intressikulud jm. Kuna haiglad on hakanud lisaks tervishoiuteenuse osutamisele tegelema ka muu äritegevusega, siis kaasneb täiendavate tuludega ka lisakulutusi. Haiglate majanduskulud on võrreldaval perioodil kasvanud kõige aeglasemalt.

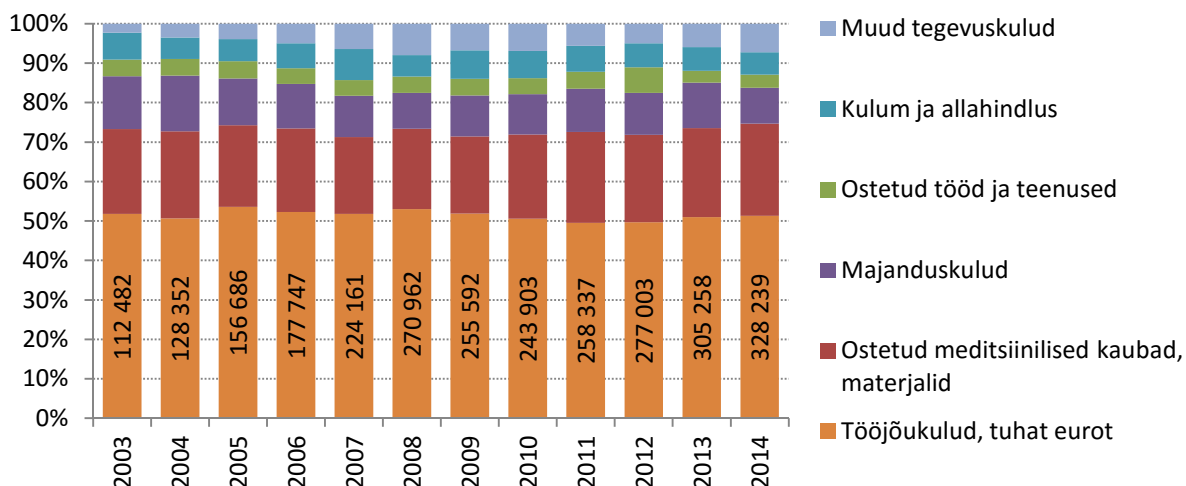


Joonis 18. Haiglate kulude keskmine kasv haigla liigiti, 2003 vs 2014

* 2004. aasta andmed 2003. aasta asemel

Kulude jaotus peakategooriate (meditsiinilised kaubad ja teenused, majanduskulud, tööjõukulud, muud) lõikes haigla liigiti on järgmine – suurim kuluartikkel kõigis haigla liikides on tööjõukulu (keskmiselt 52% 2003. aastal ja 51% 2014. aastal) (joonis 19). Suuruselt järgmised kulud on meditsiinilised kaubad ja materjalid, mis moodustasid 23% (2003 – 21%) ja majanduskulud 9% (2003 – 13%) kuludest.

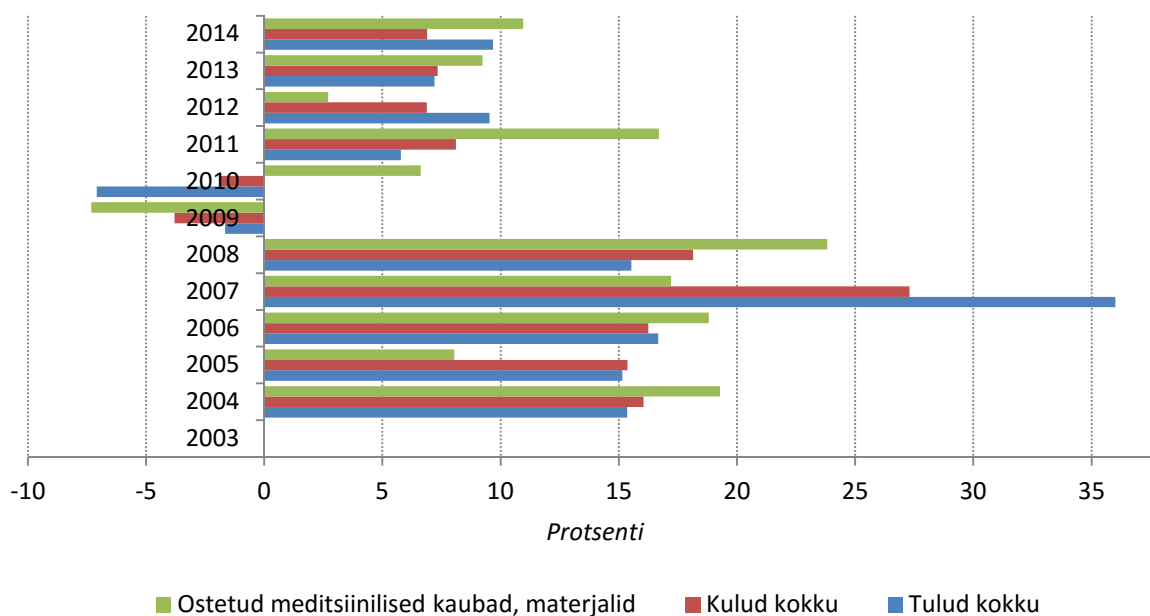
Haigla liigiti jagunevad kulud üpris erinevalt, kuna sõltuvad haigla profiilist. Piirkondlikes haiglates moodustavad tööjõukulud 47% (kesksaiglates 52%), sest nende osatähtsuse hoiab madalana ostetud meditsiiniliste materjalide ja kaupade kõrgem proportsioon –29% (23%). See omakorda on tingitud pakutavate teenuste laiemast amplituudist ja keerukusest. Ka erihaiglates on tööjõukulud kesksaiglate tasemel (52% kõigist kuludest), kuid võrreldes teiste haiglatega on neil märksa kõrgem ostetud tööde ja teenuste osatähtsus (14% võrreldes enamuse teiste haiglate 1–8%ga), mis tähendab, et osa palgakuludest makstakse välja lepingutasudena. Taastusravi- ja üldhaiglates küündivad tööjõukulud 65% ja 63%-ni. Neist esimeses on ka kõrgeimad majanduskulud – 19%, millest omakorda suurima osa ehk 63% moodustavad hoonetega seotud kulud. Keerukamaid teenuseid pakkuvates aktiivravihaiglates hoiab tööjõukulude osatähtsuse madalamana muude meditsiinispetsiifiliste kulude kõrgem tase.



Joonis 19. Haiglate kulude osatähtsus kululiikide järgi, 2003–2014

4.2 Meditsiinkaupade kulu

Majandusliku madalseisu lähenedes tõstsid haiglad kulutusi meditsiinitarvikutele (joonis 20, vt aasta 2008), et luua varusid. Seetõttu oli 2009. aastal võimalus märgatavalt vähendada nimetatud kulutusi, kuid 2010. aastaks olid varud ilmselt ammendatud ning sõltumata tulude jätkuvast vähenemisest kasvasid meditsiinkaupadele tehtud kulutused.

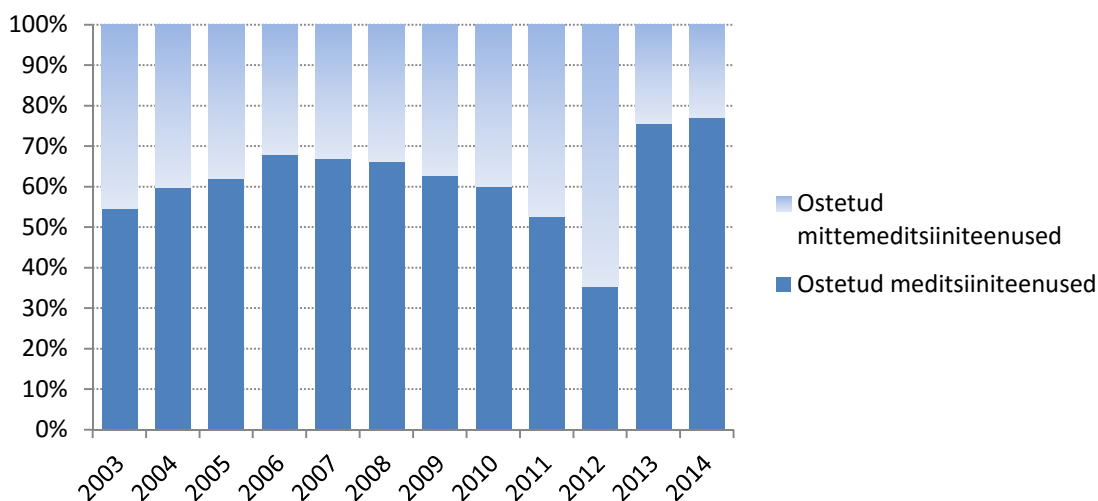


Joonis 20. Haiglate meditsiinkaupadele-materjalidele tehtud kulutuste aastane muutus võrreldes kokku kulude ja tulude aastase muutusega, 2003–2014

4.3 Ostetud tööd ja teenused

Läbi aastate on haiglad töid ja teenuseid sisse ostnud keskmiselt 3–4% kogu eelarvest. Erandiks on erihaiglad keskmiselt 14%-ga, kuid samas on neil tööjõukulude osatähtsus üks madalamaid. Erihaiglad eelistavad osta pigem teenuseid teistelt tervishoiuteenuse osutajatelt – ca 73% kõigist erihaiglate ostetud teenustest on tervishoiuteenused ja vähem otse spetsialiste palgata.

Kõigis haigla liikides, v.a õendushaigla, on valdavaks sisseostetud teenuseks meditsiiniteenus, moodustades viimastel aastatel üle 70% ostetud teenustest (joonis 21). Tervishoiuteenuse osutajate omavaheline teenuste ost on viimastel aastatel kasvanud. 2012. aasta proportsiooni muutust mõjutab mittetervishoiuteenuste ostmise hüppeline kasv. Erinevalt mittetervishoiuteenustest vähenesid tervishoiuteenuste ostud majandusliku madalseisu aastatel, kuid endine tase taastus alles 2013. aastaks. Infotehnoloogia inventari ja teenuste ostud jäävad alla 1% haiglate kuludest, kuna suurem osa infotehnoloogilistest kulutustest on seotud infotehnoloogilise põhivara soetusega ning need kulutused amortiseeritakse pikema perioodi jooksul.



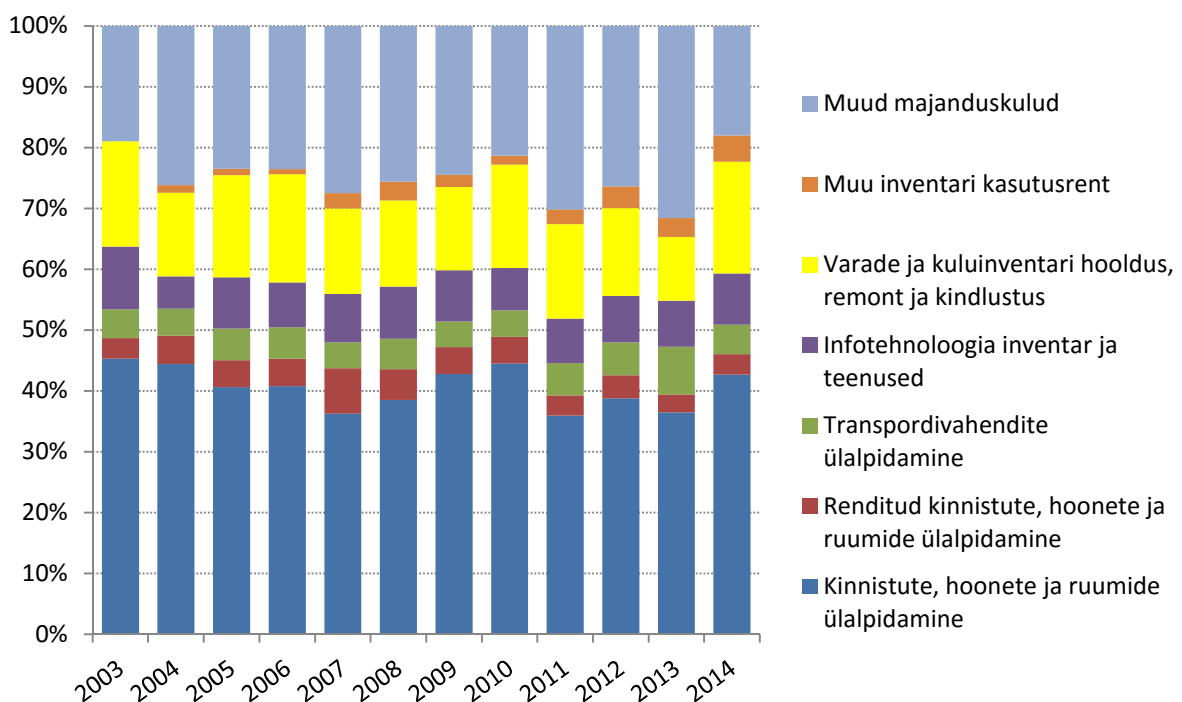
Joonis 21. Ostetud meditsiiniteenuste osatähtsus haiglate sisseostetud teenustest, 2003–2014

4.4 Haiglate majanduskulud

Majanduskulud (kinnistu ülalpidamine/rent, transpordi-, inventari- ja bürookulu, koolituskulud jm) moodustavad keskmiselt 15% kõigist haiglate kuludest. Samas määrab haigla profiil ära suuremate kuluartiklite spetsiifika. Piirkondlikes, kesk- ja üldhaiglates on majanduskulude osatähtsus võrreldes teiste haiglatega läbi aegade väiksem (ca 10–12%), samas meditsiinkaupade osatähtsus on piirkondlikes ja kesonhaiglates suurem moodustades ¼ kõigist kuludest. Taastus- ja õendushaiglates küündivad majanduskulud 20–21%-ni, seevastu meditsiinkaupade osatähtsus on ainult ca 5%.

Haiglate majanduskuludest ligi pool kulub hoonete ülalpidamisele (rent, kommunaalkulud, sh elekter ja küte) (joonis 22). Keskmiselt 15% moodustavad varade ja kuluinventari soetuse, hoolduse, remondi ja kindlustusega seotud kulud. Sellest omakorda poole moodustavad meditsiiniseadmete hooldus, remont ja kindlustus. Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia kulutused (IKT väikevahendite soetus ja teenused) moodustavad majanduskuludest läbi aastate 7–8% ning transpordikulud püsivalt 5%.

Eraldi 25% majanduskuludest moodustavad muud majanduskulud. Sellesse kategooriasse kuuluvad bürookulud, koolituse, lähetuste ja ravimiuringutega seotud kulud ning annetused. Koolituskulud hõlmavad muudest majanduskuludest 14% ja kõigist majanduskuludest 3,2%. Ravimiuringutele kuluv osa on marginaalne, moodustades 1% muudest majanduskuludest. Annetuste osatähtsus kõigist majanduskuludest on 0,05%.



Joonis 22. Haiglate majanduskulude osatähtsus kululiikide järgi, 2003–2014

5. HAIGLATE PÕHIVARA SOETAMINE

Haigla kui statsionaarse tervishoiuteenuse osutaja jaoks on oluline materiaalne baas, millel teenuseid osutatakse. Selleks on nii hooned ja rajatised, masinad ja seadmed kui ka infotehnoloogilised lahendused.

Võrreldes haiglate põhivara³ liikide osatähtsust, siis 2004. aastal moodustas immateriaalne põhivara soetus 0,6% kogu soetatud põhivarast, kuid 2014. aastal 2,4%. Kui varasematel aastatel keskenduti eelkõige masinate-seadmete (transpordivahendid, IKT ja seadmed) soetamisele, 2004. aastal moodustasid masinad ja seadmed 63% uuest põhivarast, siis 2014. aastal oli suurimaks kulugrupiks 69%-ga hooned ja lõpetamata ehitised.

Suuremahulise immateriaalse ja materiaalse põhivara soetamise juures on olnud abiks erinevad kodu- ja välismaised sihtfinantseerimised, nt Ettevõtluse Arendamise SA, Euroopa Regionaalarengu Fond, saastekvootide müügi toetus, grantid jne. See tingib nii soetamiskulutuste ebaregulaarsuse (kulutuste tegemine sõltub meetme avanemisest), kuid ka eesmärgistatuse (kulutus sõltub meetme/grandi sisust, mida selle eest on lubatud soetada). Seetõttu kulgebki uue põhivara soetus trajektoiril – struktuurivahendite avanemine → taotluse esitamine → projekteerimine → hanke väljakuulutamise → (võimalik hanke vaidlustamine →) teostamine → (võimalik tagasinõue →) uue taotluse esitamine jne. Sihtfinantseerimisega kaasneva omaosaluse taga on sageli riik või kohalik omavalitsus. Seega on tulude peatükis kirjeldatud summade kõikumised sageli põhjustatud vajadusest panustada ühel konkreetsel aastal omaosalusse.

5.1 Immateriaalne põhivara

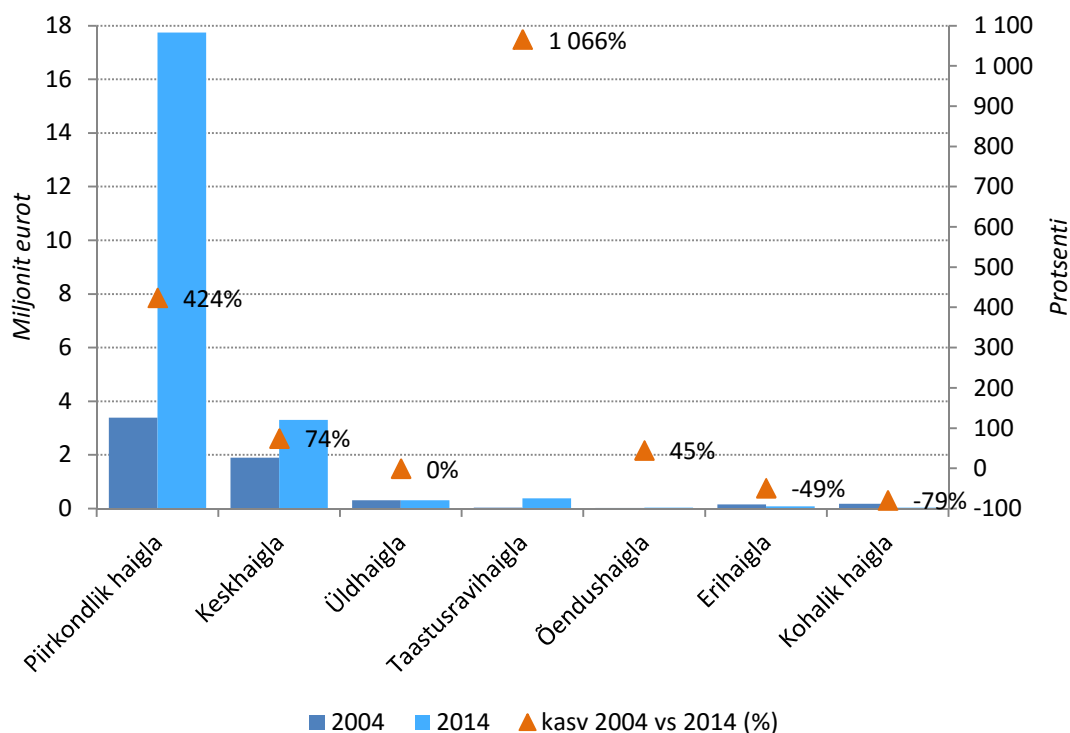
Suuremahulised immateriaalse põhivara soetused on eelkõige võimalikud ja vajalikud suurhaiglatele ning seetõttu on just piirkondlike haiglate immateriaalsed soetused pikema perioodi jooksul küündinud või ületanud kokku miljoni euro piiri – tõus võrreldes 2003. aastaga on 13-kordne. Suurima suhtelise kasvu, 37 korda on läbi teinud keskhaiglate immateriaalne põhivara, kasvades ligi 16 tuhandelt eurolt 2003. a 584 tuhande euroni 2014. aastal. Suurimad investeeringud on tehtud neis haigla liikides nii haiglasiseste kui patsientidega suhtlemiseks mõeldud infosüsteemide arendamiseks. Ülejäänud haigla liikidele on iseloomulikud pigem üksikud suuremad investeeringud immateriaalsesse põhivarasse pikema perioodi jooksul.

5.2 Materiaalne põhivara

Haiglate materiaalse põhivara moodustavad hooned, rajatised ja maa, masinad ja seadmed, transpordivahendid ja infokommunikatsioonivahendid ning muu materiaalne põhivara (majandusinventar ja bürooseadmed, nt mööbel). Suurim suhteline materiaalse põhivara aastase soetuse muutus on toimunud taastusravihaiglates (30 tuhandelt 390 tuhande euroni haigla kohta)

³ Põhivara on vara, mida kasutatakse toodete tootmisel, teenuste osutamisel või halduseesmärkidel ning tema kasutusiga on pikem kui 1 aasta. Põhivara maksumust ei kanta otse kuludesse, vaid amortiseeritakse kasuliku eluea jooksul. Põhivara koosneb materiaalsest ja immateriaalsest põhivarast. Immateriaalne põhivara on füüsilise substantsita vara, nt litsentsid, arenguväljaminekud, kaubamärgid ja firmaväärtus.

(joonis 23). Absoluutväärtuses on kasv suurim piirkondlikes haiglates (3,4 miljonilt 17,7 miljoni euroni haigla kohta).

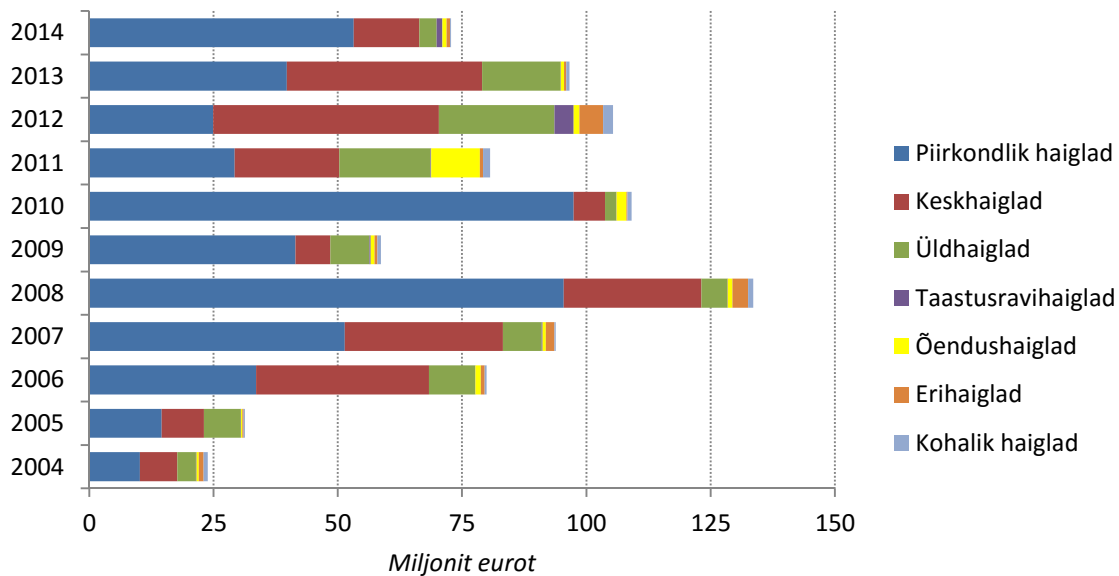


Joonis 23. Haiglate keskmine materiaalse põhivara soetamise muutus haigla liigiti, 2004 ja 2014

Materiaalse põhivara soetamisele on iseloomulik analoogne suundumus nagu immateriaalsele põhivarale – piirkondlike ja keskhaiglate investeeringud on mahukamad ja pidevamad, taastus-, õendus-, eri- ja kohalike haiglate omad tehakse pigem pisteliselt mõne aastaste vahedega. Hüppeline tõus investeeringutes materiaalsesse põhivarasse toimus aastal 2006 (joonis 24). Järgmised intensiivsemad uue põhivara soetused ja suuremad investeeringud tehti aastatel 2008, 2010 ja 2012.

Enim investeerisid haiglad materiaalsesse põhivarasse aastal 2008, millele aitas kindlasti kaasa võimalus alates 2007. aastast kasutada suuremas mahus erinevaid struktuurivahendeid (EL programmiperiood 2007–2013). Kuna struktuurivahendite taotlemine võtab aega, siis on aastane nihe finantside aktiivses kasutamises loomulik. Põhivara soetuse hüppeliste muutuste põhjuseks on eelpool kirjeldatud suured projektid (uue hoonekompleksi ehitus või vana suuremahuline renoveerimine, samuti keerukama ja kallima aparatuuri soetus) ja nende maksumuse kumuleerumine ühte aastasse.

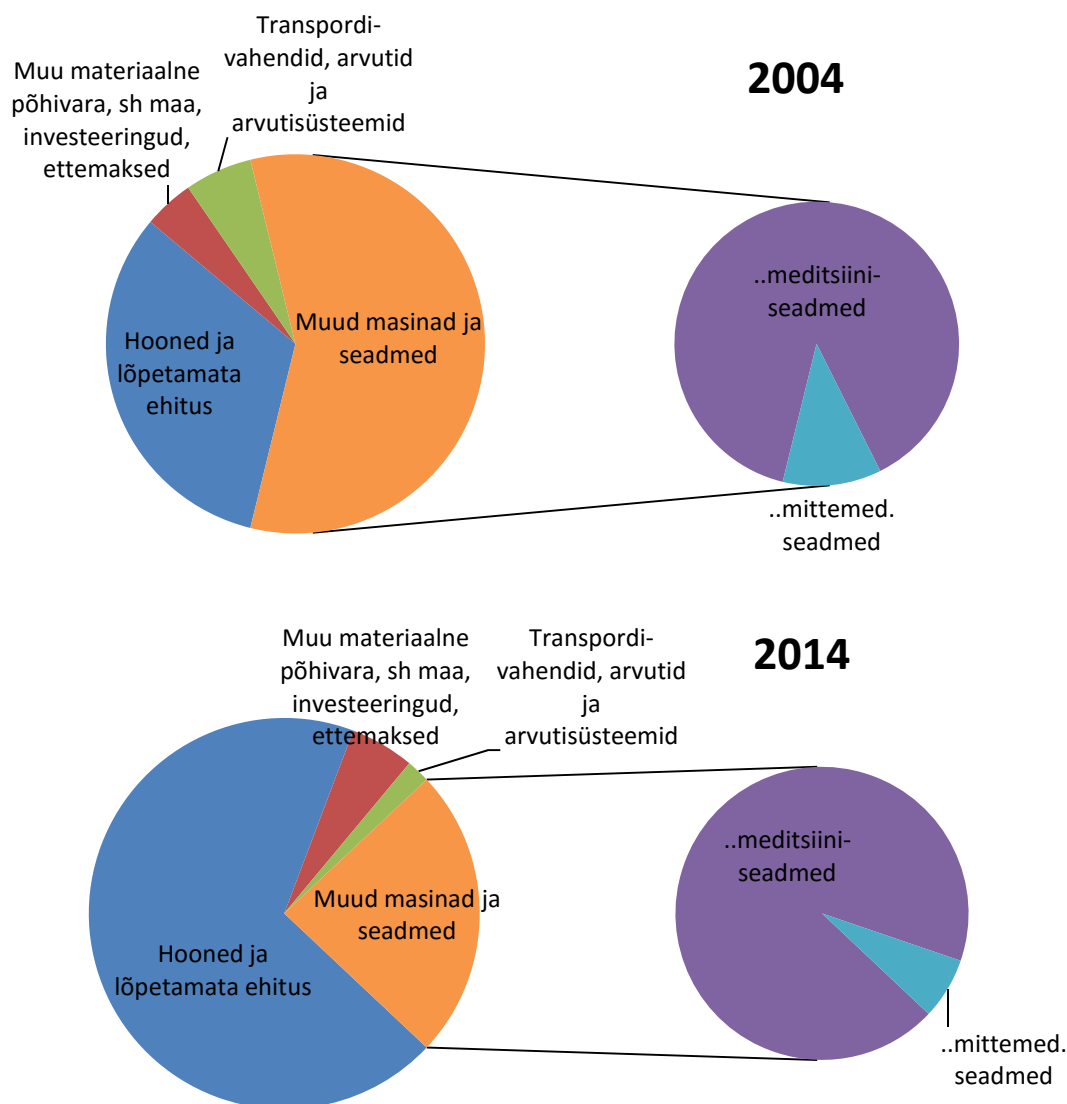
Järgmine struktuurivahendite programmiperiood algas 2014 (kestus 2014–2020), mis võib olla põhjuseks, et 2014. aastal on investeeringud põhivarasse ¼ võrra vähenenud, sest tegeldakse uute projektide ettevalmistamisega ning siit võib omakorda eeldada, et 2015. aastal toimub taas investeeringute elavnemine.



Joonis 24. Materiaalse põhivara soetus haigla liigiti, 2004–2014

Võrreldes aastatel 2004 ja 2014 tehtud kulutusi materiaalsesse põhivarasse on näha muutusi põhivara struktuuris (joonis 25). Kui 2004. aastal moodustasid üle 60% soetusest transpordivahendid, arvutid, muud masinad ja seadmed, millest omakorda 91% muud masinad, siis 2014. aastal olid suurimad investeeringud (69% kogu materiaalsest põhivarast) seotud hoonete soetuse, ehituse ja renoveerimisega. Seega uuendas enamus haiglaid esmalt tööks vajalikud tehnilised vahendid ning seejärel keskenduti töökeskkonna parandamisele.

Kulutused meditsiiniseadmetele moodustasid mõlemal aastal suurima osa muudele masinatele-seadmetele tehtud kulutustest – vastavalt 89% ja 93%. Tähelepanuväärne on see, et 2004. aastal moodustas meditsiiniseadmete ost 51% ehk üle poole materiaalse põhivara soetusest (2014. aastal 22%). Haiglate kõrgtehnoloogiliste seadmete hulk on võrreldes nt 2006. aastaga kolmekordistunud.

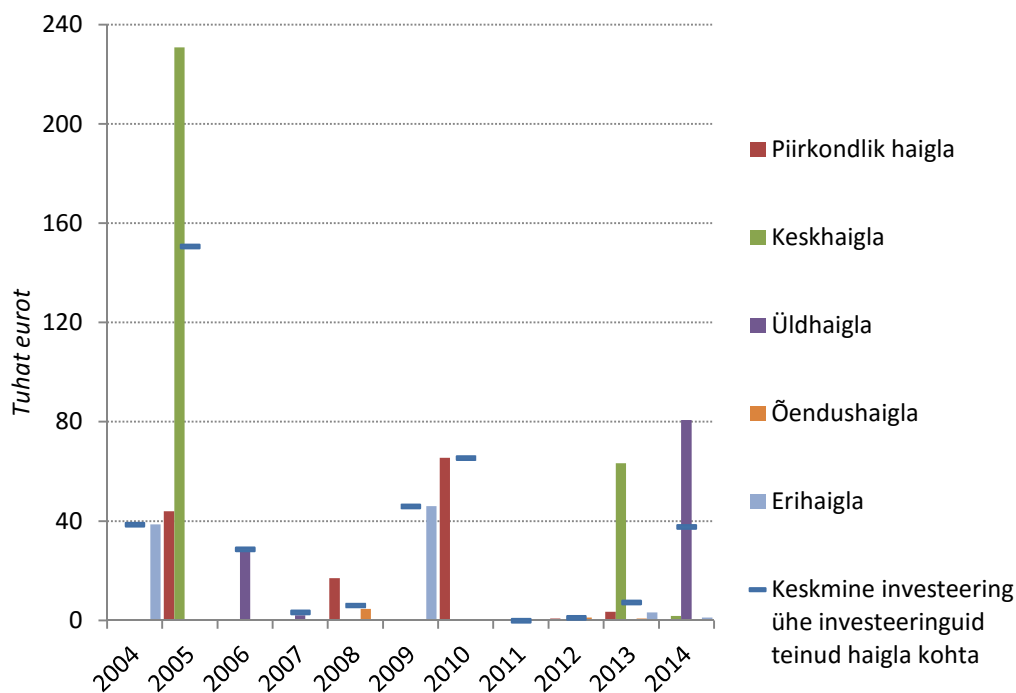


Joonis 24. Haiglate konkreetsel aastal soetatud materiaalne põhivara põhivara liigiti, 2004 ja 2014

5.2.1 Kinnisvarainvesteeringud

Kinnisvarainvesteeringud⁴ moodustavad haiglate materiaalse põhivara soetustest alla 1%. Aktiivsem kinnisvarasse investeerimine toimus 2005. aastal, kui investeeringud ületasid miljon eurot ning viimastel aastatel on taas investeeringute tõusu märgata (0,9 miljonit eurot 2009. aastal) (joonis 26). Samas on haiglate kinnisvarainvesteeringud pigem erandlikud ning iseloomulikud vaid suurematele haiglatele (piirkondlik, kesk- ja üldhaigla) või erihaiglatele. Ainukeseks järjekindlaks kinnisvarasse investeerijaks saab pidada piirkondlikke haiglaid. Peamiseks kinnisvaraobjektiks on hooned.

⁴ Kinnisvarainvesteering on kinnisvaraobjekt, mida ettevõtte hoiab eelkõige renditulu teenimise, väärtuse kasvu või mõlemal eesmärgil, mitte aga toodete või teenuste tootmiseks, halduseesmärkidel või müügiks tavapärase äritegevuse käigus.



Joonis 25. Haiglate keskmised kinnisvarainvesteeringud haigla liigiti, 2004–2014

KOKKUVÕTE

Majandusliku surutise aastate järgselt on haiglad stabiilselt oma kindlustunnet kasvatanud soetades põhivara ja suurendades investeeringuid nii hoonetesse kui meditsiinitehnikasse.

Haiglate kui äriettevõtete majanduslikku arengut mõjutavad sageli riiklikul tasemel tehtud otsused. Olgu selleks haiglavõrgu arengukava haiglate prioriseerimine, mis võimaldab enam kasutada välistoetusi infrastruktuuri arendamiseks, hooldushaiglate restruktureerimine õendushaiglateks või haigekassa otsused lepingupartnerite valikul, mis loovad ühtedele võimalusi ning seavad teistele piiranguid. Lisaks avaldavad mõju EHK hinnamuutused ja tervishoiuteenuste piirhindade rakendamise tingimused. Piirkondlikud ja keskhaiglad on väljunud sellest kadalipust pigem võitjatena ning kohalikud haiglad pigem kaotajatena. Üldhaiglad on teelahkmel seadmas endale uusi sihte suurhaiglate koostööpartnerite ja alltöövõtjatena. Taastus- ja erihaiglad tegutsevad sihikindlalt oma kitsama profiiliga nišis. Eraldi kategooria moodustavad õendushaiglad, mille positsiooni tugevdab nõudluse jätkuv kasv, kuid mille jätkusuutlikkus sõltub tasakaalustatud majandamisest.

Tervisestatistilised andmed ja informatsioon:

- **Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas**
<http://www.tai.ee/tstua>
- **Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakonna veebileht**
<http://www.tai.ee/tegevused/tervisestatistika>
- **Andmepäring Tervise Arengu Instituudile**
tai@tai.ee
- **Statistikaameti andmebaas**
<http://www.stat.ee/>
- **Euroopa Liidu statistika**
<http://ec.europa.eu/eurostat>
- **Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa esinduse tervise andmebaas**
<http://data.euro.who.int/hfad/>
- **Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmebaas**
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

