



Tervishoiukulud 2016



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Tervise Arengu Instituut

Tervisestatistika osakond

Eesti tervishoiukulud 2016

Tallinn 2017

Tervisestatistika osakonna missioon:

Rahva tervis ja heaolu parema statistika ja informatsiooni kaudu

Koostajad: Marika Inno

Mare Ruuge

Tähelepanu! Nagu statistiliste aruannete puhul tavaline on ka käesolevas analüüsis ühe aasta jooksul võimalikud väikesed parandused. Palume aruande ja andmete kasutamisel viidata veebiversioonidele (analüüs www.tai.ee ja andmed www.tai.ee/tstua).

LÜHIKOKKUVÕTE

- Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st oli 6,7%, aasta varem 6,5%.
- Eesti tervishoiukulud olid 2016. aastal 1,41 miljardit eurot.
- Jooksehindades oli tervishoiukulude suurenemine 2016. aastal võrreldes eelneva aastaga 6,9%, püsivhindades toimus vähenemine 0,6%.
- Aastate 2008–2016 keskmine tervishoiukulude juurdekasv aastas oli 5,1% aastas, püsivhindades 0,95%.
- Eesti Haigekassa kulud olid 916 miljonit eurot ja nende osatähtsus tervishoiukuludes oli 65%.
- Keskvalitsuse tervishoiukulud olid 132 miljonit eurot ja nende osatähtsus oli 9,3%.
- Leibkondade tervishoiukulutused olid 320 miljonit eurot ja nende osatähtsus oli 22,7%.
- Eesti tervishoiukulud ühe inimese kohta olid 2016. aastal 1072 eurot, millest avaliku sektori osa moodustas 811 eurot ja leibkondade osa 243 eurot.

SISUKORD

SISSEJUHATUS	5
1. TERVISHOIUKULUD JA SISEMAJANDUSE KOGUPRODUKT	6
2. TERVISHOIUKULUDE RAHASTAMISALLIKAD	9
3. TERVISHOIUKULUDE RAHASTAMISMUDELID	13
4. TERVISHOIUKULUD TEENUSEPAKKUJATE JA TEENUSTE JÄRGI.....	17
5. TERVISHOIUKULUD ÜHE INIMESE KOHTA	23
6. TERVISESEKTORI KAPITALIINVESTEERINGUD	26
7. TERVISHOIUKULUDE ARVESTUSMETOODIKA.....	28
KASUTATUD ALLIKAD	30

JOONISED

Joonis 1.1 OECD35 ja Eesti tervishoiukulude osatähtsus SKP-st, 2003–2016.....	6
Joonis 1.2 SKP ja tervishoiukulude muutus võrreldes eelmise aastaga, Eesti ja OECD keskmine, 2004–2016.....	7
Joonis 1.3 OECD riikide tervishoiukulude osatähtsus SKP-st, 2016	8
Joonis 1.4 Tervishoiukulude reaalkasv, 2009–2016	8
Joonis 2.1 Tervishoiukulude jagunemine rahastamisallikate järgi, 2016.....	10
Joonis 2.2 Tervishoiukulud rahastamisallikate järgi, 2008–2016.....	11
Joonis 2.3 Tervishoiukulude struktuur rahastamisallikate järgi, 2008–2016	11
Joonis 2.4 Rahastamisallikate muutused, 2008–2016, 2008=0%.....	12
Joonis 3.1 Tervishoiukulude jagunemine rahastamismudelite järgi, 2008–2016	13
Joonis 3.2 Tervishoiukulud rahastamismudelite järgi, 2008–2016	14
Joonis 3.3 Tervishoiukulude aastane juurdekasv rahastamismudelite järgi, 2008–2016	14
Joonis 3.4 Tervishoiukulude jagunemine rahastamismudelite järgi OECD riikides, 2015.....	15
Joonis 3.5 Leibkondade omaosaluse osatähtsuse muutused OECD riikides, 2009–2015	16
Joonis 3.6 tervishoiukulude osatähtsus valitsuse kuludes OECD riikides, 2015.....	16
Joonis 4.1 Tervishoiukulude jagunemine teenusepakkujate järgi, 2016	17
Joonis 4.2 Tervishoiukulud teenusepakkujate järgi, 2008–2016	18
Joonis 4.3 Tervishoiukulud teenusepakkujate järgi OECD riikides, 2015	18
Joonis 4.4 haiglate tervishoiukulud teenuste järgi OECD riikides, 2015	19
Joonis 4.5 Tervishoiukulude jaotus teenuste järgi, 2016	20
Joonis 4.6 Tervishoiukulud teenuserühmade järgi, 2008–2016.....	21
Joonis 4.7 Aktiivravikulude jagunemine teenuserühmade järgi, 2008–2016	21
Joonis 4.8 Tervishoiukulude jagunemine teenuste järgi OECD riikides, 2015.....	22
Joonis 5.1 Tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi, 2008–2016, eurot	23
Joonis 5.2 Leibkondade tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi, 2008–2016, eurot.....	24
Joonis 5.3 Tervishoiukulud ühe inimese kohta OECD riikides, 2015, USD PPP	25
Joonis 5.4 Tervishoiukulude keskmine reaalkasv ühe inimese kohta, 2003–2016	25
Joonis 6.1 Kapitaliinvesteeringud liigi järgi, 2012–2015	26
Joonis 6.2 Kapitaliinvesteeringud TTO-de järgi, 2012–2015	27
Joonis 6.3 Kapitaliinvesteeringute osatähtsus SKP-st OECD riikides, 2015	27

SISSEJUHATUS

Käesolev Tervise Arengu Instituudi sarja „Eesti tervishoiukulud“ kuuluv analüüs esitab ülevaate aastate 2008–2016 tervishoiukuludest.

Analüüsi eesmärgiks on kirjeldada tervishoiusüsteemi finantseerimist erinevate rahastamisallikate, rahastamismudelite, tervishoiuteenuste ja teenuseosutajate kaudu. Tervishoiukulude arvestuse aluseks on OECD (Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon), WHO (Maailma Terviseorganisatsioon) ja Eurostati (Euroopa Liidu Statistikaamet) poolt väljatöötatud riigi tervishoiukulude arvutamise meetodika SHA2011¹. Rahvusvaheliselt võrreldavad tervishoiukulude andmed on kättesaadavad OECD andmebaasis tervise alajaotuses: <http://www.oecd.org/health/health-expenditure.htm>

SHA2011 meetodika järgi on tervishoiukuludesse arvestatud tervishoiuteenused nagu aktiivravi, taastusravi, õendusabi, tervishoiu tugiteenused, meditsiinitooted, ennetus ning tervishoiusüsteemi administreerimine. Samas ei sisalda tervishoiukulud õpetamisele, tervishoiualasele uurimis- ja arendustööle, keskkonnatervisele ja teistele teenustele, mille põhitegevus ei ole tervise parandamine, tehtavaid kulutusi. Kapitaliinvesteeringud on parema võrreldavuse huvides tervishoiukuludest välja arvatud ja neid vaadeldakse eraldi. Seekordses ülevaates leiavad käsitlemist aastate 2012–2015 kapitaliinvesteeringud.

Analüüs hõlmab Eesti elanikele tehtud kulutusi. See tähendab, et tervishoiukuludes ei kajastu teadaolevas ulatuses välismaalastele Eestis osutatud tervishoiuteenuste ja välismaalaste poolt ostetud tervishoiukaupade kulud.

Analüüsis esitletakse tervishoiukulude aegridu aastate 2008–2016 kohta, mis on käesolevaks ajaks ühtlustatud kujul avaldatud ning edastatud ka rahvusvahelistesse andmebaasidesse. Eesti tervishoiukulude iseloomustamiseks on kasutatud rohkem rahvusvahelist võrdlusmaterjali kui eelmistes analüüsides.

Väljaanne on mõeldud kasutamiseks kõigile tervishoiu rahastamise valdkonna vastu huvi tundvatele institutsioonidele ja isikutele ning laiemale avalikkusele.

Koostajad on tänulikud kõigile, kes edastasid andmeid ja teavet ning aitasid sellega kaasa Eesti tervishoiukulude arvestamisele.

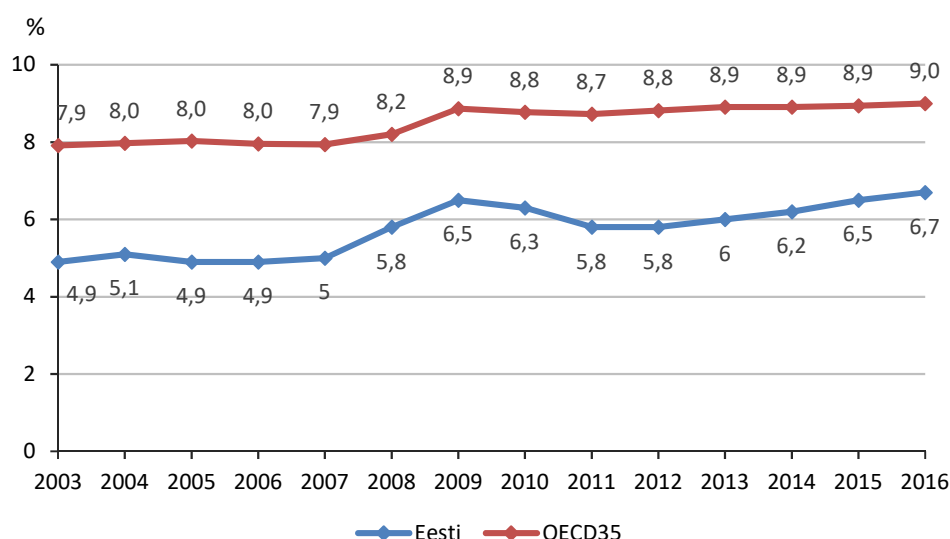
¹ OECD meetodikat kasutatakse rohkem kui 100 riigis Tervishoiu arvepidamise nime all (*System of Health Accounts, SHA*). Kasutatakse ka väljendit riigi tervishoiu arvepidamine (*National Health Accounts, NHA*).
<http://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

1. TERVISHOIUKULUD JA SISEMAJANDUSE KOGUPRODUKT

Riigi tervishoiukuludel on tugev seos üldise sissetulekute taseme ja selle vahel, kui palju kulutatakse või on võimalik kulutada tervishoiuteenustele. Tervishoiukulude üldist taset mõõdab suhe sisemajanduse koguprodukti.

Eesti tervishoiukulude kogumaht jooksevhindades oli 2016. aastal 1,41 miljardit eurot. Tervishoiukulud moodustasid sisemajanduse koguproduktist (SKP) 6,7% (joonis 1.1).

Alates 2013. aastast on tervishoiukulude osatähtsus SKP-st pidevalt tõusnud. Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st jõudis samale tasemele 2009. aasta näitajaga aastal 2015 ning 2016. aastal ületas eelnevate aastate taseme. OECD riikide keskmine tervishoiukulude osatähtsus SKP-st oli 2016. aastal 9%. Erinevus Eesti näitaja ja OECD riikide keskmise vahel vähenes aastatel 2008 ja 2009, oli suurem aastatel 2011–2013, kuid on järgnevatel aastatel taas vähenenud.

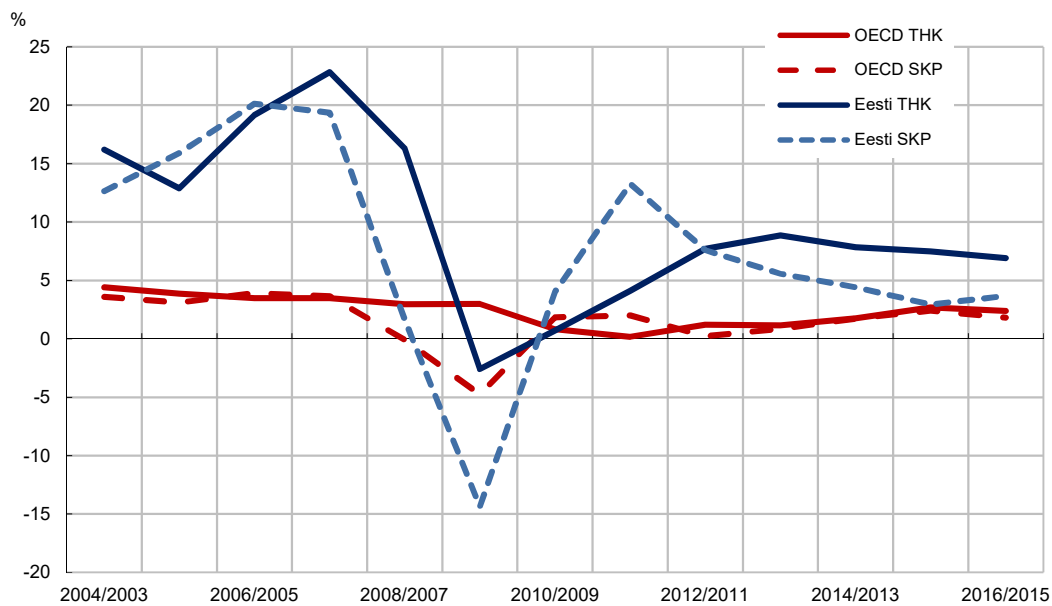


Joonis 1.1 OECD35 JA EESTI TERVISHOIUKULUDE OSATÄHTSUS SKP-ST, 2003–2016

Allikas: *OECD Health at the Glance 2017*

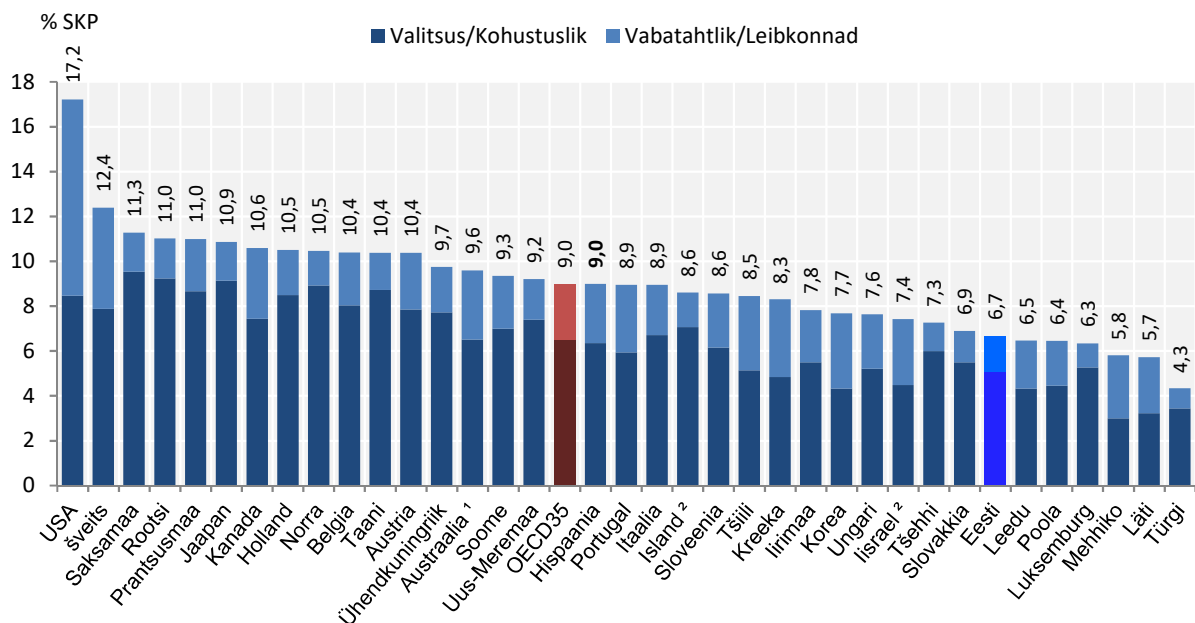
Eesti tervishoiukulude juurdekasv jooksevhindades on alates 2013. aastast olnud kiirem kui SKP juurdekasv (joonis 1.2), mistõttu on sellest ajast alates suurenenud tervishoiukulude osatähtsus SKP-st. Kuna tegemist on kahe näitaja omavahelise suhtega, siis SKP või tervishoiukulude iga muutusega muutub mõnevõrra tulemus. Eriti suur on mõju juhtudel, kui muutused on järsud või erisuunalised. Aastatel 2003–2007 arenes Eesti majandus jõudsalt: SKP kasv oli keskmiselt 17% aastas, tervishoiukuludel 18%. SKP langus algas 2007. aastal, mil juurdekasv oli väiksem kui 2% ja jõudis 2008. a madalseisu kui toimus 14%-line langus. Suurem tervishoiukulude langus toimus seevastu aastal 2009, kui hakkasid mõju avaldama seoses majanduskriisi saabumisega kehtestatud kulutuste

kokkuhoiumeetmed. Iseloomulik on samuti, et tervishoiukulude muutused kajastavad üldisi majanduskeskkonnas toimuvaid muutusi mitte kohe, vaid teatud viiteperioodiga.



Joonis 1.2 SKP JA TERVISHOIUKULUDE MUUTUS VÕRRELDES EELMISE AASTAGA, EESTI JA OECD KESKMINE, 2004–2016

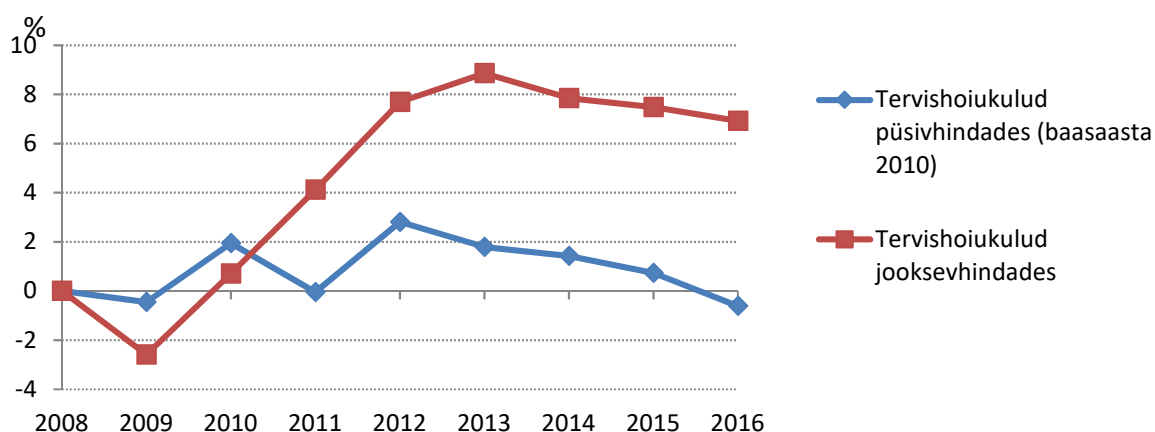
Eesti tervishoiukulude protsent SKP-st oli 2016. aastal 74% OECD riikide keskmisest (joonis 1.3). Kuigi Eesti positsioon on rahvusvahelistes võrdlustes paranenud, asume riikide järjestuses kulutuste taseme madalamas otsas. Kui Eestis on valitsuse ja kohustusliku ravikindlustuse tervishoiukulude osatähtsus SKP-st 4,1% ning vabatahtlikud ja leibkondade tervishoiukulud 1,6% SKP-st, siis OECD riikide keskmised näitajad on vastavalt 6,3% ja 2,6%. (Vt lisaks tervishoiukulude rahvusvahelist võrdlust ühe inimese kohta jooniselt 5.3).



Joonis 1.3 OECD RIIKIDE TERVISHOIUKULUDE OSATÄHTSUS SKP-ST, 2016

Allikas: *OECD Health at a Glance 2017*

Kui jooksevhindades oli tervishoiukulude kasv 2016. aastal võrreldes eelmise aastaga 7%, siis püsivhindade alusel, mis ei sisalda Eesti tervishoiu ja sotsiaalhoolekande tegevusala hindade muutust ehk inflatsiooni, oli reaalkasv -0,6% (joonis 1.4). Kulutuste kasv toimus seega mitte niivõrd teenuste mahu või kvaliteedi suurenemisest, vaid pigem inflatsiooni tõttu. Aastate 2008–2016 keskmine aastane tervishoiukulude juurdekasv oli 5% aastas, reaalkasv 1%. 2016. aasta tervishoiukulud olid jooksevhindades 48% suuremad 2008. aasta kuludest, püsivhindades oli suurenemine 8%.



Joonis 1.4 TERVISHOIUKULUDE REAALKASV, 2009–2016

2. TERVISHOIUKULUDE RAHASTAMISALLIKAD

Tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamise küsimused kerkisid taas Eesti jaoks tulipunkti 2016. aasta lõpus. Üheks eesmärgiks on seatud tagada inimestele arstiabi kättesaadavus, sest suurenenud on ravijärjekorrad ja teiseks on vaja kindlustada tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus.

Tervishoiukulude rahastamisallikad kirjeldavad, millistest allikatest koondatakse vahendeid tervisesüsteemi kulude jaoks. Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt töötajate palgalt makstava sihtotstarbelise sotsiaalmaksu kaudu. Sotsiaalkindlustusmaksena töandja poolt makstav sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa on 13% töötaja palgast. Selle rahastamisallika jätkusuutlikkuse seab kahtluse alla rahvastiku vananemine, millega kaasneb tööealise rahvastiku osa vähenemine ja pensioniealiste osatähtsuse suurenemine rahvastikus. Juba praegu moodustavad ligikaudu poole ravikindlustatutest mittetöötavad isikud – lapsed, pensionärid ja töötuna registreeritud. Samuti on sotsiaalmaksust rahastatud süsteem tundlik muutustele majanduse arengus ja tööhõives. Seetõttu püütakse muuta tõhusamaks senist rahastamise süsteemi ning suurendada tervishoiuvaldkonna tulusid muudest allikatest.

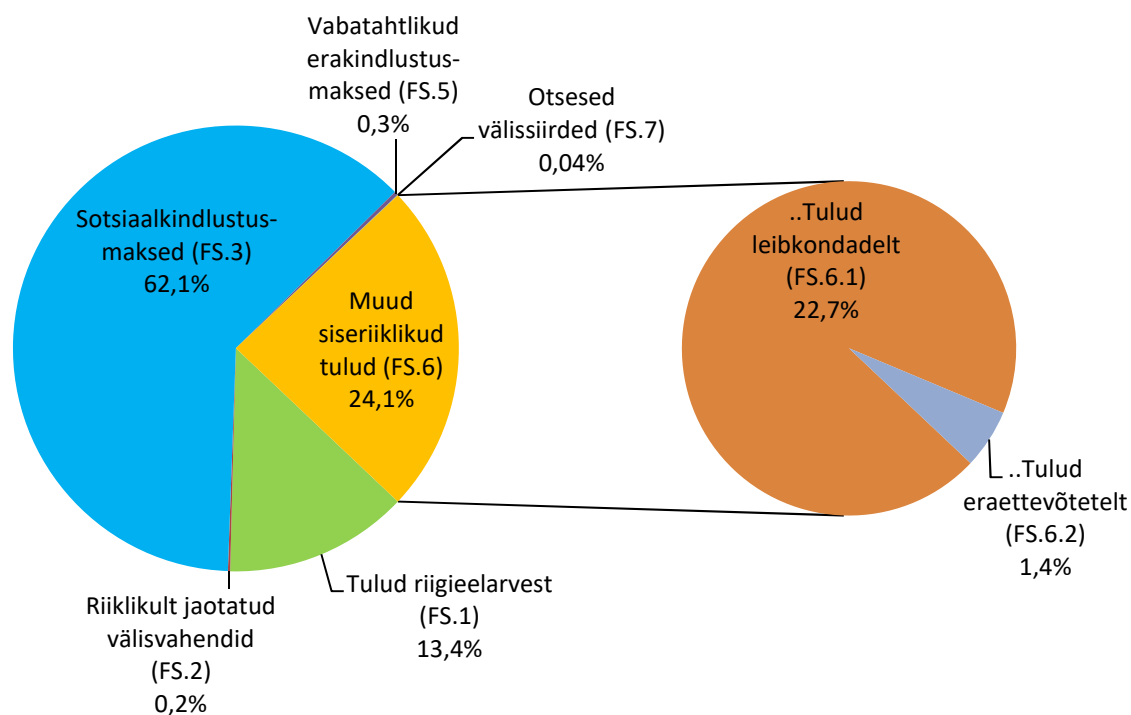
Märksõnad, mida jätkusuutlikkuse teema puhul käsitletakse, on sõnastatud tervishoiusüsteemi jaoks järgmiselt:

- tervisesüsteemi rahastamise allikad ja rahastamise jätkusuutlikkus;
- tervisesüsteemi toimivuse parandamine ja tõhususe suurendamine;
- kindlustuskaitse ulatus ja isikute omavastutus;
- ravikindlustuse tulubaasi laiendamine.

Kõik need teemad kajastuvad rohkem või vähem üksikasjalikult tervishoiukuludes.

Eesti tervishoiu rahastamise allikad on toodud joonisel 2.1. Sotsiaalkindlustusmaksed moodustasid rahastamisallikatest 2016. aastal 62%, muud siseriiklikud tulud nagu leibkondade ja eraettevõtete tulud 24% ning riigieelarve tulud 13%. Erakindlustuse rahastamisskeemid ei ole Eestis laiemalt levinud ja ei oma olulist mõju süsteemi rahastamisele. Välisvahendite – nii otseste kui riigi poolt jaotatute – osa on tervishoiukulude rahastamisallikates minimaalne, mis näitab tervishoiusüsteemi jooksvate kulude rahastamise sõltumatust välisvahenditest. Siiski on tervishoiuteenuse osutajad suuremate kapitaliinvesteeringute osas seni olnud sõltuvad välisrahastamisest (Euroopa struktuurivahenditest).

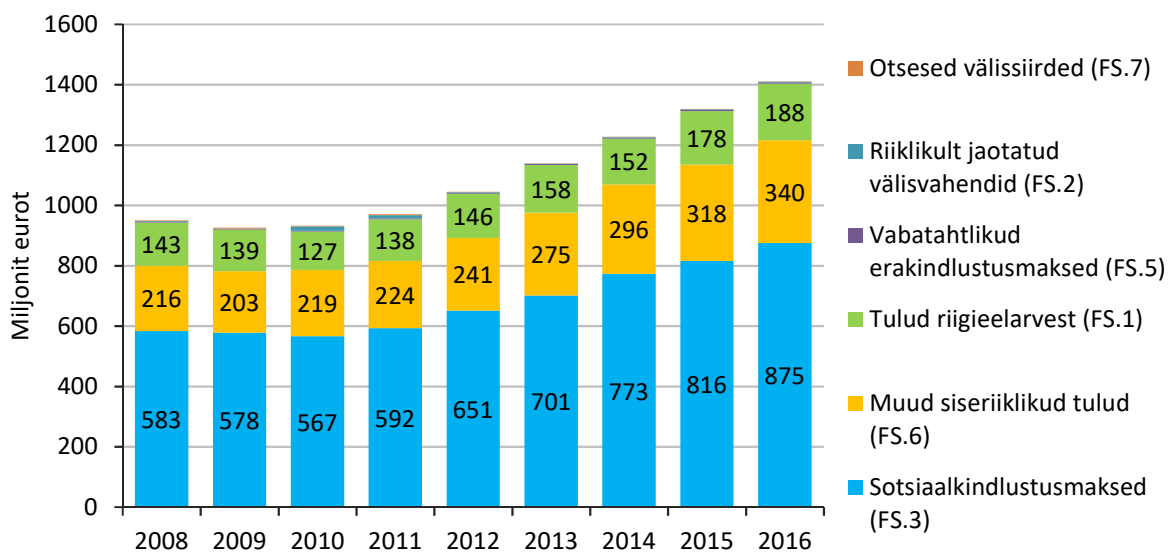
Muud siseriiklikud tulud koosnevad leibkondade omaosalusest tervishoiuteenuste eest tasumisel ja eraettevõtete mitmesugustest kuludest tervishoiuteenustele, sealhulgas töötervishoiule. Eestis moodustab leibkondade omaosalus muust siseriiklikust tulust valdava osa, 93–94%.



Joonis 2.1 TERVISHOIUKULUDE JAGUNEMINE RAHASTAMISALLIKATE JÄRGI, 2016

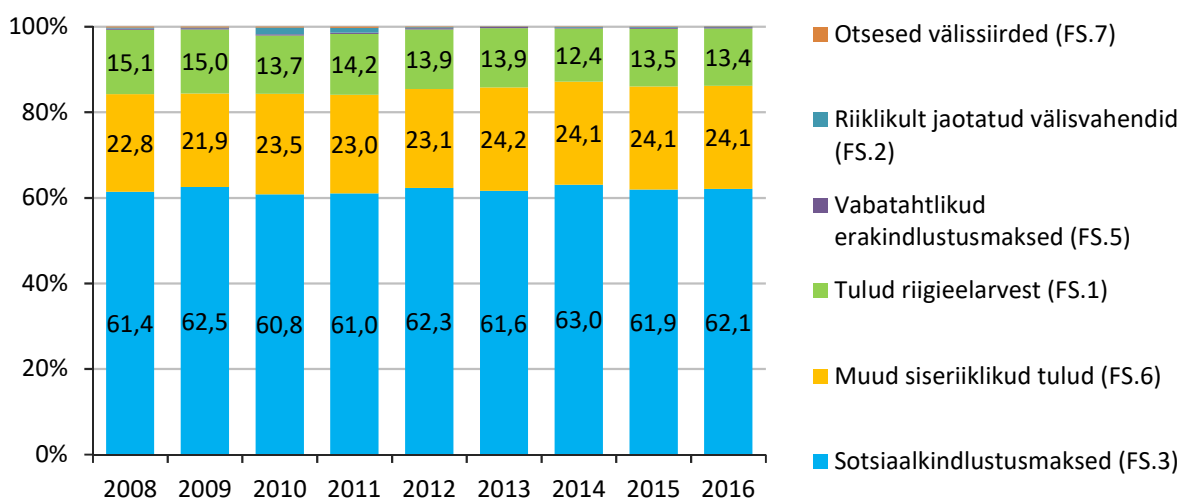
Eesti tervishoiusüsteemi rahastamisallikates ei ole toimunud viimastel aastatel erilisi muutusi. Kõik rahastamisallikad panustavad jätkuvalt kasvule ning lisandunud ei ole uusi rahastamisallikaid. Aegreas 2008–2016 eristub 2009. aasta, mil kahanesisid kõigi rahastamisallikate tulud (joonis 2.2) majanduskriisi tõttu. 2010. aasta oli samuti erandlik, sest jätkus riigieelarve tulude ja sotsiaalkindlustusmaksete kahanemine jooksevhindades võrreldes eelneva aastaga samal ajal, kui toimus muude siseriiklike tulude tõus tervishoiukuludes.

2011. aastale järgnevatel aastatel eristub riigieelarve tulude poolest aasta 2014, mil riigieelarve tulude kasutamine tervishoiukuludeks vähenes võrreldes eelneva aastaga, seda korvas järgmisel 2015. aastal toimunud suurem tõus. Muude siseriiklike tulude tõus jäi 2011. aastal mõõdukaks (2%) pärast 2010. aasta 8% tõusu. 2013. aastal suurenesid siseriiklikud tulud 14%, ülejäänud aastatel oli juurdekasv ühtlaselt 8% aastas, aastal 2016 – 7%.

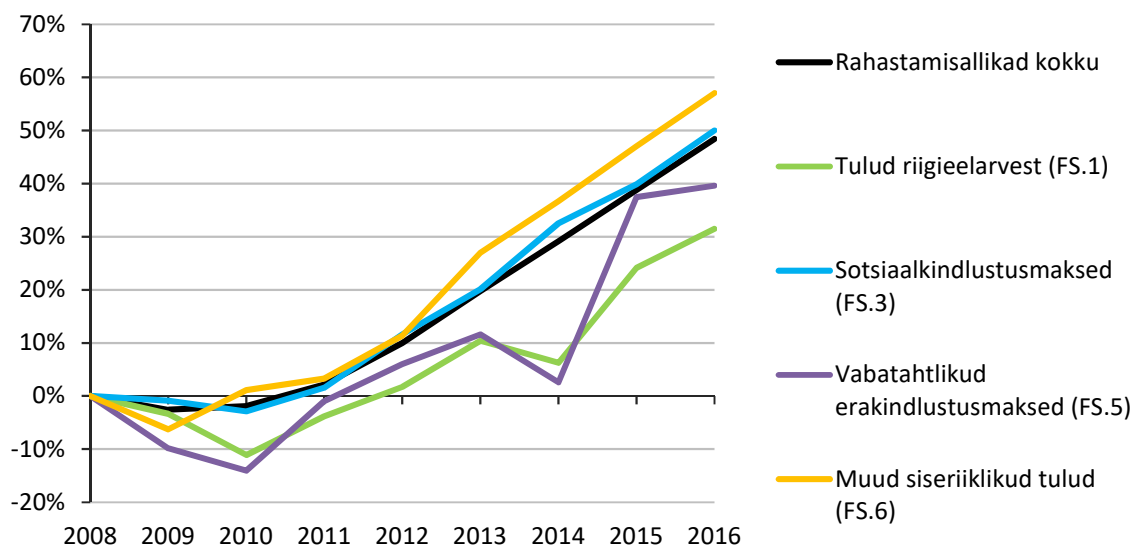


Joonis 2.2 TERVISHOIUKULUD RAHASTAMISALLIKATE JÄRGI, 2008–2016

Tervishoiukulude struktuuris rahastamisallikate järgi võib aastatel 2008–2016 toimunud väikeste kõikumiste taustal märgata perioodi üldise muutusena muude siseriiklike tulude osatähtsuse suurenemist ning riigieelarve tulude osatähtsuse vähenemist (joonis 2.3). Siseriiklike tulude osatähtsus on siiski püsinud kolm viimast aastat samal tasemel. Riigieelarve tulude seisukohalt olid erandlikumad aastad 2010 ja 2014. 2010. aastal vähenesid majanduslanguse tõttu nii riigieelarve tulud kui ka sotsiaalkindlustusmaksed ja suurenes leibkondade omaosalus. 2014. aastal jäi riigieelarve tulude osatähtsus väiksemaks nii eelnevatest aastatest kui järgnevast 2015. aastast. Sotsiaalkindlustusmaksete osatähtsus rahastamises on olnud antud perioodil vahemikus 61–63%, madalaim aastal 2010 ja kõrgeim aastal 2014. Riigieelarve tuludes on 2014. aasta madalseisu järel 2015.–2016. aastal toimunud osatähtsuse suurenemine ühe protsendipunkti võrra, sama palju vähenes sotsiaalkindlustusmaksete osa.



Joonis 2.3 TERVISHOIUKULUDE STRUKTUUR RAHASTAMISALLIKATE JÄRGI, 2008–2016



Joonis 2.4 RAHASTAMISALLIKATE MUUTUSED, 2008–2016, 2008=0%

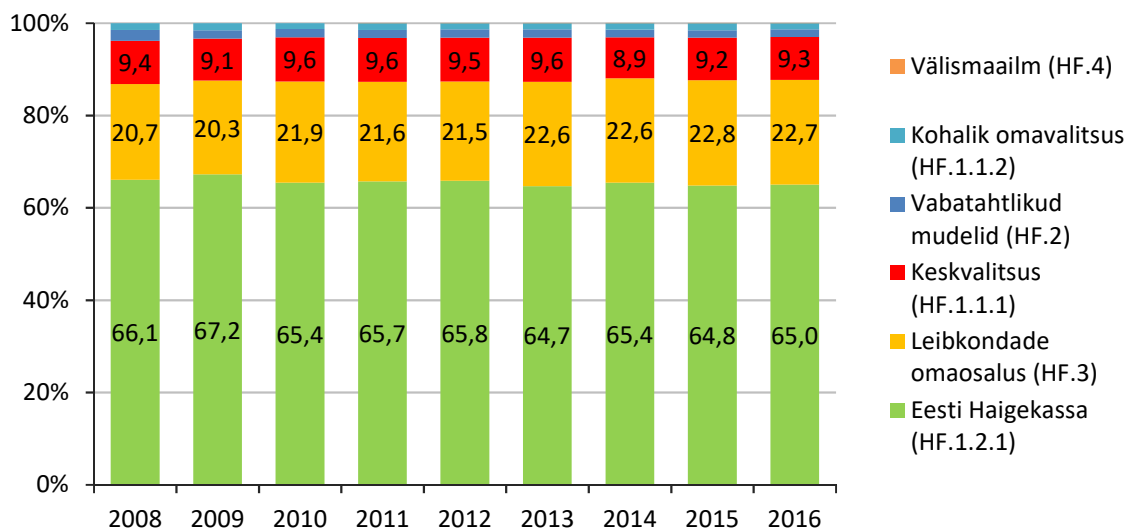
Rahastamisallikate muutustest jooksevhindades (joonis 2.4) võrreldes 2008. aastaga paistab välja muude siseriiklike tulude tõus aastal 2013. Sotsiaalkindlustusmaksete puhul oli tõus keskmisest suurem aastal 2014. Riigieelarve tulude ja vabatahtlike erakindlustusmaksete suurimad langused toimusid aastatel 2010 ja 2014, tõsi küll, nende kahe erinevusi vaadates algas erakindlustusmaksete vähenemine juba 2009. aastal ning 2015. aasta tõus oli suurem kui riigieelarve tuludel.

Kuna tervishoiukulude tulubaas on väike (palgal põhinevad maksed), siis püütakse tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks vähendada tervishoiu rahastamise sõltuvust tööelise elanikkonna maksukoormusest. Kompenseerimiseks on valitsusel kavas hakata järk-järgult tegema ravikindlustusse osamakseid pensionäride eest alates 2018. aastast.

3. TERVISHOIUKULUDE RAHASTAMISMUDELID

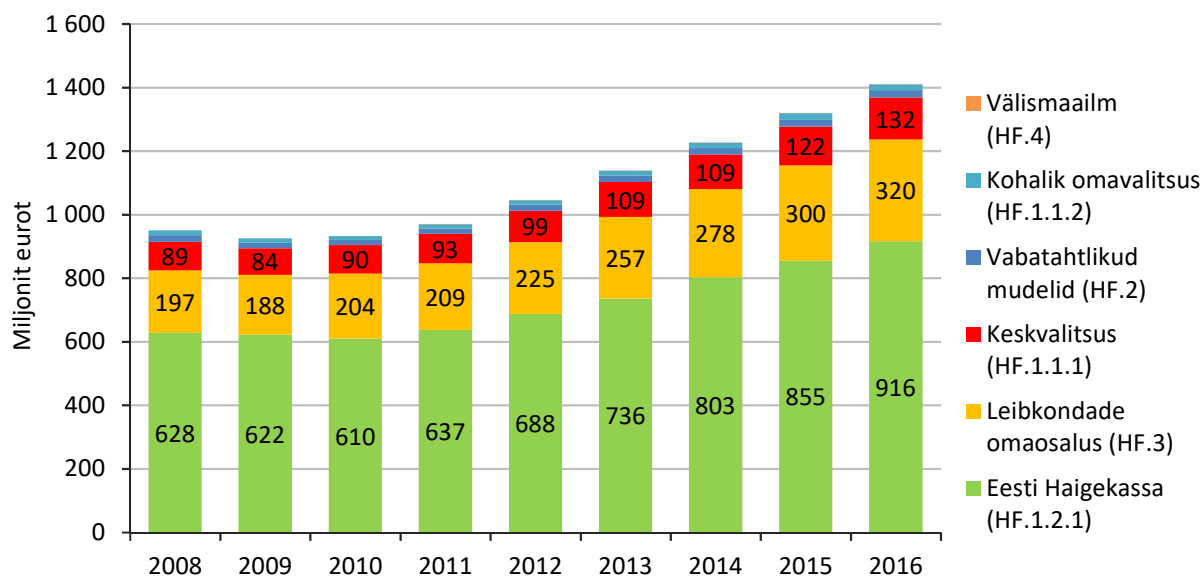
Tervishoiu rahastamismudelid iseloomustavad rahastamise korraldust riigis ja näitavad, kuidas raha liigub tervishoiuteenuse osutajateni. Eelmises peatükis käsitletud rahastamisallikad on seotud rahastamismudelitega, aga ei kattu omavahel. Eesti tervishoiu rahastamine toimub kolme peamise rahastamismudeli ehk teiste sõnadega rahastamisskeemi kaudu. Need kolm mudelit on riiklik ravikindlustus ehk Eesti Haigekassa (EHK), leibkonnad ning valitsus (joonis 3.1). 2016. aastal rahastas EHK 65%, leibkondade omaosalus oli 22,7% ning keskvalitsuse panus 9,3% tervishoiukuludest. Vabatahtlikel tervishoiu rahastamismudelitel on Eesti tervishoiukuludes üsna väike osatähtsus, 2016. aastal 1,7%. Kohalike omavalitsuste rahastamise osa oli 1,3%. Väga väike on välismaailma otserahastamine, sest tervishoiuvaldkonna välisvahendite jaotamine toimub valdavalt keskvalitsuse kaudu.

Tervishoiukulude jagunemine rahastamismudelite järgi on olnud suhteliselt püsiv ajavahemikus 2008–2016. Reeglina on igal aastal kõigi mudelite kulud suurenenud, erandiks oli 2009. aastal kõigi mudelite kulutuste vähenemine ja 2010. aastal EHK teenuste kulude vähenemine. Kesk- ja kohalike omavalitsuste osatähtsus on kõigil aastatel püsinud vahemikus 10–11% ning vabatahtlike rahastamismudelite osa olnud 1,6–2,3%. Pisut on tervishoiukulude aegrea põhjal vähenenud EHK osatähtsus, tõusnud aga leibkondade omaosalus (2008. a 21% ja 2016. a 23%).



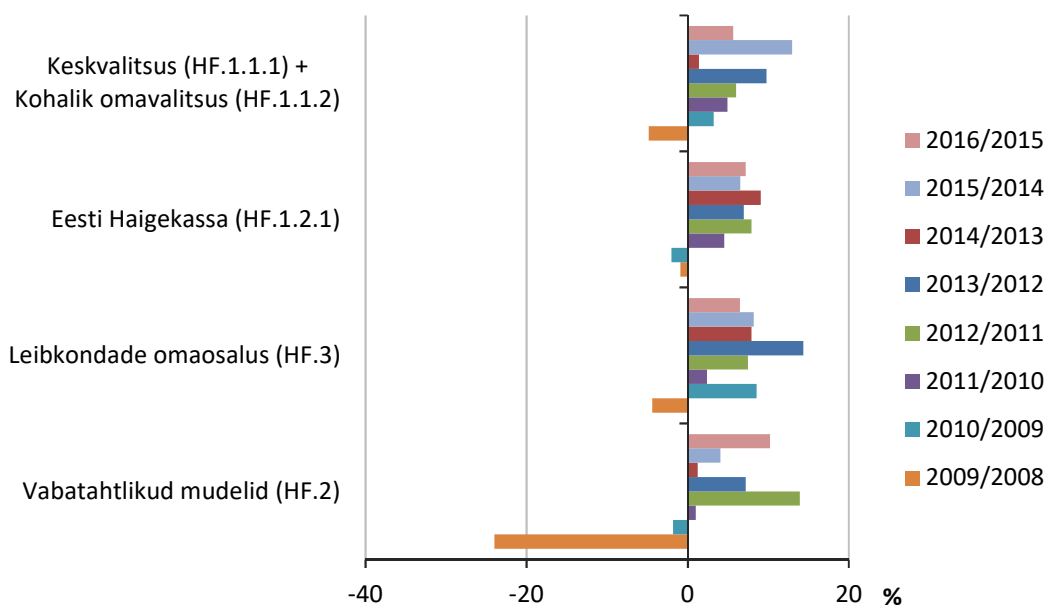
Joonis 3.1 TERVISHOIUKULUDE JAGUNEMINE RAHASTAMISMUDELITE JÄRGI, 2008–2016

Ajavahemikul 2008–2016 kasvasid tervishoiukulud jooksevhindades kokku 460 miljonit eurot, keskmiselt 57,5 miljonit eurot aastas. 2016. aastal oli juurdekasv võrreldes eelmise aastaga 91 miljonit eurot.



Joonis 3.2 TERVISHOIUKULUD RAHASTAMISMUDELITE JÄRGI, 2008–2016

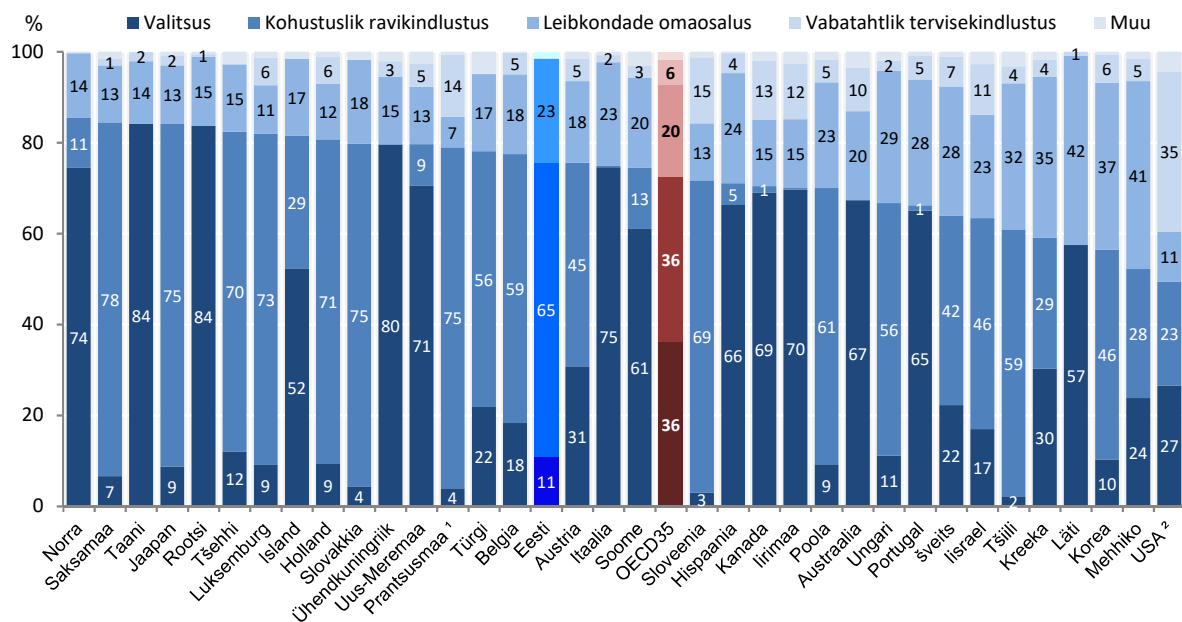
Nagu juba eespool nimetatud, on enamasti tervishoiu rahastajate kulutused jooksevhindades aasta-aastalt kasvanud (joonis 3.3). Vähenemist esines aastatel 2009 ja 2010, kuid enamasti on aastane juurdekasv olnud vahemikus 5–10%.



Joonis 3.3 TERVISHOIUKULUDE AASTANE JUURDEKASV RAHASTAMISMUDELITE JÄRGI, 2008–2016

Keskvalitsuse kulude vaadeldava perioodi keskmine aastane juurdekasv oli 4,9%, eranditeks on 2009. aasta kahanemine ja 2014. aasta minimaalne kahanemine. Kohalike omavalitsuste puhul oli keskmine

aastane juurdekasv 4%, kuid aastased muutused kuludes on olnud palju suuremad. Kuna summad on suhteliselt väikesed, siis on iga muutuse mõju protsentides suurem. Kesk- ja kohaliku omavalitsuse kuludes kokku oli kõige väiksem tervishoiukulude juurdekasv 2014. aastal ning suurimad kasvud toimusid aastatel 2013 ja 2015. Eesti Haigekassa rahastatud kulutuste muutused on olnud kõige ühtlasemad, keskmiselt 6% aastas, erandlikena eristuvad teistest aastatest langused 2009. ja 2010. aastal. Leibkondade omaosaluse kulud on suurenenud keskmiselt 6,4% aastas, eranditena aastad 2011, mil kasv oli vaid 2%, ning 2013, kui suurenemine oli 14% võrreldes eelneva aastaga. Vabatahtlikud mudelid, mis hõlmavad eraettevõtete, mittetulundusühingute ja vabatahtliku ravikindlustuse tervishoiukulusid, suurenesid keskmiselt 1,5% aastas ning vähenemine toimus aastatel 2009 ja 2010.



Joonis 3.4 TERVISHOIUKULUDE JAGUNEMINE RAHASTAMISMUDELITE JÄRGI OECD RIIKIDES, 2015

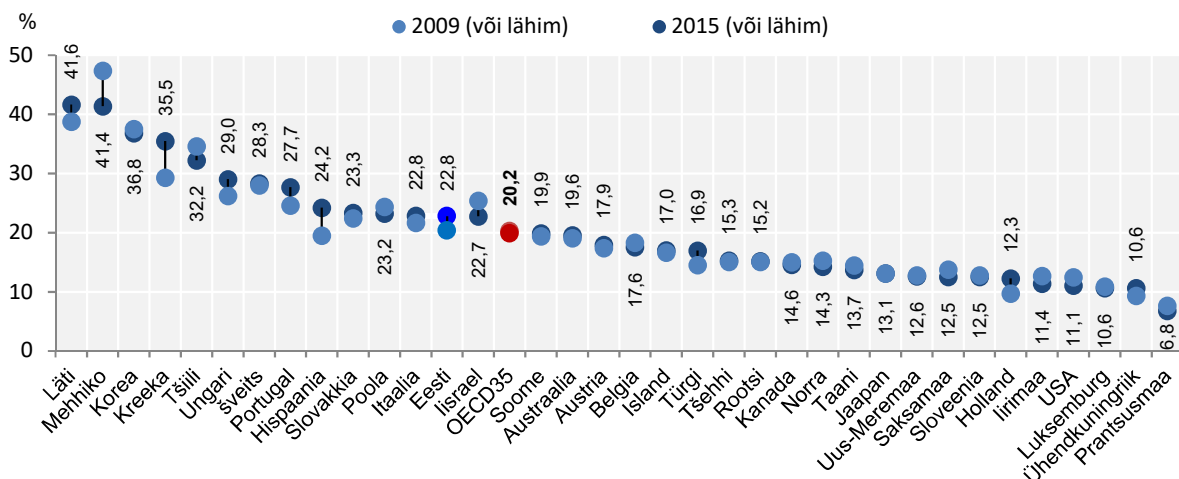
¹ Prantsusmaal ei sisalda leibkondade omaosaluse kulutusi pikaajalisele hooldusravile, mistõttu leibkondade omaosalus on alahinnatud.

² USA erakindlustused on vabatahtliku tervisekindlustuse hulgas.

Allikas: *OECD Health at a Glance 2017*

Tervishoiukulude struktuur rahastamismudeli järgi iseloomustab riikide tervishoiusüsteemide rahastamise korraldust. Kui võrrelda Eesti tervishoiukulude struktuuri rahastamismudeli järgi teiste riikidega, siis esmalt saab välja tuua riigid, kus on nagu Eestiski kasutusel riiklik (kohustuslik) ravikindlustussüsteem ja riigid, kus see puudub või on väga väikese tähtsusega. Joonisel 3.4 on riigid järjestatud kahanevalt avaliku sektori osatähtsuse järgi rahastamises. Selle alusel on Eesti avaliku sektori osa tervishoiu rahastamises veidi kõrgem kui OECD liikmesriikides keskmiselt. Valitsuse ja ravikindlustuse kaudu rahastatakse Eestis 76% tervishoiukuludest, OECD riikide keskmine on 72%.

Leibkondade kaudu rahastamine on OECD riikide keskmisega võrreldes Eestis suurem – 23%, OECD riikide keskmine on 20%. Eestile on teistega võrreldes iseloomulik vabatahtlike rahastamismudelite (erakindlustus, eraettevõtted) väike osatähtsus (0,2%), mis OECD riikides keskmiselt on 6%.

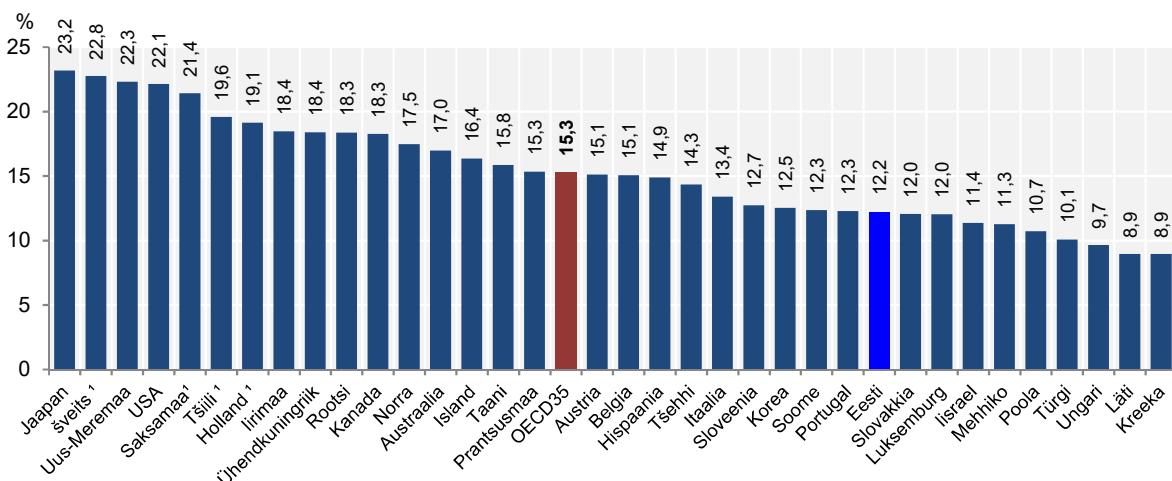


JOONIS 3.5 LEIBKONDADE OMAOSALUSE OSATÄHTSUSE MUUTUSED OECD RIIKIDES, 2009–2015

Allikas: *OECD Health at a Glance 2017*

Kui Eestis on leibkondade omaosalus tervishoiukuludes võrreldes majanduskriisi aastatega veidi tõusnud, siis rahvusvahelises võrdluses on tõus toimunud umbes pooltes riikides, kuigi enamasti on muutused olnud väga väikesed (joonis 3.5).

Sotsiaalkaitse ja hariduse järel on tervishoid valitsuse eelarves suuruselt kolmas valdkond. Vaatamata sellele on Eesti tervishoiukulude osatähtsus valitsuse eelarves madalam (12,2%) kui OECD riikides keskmiselt (15,3%).



Joonis 3.6 TERVISHOIUKULUDE OSATÄHTSUS VALITSUSE KULUDES OECD RIIKIDES, 2015

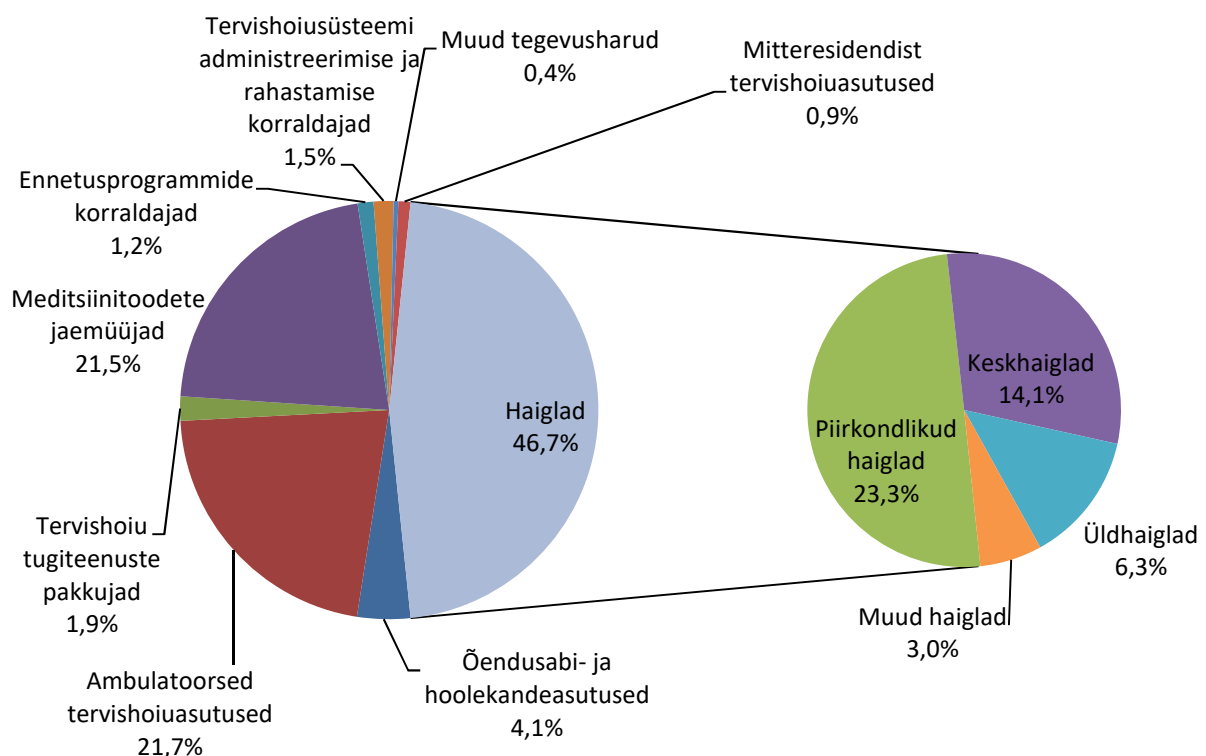
¹Sisaldab erakindlustuste osa kohustuslikus kindlustuses.

Allikas: *OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts Database.*

4. TERVISHOIUKULUD TEENUSEPAKKUJATE JA TEENUSTE JÄRGI

Tervishoiuteenuse pakkujate võrgustik iseloomustab tervishoiusüsteemi korraldust teenuseosutajate järgi. Nii nagu tervishoiukulude allikate ja rahastamismudelite puhul saab ka tervishoiuteenuse pakkujate kohta öelda, et aastaid 2008–2016 iseloomustavad stabiilsus ja väikesed muutused.

Kui jaotada Eesti tervishoiukulud **teenusepakkujate järgi** (joonis 4.1), siis peaaegu pool (47%) kulutustest tehti haiglate kui suurimate tervishoiuteenuse osutajate poolt, absoluutsummas 659 miljonit eurot. Suuruselt järgmised ja osatähtsuse võrdsed on kaks teenuseosutajate rühma – ambulatoorsed tervishoiuasutused ja meditsiinitoodete jaemüüjad 22 protsendiga, kuludega vastavalt 306 ja 304 miljonit eurot. 86% meditsiinitoodete jaemüügist toimus apteekides.

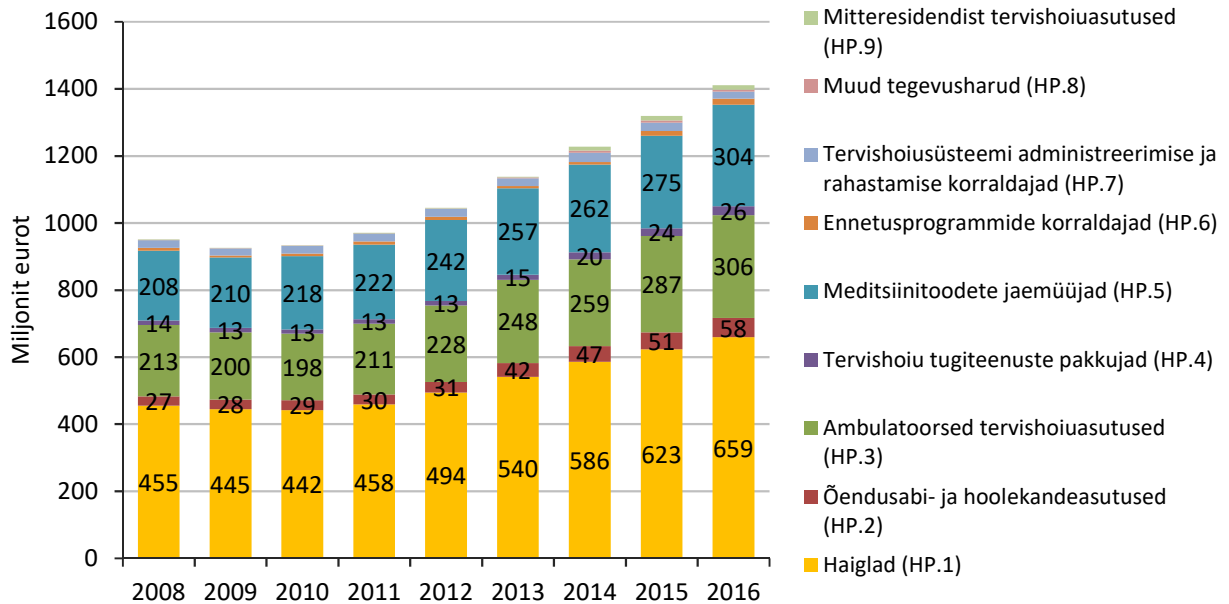


Joonis 4.1 TERVISHOIUKULUDE JAGUNEMINE TEENUSEPAKKUJATE JÄRGI, 2016

Haiglate seas annavad suurima panuse rahalises arvestuses teenusepakkujatena piirkondlikud haiglad, nende kaudu osutatakse 50% haiglate teenustest, keskhaiglates 30% haiglate teenustest. Ambulatoorsetest tervishoiuasutustest on enamus pere- ja eriarstiabi teenuste pakkujad, hambaraviasutuste osatähtsus ambulatoorsete asutuste tervishoiukuludes on 35% ning koduõendusteenuse osutajatel vaid 1,3%.

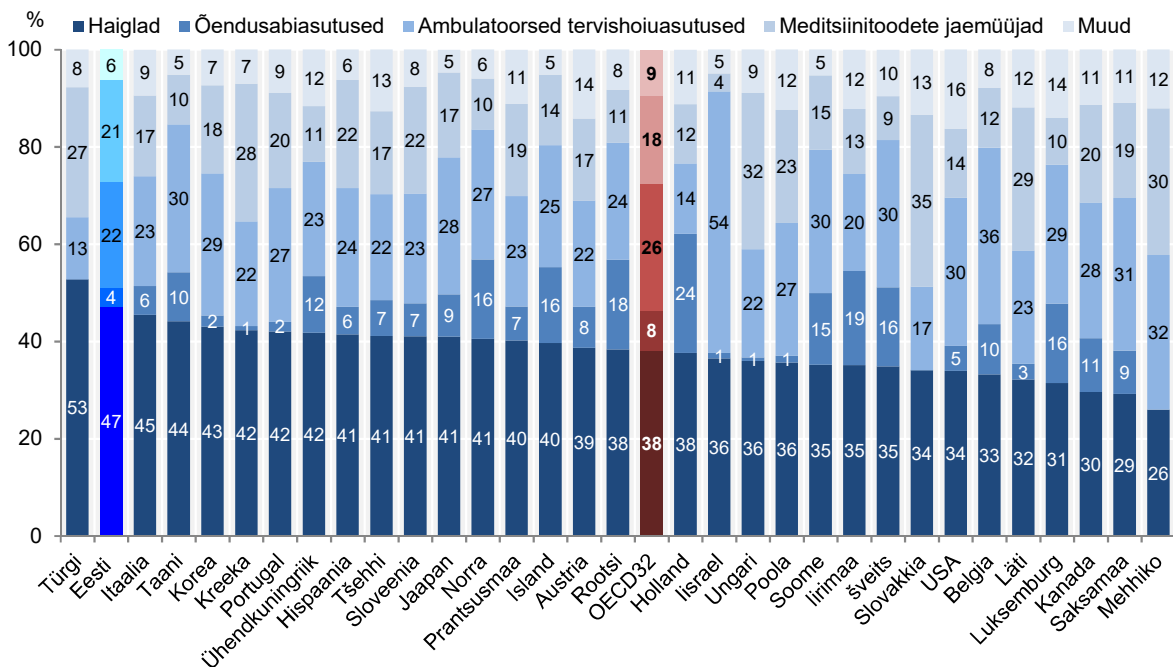
Aastatel 2008–2016 pole kulude jagunemises tervishoiuteenuse pakkujate vahel suuri muutusi toimunud (joonis 4.2). Üldiselt on kõigi teenusepakkujate kulud aasta-aastalt suurenenud, välja arvatud haiglate ning ambulatoorsete tervishoiuasutuste kulud aastatel 2009–2010, mil EHK rakendas kokkuhoiumeetmeid teenuste eest tasumisel. Haiglate osatähtsus on olnud tervishoiuteenuste osutamisel läbivalt 47–48%, ambulatoorsetel tervishoiuasutustel 21–22%. Õendusabi osutajate osatähtsus oli kuni aastani 2012 3% ja sealt edasi 4%. Tugiteenuste osutajate osatähtsus püsis aastani

2013 1% piires, alates 2014. aastast 2%. Meditsiinitoodete jaemüüjate osatähtsus, mis oli aastatel 2009–2013 23%, vähenes 21%-ni aastatel 2014–2015 ning tõusis 2016. aastal uuesti veidi (21,5%-ni).



Joonis 4.2 TERVISHOIUKULUD TEENUSEPAKKUJATE JÄRGI, 2008–2016

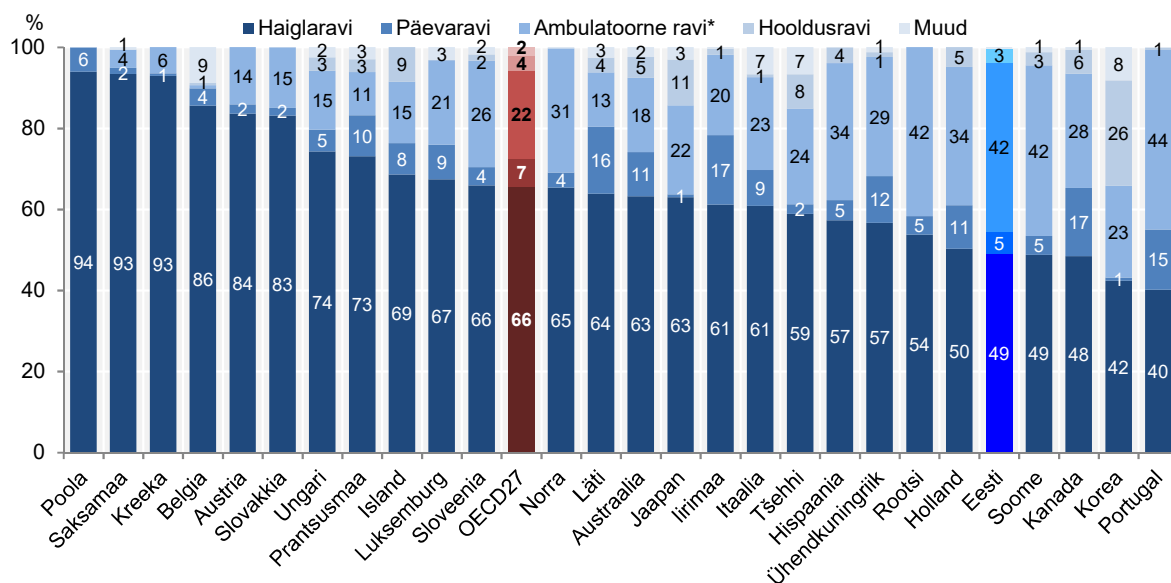
Rahvusvahelises võrdluses on võrreldes OECD riikide keskmisega Eesti tervishoiukuludes suurem osatähtsus teenuseosutajatest haiglatel ja meditsiinitoodete jaemüüjatel, väiksem osatähtsus aga ambulatoorsetel tervishoiuteenuse osutajatel ja õendusabiasutustel (joonis 4.3).



Joonis 4.3 TERVISHOIUKULUD TEENUSEPAKKUJATE JÄRGI OECD RIIKIDES, 2015

Allikas: *OECD Health at a Glance 2017*

Kui haiglad olid rahvusvahelises võrdluses Eestis teistest riikidest suuremad teenusepakkujad, siis haiglates osutatavate teenuste võrdlemisel selgub, et meie haiglad osutavad erinevalt paljudest riikidest rohkem ambulatoorseid teenuseid.



Joonis 4.4 HAIGLATE TERVISHOIUKULUD TEENUSTE JÄRGI OECD RIIKIDES, 2015

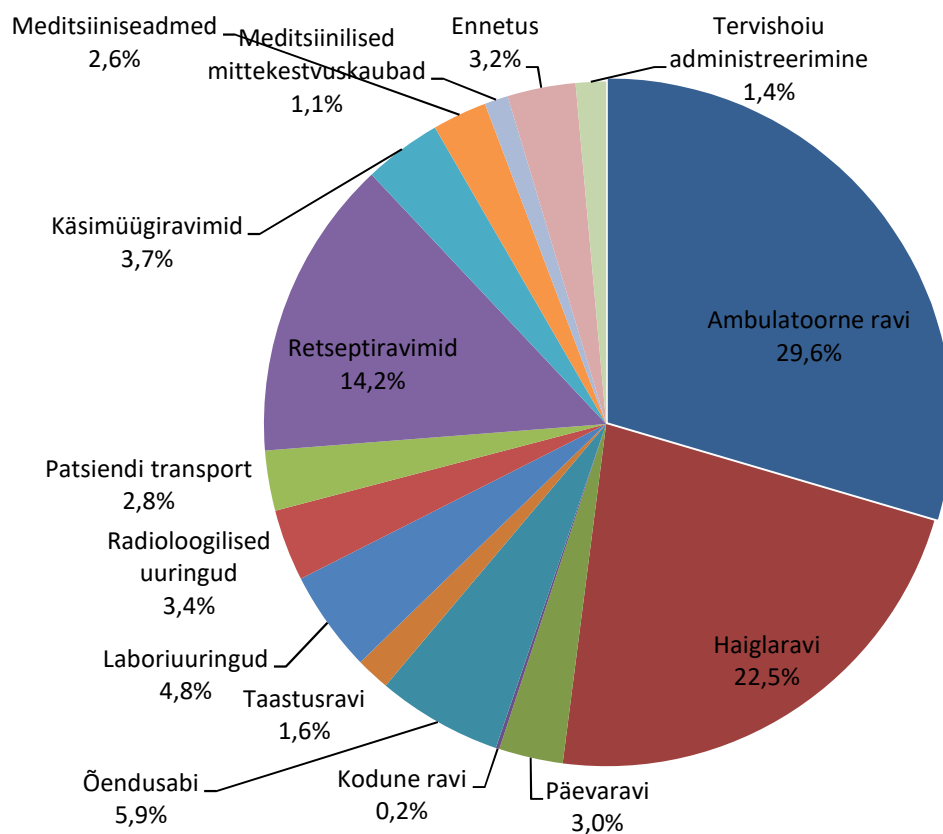
Märkus: Riigid on järjestatud haiglaravi teenuste osatähtsuse järgi.

* sealhulgas tugiteenused

Allikas: OECD Health at a Glance 2017

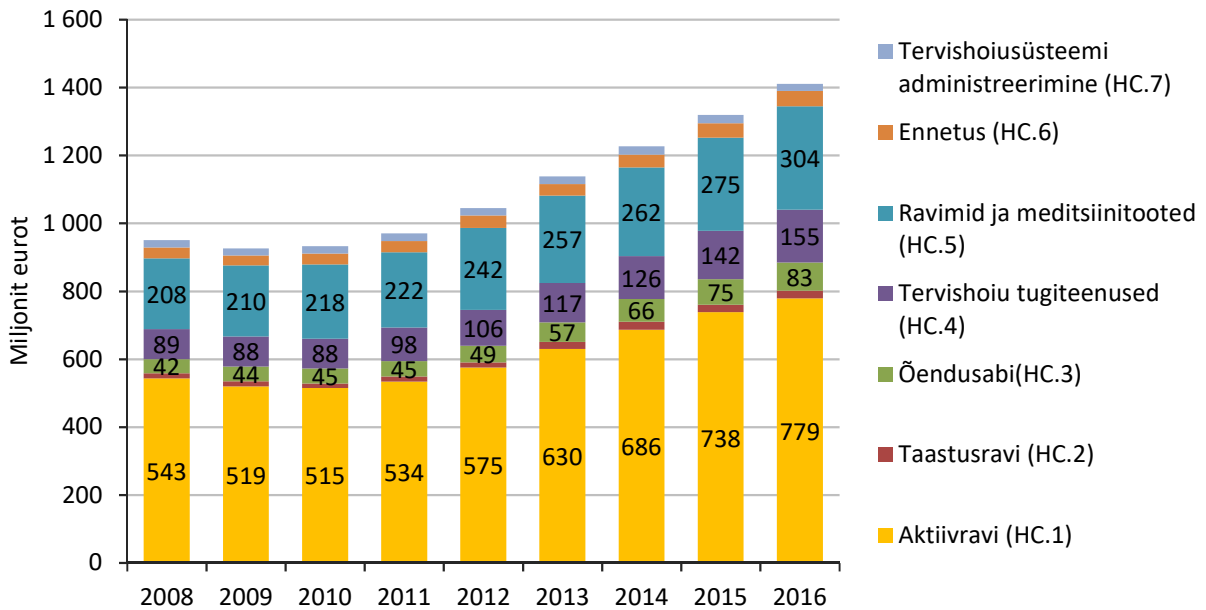
2016. aasta tervishoiukulude jaotust teenuste järgi iseloomustab joonis 4.5. Aktiivraviteenused (haiglaravi, päevaravi ja ambulatoorne ravi) moodustavad suurima rühmana 55% tervishoiukuludest (2015. a 56%). Meditsiinitooded ambulatoorsetele patsientidele (ravimid, meditsiinilised mittekestvuskaubad, meditsiiniseadmed ja muud kestvuskaubad) moodustavad teise suurema rühma, mis hõlmas 22% tervishoiukuludest (2015. a 21%). Kolmanda peamise rühma, tervishoiu tugiteenuste, mis koondab labori- ja radioloogilisi uuringuid ning kiirabiteenuseid, osatähtsus tervishoiukuludes oli 11% (sama 2015. a).

Aktiivravi teenuserühmas olid suurima osatähtsusega ambulatoorne ravi (30%) ja haiglaravi (22%), päevaravi osatähtsus on väike (3%). Muutused on võrreldes eelmise aastaga kokkuvõttes väikesed (2015. aastal vastavalt 29%, 24% ja 3%), kuid märgatav on siiski haiglaravi osatähtsuse vähenemine. Meditsiinitoodetest oli suurim osa tervishoiukuludes retseptiravimitel – 14%, käsimüügiravimite osatähtsus jäi alla 4% ja meditsiiniseadmete osa alla 3%. Tervisevaldkonna erinevate ennetustegevuste osatähtsus tervishoiukuludes oli 3%. Nii meditsiinitoodetele kui ennetustegevustele tehtud kulude osatähtsus tervishoiukuludes oli sama nagu aasta varem.



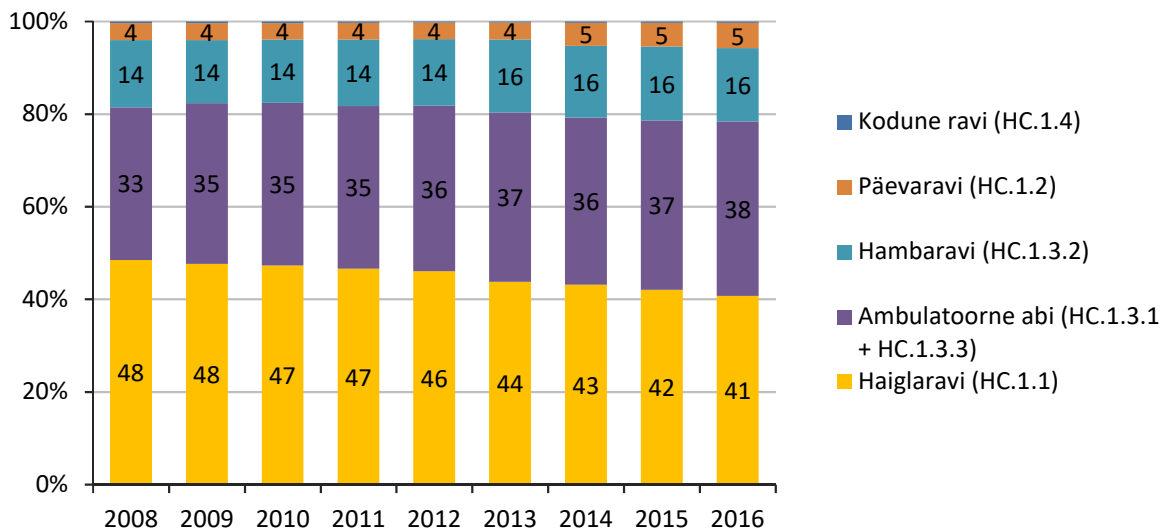
Joonis 4.5 TERVISHOIUKULUDE JAOTUS TEENUSTE JÄRGI, 2016

Vaadeldes tervishoiukulusid teenuserühmade järgi aastatel 2008–2016 (joonis 4.6) paistab esialgu, et pärast 2010. a tagasiminekut on alates 2012. aastast iga-aastane keskmine 7,8% juurdekasv jagunenud üsna ühtlaselt erinevate teenuste vahel. Päris nii see pole, sageli on muutuste puhul suuremale tõusule järgneval aastal olnud juurdekasv vähene või siis vastupidi – väikesele miinusele on järgnenud korrigeeriv tõus. Võrreldes 2015. aastaga suurenesid 2016. aastal kõigi teenuste kulud, välja arvatud ortopeediliste abivahendite kulutused. Suurenemised teenuste kuludes on toimunud aga erineval määral. Üldisest juurdekasvust vähem suurenesid haiglaravi kulutused – 2% ja sellega jätkus haiglaravi kulude osatähtsuse vähenemine. Keskmisest enam suurenesid 2016. aastal kulud õendusabile (12%), meditsiinitoodetele (11%), päevaravile (11%) ja tervishoiu tugiteenustele (9%). Ambulatoorse ravi kulud suurenesid kokku 7% ja ennetuse kulud 8% ehk umbes samas tempos üldise juurdekasvuga.



Joonis 4.6 TERVISHOIUKULUD TEENUSERÜHMADE JÄRGI, 2008–2016

Aastatel 2009–2016 on aktiivravi osatähtsus tervishoiukuludes olnud läbivalt 55–56%. Muutusi aktiivraviteenuste kulude struktuuris aastatel 2008–2016 teenuste kaupa iseloomustab joonis 4.7. Silmaga nähtavalt on vähenenud sel perioodil haiglaravi osatähtsus aktiivravis. 2008. aastal oli haiglaravi osatähtsus aktiivravis 48%, mis aastaks 2016 on kahanenud 41%-ni. Suurenenud on ambulatoorse abi osatähtsus 33-lt 38-le protsendile, hambaravi osatähtsus 14-lt 16-le protsendile ning päevaravil 4-lt 5-le protsendile.



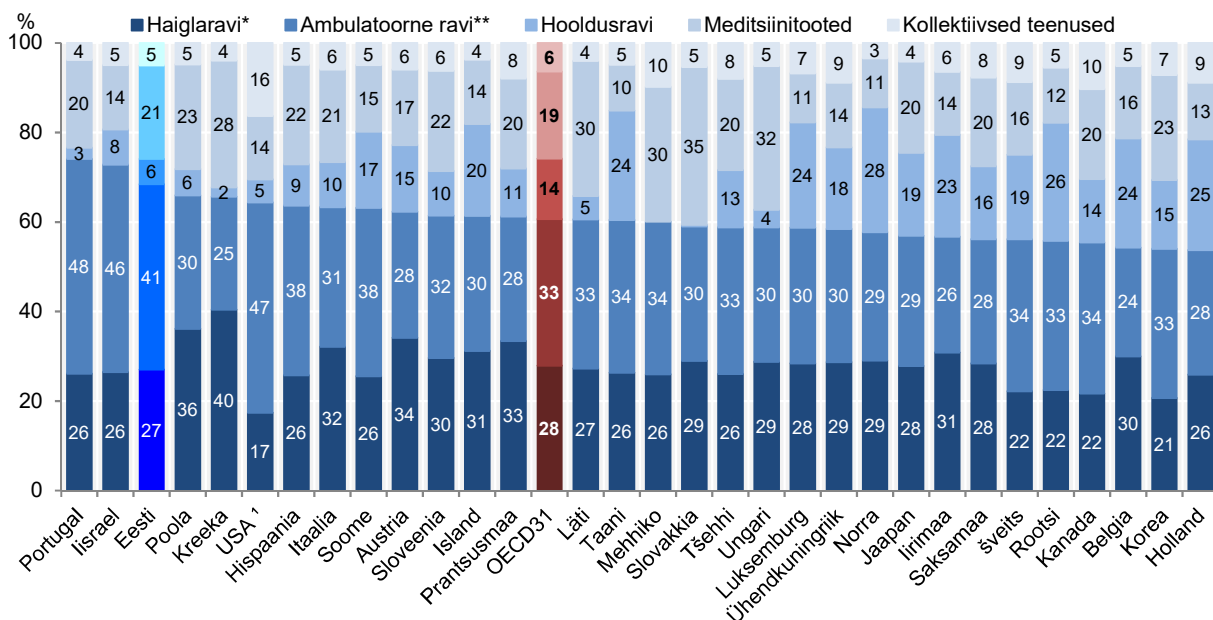
Joonis 4.7 AKTIIVRAVIKULUDE JAGUNEMINE TEENUSERÜHMADE JÄRGI, 2008–2016

Tervise Arengu Instituudi (TAI) kogutava tervishoiuteenuste kasutamise statistika alusel on kõige märgatavam õendustöötajate iseseisva töö suurenemine. 2016. aastal suurenes võrreldes eelneva aastaga õdede iseseisvate ambulatoorsete vastuvõttude arv 16% (sh perearstiasutustes 21%) ja

koduvisiitide arv 13% (sh perearstiabiastutustes 8%). Õendustöötajate iseseisev töö on aastatel 2008–2016 kasvanud järgmiselt: ambulatoorsed vastuvõtud keskmiselt 18% aastas, koduvisiidid 6% aastas. Võrreldes 2008. aastaga tehti 2016. aastal vastuvõtte üle kolme korra rohkem ning koduvisiite 59% rohkem. Iseseisva statsionaarse õendusabi teenuse kasutamine on muutunud lainetena. Statsionaarselt õendusravilt lahkunute arv on suurenenud ajavahemikul 2008–2016 kokku 40% (aastani 2012 oli tegemist hooldusravilt lahkunutega). Õendusravi voodipäevade arv saavutas maksimumi aastal 2014, sellele järgnes 6% langus aastal 2015 ning 0,5% langus aastal 2016. aastal.

Ambulatoorse arstiabi kasutamises oli majanduslanguse aastatel 2009–2010 madalseis, mistõttu 2016. aastal võrdluses 2008. aastaga vähenesid eriarsti ambulatoorsed vastuvõtud 7%, perearsti vastuvõtud 3% ja hambaarsti vastuvõtud 3%. Võrreldes 2011. aastaga on vähenemine toimunud siiski ainult eriarsti vastuvõttudes (-4%), perearsti vastuvõtud on suurenenud 1,4% ja hambaarsti vastuvõtud 7%. Päevaravilt lahkunute arv on aastate 2008–2016 jooksul suurenenud 43%, haiglaravilt lahkunute (ehk haiglaravi episoodide) arv, mis leibkondade omaosalust siiski vähem mõjutab, on vähenenud 12%.

Võrreldes Eesti tervishoiukulude struktuuri teiste OECD liikmesriikidega teenuste järgi, on meil aktiivravi osatähtsus tervishoiukuludes suhteliselt suur ning ülejäänud teenuste nagu pikaajaline hooldusravi, kollektiivsed teenused, osa väiksem (joonis 4.8). Eesti on Portugali ja Iisraeli järel kolmandal kohal riikide järjestuses aktiiv- ja taastusravi osatähtsuse järgi tervishoiukuludes. Kui Eesti haiglaravi kulude osatähtsus on OECD riikide keskmise lähedane (vastavalt 27% ja 28%), siis ambulatoorse ravi osatähtsus on Eestis suurem (vastavalt 41% ja 33%). Meditsiinitoodete puhul oleme üsna keskmise lähedal (21% ja 19%). Kuid mahajäämus ilmneb hooldusravis, mille osatähtsus Eesti tervishoiukuludes on väike – 6%, OECD riikide keskmine on aga 14%.



Joonis 4.8 TERVISHOIUKULUDE JAGUNEMINE TEENUSTE JÄRGI OECD RIIKIDES, 2015

Märkus: Riigid on järjestatud aktiiv- ja taastusravi osatähtsuse järgi tervishoiukuludes.

* Sisaldab ka taastusravi haiglates ja päevaravi asutustes ** Sisaldab ka kodust ravi ja tugiteenuseid

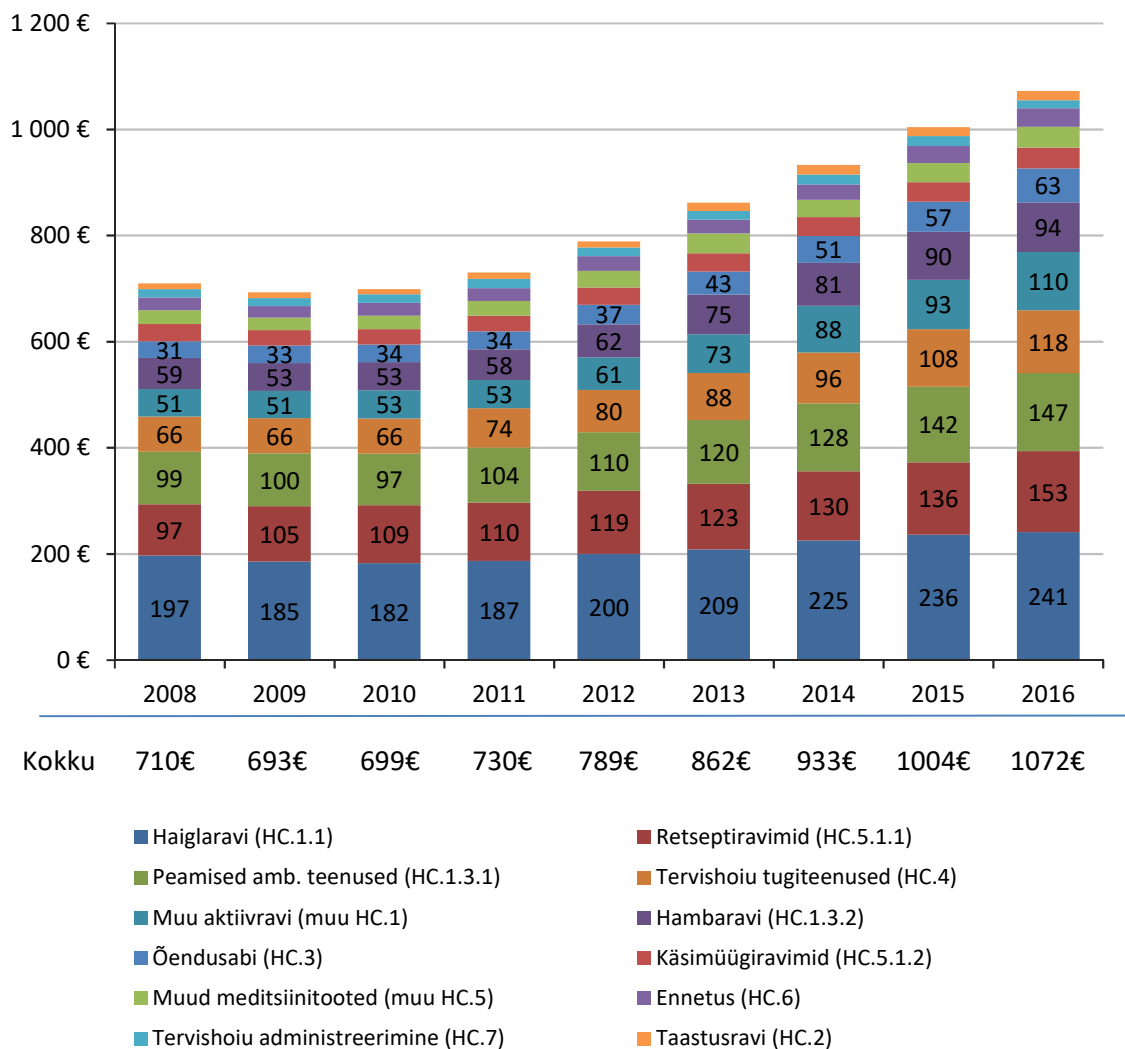
1. USA eraarstide statsionaarsed teenused on arvestatud ambulatoorses ravis.

Allikas: OECD Health at a Glance 2017

5. TERVISHOIUKULUD ÜHE INIMESE KOHTA

Tervishoiukulutuste mahtu, nende muutumist aja jooksul ning jagunemist teenuste järgi mõjutavad arvukad sotsiaalmajanduslikud tegurid. Oma mõju avaldavad kulutuste jagunemisele veel tervishoiusüsteemi korraldus, tehtavad valikud ja rahastamise kord.

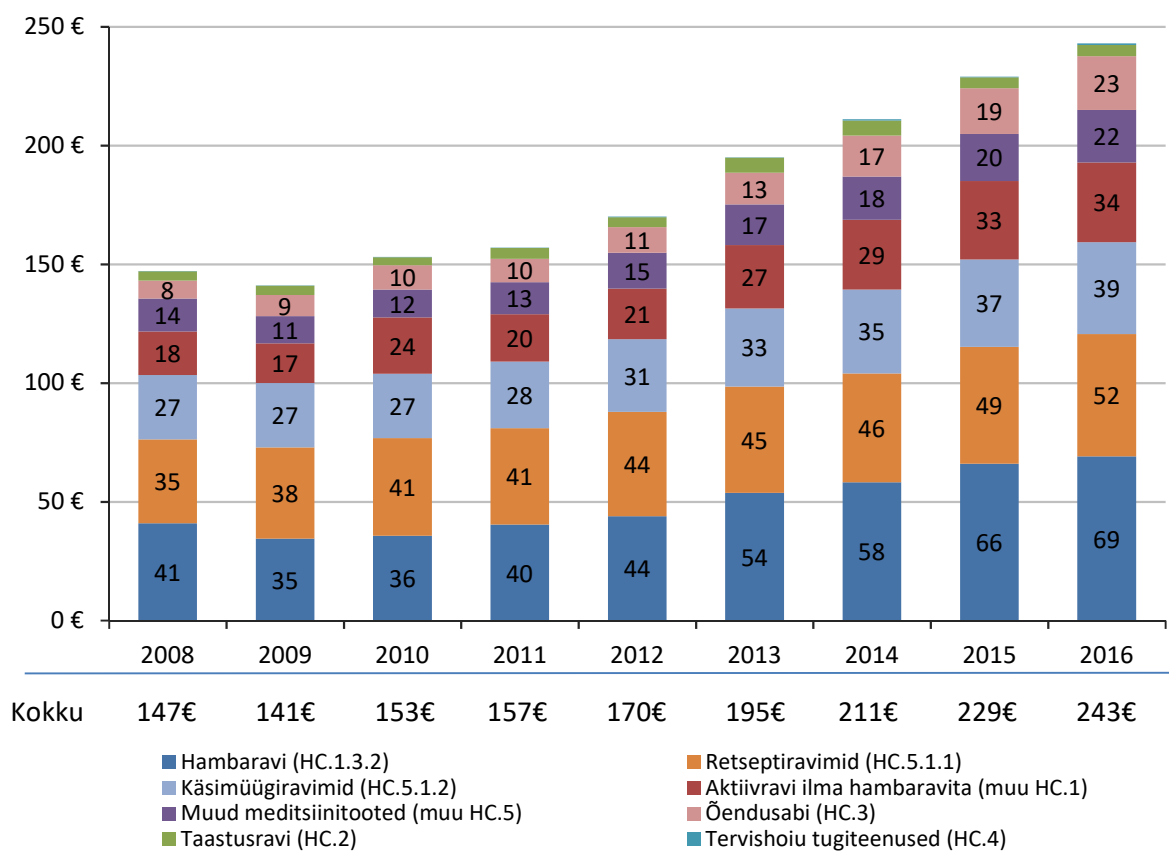
Tehtud kulutustest ja toimunud muutustest ühe inimese kohta Eestis aastatel 2008–2016 annab ülevaate joonis 5.1. Kui jagada kõigi rahastamismudelite kaudu tehtud tervishoiukulud elanike arvuga, siis investeeriti 2016. aastal Eestis ühe inimese tervisesse 1072 eurot ehk keskmiselt kasutas iga inimene aastas selle raha eest tervishoiuteenuseid. Võrreldes 2015. aastaga suurenes inimese kohta kulutatud summa 68 eurot. Kõige suuremad kulutused tehti haiglaravile – keskmiselt 241 eurot iga inimese kohta, retseptiravimitele kulus 153 eurot ning perearstiaiale 147 eurot.



Joonis 5.1 TERVISHOIUKULUD INIMESE KOHTA TEENUSTE JÄRGI, 2008–2016, eurot

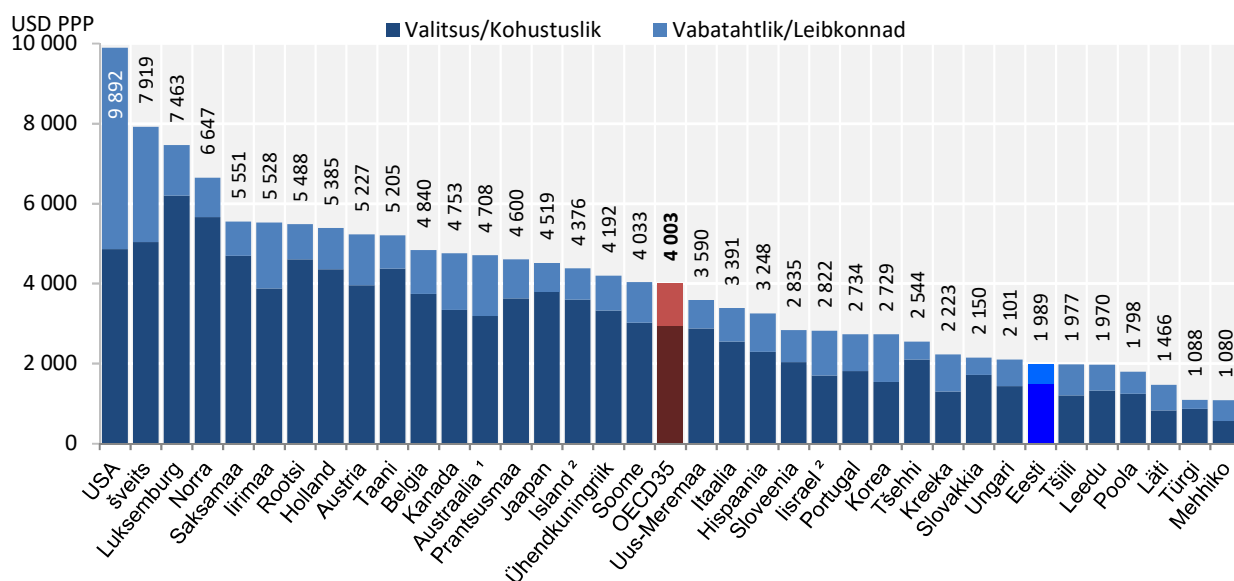
Keskised tervishoiukulud ühe inimese kohta kokku on rohkem kui neli korda suuremad kui leibkondade ehk inimeste endi tehtud kulud erinevatele tervishoiuteenustele. Leibkondade kulutustes on suurem osatähtsus teenustel, mille puhul avaliku sektori osa rahastamises on väiksem. Sellised kulutused on niisiis leibkondade kuludes suuremad (joonis 5.2). Keskmiselt kulutas iga inimene tervishoiuteenustele ja -kaupadele 2016. aastal 243 eurot, aasta varem – 229 eurot.

2016. aastal tehti leibkondades suurimad kulud hambaravile – keskmiselt 69 eurot inimese kohta, järgnesid retseptiravimid 52 euro ja käsimüügiravimid 39 euroga, ambulatoorsete ja päevaraviteenuste eest maksti 34 eurot. Hambaravi kulutused on leibkondade suurim kuluartikkel alates 2013. aastast. Kõige rohkem suurenesid 2016. aastal leibkondade jaoks õendusabi kulud – 4 eurot.



Joonis 5.2 LEIBKONDADE TERVISHOIUKULUD INIMESE KOHTA TEENUSTE JÄRGI, 2008–2016, eurot

Rahvusvahelistes võrdlustes ühe inimese kohta kasutatakse võrreldavat hinnataset ostujõu pariteedi (PPP) alusel, kuna riikides on erinev palga- ja hinnatase. OECD võrdlustes on ühiseks aluseks USA dollar ja arvestatud on erinevusi ostujõus. Eestis kulutatakse iga inimese kohta tervishoiule umbes 2 korda vähem raha kui OECD riikides keskmiselt (joonis 5.3). Eesti kulutuste tase on võrreldav Kreeka, Slovakkia, Ungari, Tšiili ja Leeduga. Tervishoiukulude riikidevahelist võrreldavust mõjutavad teatud määral erinevused pikaajalise hooldusravi kajastamises ning selle jaotamises tervishoiu- ja sotsiaalkuludeks.

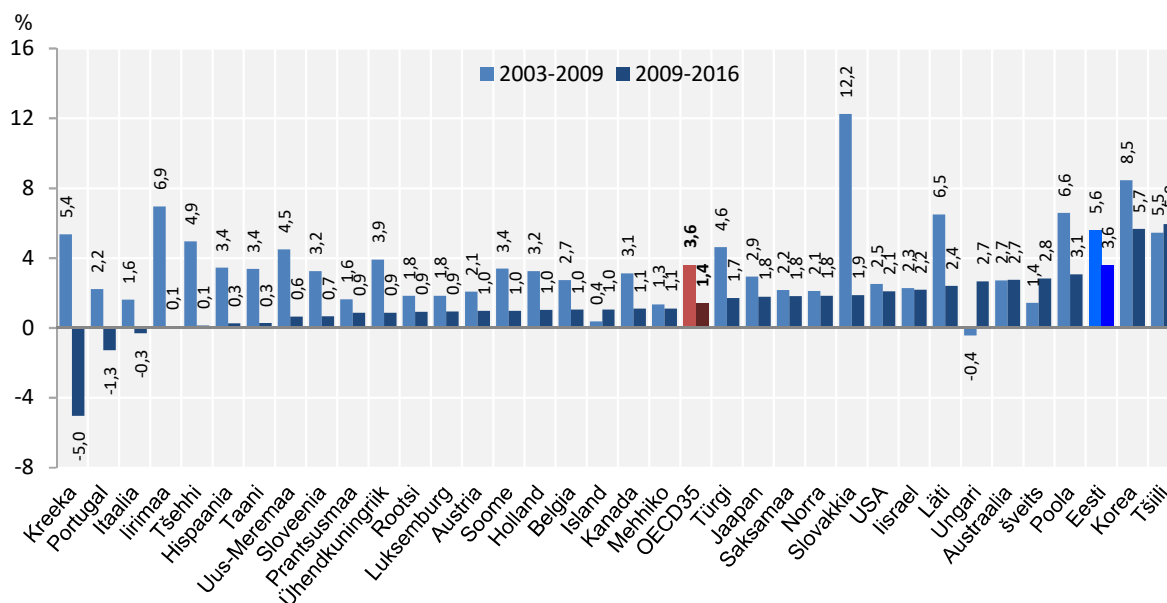


Joonis 5.3 TERVISHOIUKULUD ÜHE INIMESE KOHTA OECD RIIKIDES, 2015, USD PPP

1. Austraalia tervishoiukulud sisaldavad kõiki eakate kodude sotsiaalhoolekandekulutusi.
2. Sisaldab investeeringuid.

Allikas: *OECD Health at a Glance 2017*

Tervishoiukulude muutuste vaatlemisel kasutatakse sageli kahte perioodi: majanduslangusele eelnevat ja sellele järgnevat perioodi. Valdavalt on majanduslangusele eelnenud perioodile iseloomulik suurem keskmine juurdekasv aastas, kui kriisiaastatele järgnenud aastatel. Eesti asub suurema tervishoiukulude juurdekasvuga riikide seas, sest alustasime paljude riikidega võrreldes madalamalt tasemelt. Kuid ka Eestis oli majanduslanguse-eelse perioodi juurdekasv suurem kui järgnevatel aastatel (joonis 5.4) ja tervishoiukulude reaalkasv ühe inimese kohta on olnud suurem OECD riikide keskmisest.



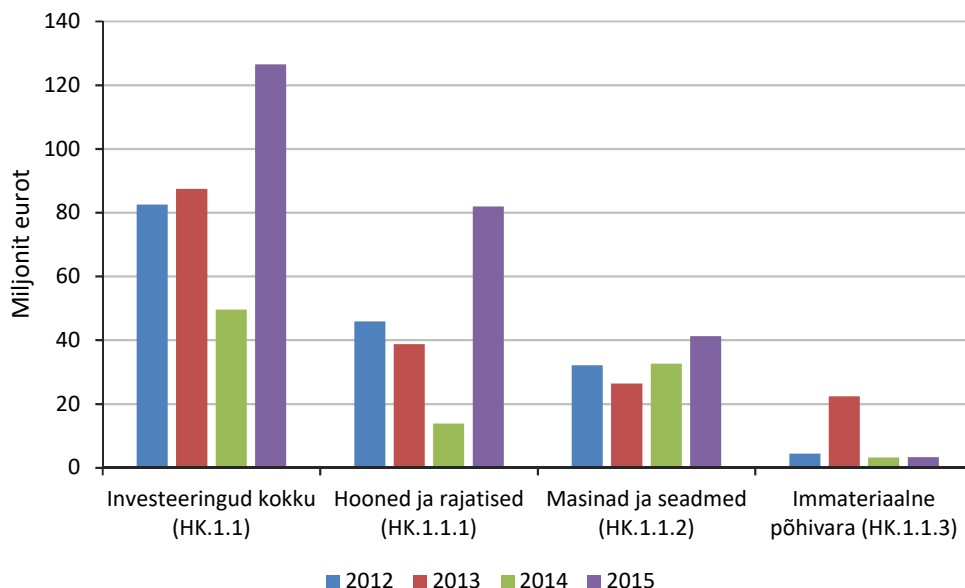
Joonis 5.4 TERVISHOIUKULUDE KESKMINE REAALKASV ÜHE INIMESE KOHTA, 2003–2016

Allikas: *OECD Health at a Glance 2017*

6. TERVISESEKTORI KAPITALIINVESTEERINGUD

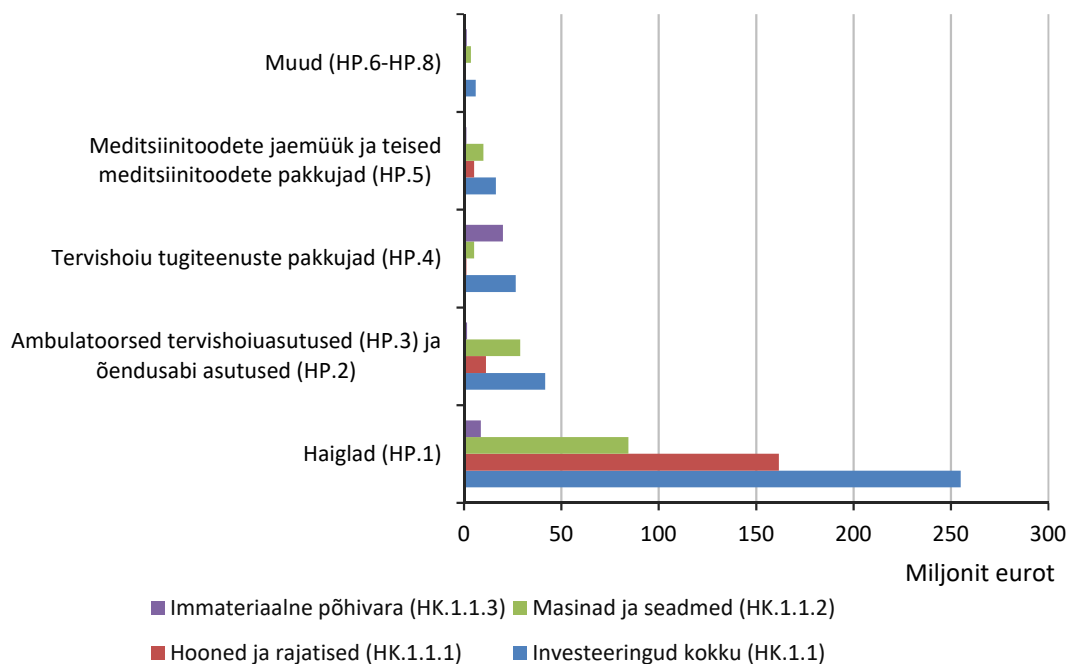
Tervishoiukulude arvestuse juurde kuuluvad ka tervise sektori kapitali kogumahutused põhivarasse. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks on avaldatud SHA 2011 metoodika järgi aastate 2012–2015 andmed. Sel perioodil tehtud investeeringutest kulus 52% hoonete ehitamiseks ning 38% masinatele ja seadmetele, ülejäänud 10% immateriaalse põhivara soetamiseks. 2015. aastal oli hoonete osa investeeringutes suurem – 65%, seadmete osatähtsus 32% ja immateriaalse põhivara osa 3%.

Infrastruktuuri, diagnostika- ja raviseadmetesse ning info- ja kommunikatsiooniseadmetesse tehtavad investeeringud on aastate lõikes erinevad sõltuvalt rahastamise võimalustest ja tehtud valikutest. Aastatel 2012–2015 olid investeeringud vahemikus 50–126 miljonit eurot, kõige väiksemad aastal 2014 ja kõige suuremad aastal 2015 (Joonis 6.1). Kui hoonete puhul on eri aastate vahel kõikumine mahtudes üsna suur, siis seadmete rühmas on tehtud investeeringud teistega võrreldes ühtlasemad ning püsinud vahemikus 26–41 miljonit eurot aastas.



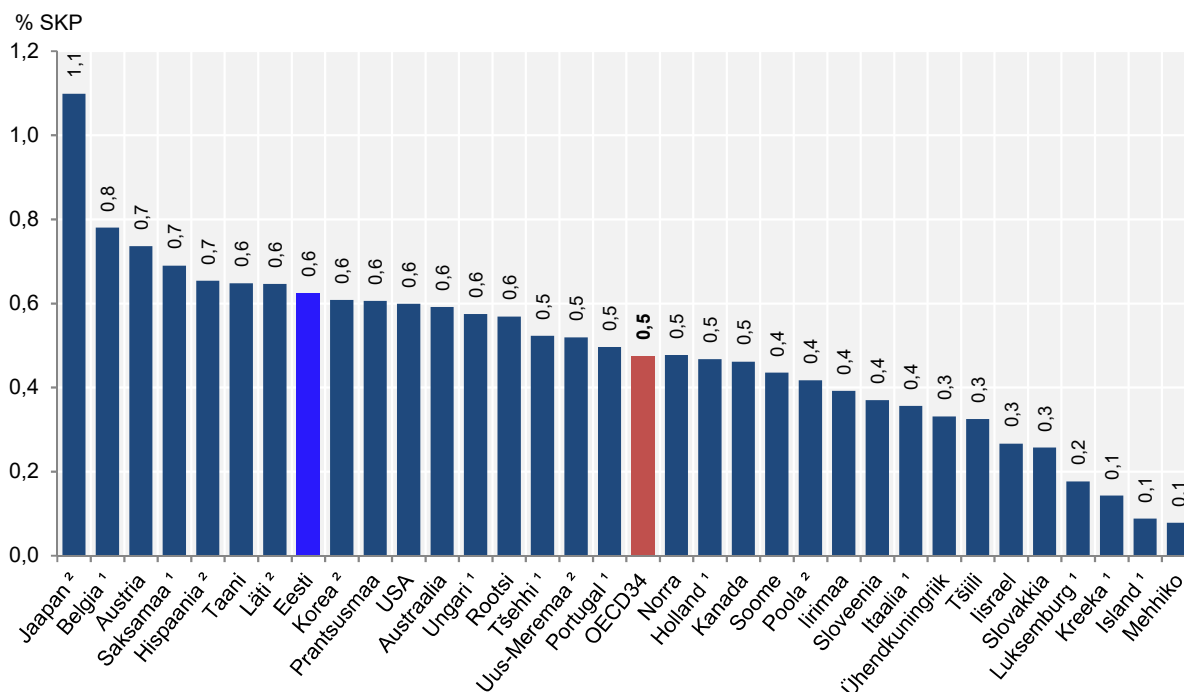
Joonis 6.1 KAPITALIINVESTEERINGUD LIIGI JÄRGI, 2012–2015

Kui tervishoiukuludest jõudis lõpptarbijani tervishoiuteenuse osutajate järgi haiglate kaudu 47%, siis investeeringutest on haiglates tehtud koguni keskmiselt 71%. Seejuures tuleb arvestada, et aktiivravihaiglad pakuvad patsientidele suurt valikut erinevaid tervishoiuteenuseid, sh kiirabi ja statsionaarseid õendusabi teenuseid. Nii on erinevate teenuste arendamiseks suunatud välisrahast finantseeritud projektide puhul suur osa kasutatud just haiglate taristu arendamiseks. Esmatasandi tervisekeskuste rahastamise mõju on oodata alates 2016. aasta kokkuvõtetest.



Joonis 6.2 KAPITALIINVESTEERINGUD TTO-DE JÄRGI, 2012–2015

Eesti kapitaliinvesteeringute tase on veidi kõrgem võrreldes teiste OECD riikidega. Joonis 6.3 iseloomustab kapitalimahutusi tervisevaldkonnas osatähtsusest SKP-st.



Joonis 6.3 KAPITALIINVESTEERINGUTE OSATÄHTSUS SKP-ST OECD RIIKIDES, 2015

1. Vastab ISIC rühmale 86: Human health activities (ISIC Rev. 4).

2. Vastab ISIC rühmale Q: Human health and social work activities (ISIC Rev. 4).

Allikas: [OECD Health at a Glance 2017](#)

7. TERVISHOIUKULUDE ARVESTUSMETOODIKA

Eesti rakendab alates 2013. aastast tervishoiukulude arvestamiseks OECD-WHO-Eurostati SHA2011 meetoodikat. Tegemist on rahvusvaheliselt standardiseeritud raamistikuga, mida kasutatakse riikide tervishoiukulude süstemaatiliseks hindamiseks võrreldaval kujul. Aastate 2000–2012 tervishoiukulude arvestuse aluseks oli selle meetoodika eelmine versioon SHA1.0.

SHA2011 meetoodika uuendamisel oli eesmärgiks muuta eri riikide andmed omavahel paremini võrreldavaks. Riikidele antakse ette täpsemad juhised tervishoiukulude liigitamiseks ning seda kasutavad vastavate organisatsioonide liikmesriigid tervishoiukulude arvestamisel. Arvestuseks kasutatavad loendid – tervishoiuteenuste pakkujad (ICHA-**HP**), tervishoiu rahastamismudelid (ICHA-**HF**), tervishoiuteenused (ICHA-**HC**), tervishoiu rahastamisallikate tulud (ICHA-**FS**), tervishoiusüsteemi kapitalimahutused põhivarasse (ICHA-**HK**) ja tervishoiuteenuse osutamise kulud (ICHA-**FP**) – on koos seletustega avaldatud TAI veebilehel:

<http://www.tai.ee/et/tegevused/tervisestatistika/metaandmed/klassifikaatorid>.

SHA2011 kasutamine on kohustuslik kõigile EL liikmesriikidele alates aruandeaastast 2014 ja tervishoiukulude andmete esitamine toimub EK rakendusmääruse 2015/359 alusel

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/PDF/?uri=CELEX:32015R0359&from=EN>.

Peamine sisuline erinevus kahe meetoodika vahel seisnes selles, et tervishoiualased kapitalikulud ei kuulu SHA2011 järgi enam tervishoiukulude hulka, vaid on neist välja arvatud. SHA1.0 järgi olid kapitaliinvesteeringud tervishoiu kogukulude osa, mis lisati tervishoiu jooksvatele kuludele.

Teine oluline muutus toimus välismaailma rahastuse liigitamises. SHA1.0 klassifitseeris välismaistest finantseerimisallikatest pärinevad kulud alati välismaailma alla. SHA2011 liigitab välisrahast tehtud kulud, mille haldamisega tegeleb riigi struktuuriüksus, vastava struktuuriüksuse rahastamismudeli alla. Näiteks Sotsiaalministeeriumi välisrahastusega projektid, kus projekti korralduse eest vastutab Sotsiaalministeerium, näidatakse avaliku sektori rahastamismudelite all (HF.1). Ainult otse, ilma Eestipoolse vahendamiseta, tervishoiuteenuse osutajatele välismaalt laekunud summad, näidatakse välismaailma rahastamismudeli (HF.4) sees. Lisandunud uue jaotuse – rahastamisallikate tulude liigituse FS loendis näidatakse tervishoiukulude rahastamiseks kasutatud tulud nende laekumise allikate järgi, sh on otselaekumised välismaalt alajaotuses FS.7.

Tervishoiukulude arvestamiseks vajalikud andmed on kogutud üldiselt rahastamise korraldajate kaudu (Eesti Haigekassa, riigieelarve, ministeeriumid, erakindlustused jt). Andmed kontrollitakse ja täpsustatakse vajadusel üle andmeandjatega ning tehtud kulutused liigitatakse vastavalt otstarbele (eesmärgile), mille jaoks raha kulutati.

Töö käigus selgitatakse nii palju kui võimalik välja, millise teenuseosutaja kaudu raha vastava eesmärgi jaoks kulutati ja kus toimus lõpptarbimine. Kuna eesmärgiks on liigitada kulutusi lõpptarbimise järgi ja vahetarbimine välja arvata, siis ei ole raha eraldaja tihti ise see, kes vastava tegevuse ellu viib või kus raha tegelikult kulutatakse – seega liigitatakse korraldajate kaudu saadud andmed kulutustest edasi vastavate teenuseosutajate ning tegevuste järgi. Praktiliselt tähendab liigitamine iga kulutatud summa märgistamist kõigi kasutatavate loendite (rahastamisallika, tegevuse, teenuseosutaja ja

rahastamismudeli) järgi. Kulutused, mille puhul tervis ja tervishoid ei ole esmane eesmärk või on nendega vaid kaudselt seotud, arvatakse välja. Nii ei ole hõlmatud näiteks Sotsiaalministeeriumi töö- ja sotsiaalvaldkonna kulutused. Samamoodi ei kuulu tervishoiukulude hulka vastavalt etteantud metoodikale EHK makstud ajutise töövõimetus hüvitised.

Leibkondade tervishoiukulude arvestuses on tervishoiuteenuste puhul peamiseks aluseks vaadeldaval perioodil tervishoiuteenuse osutajate andmed osutatud teenuste mahtude ning füüsilistelt isikutelt saadud tulude kohta TAI kogutud tervisestatistilistest aruannetest. Kaupade puhul (sh ravimid) on aluseks vastava valdkonna statistika erinevatest allikatest. Lähemalt on leibkondade tervishoiukulude arvestamise metoodikat kirjeldatud väljaandes Eesti tervishoiukulud 2014:

<http://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/352>.

Andmed tervishoiukulude arvutusteks on saadud paljudest allikatest. Andmeid on kogutud nii etteantud vormidel, kui ka vabas vormis. Lisaks on kasutatud veebilehtedel avalikult kättesaadavat statistikat erinevate tervishoiuteenuste, teenuseosutajate ja tehtud kulude kohta.

Andmeallikate loetelu:

- Eesti Haigekassa – ravikindlustuse hüvitiste (teenused ja kaubad, ennetus) kulud.
- Rahandusministeerium – 2016. aasta kohalike omavalitsuste eelarvete täitmise aastaaruanne.
- Ministeeriumite ja nende allasutuste tervishoiukulutused: Haridus- ja Teadusministeerium, Justiitsministeerium, Kaitseministeerium, Keskkonnaministeerium, Siseministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, Maaeluministeerium, Rahandusministeerium ja Välisministeerium.
- Kindlustusseltside tervishoiukulutuste andmed.
- Ravimiamet – ravimite käive haigla- ja jaemüügiapteekides, ravimituru üldmaht.
- Töotervishoiuasutused – töötajate kohustusliku meditsiinilise läbivaatuse statistika.
- Statistikaamet – ettevõtete kulud tervishoiuteenustele (sh töotervishoiule), rahvaarv, rahvamajanduse arvepidamise näitajad.
- TEHIK – riigi tervishoiusüsteemi e-lahenduste kulud.
- Terviseameti ja Ravimiameti andmed nende tervishoiukulutuste kohta.
- Sotsiaalministeeriumi osakonnad:
 - Strateegia ja eelarve osakond – täpsustatud andmed kindlustamata isikute ravikulude, välisabi projektide, välislaenude; Rahandusministeeriumi kaudu hasartmängumaksust finantseeritavate projektide kohta; ostetud teenuste kulud; viljatusravi kulud. 2016. aasta riigieelarve täitmise aruanded on algallikaks Sotsiaalministeeriumi haldusala poolt tehtud tervishoiukulutuste kohta.
 - Analüüsi ja statistika osakond – sotsiaalhoolekande institutsionaalne ja abivahendite aruandlus.
- Tervise Arengu Instituut – tervisedenduse projektid ja programmid ning statistilised aruanded: Tervishoiualane majandustegevus, Arsti vastuvõttud ja koduviisiidid, Päevaravi, Ravivoodid ja hospitaliseerimine, Hambaarsti aruanne
- Eesti Punane Rist – tervishoiukulutused.
- Äriregistri majandusaasta aruanded – Terviseametilt tervishoiuteenuste osutamiseks saadud lubadega ettevõtete andmete täpsustamine.
- SA Hille Tänavsuu Vähiravifond Kingitud Elu – uudised vähiravi rahastamise ja selle Haigekassa-poolse ülevõtmise kohta.

KASUTATUD ALLIKAD

Eesti Haigekassa – veebileht, aastaraamatud, analüüsid

<https://www.haigekassa.ee/haigekassa/aruanded-eelarve-ja-statistika>

<https://www.haigekassa.ee/haigekassa#tab-uuringud>

Sotsiaalministeeriumi veebileht

<https://www.sm.ee/et>

Ravimiamet – ravimite müügistatistika

<https://www.ravimiamet.ee/ravimite-kasutamise-statistika-1>

Statistikaameti andmebaas – majandus ja rahvastik

<http://andmebaas.stat.ee/>

Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja -uuringute andmebaas

<http://www.tai.ee/tstua>

Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakonna veebileht

<http://www.tai.ee/tegevused/tervisestatistika>

Tervise Arengu Instituudi 2014. aasta tervishoiukulude metoodika

<http://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/303>

Eurostati (Euroopa Liidu statistikaameti) andmebaas

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmebaas

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases>

Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmebaas ja tervisestatistika avaleht

http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Health at a Glance 2017

OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

SA Hille Tänavsuu Vähiravifond Kingitud Elu

<http://kingitudelu.ee/>

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

