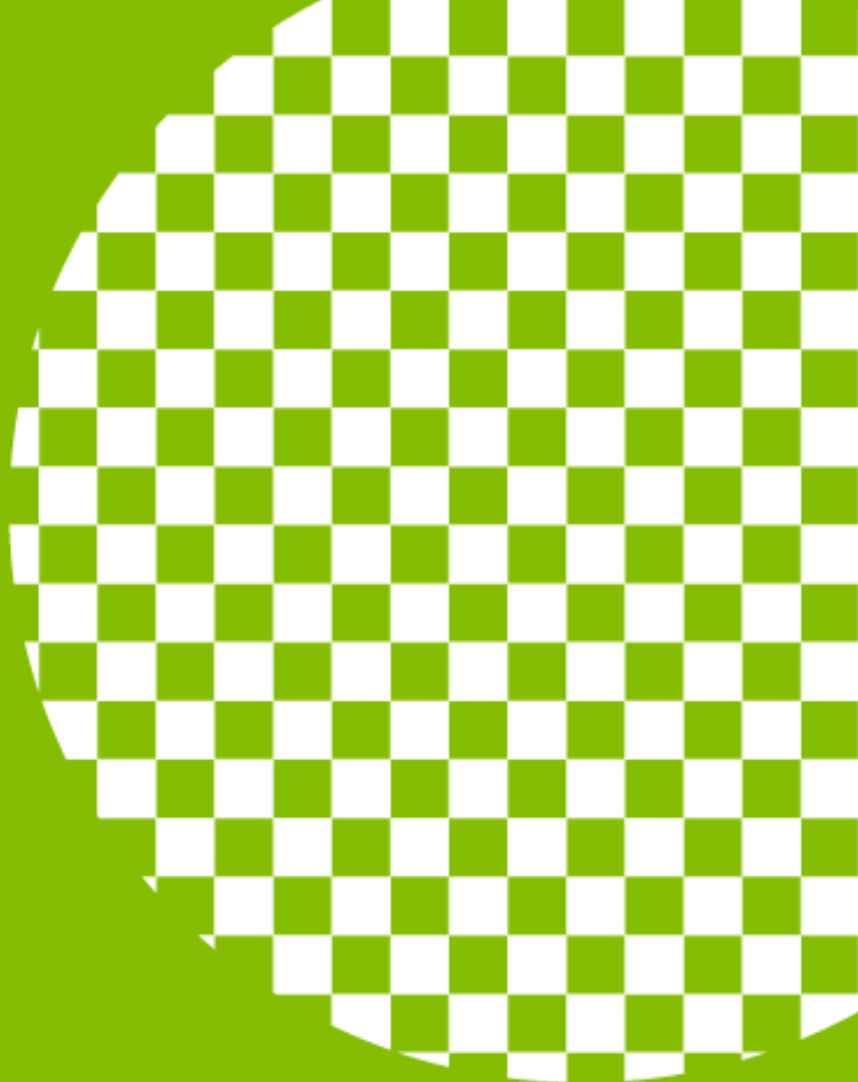




Terveise
Arengu
Instituut



Tervishoiukulud 2019



Tervise Arengu Instituut

Tervishoiukulud 2019

Mare Ruuge, Marika Inno

Tallinn 2021

Tervise Arengu Instituudi missioon on olla teaduspõhiste tervislike valikute kujundaja.

Väljaande andmete kasutamisel viidata allikale.

Soovitatav viide käesolevale väljaandele: Ruuge M, Inno M. Tervishoiukulud 2019.
Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021.

Sisukord

Joonised	4
Mõisted	5
Lühendid.....	5
Lühikokkuvõte	6
Summary	7
Sissejuhatus.....	8
1. Tervishoiukulude arvestusmetoodika.....	9
Andmeallikate loetelu.....	11
2. Tervishoiukulud ja sisemajanduse koguprodukt	12
2.1. Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st	12
2.2. Tervishoiukulude arvestuse muutused, sh pikaajaline hooldus tervishoiukuludes	15
3. Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi	18
3.1. Tervishoiukulud teenuste järgi.....	18
3.2. Tervishoiuteenused rahastamismudeli järgi.....	20
4. Tervishoiukulud ühe inimese kohta.....	25
4.1. Leibkondade tervishoiukulud ühe inimese kohta.....	27
4.2. Avaliku sektori tervishoiukulud ühe inimese kohta	30
Kasutatud kirjandus	33
Kasulikud teemakohased viited veebilehtedele	34

Joonised

Joonis 1.1 SHA 2011 põhiloendid ja põhimõte	9
Joonis 2.1 Avaliku sektori ja leibkondade tervishoiukulude osatähtsus SKP-st, 2003–2019.....	12
Joonis 2.2 Avaliku sektori ja leibkondade omaosalus tervishoiukuludest, 2003–2019	13
Joonis 2.3 Tervishoiukulude aastane juurdekasv püsiv- ja jooksevhindades (%), 2004–2019	14
Joonis 2.4 Tervishoiukulude muutus baasaastaga võrreldes (%), 2010–2019, 2010=0%..	14
Joonis 2.5 Pikaajalise õendus- ja hooldusabi kulude uuendamise mõju teenuste järgi (miljon eurot), 2003–2019.....	17
Joonis 3.1 Tervishoiukulud teenuste järgi (%), 2019	18
Joonis 3.2 Teenuste osatähtsus tervishoiukuludes (%) 2003, 2010, 2014 ja 2019	19
Joonis 3.3 Teenuste osatähtsus tervishoiukuludes (%), 2003–2019.....	19
Joonis 3.4 Tervishoiukulude perioodi keskmine juurdekasv teenuste järgi (%)	20
Joonis 3.5 Tervishoiukulud rahastamismudeli järgi (%), 2019.....	21
Joonis 3.6 Tervishoiukulud teenuste rahastamismudeli järgi (%), 2019.....	21
Joonis 3.7 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (%), 2017–2019	22
Joonis 3.8 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (miljon eurot), 2017–2019.....	24
Joonis 4.1 Kõik tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2003–2019	25
Joonis 4.2 Teenuste kulude muutused inimese kohta (%) kiirema kasvuga rühmades, v.a õendusabi, 2003–2019, baasaasta 2003=0%	26
Joonis 4.3 Teenuste kulude muutused inimese kohta (%) aeglasema kasvuga rühmades, 2003–2019, baasaasta 2003=0%	27
Joonis 4.4 Leibkondade tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2003–2019.....	28
Joonis 4.5 Leibkondade tervishoiukulude muutused teenuste järgi (%), 2010–2019.....	29
Joonis 4.6 Avaliku sektori tervishoiukulud rahastamismudeli järgi (%), 2017 ja 2019	30
Joonis 4.7 Avaliku sektori tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2003–2019.....	31
Joonis 4.8 Avaliku sektori kiirema kasvuga teenuste kulude muutused inimese kohta (%), 2010–2019	32

Mõisted

Jooksevhinnad	kaupade ja teenuste hinnad arvestusperioodil
Püsivhinnad	kauba või teenuse hind baasaasta keskmistes hindades
Reaalkasv	näitaja kasv teatud perioodil, mille arvutamise aluseks olevad andmed on korrigeeritud baasaasta hindadega
Sisemajanduse koguprodukt	riigi elanike, ettevõtete ja asutuste poolt loodud majanduslik väärtus
Tervishoiukulud	rahvusvahelisel meetodikal põhinev riigi tervishoiukulude arvestus. Tekstis on kasutatud kulusid ja kulutusi samas tähenduses

Lühendid

Eurostat	Euroopa Liidu Statistikaamet
ICHA	tervishoiukulude arvestuses kasutatavate klassifikaatorite süsteem tervishoiukulude liigitamiseks (<i>International Classification for Health Accounts</i>). SHA 2011 põhiklassifikaatorid ICHA järgi on: tervishoiuteenuste pakkujad (ICHA-HP), tervishoiu rahastamismudelid (ICHA-HF), tervishoiuteenused (ICHA-HC), tervishoiu rahastamisallikate tulud (ICHA-FS) ning tervishoiusüsteemi kapitalimahutused põhivarasse (ICHA-HK)
LTC	Pikaajaline õendus- ja hooldusabi (<i>Long-term care</i>)
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon
SHA 2011	tervishoiu arvepidamise süsteem (<i>System of Health Accounts</i>), 2011. aasta versioon
SKP	sisemajanduse koguprodukt
TAI	Tervise Arengu Instituut
THK	Tervishoiukulud
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Lühikokkuvõte

Eesti tervishoiukulud olid 2019. aastal 1,89 miljardit eurot. Võrreldes eelneva aastaga oli tervishoiukulude kasv jooksevhindades 9%, sealhulgas suurenesid avaliku sektori kulud 10% ja leibkondade kulud 6%. Avaliku sektori ehk Eesti Haigekassa, keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuste kulud tervishoiule kasvasid kiiremini kui leibkondade kulutused.

Tervishoiukulude reaalkasv oli ainult 1%. Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st püsis eelneva aasta tasemel – 6,7%.

Avaliku sektori osatähtsus tervishoiukuludes oli 75%, sealhulgas kohustusliku ravikindlustuse osatähtsus 66,3%, keskvalitsuse osa 4,9% ja kohalikel omavalitsustel 3,3%. Aasta varem oli avaliku sektori osatähtsus 74%, kohustusliku ravikindlustuse osa 64,6%, keskvalitsusel 5,8% ja kohalikel omavalitsustel samamoodi 3,3%. Avaliku sektori panus tervishoiukuludes suurenes aastaga 133 ja leibkondade kulutused 27 miljoni euro võrra. Kohustusliku ravikindlustuse osa kasvas 136 miljoni ning kohalike omavalitsuse kulutused 6 miljoni euro ulatuses, keskvalitsuse osa vähenes 9 miljonit eurot.

Aastate 2017–2019 pikaajalise õendus- ja hooldusabi (HC.3) kulud hõlmavad võrreldavaid õendus- ja hooldusteenuseid. Tervishoiusektorist on arvesse võetud iseseisev statsionaarne õendusabi ja koduõendus samamoodi kui eelnevatel aastatel. Kuid sotsiaalhoolekande teenustest on tervishoiukuludes varasemast rohkem isikuhooldusega seotud teenuseid. Alates 2017. aastast sisalduvad pikaajalises õendus- ja hooldusabis järgmiste sotsiaalhoolekande teenuste kulutused: igapäeva elu toetamine suure toetus- ja hooldusvajadustega inimestele, täisealiste päevahoid, raske ja sügava puudega laste lastehoid päevateenustes (HC.3.2); puudega isiku hooldajatoetus ja isiklik abistaja koduteenuste (HC.3.4) hulgas. Väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse ja ööpäevaringse erihoolekandeteenuse kulutustesse on sisse arvestatud teenusesaajate majutuskulud lähtudes eeldusest, et ööpäevaringsete sotsiaalhoolekandeteenuste kasutajad on pikaajalisest hooldusest sõltuvad. Varem sisaldas arvestus ainult personalikulud.

Peamised leibkondade kulud jagunesid 2019. aastal teenuste vahel järgmiselt: hambaravile 28%, retseptiravimitele 18%, pikaajalisele õendus- ja hooldusabile 18%, käsimüügiravimitele 14%, ambulatoorsele eriarstiabile 11% ning meditsiinilistele kestvuskaupeadele 7%.

Avaliku sektori kulude jagunemine teenuste järgi ei ole muutunud. 58% avaliku sektori tervishoiukuludest tehti aktiivraviteenustele, sealhulgas 28% haiglaravile ja 26% ambulatoorsetele tervishoiuteenustele. Järgmised suuremad kulutuste rühmad olid avaliku sektori jaoks tervishoiu tugiteenused 15% ja meditsiinitooted 13%.

Rahastamismudelites toimus muutus seoses Vabariigi Valitsuse 2017. aasta otsusega laiendada Eesti Haigekassa tulubaasi ja viia osa seni Sotsiaalministeeriumi valitsemisala eelarve kaudu rahastatud teenuseid Eesti Haigekassa eelarvesse. Üleminekuperiood on aastatel 2018–2021. 2018. aastal kanti ravikindlustuse eelarvesse täiendav eraldis suuruses 7% ja 2019. aastal 10% mittetöötavate pensionäride pensionite kogusummast. Alates 2018. aastast koondus Haigekassasse kiirabiteenuste rahastamine (45 miljonit eurot) ja tuberkuloosiravimite soetamine (0,4 miljonit eurot). 2019. aastast alates on Haigekassa eelarves mittekindlustatute vältimatu abi (8,9 miljonit eurot) ja HIV/AIDSi ravimite, immunopreparaatide ja antidootide soetamine (16 miljonit eurot). Muutuste tõttu väheneski keskvalitsuse kaudu rahastamine tervishoiukuludes ning suurenesid ravikindlustuse mudeli kulutused.

Summary

Estonian health expenditure in 2019 was 1.89 billion euros. The growth was 9% in comparison with the previous year, public expenditure increased by 10% and household expenses by 6%. Public health expenditure increased faster than household health expenditure.

Growth in Estonian health expenditure in real terms was only 1%. The share of health expenditure in gross domestic product was 6.7%, which was at the same level as a year before.

The share of public sector in health expenditure was 75%, in previous year 74%. By financing schemes, the share of compulsory health insurance was 66.3% and the share of central government was 4.9, the share of households amounted to 23.9%. In 2018, the share of health insurance was 64.6%, central government 5.8%, and households 24.6%.

Public sector contribution to health expenditure increased by 133 and household expenditure by 27 million euros in a year. The share of compulsory health insurance component increased by 136 million euros and local government expenditure by 6 million euros, central government expenditure decreased by 9 million euros.

Data for 2017–2019 include comparable long-term nursing care services. In previous years, less social care services related to personal care have been taken into account. From 2017, long-term (health) services (HC.3) include the following expenditures on social welfare services: in day care section HC.3.2 – everyday life support service for people with high support and care needs, day care for adults, childcare services for children with severe and profound disabilities; in home care section HC.3.4 – care allowance for the disabled and personal assistant service. Expenditure on general care services provided outside the home and 24-hour special care services include accommodation costs of long-term care dependent persons.

The main household expenditures in 2019 were divided between services as follows: dental care 28%, prescription medicines 18%, long-term nursing care 18%, over-the-counter medicines 14%, outpatient specialist care 11% and medical durables 7%.

There was no change in the breakdown of public sector expenditure by services. 58% of public health expenditure was made for active care, including 28% for inpatient care and 26% for outpatient care. Next major groups in public sector expenses were ancillary services 15% and medical goods 13%.

There was a change in financing schemes due to the 2017 decision of the Government of the Republic to expand the revenue base of the Estonian Health Insurance Fund (EHIF) and also to transfer some of the services financed from the budget of the Ministry of Social Affairs to the budget of the EHIF. The transition period is 2018–2021. In 2018, an additional allocation was made to the health insurance budget for 7% and in 2019 for 10% of the total amount of pensions for non-working pensioners. From 2018, to the EHIF is transferred ambulance service finances (EUR 45 million) and purchasing tuberculosis drugs (EUR 0.4 million). From 2019, the EHIF's budget includes emergency medical care for the uninsured (8.9 million euros) and the purchase of HIV/AIDS drugs, antidotes and immune preparations (16 million euros). Due to the changes, funding through the central government decreased in health care expenditure and the expenditure of the health insurance scheme increased.

Sissejuhatus

Eesti tervishoiukulude sarja kuuluv analüüs esitab ülevaate aastate 2003–2019 tervishoiukuludest. Kirjeldatakse kogu perioodi arenguid tervishoiusüsteemi rahastamises rahastamismudelite ja tervishoiuteenuste kaudu. Ühtlasi esitletakse viimastel aastatel tehtud ühtlustusarvutusi SHA 2011 metoodika järgi, sh käimasolevaid muutusi pikaajalise hoolduse kulude arvestuses. Põhitähelepanu on pööratud viimasele, 2019. aastale ning tervishoiukuludele ühe inimese kohta.

Eesti tervishoiukulude arvestuse aluseks on OECD (Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon), WHO (Maailma Terviseorganisatsioon) ja Eurostati (Euroopa Liidu Statistikaamet) poolt väljatöötatud riigi tervishoiukulude arvutamise ühtne metoodika SHA 2011 (1). Eesti tervishoiukulude andmed on kättesaadavad peale TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi¹ nii OECD, WHO kui ka Eurostati andmebaasides ja väljaannetes.

SHA 2011 metoodika järgi on tervishoiukuludesse arvestatud kõik tervishoiuteenused, sh aktiivravi, taastusravi, õendusabi, tervishoiu tugiteenused, meditsiinitooted, ennetus ning tervishoiusüsteemi administreerimine. Samas ei sisalda tervishoiukulud selliste tervishoiuga seotud teenuste kulusid, mille põhieesmärk ei ole tervise parandamine. Need on näiteks õpetamisele, tervishoiu uurimis- ja arendustööle, keskkonnatervisele tehtavad kulutused. Arvestusse hõlmatakse riigi elanikele tehtud kulutused. Kapitaliinvesteeringud on parema võrreldavuse huvides tervishoiukuludest välja arvatud, neid vaadeldakse eraldi ja pole antud raportis kajastatud.

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

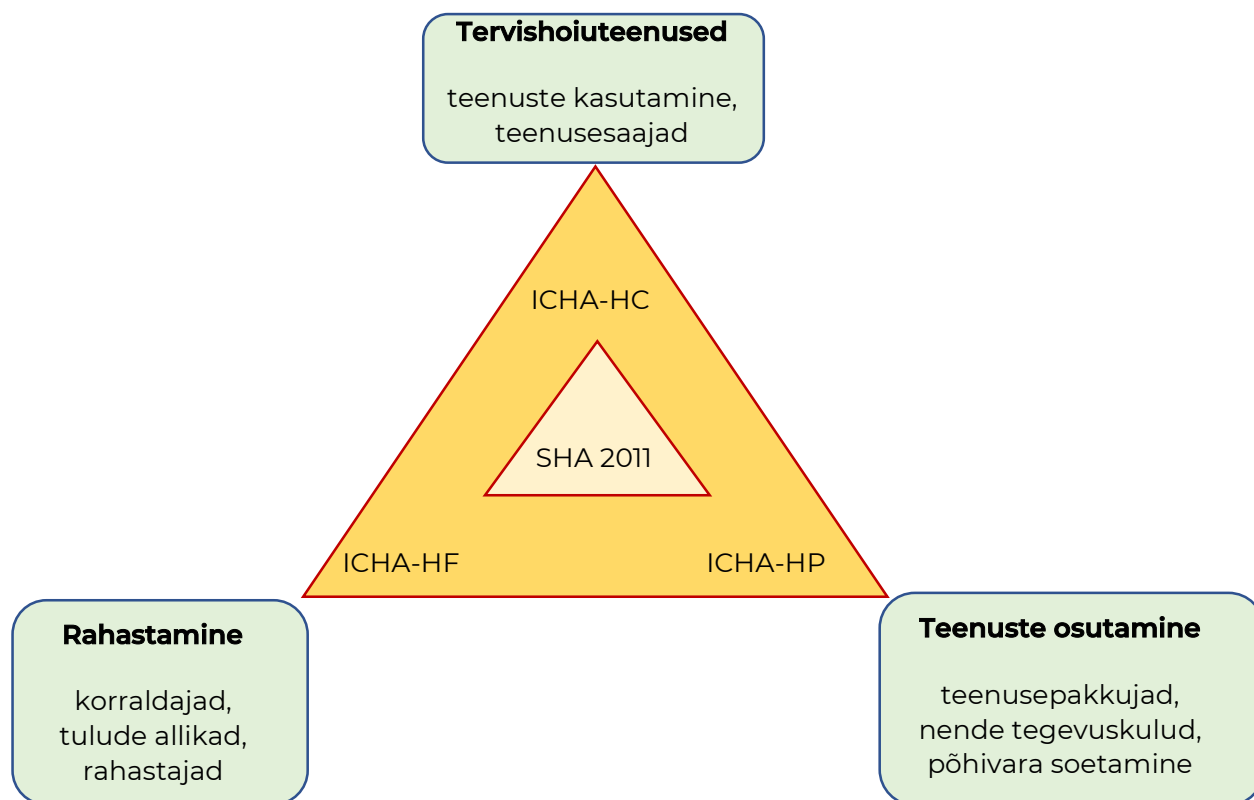
Koostajad on tänulikud kõigile, kes edastasid vajalikke andmeid ning aitasid sellega kaasa Eesti tervishoiukulude arvestamisele.

¹ <https://statistika.tai.ee/> alajaotuses Tervishoiuressursid ja nende kasutamine
https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__04THressursid__10Tervishoiukulud/?tablelist=true

1. Tervishoiukulude arvestusmetoodika

Eesti rakendab alates 2013. aastast tervishoiukulude arvestamisel OECD-WHO-Eurostat SHA 2011 metoodikat (1). Tegemist on rahvusvaheliselt standardiseeritud raamistikuga, mida kasutatakse riikide tervishoiukulude süstemaatiliseks hindamiseks võrreldaval kujul. Aastate 1999–2012 tervishoiukulude arvestuse aluseks oli selle metoodika eelmine versioon SHA1.0 (2). Uue metoodika (SHA 2011) järgi on tervishoiukulud ümber arvutatud alates 2003. aastast.

SHA 2011 metoodika annab riikidele ette juhised tervishoiukulude liigitamiseks ning seda kasutavad kõik vastavate organisatsioonide liikmesriigid tervishoiukulude arvestamisel. SHA 2011 põhiloendeid on kolm, mida omakorda saab edasi vaadelda täiendavate loendite alusel (joonis 1.1).



Joonis 1.1 SHA 2011 põhiloendid ja põhimõte

Järgmised SHA 2011 klassifikaatorid on koos koodide ja seletustega avaldatud TAI veebilehel:

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

- 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**)

Eesti tervishoiukulud on TAI tervisestatistika ja -uuringute andmebaasis² avaldatud tervishoiuteenuse osutajate (HP), rahastamismudelite (HF), teenuste (HC) ja rahastamisallikate tulude (FS) järgi ning põhivara investeeringute (HK) kohta.

SHA 2011 kasutamine on kohustuslik kõigile Euroopa Liidu liikmesriikidele alates aruandeaastast 2014 ja tervishoiukulude andmete esitamine toimub Euroopa Komisjoni rakendusmääruse 2015/359 alusel³.

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

Töö käigus selgitatakse välja, kus toimus lõpptarbimine ja millise teenuseosutaja poolt. Kuna eesmärgiks on liigitada kulutusi lõpptarbimise järgi ning vahetarbimine välja arvata, siis ei ole raha eraldaja tihti ise see, kes vastava tegevuse ellu viib või kus raha tegelikult kasutaja jaoks teenusele kulutatakse. Seega liigitatakse korraldajate kaudu saadud kulutuste andmed edasi vastavate teenuseosutajate ning tegevuste järgi. Praktiliselt tähendab liigitamine iga kulusumma märgistamist kõigi kasutatavate peamiste klassifikaatorite – rahastamisallika, teenuse/tegevuse, teenuseosutaja ja rahastamismudeli – järgi.

Kulutused, mille puhul tervis ja tervishoid ei ole esmane eesmärk või on nendega vaid kaudselt seotud, arvatakse välja. Nii on hõlmatud Sotsiaalministeeriumist tervisevaldkonna personali ja muud kulutused, kuid töö- ja sotsiaalvaldkonna vastavad kulutused on välja arvatud. Tervishoiukuludes sisalduvad sotsiaalhoolekande valdkonnast pikaajalise hoolduse teenuste ja kompenseeritavate meditsiiniliste abivahendite kulutused. Tervishoiukulude hulka ei kuulu vastavalt etteantud metoodikale Eesti Haigekassa makstud ajutise töövõimetuse hüvitised. Seega riigi tervishoiuvaldkonna kulud ei ole päris sama, mis rahvusvahelises võrdluses esitatavad tervishoiukulude andmed.

Andmed tervishoiukulude arvutusteks on saadud paljudest allikatest ja kombineeritud omavahel. Näiteks ravimikulutuste andmed põhinevad nii haigekassa, sotsiaalministeeriumi kui ravimiameti andmetel. HIV-i ravimite, antidoodide ja immuunpreparaatide soetamise kulud on haigekassast, kuid väljastamise ehk kasutamise andmed on saadud terviseametist. Andmeid kogutakse nii etteantud vormil, kui arvestatakse ka vabas vormis saadud teavet. Lisaks päringutele on kasutatud veebilehtedel avalikult kättesaadavat statistikat erinevate tervishoiuteenuste, teenuseosutajate ja tehtud kulude kohta.

Leibkondade tervishoiukulude arvestuses on tervishoiuteenuste puhul peamiseks aluseks vaadeldava perioodi tervishoiuteenuse osutajate andmed osutatud teenuste mahtude ning füüsilistelt isikutelt saadud tulude kohta TAI kogutud tervishoiustatistika aruannetest. Kaupade puhul (sh ravimid) on aluseks vastava valdkonna statistika erinevatest allikatest. Lähemalt on leibkondade tervishoiukulude arvestamise metoodika kirjeldatud väljaandes „Eesti tervishoiukulud 2014“ (3).

² https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_10Tervishoiukulud/?tablelist=true

³ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/PDF/?uri=CELEX:32015R0359&from=EN>

Andmeallikate loetelu

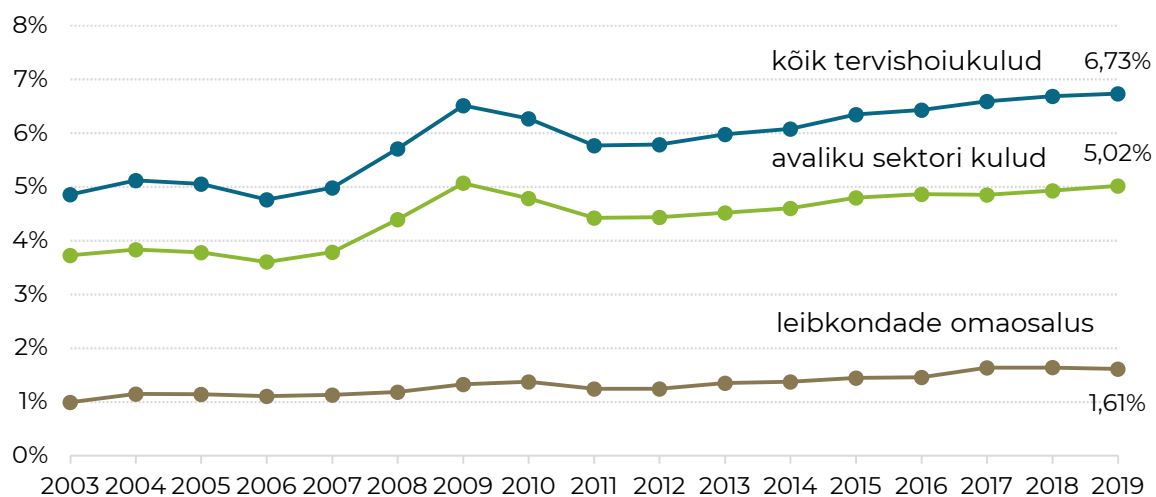
- Eesti Haigekassa – ravikindlustuse hüvitiste (teenused ja kaubad, ennetustegevuste) kulud.
- Rahandusministeerium – kohalike omavalitsuste eelarvete täitmise aastaaruanded.
- Ministeeriumite ja nende allasutuste tervishoiukulutused: Haridus- ja Teadusministeerium, Justiitsministeerium, Kaitseministeerium, Keskkonnaministeerium, Maaeluministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, Siseministeerium, Rahandusministeerium ja Välisministeerium.
- Kindlustusseltside tervishoiukulutuste andmed.
- Raviamet – ravimite käive haigla- ja jaemüügiapteekides, ravimituru üldmaht.
- Töötervishoiuasutused – töötajate kohustusliku meditsiinilise läbivaatuse statistika.
- Statistikaamet – ettevõtete kulud tervishoiuteenustele (sh töötervishoiule), rahvaarv, rahvamajanduse arvepidamise näitajad.
- TEHIK – riigi tervishoiusüsteemi e-lahenduste kulud.
- Terviseameti ja Raviameti andmed tervishoiukulutuste kohta.
- Sotsiaalministeeriumi osakonnad:
 - Finatsosakond – tervisevaldkonna investeeringute, majandamis- ja personalikulude, teenuste, toetuste ja välisabi projektide kulud. Rahandusministeeriumi kaudu hasartmängumaksust finantseeritavate tervishoiuvaldkonna projektide kulud. Riigieelarve täitmise aruanded on algallikaks Sotsiaalministeeriumi valitsemisala tervishoiukulutuste kohta.
 - Analüüsi ja statistika osakond – sotsiaalhoolekande pikaajalise hooldusabi teenuste kulud ja abivahendite aruandlus.
- Tervise Arengu Instituut – tervisedenduse projektid ja programmid ning statistilised aruanded: Tervishoiualane majandustegevus, Ambulatoorsed visiidid (end Arsti vastuvõtud ja koduviisidid), 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 – majandusaasta aruanded ja andmed vähiravi rahastamise kohta.

2. Tervishoiukulud ja sisemajanduse koguprodukt

2.1. Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st

Eesti tervishoiukulud olid 2019. aastal 1,89 miljardit eurot. Võrreldes eelneva aastaga oli tervishoiukulude kasv jooksevhindades 9%, sealhulgas suurenesid avaliku sektori kulud 10% ja leibkondade kulud 6%. Tervishoiukulude reaalkasv oli ainult 1%.

Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st oli eelneva aasta tasemel – 6,7% (joonis 2.1). Avaliku sektori tervishoiule tehtud kulude osatähtsus SKP-st ületas 5% piiri, sealhulgas ravikindlustuse osa oli 4,5%. Viimati oli avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus suurem kui 5% 2009. aastal, kui SKP langes järsult. Leibkondade omaosaluse protsent jäi tasemele 1,6%.

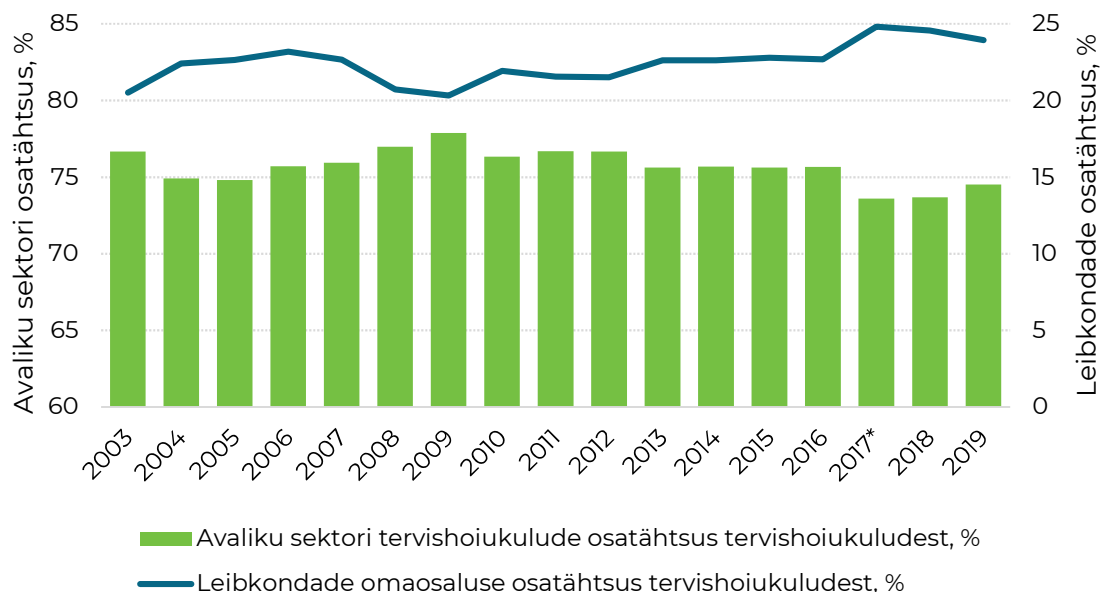


Joonis 2.1 Avaliku sektori ja leibkondade tervishoiukulude osatähtsus SKP-st, 2003–2019

Avaliku sektori ehk Eesti Haigekassa, keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuste kulud tervishoiule kasvasid 2019. aastal kiiremini kui leibkondade kulutused. Avaliku sektori tervishoiukulud suurenesid aastaga 133 ning leibkondade kulutused 27 miljoni euro võrra. Kuna avaliku sektori kulud suurenesid kiiremini leibkondade omaosalusest, vähenes omaosalus võrreldes eelmise aastaga 0,6 protsendipunkti ning oli 2019. aastal 23,9%. Siiski on Eesti endiselt leibkondade omaosaluse kriitilise piiri (25%) lähedal, mille ületamisel võivad tekkida raskused arstiabi, hambaravi, ravimite ning teiste eluks vajalike teenuste ja kaupade eest tasumisel. Inimeste omaosalus tervishoiukuludes on Eestis viimasel kümnel aastal püsinud suhteliselt samal tasemel ning on olnud oluliselt suurem kui WHO soovituslik tase 15% ja kõrgem kui Euroopa Liidu riikide keskmine (4) – 22% (2018).

Vaadeldes lähemalt avaliku sektori ja leibkondade kulutuste osatähtsust tervishoiukuludes aastatel 2003–2019 (joonis 2.2), on nähtav leibkondade omaosaluse

suurenemine aastal 2017 võrreldes 2016. aastaga. Selle tõusu peamine põhjus seisneb pikaajalise õendus- ja hooldusabi arvestuse muutumises, mida on seletatud lähemalt järgmises peatükis.



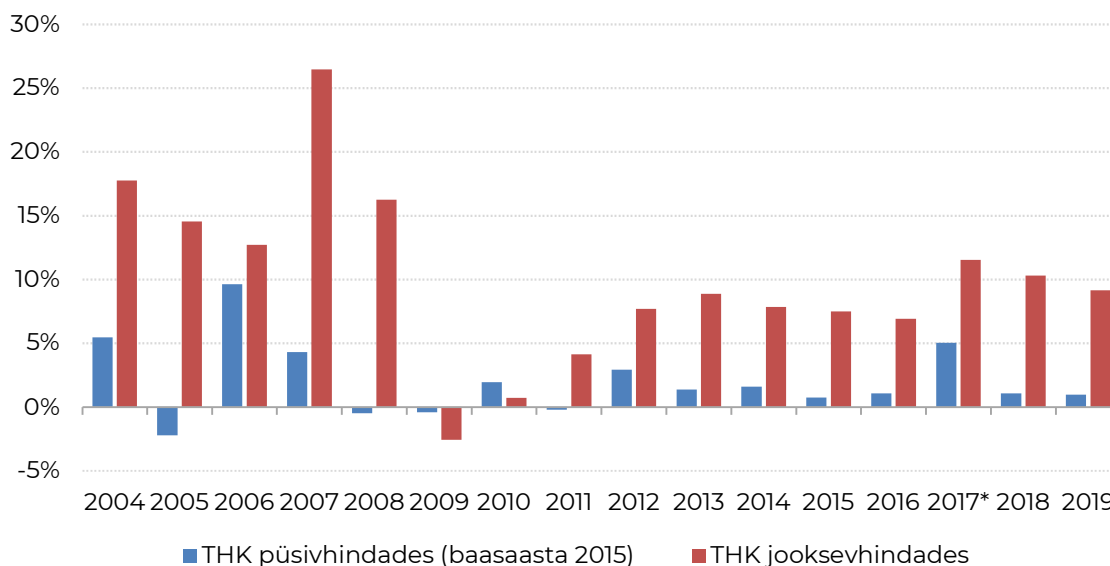
* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 2.2 Avaliku sektori ja leibkondade omaosalus tervishoiukuludest, 2003–2019

Avaliku sektori osatähtsus tervishoiukuludes oli 75%, sealhulgas kohustusliku ravikindlustuse osatähtsus 66,3% ja keskvalitsuse osa 4,9%. Kohalike omavalitsuste osa moodustas 3,3%. Aasta varem oli avaliku sektori osatähtsus 74%, kohustusliku ravikindlustuse osa 64,6%. keskvalitsusel 5,8% ja kohalikel omavalitsustel samamoodi 3,3%.

2019. aastal jätkusid aasta varem alanud muudatused tervishoiuteenuste rahastamises, mille käigus laiendati Eesti Haigekassa tulubaasi ja viidi osa seni Sotsiaalministeeriumi kaudu riigieelarvest rahastatud teenuseid haigekassa eelarvesse. Haigekassale kanti täiendava tuluna riigieelarvest eraldis, mis võrdus 10% mittetöötavate pensionäride pensionite kogusummast, 2018. a oli eraldise suurus 7%. Lisaks koondusid 2019. aastal haigekassasse seni Sotsiaalministeeriumi valitsemisala eelarvest rahastatud teenused nagu kindlustamata isikute vältimatu ravi, HIV/AIDSi ravimite, immuunpreparaatide ja antidootide soetamine kogusummas peaaegu 26 miljonit eurot. Sellest tulenevalt vähenes avaliku sektori tervishoiukuludes keskvalitsuse kaudu rahastamine (9 miljonit eurot) ning suurenesid haigekassa tervishoiukulud (kokku ligi 136 miljoni euro võrra).

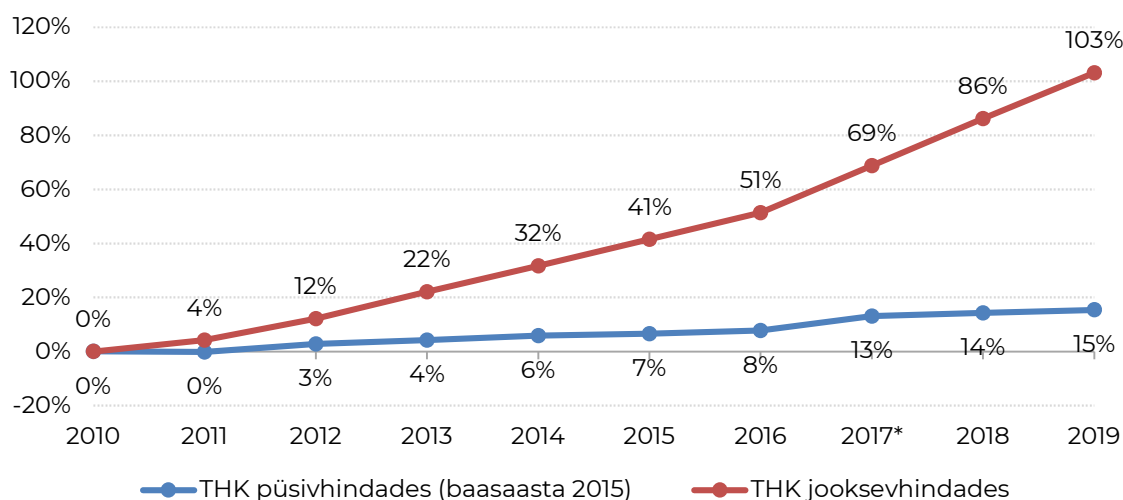
Vabatahtlike rahastamismudelite (erakindlustuse, MTÜ-de ja eraettevõtete) panus tervishoiukuludes oli kokku 2%.



* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 2.3 Tervishoiukulude aastane juurdekasv püsiv- ja jooksevhindades (%), 2004–2019

Kui iga-aastaselt kasvavad tervishoiukulud jooksevhindades üsna järjepidevalt, siis arvesse võttes inflatsiooni mõju, ei ole tervishoiukulud suurenenud kuigi kiiresti. Jättes kõrvale kulutuste suurenemise 2017. aastast, mis oli tingitud pikaajalise hoolduse kulude arvestuse muutusest, on kasv püsivhindades olnud keskmiselt 1% aastas (joonis 2.3). Keskmise juurdekasv jooksevhindades aastatel 2018–2019 oli 9,7%, aastatel 2012–2016 oli madalam – 7,8% aastas. Majanduslangusele eelnenud perioodil (2004–2008) oli tervishoiukulude kasv kiirem – keskmiselt 17,5% aastas.



* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 2.4 Tervishoiukulude muutus baasaastaga võrreldes (%), 2010–2019, 2010=0%

Viimase kümne aasta jooksul on tervishoiukulud jooksevhindades kahekordistunud, püsivhindades on kasv olnud 15% (joonis 2.4).

2.2. Tervishoiukulude arvestuse muutused, sh pikaajaline hooldus tervishoiukuludes

Metoodikamuutusi kavandatakse pikka aega ette ja kaalutletult. Alati mõeldakse läbi muutuse mõju aegridadele – kas on võimalik teha ühtlusarvutused või tuleb alustada täiesti uut seeriat. Kui vähegi võimalik, muutusi ei tehta. Kui tuleb muuta, tehakse ümberarvutused tagasiulatuvalt nii kaugele kui võimalik. Sama on toimunud tervishoiukuludes.

Eesti tervishoiukulude arvestuse metoodikas toimus alates 2013. aasta andmetest kaks suurt ja põhimõttelist muutust. Kõigepealt võeti rahvusvaheliselt kasutusele uus metoodika SHA 2011 varem kehtinud SHA1.0 asemel. Teine suurem muutus seisnes Eesti jaoks leibkonna tervisekulude arvestuse üleminekus leibkonna eelarve uuringu andmetelt tervishoiuteenuse osutajate esitatud andmetele. SHA 2011 kasutuselevõtt tähendas kulutuste liigitamist varasemast erinevate klassifikaatorite järgi, põhimõtetes palju ei muutunud. Leibkondade omaosaluse arvestusmetoodika vahetus muutis leibkonnakulutuste struktuuri ning võimaldas hinnata täpsemalt kulutusi erinevatele teenustele. Uuenduste rakendamise järel tekkis kohe eelnevate aastate andmete ümberarvutamise vajadus. Ühtlusarvutused algasid 2015. aastal ja lõppesid aastal 2019, kui TAI tervisestatistika avalikus andmebaasis avaldati võrreldavad aegread alates aastast 2003. Ümberarvutuste käigus järgiti läbi aastate samasuguseid põhimõtteid kulude liigitamisel. Teemade kaupa vaadati aegread läbi kogu perioodi ulatuses ega tõstetud kulude rühmi mehhaaniliselt vana koodi alt uue koodi alla.

Tervishoiukulude arvestus on pidevas muutumises. Igal aastal toimub suuremaid või väiksemaid muutusi andmeallikates, rahastamise korralduses, riigi rahanduse arvepidamises ja tervishoiuteenustes. Muutused toovad kaasa erinevaid väljakutseid arvestuse järjepidevuse säilitamiseks, aga ka uute andmeallikate leidmisel ja kasutuselevõtmisel. Kõik muutused mõjutavad rohkem või vähem arvestuse tulemusi. Suuremate summadega seotud muutused paistavad selgemalt silma tervishoiukulude aegridades ja neid on vastavate aastate analüüsidest lähemalt selgitatud.

Ka metoodiliste juhiste täiendamine võib anda tõe ümberarvutusteks. Nii juhtus 2018. aasta OECD pikaajalise hoolduse tervishoiukulude arvestuse juhiste⁴ avaldamisel. Rahvastiku vananemisega kaasneb hoolduskoormuse ja kõrvalabi vajaduse kasv, mistõttu on järjest rohkem vaja pakkuda inimestele toetavaid sotsiaalteenuseid. Inimeste vajadustele vastava pikaajalise hoolduse ühtse süsteemi loomiseks on vajalik ühendada sotsiaal- ja tervisevaldkonna teenused. Käesoleval ajal on seatud eesmärgiks toetada inimeste iseseisvat toimetulekut kodus ehk elamist harjumuspärasel keskkonnas nii kaua kui võimalik. Kõik see suurendab nõudlust vastava statistika järele, samuti vajadust võrrelda andmeid riikide vahel.

Pikaajaline õendus- ja hooldusabi (inglise keeles *long term care*, LTC) on mõeldud inimestele, kes vajavad abi argielu korraldamisel pikema aja jooksul, kuna nende füüsilised või vaimsed võimed on vähenenud. Tervishoiuteenuse osutajad pakuvad erinevaid õendus- ja hooldusteenuseid. Tervishoiuteenustest kajastatakse pikaajalises õendus- ja hooldusabis iseseisvat õendusabi, mida pakutakse väljaspool aktiiv- ja taastusravi. Valdavalt on tegemist õendus- ning nendega seotud hooldustoimingutega (haavahooldus, ravimite manustamine, tervisealane nõustamine, palliatiivne ravi, valu leevendamine). Iseseisev õendusabi võib sisaldada ka arstiabi või ennetavaid tegevusi vältimaks terviseseisundi halvenemist või rehabilitatsioonitegevusi funktsionaalsuse parandamiseks (nt kehalised harjutused tasakaalu parandamiseks ja kukkumiste

⁴ <http://search.oecd.org/health/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>

vältimiseks). Pikaajaline hooldus hõlmab lisaks tervishoiuteenustele isikuhooldust ja inimese igapäevast toimetulekut toetavaid sotsiaalhoolekande teenuseid.

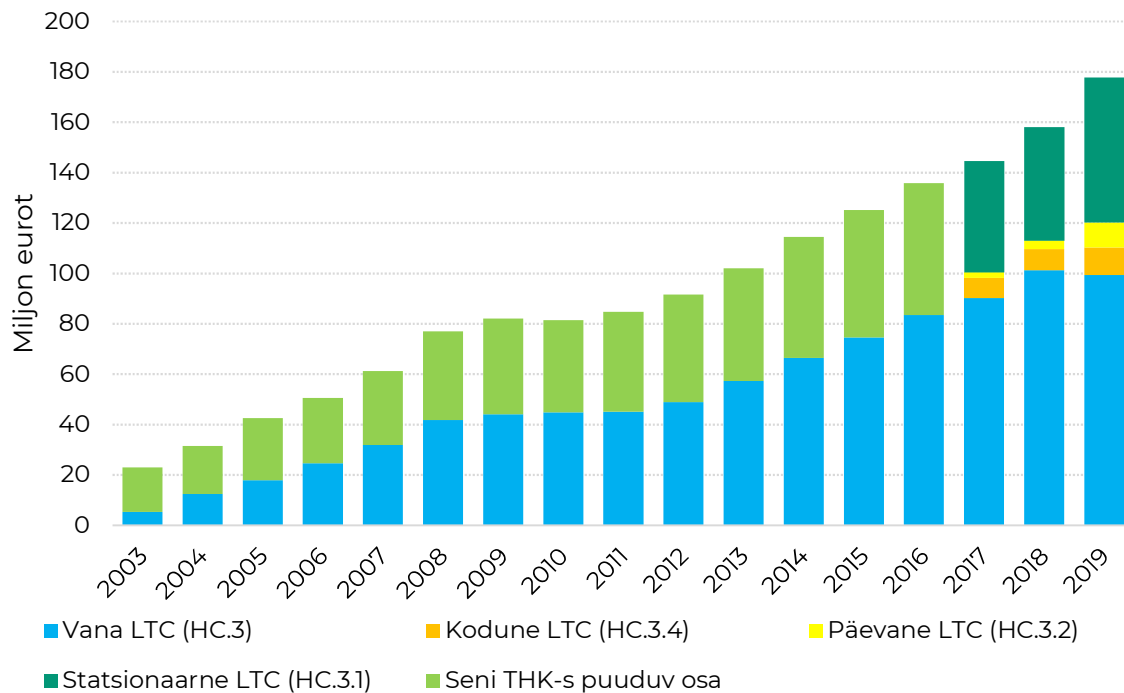
Tervishoiukulude arvestuse jaoks on vajalik seada piirid määratlemaks pikaajalises hoolduses seda osa teenustest, mille osutamise peamine eesmärk on tervis. Juhistes tehti ettepanek **arvestada tervishoiukuludesse** teenused pikaajalisest hooldusest sõltuvatele inimestele, kes vajavad **igapäevaseks toimetulekuks isikuhoolduse teenuseid** nagu abi söömisel, pesemisel, riietumisel, voodist tõusmisel või voodisse minemisel ning tualeti kasutamisel (inglise keeles ADL teenused, *Activities of Daily Living*). Seoses sellega jäävad **tervishoiukulude arvestusest välja** kulud, mis on seotud teenustega inimestele, kes vajavad abi ainult **igapäevast toimetulekut toetavate teenuste** (inglise keeles IADL teenused, *Instrumental Activities of Daily Living*) osas. Toimetulekut toetavad teenused on peamiselt majapidamistööd nagu poes käimine, pesupesemine, toiduvalmistamine, koristamine ja muud majapidamistööd, telefoni kasutamine ja rahaasjade korraldamine. Vaimsete ja kehaliste puuetega lapsed või täiskasvanud on pikaajalisest hooldusest sõltuvad, kui neil on vaja abi või järelevalvet isikuhoolduse teenuste juures.

Rahvusvaheliste juhiste täpsustamise vajaduse põhjus peitus asjaolus, et tulenevalt riikide pikaajalise õendus- ja hooldusabi korraldusest tõlgendasid ja rakendasid riigid erinevalt üldisi SHA 2011 käsiraamatus antud metoodilisi juhiseid⁵. Kuna pikaajalise õendus- ja hooldusabi puhul on tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekande teenuste ühisosa suur, võib piiri tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kulude vahele tõmmata erinevalt. Eestiski on pikaajaline õendus- ja hooldusabi jagunenud tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkondade vahel. Oma mõju tervishoiukulude arvestuses on andmete kättesaadavusel. Kui teenuseid osutatakse paketiina, on eri komponentide eraldamine teenuste vahel tihti võimatu. Riikidevahelised võrdlused on nimetatud erinevuste tõttu komplitseeritud, isegi kui andmed on varustatud selgitustega, millised teenused ja millises ulatuses on tervishoiukuludes hõlmatud. Arvestuse põhimõtete täpsustamise järel oodatakse riikidevahelise võrreldavuse tunduvat paranemist.

Rahvusvahelised organisatsioonid koguvad pikaajalise hoolduse kohta päris palju erinevaid näitajaid. Andmete kogumisel on kasutusel mitmed iga-aastased küsimustikud. Peale tervishoiukulude kogutakse tervise valdkonnast pikaajalise hoolduse andmeid tervishoiutöötajate, erinevate teenusesaajate rühmade, voodikohtade ja teenuse osutamise viiside järgi (institutsionaalne hooldus, päevased ja koduteenused). 2017. aastal tehtud Eesti andmete revisjoni käigus selgus, et esinevad erinevused teenuste hõlmatuses eri küsimustike vahel. Samuti oli koos sotsiaalhoolekande süsteemi arendamisega lisandunud uusi teenuseid inimestele, kelle kohta saab öelda, et nad ei tule isikuhoolduse tegevustega toime ilma kõrvalabita ehk on sõltuvad pikaajalisest hooldusest. Kulutused niisugustele teenustele oli vaja lisada tervishoiukuludesse.

OECD uute pikaajalise hoolduse tervishoiukuludesse arvestamise 2018. a juhiste alusel käivitas TAI koostöös Sotsiaalministeeriumiga Eesti pikaajalise õendus- ja hooldusabi andmestike ühtlustamise. Erinevatest küsimustikest koondatud Eesti andmestik peaks andma tarbijatele võimalikult harmoneeritud ja täieliku pildi valdkonnast. Selleni jõudmiseks toimus pikaajalise hoolduse andmete läbivaatamine sotsiaal- ja tervisevaldkonnas erinevate teemade (töötajad, teenusesaajad, kulud, asutused, kohad) kaupa. Kui töötajate ja teenusesaajate aegread on juba ühtlustatud, siis tervishoiukulude aastate 2003–2016 andmete ühtlustamine on veel ees.

⁵ <http://www.oecd.org/health/health-systems/LTC-Spending-Estimates-under-the-Joint-Health-Accounts-Questionnaire.pdf>



Joonis 2.5 Pikaajalise õendus- ja hooldusabi kulude uuendamise mõju teenuste järgi (miljonid eurod), 2003–2019

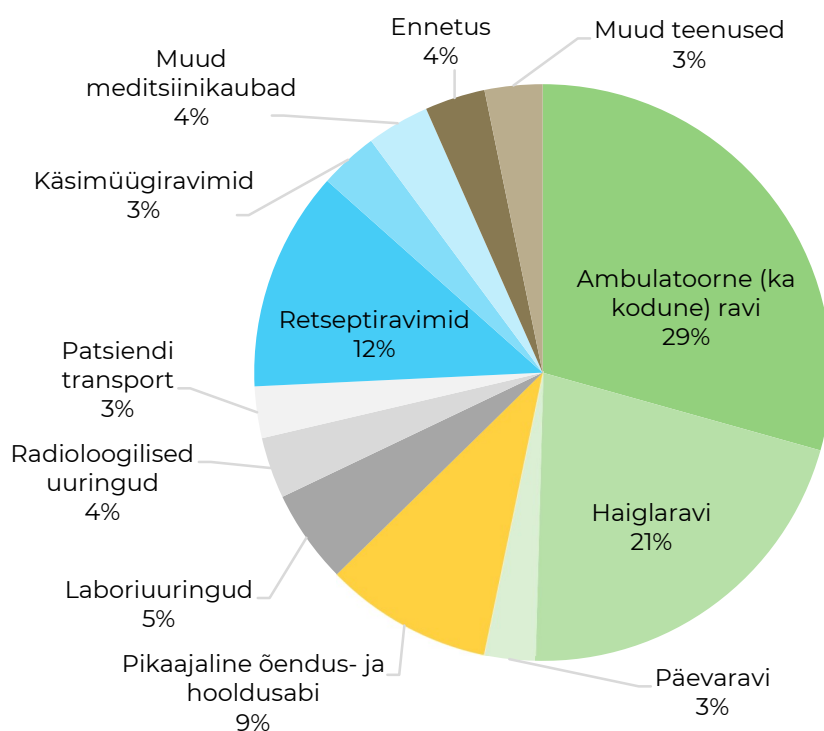
Avaldatud aastate 2017–2019 pikaajalise õendus- ja hooldusabi (HC.3) andmed hõlmavad võrreldavaid õendus- ja hooldusteenuid (joonis 2.5). Kui tervishoiusektori poolel on arvesse võetud iseseisva statsionaarse õendusabi teenused ja koduõendus samamoodi kui eelnevatel aastatel, siis sotsiaalhoolekande teenustest on alates 2017. aastast tervishoiukulude arvestusse võetud rohkem isikuhooldusega seotud teenuseid. Alates 2017. aastast sisalduvad pikaajalises õendus- ja hooldusabis järgmiste sotsiaalhoolekande teenuste kulutused: igapäevaelu toetamine suure toetus- ja hooldusvajadustega inimestele, täisealiste päevahoid, raske ja sügava puudega laste lastehoid alajaotuses HC.3.2 ehk päevastes teenustes; puudega isiku hooldajatoetus ja isiklik abistaja alajaotuses HC.3.4 koduteenuste hulgas. Väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenu ja ööpäevaringse erihoolekandeteenu kulutustesse on sisse arvestatud teenusesaajate majutuskulud lähtudes eeldusest, et ööpäevaringsete sotsiaalhoolekandeteenuste kasutajad on pikaajalisest hooldusest sõltuvad. Varem sisaldas arvestus ainult personalikulud ja välja olid arvatud majutuskulud.

Joonisel 2.5 on esitatud 2017–2019 uuendatud andmed teenuste järgi, aastate 2003–2016 andmetele on joonisele lisatud tinglikult hinnanguline puuduv osa, mida ei ole 2020. aasta oktoobri lõpus avaldatud andmetes. Kuna ööpäevaringsete teenused on kõige kallimad, siis on muutuse mõju kõige suurem statsionaarsete teenuste alajaotuses, kuid ka päevaste ja koduteenuste puhul on märgatav nende kasv osatähtsus.

3. Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi

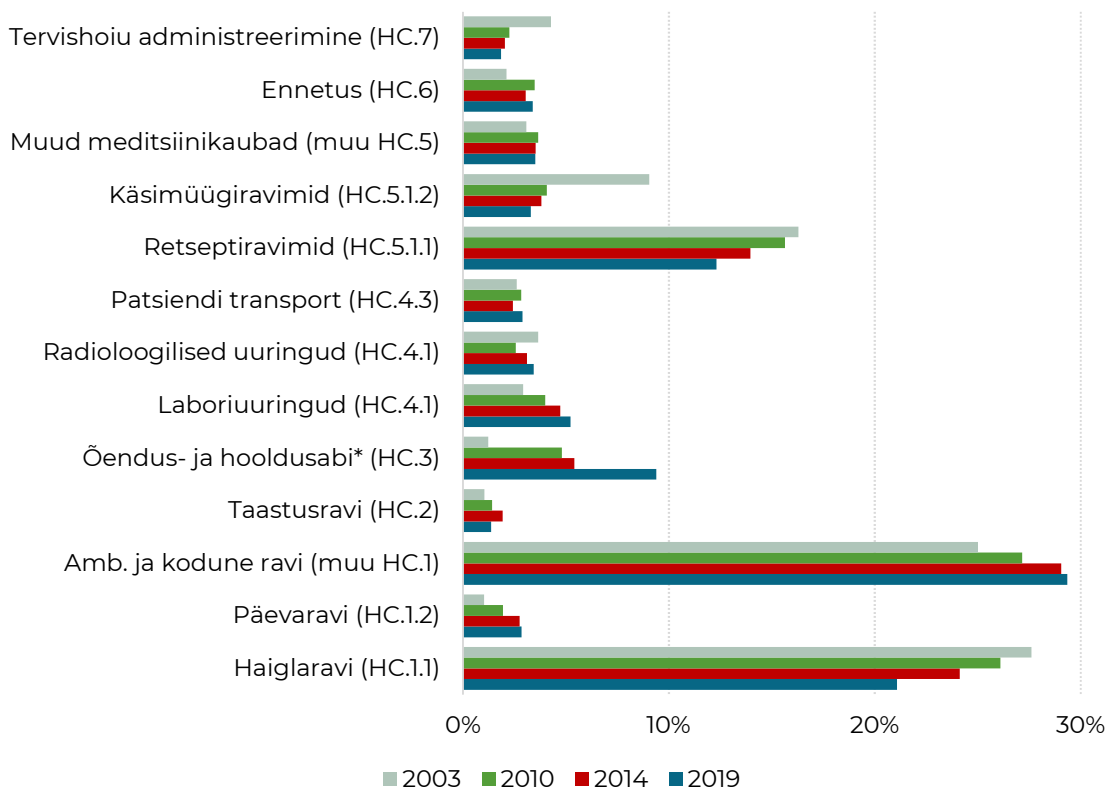
3.1. Tervishoiukulud teenuste järgi

Aktiivravi teenused moodustasid 2019. aastal kokku 53,5% tervishoiukuludest. Aktiivravi teenused on haiglaravi, päevaravi, ambulatoorne ravi ja kodune ravi. Ambulatoorne ja haiglaravi, mis on kaks peamist teenuste rühma, hõlmasid 2019. aastal kokku 50,3% tervishoiukuludest (joonis 3.1). Järgmised suuremad rühmad on retseptiravimid ja pikaajaline õendus- ja hooldusabi (sh iseseisev statsionaarne õendus ja koduõendus koos sotsiaalhoolekande hooldusteenustega). Erinevad meditsiinikaubad (käsimüügiravimid, meditsiinilised mittekestvuskaubad ja abivahendid) hõlmavad tervishoiukuludest 19%, tugiteenused (eraldiseisvad uuringud ja patsiendi transport, eelkõige kiirabi) – kokku 12%. Statsionaarses ja päevaravis kasutatud ravimid ja tehtud uuringud on arvestatud vastava teenuse kuludesse.



Joonis 3.1 Tervishoiukulud teenuste järgi (%), 2019

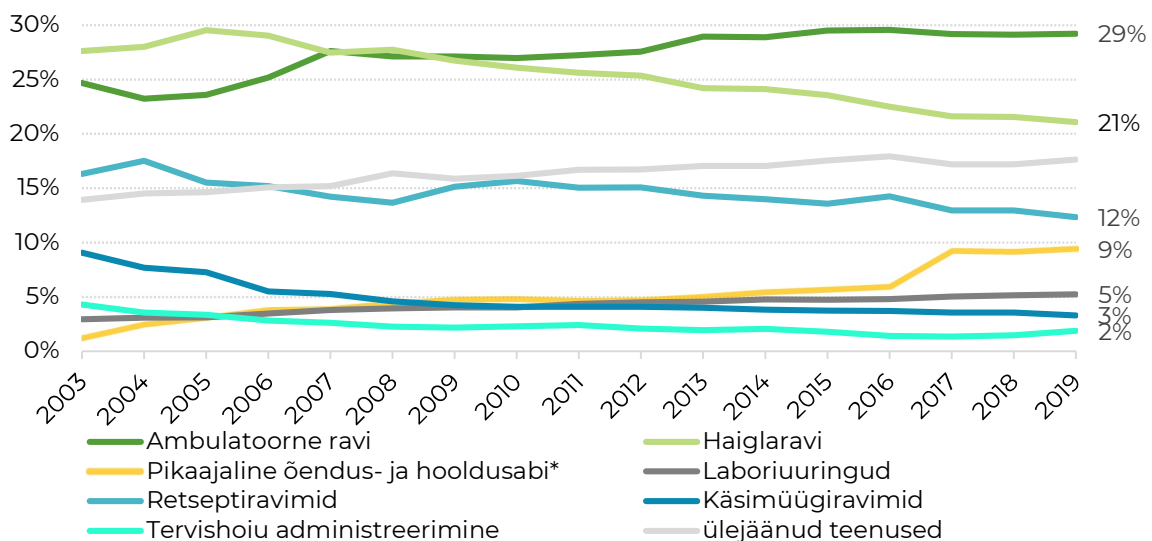
Üldine suundumus läbi aastate on olnud haiglaravi ehk statsionaarse ravi osatähtsuse järjepidev vähenemine. Kui 2003. aastal oli haiglaravi osatähtsus tervishoiukuludes 28%, siis 2019. aastal 21% (joonised 3.2 ja 3.3). Samuti on tervishoiukuludes vähenenud retseptiravimite, käsimüügiravimite ja meditsiiniseadmete kulutuste osatähtsus. Kui käsimüügi ja retseptiravimite kulude osatähtsus tervishoiukuludes hõlmas 2003. aastal 25%, siis aastaks 2019 oli ravimite osatähtsus kahanenud 16%-ni.



* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 3.2 Teenuste osatähtsus tervishoiukuludes (%) 2003, 2010, 2014 ja 2019

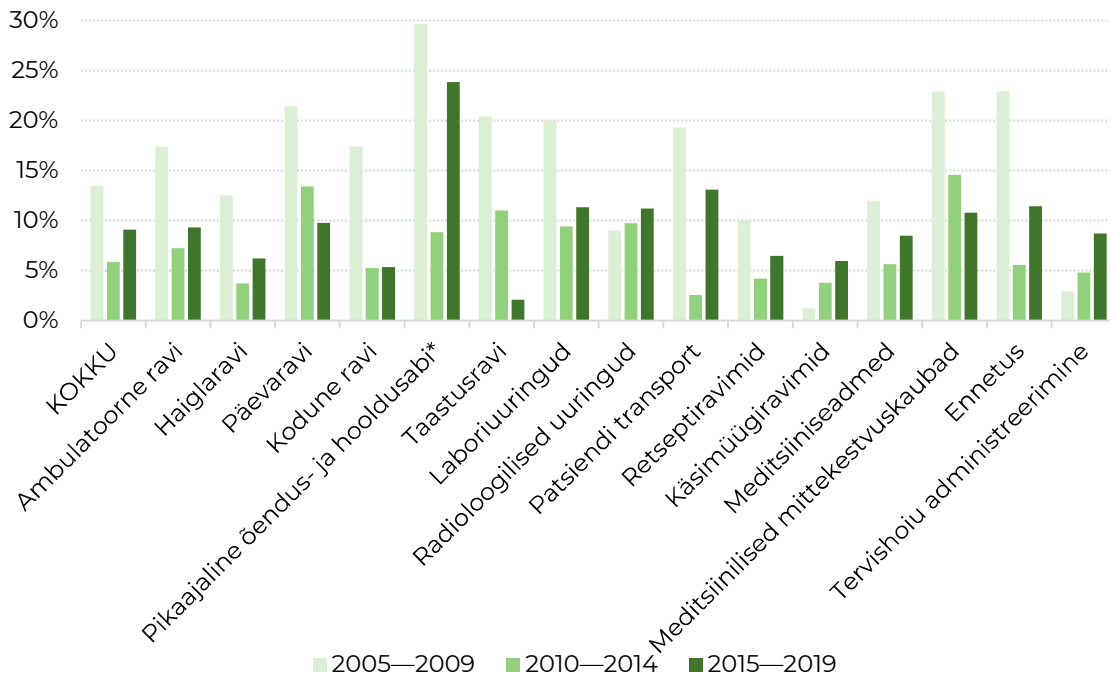
Suurenenud on ambulatoorse ja päevaravi kulude osatähtsus, labori- ja radioloogilised uuringud ning meditsiiniliste mittekestvuskaupade kasutamine. Samuti on juba aastaid tõusmas pikaajalise õendus- ja hooldusabi kulude osatähtsus, kuid kuna enne 2017. aastat on arvestusse hõlmatud vähem teenuseid, ei olnud tegelik osatähtsuse tõus siiski nii järsk kui jooniselt paistab. Osade teenuste puhul nagu taastusravi, kodune ravi, patsiendi transport või ennetustegevused ei ole arengusuund olnud läbivalt ühesuunaline või on osatähtsus püsinud peaaegu samal tasemel.



* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 3.3 Teenuste osatähtsus tervishoiukuludes (%), 2003–2019

Kuigi haiglaravi osatähtsus tervishoiukuludes väheneb, ei tähenda see mitte haiglaravi kulude absoluutväärtuse vähenemist, vaid seda, et kulutused teistele teenustele on kasvanud kiiremini (joonis 3.4). Ajavahemikul 2004–2019 on haiglaravi kulud absoluutsummas vähenenud eelneva aastaga võrreldes vaid aastatel 2009 ja 2010, ambulatoorse ravi kulud vähenesid ainult aastal 2009.



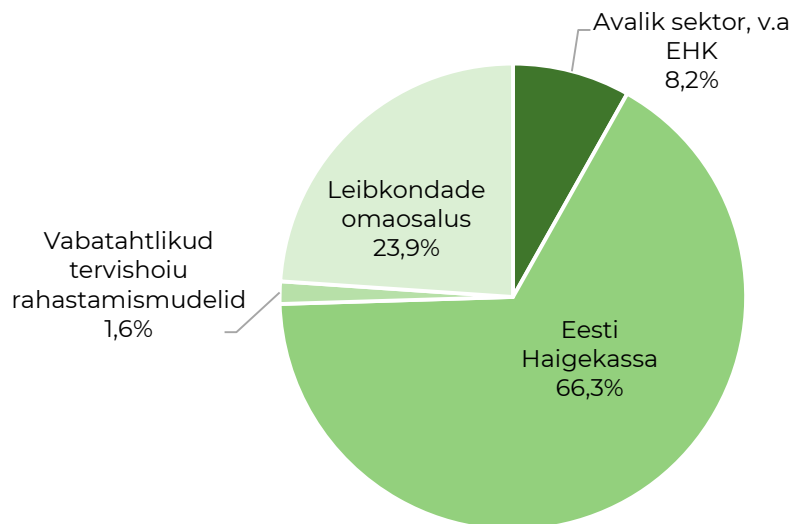
* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 3.4 Tervishoiukulude perioodi keskmine juurdekasv teenuste järgi (%)

Tervishoiukulude kiire kasvu perioodile aastatel 2005–2009, mil keskmine aastane juurdekasv oli 13%, järgnes väiksema keskmise juurdekasvuga (6%) majanduslangusest toibumise periood. Viimase viieaastase perioodi 2015–2019 keskmine aastane juurdekasv on olnud ühtlasem ja eelnevast perioodist kõrgem – 9%. Teistest kiiremini on tõusnud (peale pikaajalise õendus- ja hooldusabi) labori- ja radioloogiliste uuringute ning patsiendi transpordi kulud, aga ka mittekestvuskauade ja ennetustegevuste kulud.

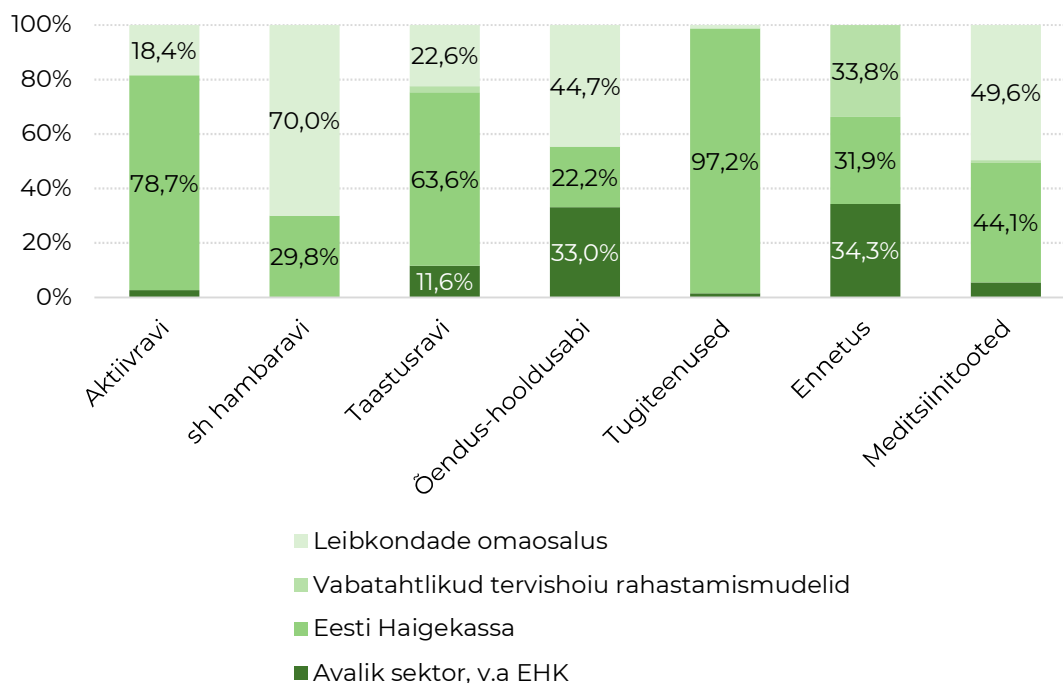
3.2. Tervishoiuteenused rahastamismudeli järgi

Rahastamismudelid näitavad, kelle kaudu korraldatakse ja rahastatakse teenuseid (joonis 3.5). Avaliku sektori moodustavad kohustuslik ravikindlustus, keskvalitsus ja kohalikud omavalitsused. Erasektor jaguneb vabatahtlikeks rahastamismudeliteks (erakindlustus, MTÜ-d ja eraettevõtted) ning leibkondade omaosaluseks. Rahastamismudelitele on peale erineva osatähtsuse tervishoiukuludes iseloomulik isesugune teenuste jaotus. Samamoodi varieerub erinevate teenuste puhul rahastamismudelite osatähtsus.



Joonis 3.5 Tervishoiukulud rahastamismudeli järgi (%), 2019

Riikliku ravikindlustuse kulud olid 2019. aastal 1255,9 miljonit eurot ja nende osatähtsus tervishoiukuludes oli 66,3%. Kesk- ja kohalike omavalitsuste tervishoiukulud olid 154,6 miljonit eurot ja osatähtsus 8,2%. Leibkondade omaosalus oli 453 miljonit eurot, osatähtsusega 23,9%. Vabatahtlike rahastamismudelite kaudu liikus 30 miljonit eurot (1,6%)



Joonis 3.6 Tervishoiukulud teenuste rahastamismudeli järgi (%), 2019

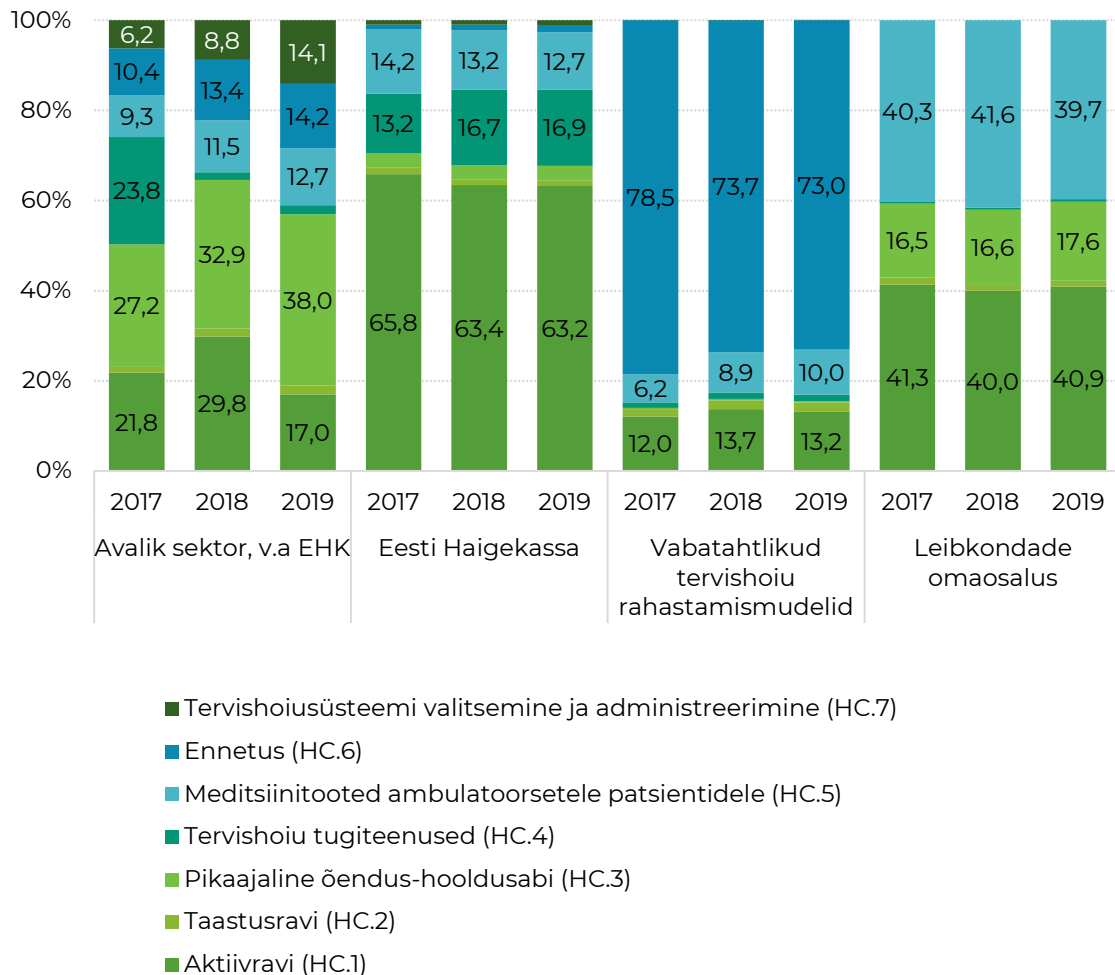
Aktiivraviteenustes on avaliku sektori rahastamismudelite osatähtsus suurim – 81%, sealhulgas ravikindlustuse osa 78,7% ning riigi ja kohalike omavalitsuste osa 2,6% (joonis

3.6). Vabatahtlike mudelite osa aktiivravi teenuste kuludes oli 0,4% ning leibkondade omaosalus 18%. Aktiivraviteenustest on avaliku sektori osatähtsus rahastamisel suurim haiglaravil (98,5%) ja päevaravil 96% ning ambulatoorsetest teenustest põhilistel meditsiiniteenustel (98%). Põhiliste meditsiiniteenuste hulka on tervishoiukuludes arvatud peale perearstiabi (üldarstiabi) ka haigekassa rahastatavad eriarstiabi teenused, millele on juurdepääs otse ilma perearsti saatekirjata.

Riigi ja kohalike omavalitsuste panus on suurim pikaajalises õendus-hooldusabis ja ennetustegevustes – umbes kolmandik kuludest. Sotsiaalhoolekande pikajalise hoolduse teenuste puhul oli 2019. aastal riigi ja kohalike omavalitsuste osatähtsus 46%. Taastusravis on avaliku sektori osatähtsus väiksem, 12%.

Ravikindlustuse osatähtsus on suurim tervishoiu tugiteenuste juures – 97%. Taastusravi teenustes oli Haigekassa osa 64%, meditsiinitoodetes 44%, ennetustegevustes 32% ja õendus-hooldusabis 22%.

Leibkondade omaosalus oli suurim meditsiinitoodetes (50%), pikaajalises õendus-hooldusabis (45%) ja taastusravis (23%). Vabatahtlike rahastamismudelite osa on suurim ennetustegevuste juures – 34%.



Joonis 3.7 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (%), 2017–2019

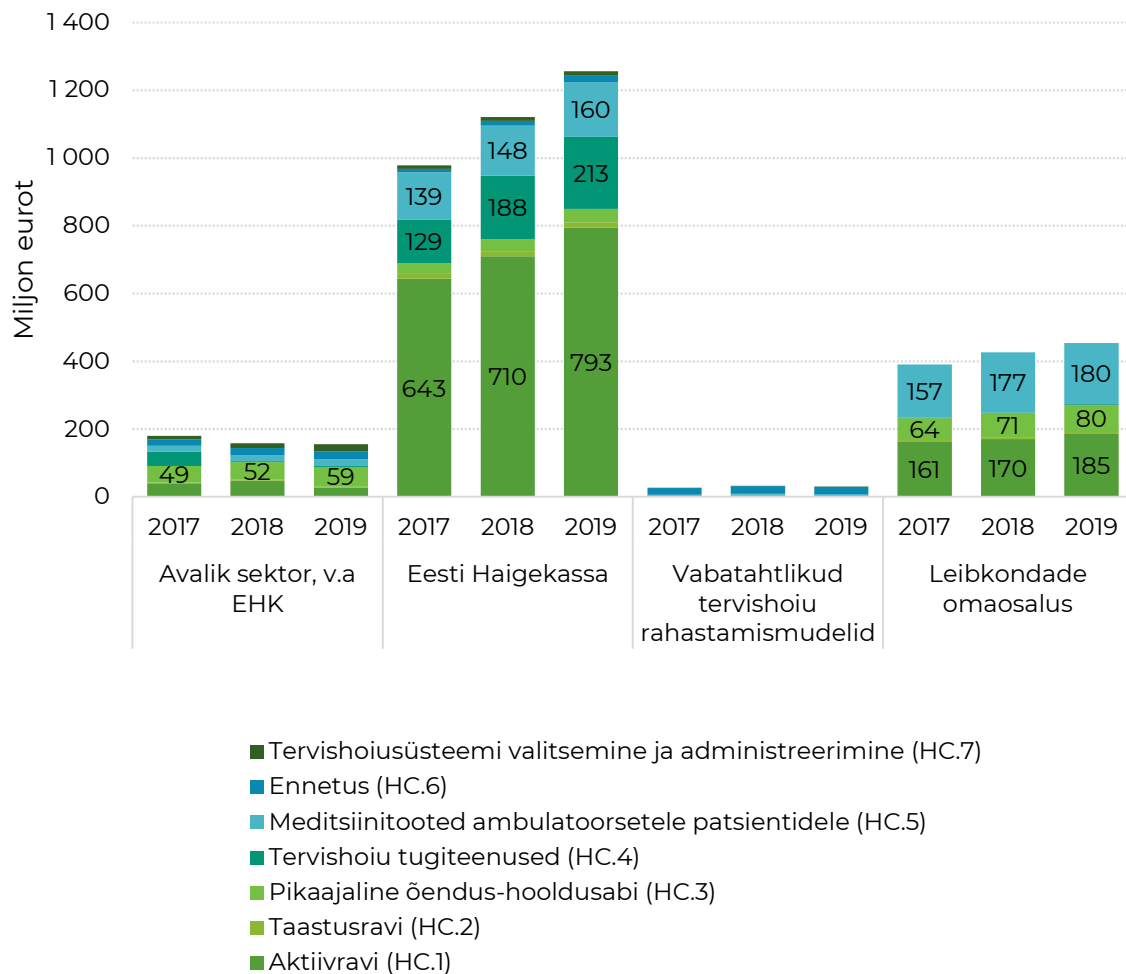
Avaliku sektori riigi ja ravikindlustuse rahastamismudelites 2018. ja 2019. aastal toimunud ümberkorraldused peegelduvad riigi ja kohaliku omavalitsuse osa struktuurimuutustes (joonis 3.7). Ühe suurema muutusena liikus 2018. aastal kiirabiteenuse rahastamine riigi rahastamismudelitest Haigekassasse ja tugiteenuste osatähtsus vähenes järsult riigi ja kohaliku omavalitsuse rahastamismudelites. Rahastamismudelites toimus muutus seoses Vabariigi Valitsuse 2017. aasta otsusega laiendada alates 2018. aastast Eesti Haigekassa tulubaasi ja lisaks viia osa seni Sotsiaalministeeriumi valitsemisala eelarvest rahastatavaid teenuseid Eesti Haigekassa eelarvesse. Üleminekuperiood toimub aastatel 2018–2021. 2018. aastal tehti ravikindlustuse eelarvesse täiendav eraldis, mis võrdus 7% ja 2019. a 10% mittetöötavate pensionäride pensionite kogusummast. Alates 2018. aastast koondus haigekassasse seni riigieelarvest rahastatud kiirabiteenuste rahastamine (45 miljonit eurot) ja tuberkuloosiravimite soetamine (0,4 miljonit eurot). 2019. a alates on haigekassa eelarves mittekindlustatute vältimatu abi (8,9 miljonit eurot) ja HIV/AIDSi ravimite, immuunpreparaatide ja antidootide soetamine (16 miljonit eurot). Muutuste tõttu vähenes tervishoiukuludes keskvalitsuse kaudu rahastamine ning suurenesid ravikindlustuse mudeli kulutused. 2019. aastal vähenes riigi rahastamismudelites aktiivravi teenuste osatähtsus (30%-lt 17%-ni) ja suurenes õendus-hooldusabi osatähtsus (33%-lt 38%-ni). Teiste teenuste ja rahastamismudelite puhul olid muutused väiksemad.

Riigi ja kohalike omavalitsuste kaudu korraldatavatest teenustest eristub kulutuste alusel viis kõige suuremat rühma: 2019. aastal 38% pikaajalisele õendus-hooldusabile, 17% aktiivravile, 14% ennetusele ja 13% meditsiinitoodetele.

Eesti Haigekassa teenustest on kõige suurema osatähtsusega ootuspäraselt aktiivravi (63%), kaks järgmist suuremat kulutuste rühma on tugiteenused (17%) ja meditsiinitooted (13%).

Vabatahtlike rahastamismudelite puhul on suurima osatähtsusega ennetustegevused (73%), millele järgnevad aktiivravi (13%) ning meditsiinitooted (10%). Ennetustegevustest moodustavad suurima osa töötervishoiu kulud.

Leibkondade kulutustes on kaks suurt rühma – aktiivravi (41%) ja meditsiinitooted (40%), mis kokku hõlmavad 81% ning kolmanda kululiigina õendusabi 18%.



Joonis 3.8 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (miljon eurot), 2017–2019

Kuna rahastamismudelite osatähtsus tervishoiukuludes on väga erinev, on ka rahastamismudelite üldine panus tervishoiukuludesse ning teenustesse erinev. (joonis 3.8). Avaliku sektori 17% aktiivravile tähendas 25 miljonit eurot, haigekassa 63% aktiivravile oli kokku 793 miljonit eurot, vabatahtlike mudelite 13% oli 3 miljonit eurot, leibkondade 41% panus oli omakorda 185 miljonit eurot.

Avaliku sektori panus tervishoiukuludes suurenes aastaga 133 miljoni euro võrra. Seoses rahastamismudelites 2018. aastal alanud muutustega on suurenenud märgatavalt ravikindlustuse osatähtsus ning vähenenud keskvalitsuse poolne rahastamine Sotsiaalministeeriumi valitsemisala kaudu. Ravikindlustuse osa oli 2019. aastal 136 miljonit eurot suurem, keskvalitsuse kulud 9 miljonit väiksemad ja kohalike omavalitsuste osa 6 miljonit suuremad võrreldes eelneva, 2018. aastaga. Avaliku sektori kulutuste juurdekasv aasta varem oli 121 miljonit eurot. Struktuursetest muutustest on 2019. a märgatav kesk- ja kohalike omavalitsuse kuludes aktiivravi osatähtsuse vähenemine ja õendus-hooldusabi kulude suurenemine võrreldes eelneva aastaga. Haigekassa tervishoiukulude struktuur suurte rühmade järgi on säilinud nii nagu vabatahtlike rahastamismudelite puhul.

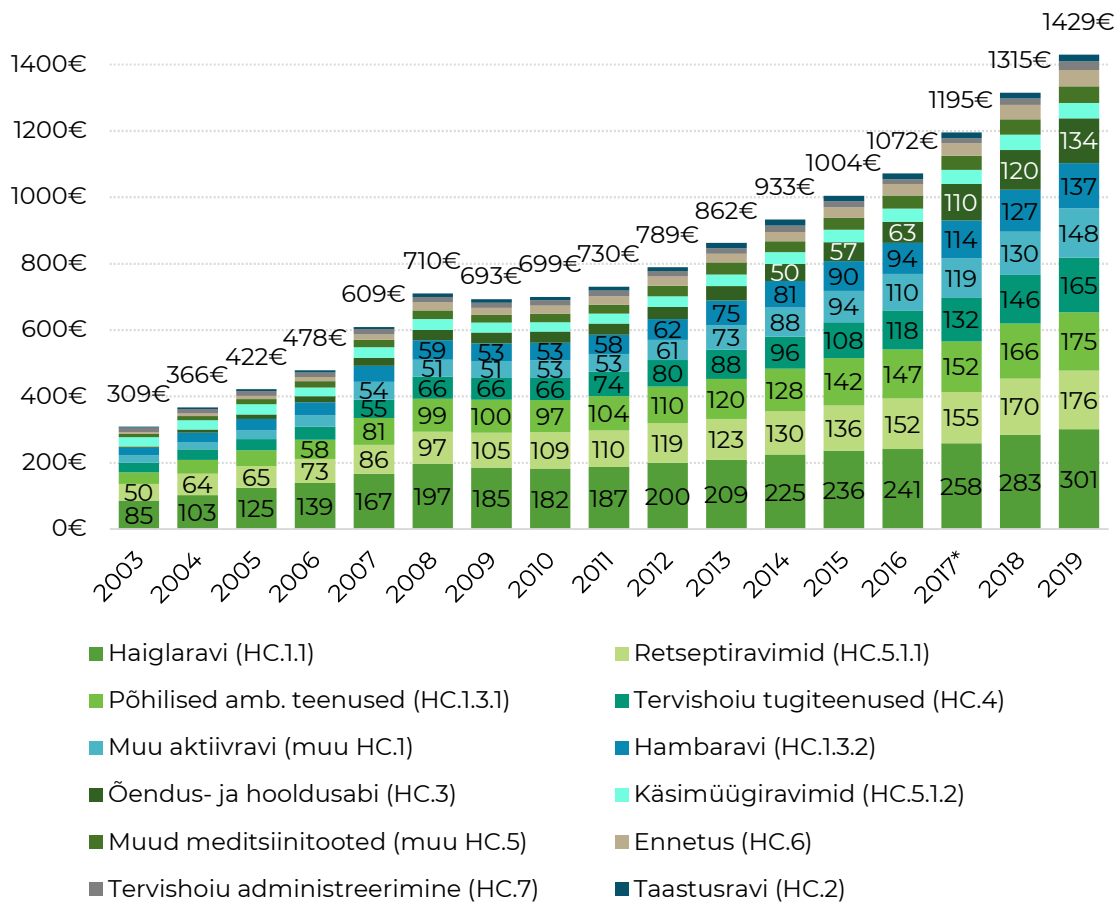
Leibkondade kulutuste juurdekasv oli 27 miljonit eurot, 2018. aastal oli kasv suurem – 36 miljonit eurot. Leibkondade kulude struktuuris oli ainus üht protsendipunkti ületav muutus meditsiinkaupades: 2018. aastal 42% ja 2019. a 40%.

4. Tervishoiukulud ühe inimese kohta

Tervishoiukulude jagamisel elanike arvuga⁶ saame keskmise kulu ühe inimese kohta. 2019. aastal investeeriti Eestis iga inimese tervisesse 1429 eurot ehk iga inimene kasutas aastas keskmiselt rahalises väljenduses just nii palju tervishoiuteenuseid.

Kõige suuremad kulutused olid seotud kõige kallima tervishoiuteenuse ehk haiglaraviga, millele kulus 2019. aastal keskmiselt 301 eurot iga inimese kohta sõltumata vanusest ja tervises seisundist (joonis 4.1). Järgmisele suuremale rühmale ehk retseptiravimitele kulus 176 eurot, põhilistele ambulatoorsetele teenustele sh perearstiabile tehtud kulutusi oli peaaegu sama palju – 175 eurot. Tervishoiu tugiteenustele, muule aktiivravile, hambaravile ja õendusabile tehtud kulud olid vahemikus 134 kuni 165 eurot inimese kohta.

Võrreldes 2018. aastaga suurenes keskmine inimese kohta kulutatud summa 114 euro võrra. Kõige rohkem ehk 19 eurot ühe inimese kohta lisandus tervishoiu tugiteenustele – 2018. aastal kulutati 146 eurot ja 2019. aastal 165 eurot. 18 eurot lisandus aastaga nii haiglaravi kui muu aktiivravi teenuste kuludesse.



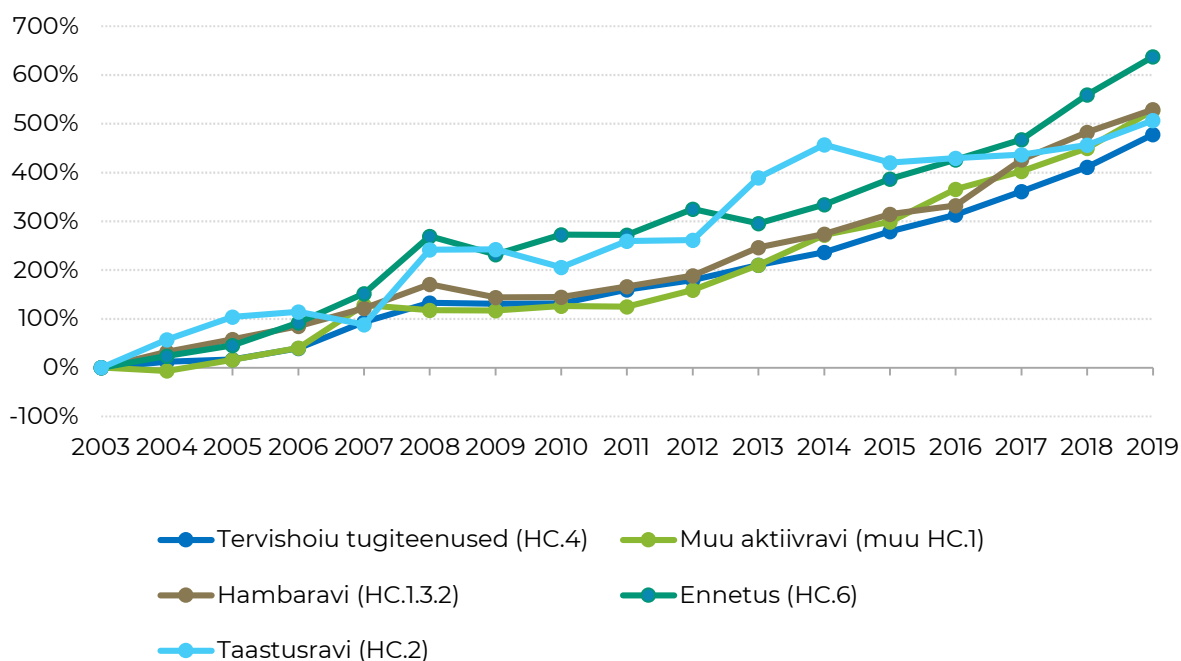
* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 4.1 Kõik tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2003–2019

⁶ Arvutustes on kasutatud Statistikaameti sama aasta 1. jaanuari rahvaarvu.

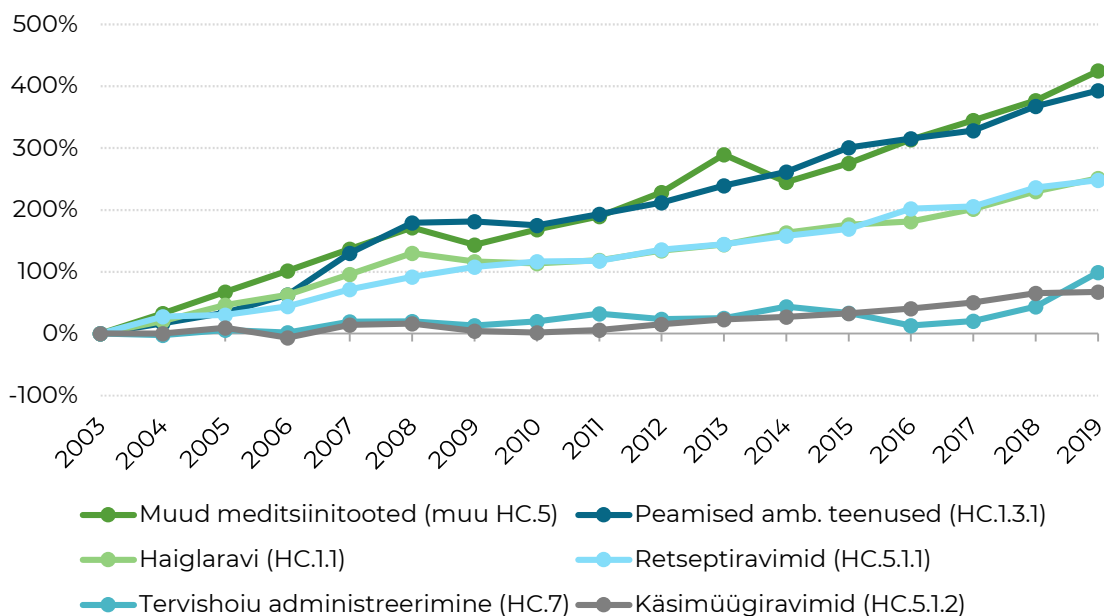
Pikaajalise õendus- ja hooldusabi teenuste kulutuste kasv on olnud vaadeldava perioodi jooksul kõige kiirem. Üheks põhjuseks väga madal kulude baastase aastal 2003, lisaks selgitavad tõusu 2017. aastal sisseviidud täiendused aastate 2017–2019 arvepidamises, mida on kirjeldatud eelnevalt peatükis 2.2.

Teised kiirema kulutuste kasvuga teenuste rühmad on toodud joonisel 4.2. Võrreldes 2003. aastaga on peale õendus- ja hooldusabi läbi aastate kiiremini suurenenud kulud ambulatoorsele eriarstiabile ja päevaravile (joonisel koondnimetusega muu aktiivravi), tugiteenustele ja hambaravile – kõik ligi viis korda võrreldes 2003. aastaga. Hambaravis toimus kulude märgatav tõus 2017. aastal ning varasemast perioodist võib märkida 2008. aasta majanduslangusele eelnenud kiiret kasvu. Tugiteenuste nagu kiirabi, eraldiseisvate radioloogiliste ja laboriuuringute kulude tõus, mis peatus vaid aastateks 2009–2010, on olnud järjepidev.



Joonis 4.2 Teenuste kulude muutused inimese kohta (%) kiirema kasvuga rühmades, v.a õendusabi, 2003–2019, baasaasta 2003=0%

Lisaks nimetatutele on kiirema kulutuste kasvu rühmas veel kulud ennetusele, mis on kasvanud enam kui kuus korda võrreldes 2003. aastaga, ja taastusravile. Ennetustegevuste ja taastusravi osatähtsus tervishoiukuludes on väike, vastavalt 3% ja 1% aastal 2019, mistõttu iga-aastased kõikumised on nähtavamad kui suuremates rühmades, kuid teenuste arendamine ei ole kokkuvõttes üldisest tempost maha jäänud. Kiiremale tõusule kuni aastani 2008 järgnes majanduslangusest tingitud kulude kasvu peatumine, mis lõppes taastusravi puhul aastal 2013 ning ennetuse puhul aastal 2014 alanud uue tõusuperioodiga.



Joonis 4.3 Teenuste kulude muutused inimese kohta (%) aeglasema kasvuga rühmades, 2003–2019, baasaasta 2003=0%

Järgmiste veidi aeglasema kasvuga tervishoiuteenuste puhul (joonis 4.3) oli kulutuste suurenemine väiksem kui eelmises rühmas. Siiski ei ole vahe taastusravi (viimane kiirema tõusuga rühmast) ning aeglasema kasvuga rühmast esimeste teenuste – muude meditsiinitoodete ja põhiliste ambulatoorsete teenuste (sh perearstiabi) – juurdekasvutempos oluline – need on kasvanud võrreldes 2003. aastaga neli korda. Muud meditsiinitooted joonisel 4.3 sisaldavad kõiki muid meditsiinikaupu peale ravimite, see tähendab nii mittekestvus- kui kestvuskaupu.

4.1. Leibkondade tervishoiukulud ühe inimese kohta

Leibkondade kulud tervishoiuteenustele on suuremad nende teenuste puhul, kus avaliku rahastamise osatähtsus on väiksem. Osade teenuste kasutamisel – nagu taastusravi ja hambaravi – on teenuse kasutamisel nõutav inimeste poolt omaosaluse tasumine. Niisuguste teenuste puhul mõjutab kulutuste ravikindlustusest hüvitamise tingimuste laiendamine omakorda teenuse kasutamise suurenemist. Kokkuvõttes tarbitakse teenuseid rohkem ja isegi kui inimeste kulutused ei vähene, on teenus muutunud kättesaadavamaks.

Peamised leibkondade kulud jagunesid 2019. aastal teenuste vahel järgmiselt: hambaravile 28%, retseptiravimitele 18%, pikaajalisele öendus-hooldusabile 18%, käsimüügiravimitele 14%, ambulatoorsele eriarstiabile 11% ning meditsiinilistele kestvuskaupadele 7%.

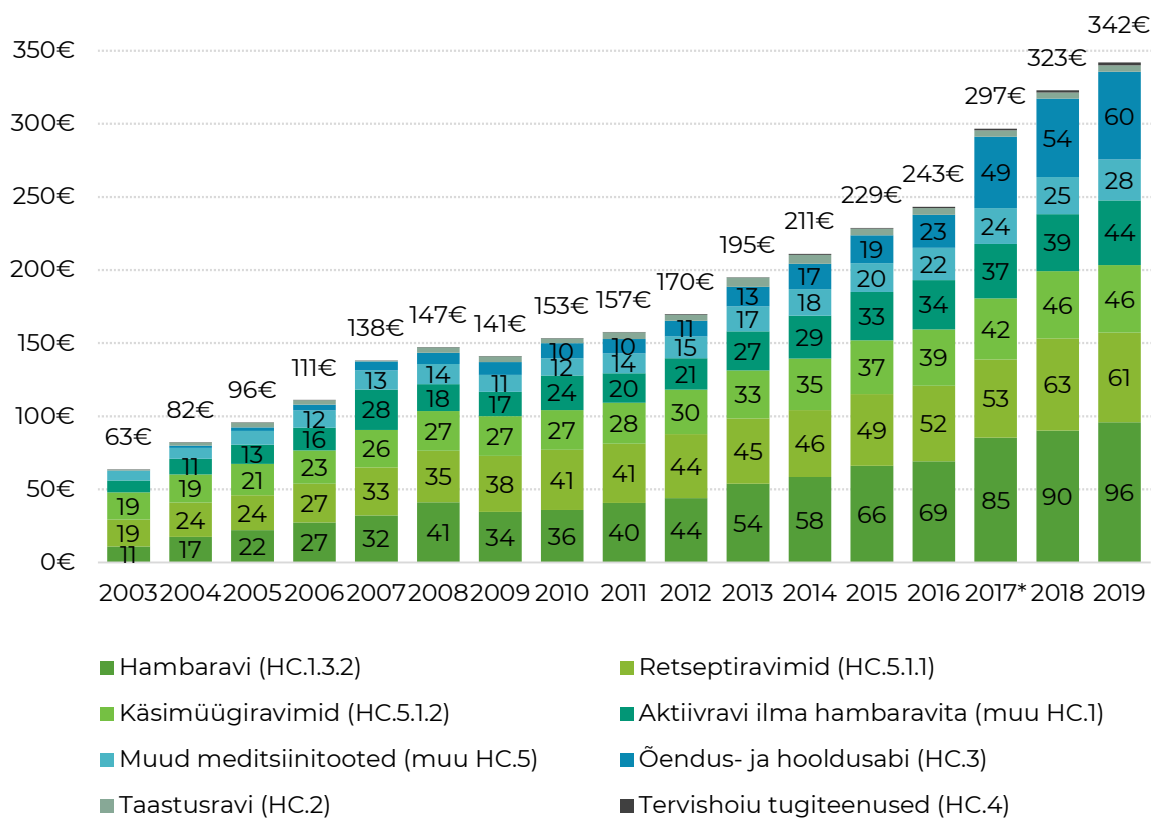
Leibkondade jaoks on kaks kõige suuremat kulutuste rühma alates 2013. aastast olnud ravimid ja hambaravi, mis hõlmavad koos ca 60–70% leibkondade tervishoiukuludest. Hambaravi kui leibkondade jaoks suurim tervishoiuteenuste kuluartikkel, on paremaks eristamiseks joonisel 4.4 ülejäänud aktiivraviteenustest (muu HC.1) eraldi välja toodud.

Keskmiselt maksid inimesed hambaravi eest 28% oma tervishoiuteenustele tehtud kulutustest. Kui hambaravi kulud kokku olid 2019. aastal ühe inimese kohta keskmiselt 137 eurot, siis 70% sellest ehk 96 eurot maksid leibkonnad. Aastal 2017 moodustas leibkondade omaosalus 75% hambaravi teenuste üldmahust. Hambaravi kulutuste tõus 23% 2018. aastal oli seotud 1. juulist 2017 kehtima hakanud täiskasvanute hambaravihüvitisega, mis innustas inimesi üle mitmete aastate rohkem hambaarsti juurde minema.

Läbi aastate on hambaravi ja retseptiravimite kulud kokku inimeste omaosalusest hõlmanud umbes poole kõigist tervishoiuteenustele tehtud kulutustest. Siiski oli aastani 2010 leibkondade jaoks suurim kulurühm retseptiravimid, aastatel 2011–2012 olid kahe suurima rühma kulutused võrdsed. Retseptiravimite kulud olid 2019. aastal leibkondade jaoks keskmiselt 61 eurot ühe inimese kohta, mis 176 eurose üldmahu juures jättis leibkondade osaks 35%. Retseptiravimid moodustasid leibkondade tervishoiukulutustest umbes veerandi kuni aastani 2012, pärast seda on osatähtsus langenud kuni 18%-ni 2019. aastal.

14% leibkondade tervishoiukulutustest tehti käsimüügiravimitele, mis peaaegu 99% ulatuses on leibkondade kanda, keskmiselt 46 eurot iga inimese kohta aastas. Ülejäänud meditsiinivahenditele (nii mittekestvus- ja kestvuskaupadele) tehtud kulutused moodustasid 8% leibkondade tervishoiukuludest.

Ülejäänud aktiivravi teenuste kulud, peale juba eespool nimetatud hambaravi, olid 44 eurot iga inimese kohta. 83% sellest kulust kuulus ambulatoorsele eriarstiabile ning 10% haigla- ja päevaravile.

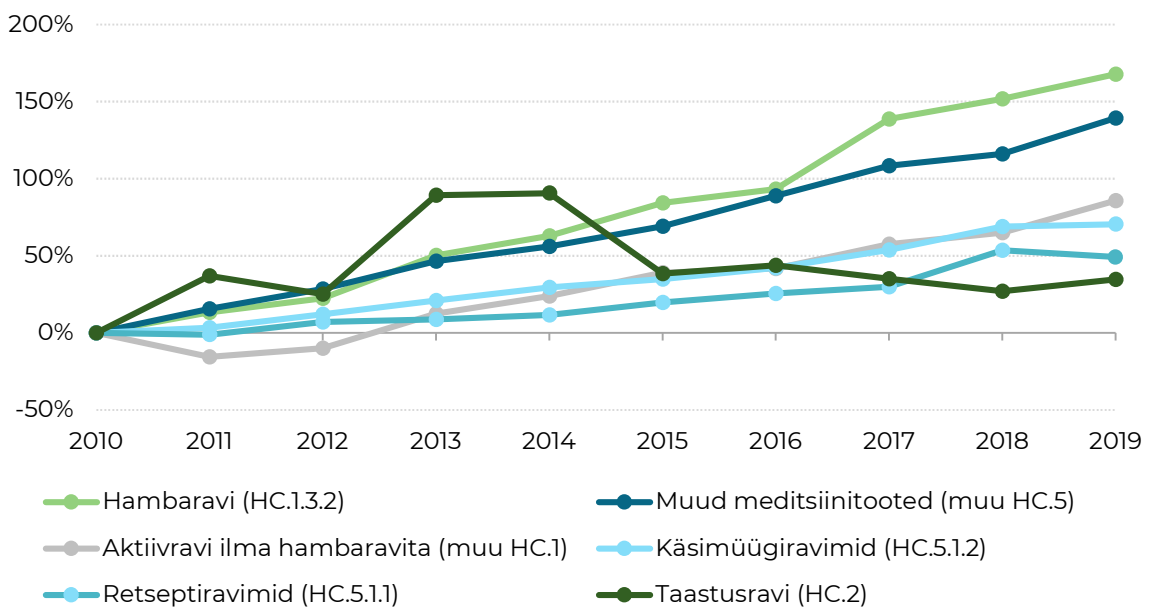


* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 4.4 Leibkondade tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2003–2019

Leibkondade tervishoiukuludes on kõige kiiremini tõusnud kulutused pikaajalisele õendus- ja hooldusabile. Tervishoiukulude arvestus hõlmab vastavaid teenuseid nii tervishoiu kui sotsiaalhoolekande valdkonnast. Alates 2017. aastast on lisatud päevased ja kodused sotsiaalhoolekande hooldusteenuseid pikaajaliselt hooldusest sõltuvatele inimestele. Tegemist on teenustega, mille järele on kasvav nõudlus seoses keskmise eluea pikenedamise ja rahvastiku vananemisega. Nii sotsiaalhoolekande- kui tervishoiusüsteem tegelevad jätkuvalt teenuste väljaarendamisega (lisandub uusi, muudetakse tingimusi ja rahastamisallikaid), viimastel aastatel on alustatud teenuste integreerimise ja inimkesksemaks muutmisega.

Aegridade võrdluses on alates 2010. aastast keskmisest kiirem tõus toimunud ka tugiteenustes, mis leibkondade puhul sisaldab laboratoorseid uuringuid. Kui 2010. aastal kulus tugiteenustele isiku kohta vaid 7 senti, siis 2019. aastal oli kulu juba pea 2 eurot. Nii tugiteenuste kui õendus-hooldusabi puhul peitub teistest kiirema tõusu põhjus väga madalas kulutuste algtasemes.

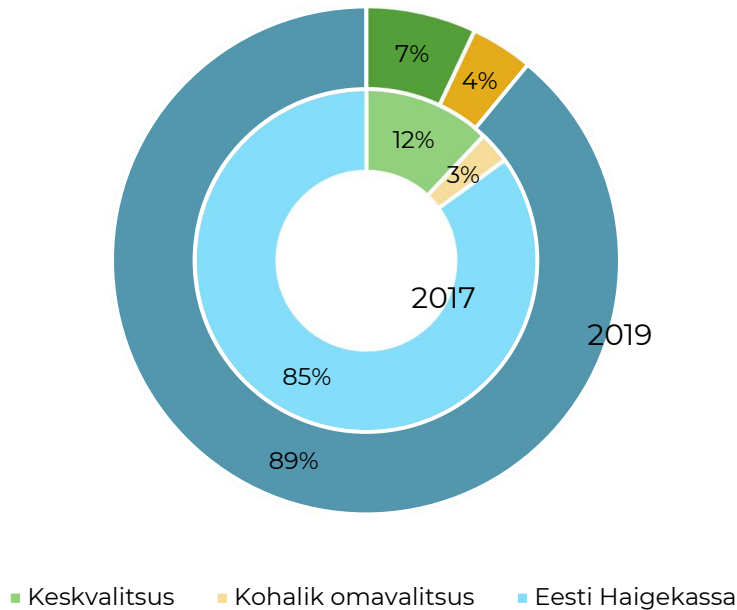


Joonis 4.5 Leibkondade tervishoiukulude muutused teenuste järgi (%), 2010–2019

Kiiremini on tõusnud veel leibkondade kulutused hambaravile (joonis 4.5). Keskmise tõusuga lähedane on olnud tõus muude meditsiinitoodete kulutustes, aeglasem muudes aktiivraviteenustes ilma hambaravita ning ravimite puhul. Kui aga võrrelda leibkondade kulutusi aastaga 2003, siis peale pikaajalisele õendus- ja hooldusabi ning tugiteenuste on keskmisest aeglasemalt tõusnud leibkondade kulud retsepti- ja käsimüügiravimitele ning ülejäänud meditsiinitoodetele. Ravimitele ja teistele meditsiini kaupadele tehtud kulutuste osatähtsus on vähenenud 2003. aasta 69%-lt 40%-ni 2019. aastal. Teenuste osatähtsuse suurenemine tervishoiukuludes viitab üldisemale majanduse arengule sarnaselt Lääne-Euroopa riikidega, kus tervishoiukulud kasvavad just seoses palgade ja elatustaseme tõusuga (4, lk 160).

4.2. Avaliku sektori tervishoiukulud ühe inimese kohta

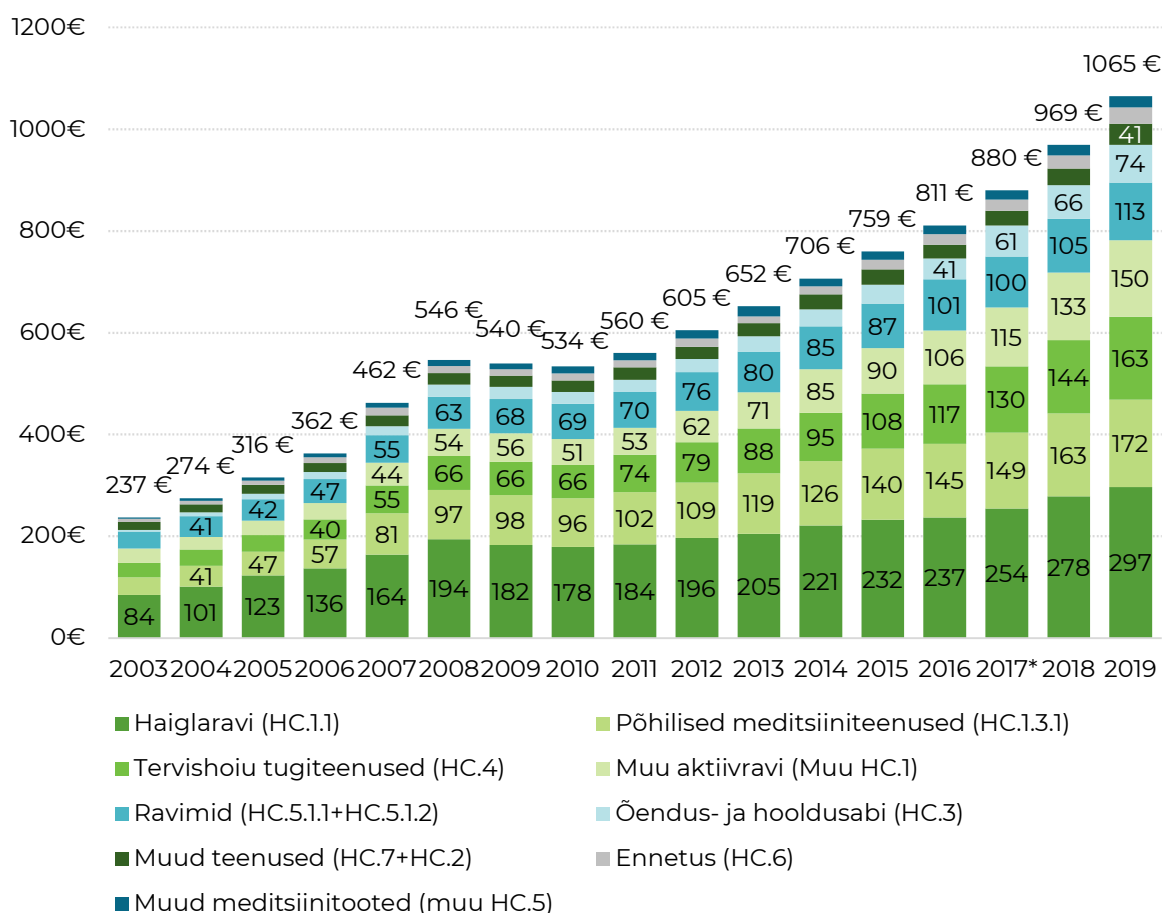
Peatükis 3.2 kirjeldatud muutused rahastamismudelites väljenduvad avaliku sektori tervishoiukulude struktuuris. Avaliku sektori kuludest moodustas 2019. aastal keskvalitsus 7% ja kohalikud omavalitsused 4%, Eesti Haigekassa osa oli 89% (joonis 4.6). 2017. aastal enne haigekassa tulubaasi suurendamist ja erinevate teenuste koondamist haigekassa eelarvesse olid osatähtsused vastavalt 12%, 3% ja 85%.



Joonis 4.6 Avaliku sektori tervishoiukulud rahastamismudeli järgi (%), 2017 ja 2019

Iga leibkondade tervishoiule panustatud euro kohta kulutas avalik sektor omalt poolt 3,1 eurot. Avaliku sektori kuludes on kõige suurem osatähtsus haiglaravil – 28% (joonis 4.7).

Haiglaravile kokku kulunud 301 eurost ühe inimese kohta oli avaliku sektori osa 297 eurot, põhilistest meditsiiniteenustest oli vastavalt 175-st eurost 172 avaliku sektori kulu. Mõlema nimetatud teenuse puhul on avaliku sektori osa rahastamisel kõrge – 98%. Põhiliste meditsiiniteenuste hulka on tervishoiukuludes arvatud peale perearstiabi (üldarstiabi) ka haigekassa rahastatavad eriarstiabi teenused, millele on juurdepääs otse ilma perearsti saatekirjata.



* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 4.7 Avaliku sektori tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2003–2019

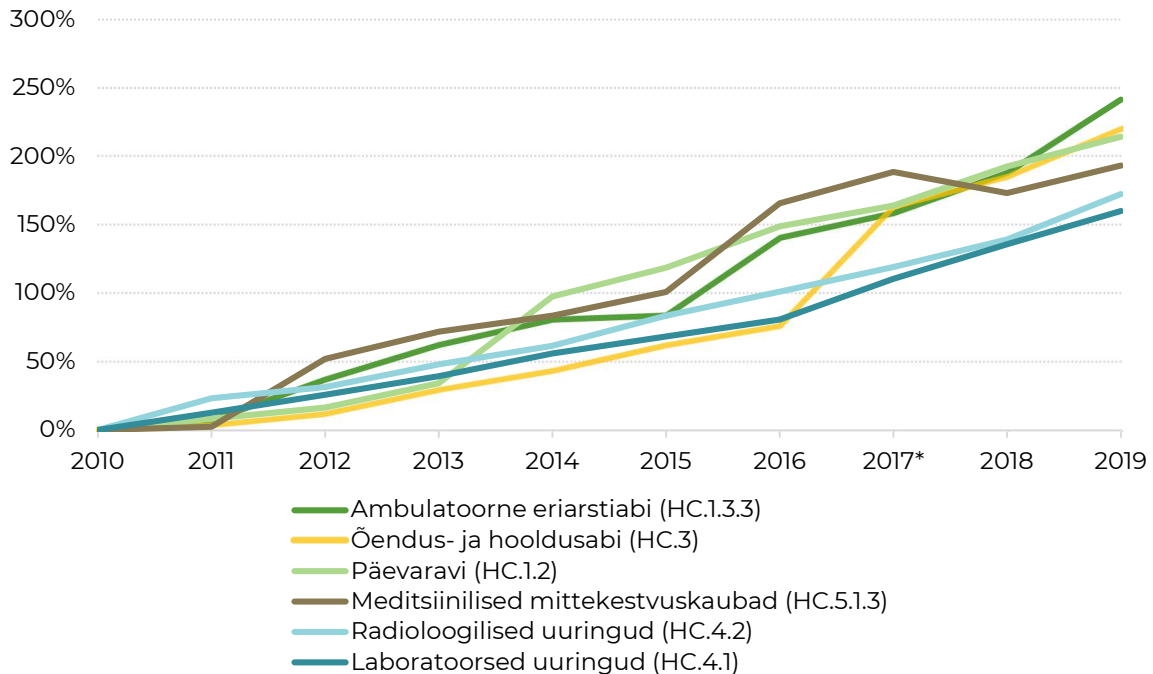
Kulutuste põhjal suuruselt kolmas teenuste rühm avaliku sektori rahastamismudelites olid tervishoiu tugiteenused 163 euroga inimese kohta. Tugiteenustest oli 2019. aastal 45% laboratoorsete uuringute kulu, 30% radioloogiliste uuringute ning 25% kiirabi ja patsientide muu transpordi kulud. Avaliku sektori kulud moodustasid tugiteenustes 99%.

Edasi järgnevad avaliku sektori kuludes eespool nimetatud aktiivravi teenused (ambulatoorne eriarstiabi perearsti suunamisega, päevaravi, hambaravi ja kodune ravi) – 150 eurot iga inimese kohta. Avaliku sektori kulutused selles teenuserühmas moodustasid 53% kuludest.

Ravimite (nii retsepti- kui käsimüügiravimite) kulust hüvitas avalik sektor 113 eurot iga inimese kohta. Avaliku sektori kulutuste osatähtsus selles rühmas on 51%. Kusjuures avaliku sektori osa retseptiravimite kuludes moodustas 91%. Ülejäänud meditsiinitoodete, meditsiiniseadmete ja meditsiiniliste kestva- ning mittekestvuskapade kulu iga inimese kohta oli oluliselt väiksem – 22 eurot, ja avaliku sektori osa oli 44%.

Erinevad ennetustegevused on eelkõige avaliku sektori teenused, selleks kulus 32 eurot inimese kohta ja avaliku sektori osatähtsus oli ennetuses 66%. Ennetustegevuste ühe lõigu – terviseseisundi jälgimise programmides, mis hõlmab töetervishoidu, oli avaliku sektori osatähtsus madalam – 32%.

Avaliku sektori kulude jagunemises teenuste järgi muutusi ei toimunud, vaid haiglaravi osatähtsus kahanes ühe protsendipunkti võrra. 58% avaliku sektori tervishoiukuludest tehti 2019. aastal aktiivraviteenustele, sealhulgas 28% haiglaravile. 4% päevaravile ja 26% ambulatoorsele tervishoiuteenustele. Järgmised suuremad rühmad olid avaliku sektori jaoks tervishoiu tugiteenused 15% ja meditsiinitooted 13%.



* alates 2017. a on õendus- ja hooldusabis hõlmatud rohkem pikaajalise hoolduse teenuseid

Joonis 4.8 Avaliku sektori kiirema kasvuga teenuste kulude muutused inimese kohta (%), 2010–2019

Kõige kiirem kulude kasv avaliku sektori kuludes võrreldes 2010. aastaga on toimunud ambulatoorse eriarstiabi, pikaajalise õendus- ja hooldusabi ja päevaraviteenustes – rohkem kui kaks korda (joonis 4.8). Vaid pisut aeglasem on tõus olnud mittekestvuskaupe, radioloogiliste ja laboratoorsete uuringute kuludes.

Inimeste jaoks on oluline, et terviseprobleemide tekkimisel oleks tagatud vajalike tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet. Nõudlust tervishoiuteenuste järele suurendab nii vananev rahvastik kui inimeste ootused seoses meditsiinitehnoloogia arenguga. Üks olulisemaid Eesti tervisesüsteemi puudutav otsus tehti 2017. aastal, kui alustati ravikindlustuse tulubaasi laiendamist, mille vajalikkust aastate jooksul mitmetes analüüsides esile toodi. Eesti tervishoiukulud on olnud suhteliselt madalad, kuid majanduslikult aktiivsete inimeste tööjõumaksudel tugineva ravikindlustuse rahastamise tõttu on süsteem tundlik majanduse tagasilöökidele ja rahvastiku vananemine süvendab probleemi. Kapitaliinvesteeringute puhul on esile toodud nende ülemäärast sõltuvust Euroopa Liidu rahastamisest. Riigieelarvest mittetöötavate pensionäride eest täiendava eraldise juurutamine peaks olukorda parandama, kuigi lisanduv raha on osatähtsusest SKP-st väike ja süsteemi pikaajaline jätkusuutlikkus jääb endiselt probleemiks. (5)

Kasutatud kirjandus

1. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. Paris: OECD Publishing; 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
2. OECD. A System of Health Accounts. Paris: OECD Publishing; 2000. <https://doi.org/10.1787/9789264181809-en>.
3. Ruuge M, Inno M. Eesti tervishoiukulud 2014. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2015. <http://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/352>.
4. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2020. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
5. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Aaben L, Van Ginneken E. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes, 2018; 20(1): 1–189. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/hit_-_estonia_-_24cc_-_final_insides_et_191101a.pdf

Kasulikud teemakohased viited veebilehtedele

Eesti Haigekassa. Aruanded, eelarve ja statistika.

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

Eesti Haigekassa. Uuringud ja analüüsid.

<https://www.haigekassa.ee/haigekassa/meie/uuringud-ja-analuusid>.

Sotsiaalministeerium. Sotsiaalvaldkonna statistika.

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

Ravimiamet. Ravimite müügistatistika.

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

Statistikaamet. Statistika andmebaas: Majandus. Rahvastik.

<https://andmed.stat.ee/et/stat>.

Luts H. Eesti tervishoiukulud 2013 – metoodika muutus. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2014 <https://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/303>.

Ruuge M, Inno M. Eesti tervishoiukulud 2014. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2015. <https://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/352>.

SA Hille Tänavsuu Vähiravifond „Kingitud Elu“. <https://kingitudelu.ee/>.

