



Tervishoiukulud 2017



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Tervise Arengu Instituut

Tervishoiukulud 2017

Mare Ruuge, Marika Inno

Tallinn 2018

Tervise Arengu Instituudi **missioon** on luua ja jagada teadmisi, et tõenduspõhiselt mõjutada tervist toetavaid hoiakuid, käitumist, poliitikat ja keskkonda eesmärgiga suurendada inimeste heaolu Eestis.

Väljaande andmete kasutamisel viidata allikale.

Soovitatav viide käesolevale väljaandele: Ruuge M, Inno M. Tervishoiukulud 2017. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2018.

Sisukord

Mõisted.....	4
Lühendid.....	4
Lühikokkuvõte	5
Summary.....	6
Sissejuhatus.....	7
1 Tervishoiukulud ja sisemajanduse koguprodukt.....	8
1.1 Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st.....	8
1.2 Tervishoiukulude ja SKP muutused.....	9
2 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi.....	11
2.1 Tervishoiukulud teenuste järgi.....	11
2.2 Tervishoiukulud ühe inimese kohta.....	14
2.3 Leibkondade tervishoiukulud ühe inimese kohta.....	16
2.4 Avaliku sektori tervishoiukulud ühe inimese kohta.....	17
3 Tervishoiukulude arvestusmeetodika.....	20

Joonised

Joonis 1.1 Avaliku sektori ja leibkondade tervishoiukulude osatähtsus SKP-st, 2008–2017	8
Joonis 1.2 SKP ja tervishoiukulude aastane kasv (%), 2009–2017	9
Joonis 1.3 SKP korrigeerimise mõju tervishoiukulude osatähtsusele SKP-st, 2008–2017	10
Joonis 2.1 Tervishoiukulud teenuste järgi (%), 2017.....	11
Joonis 2.2 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (%), 2017	12
Joonis 2.3 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (miljon eurot), 2017.....	13
Joonis 2.4 Kõik tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2008–2017.....	14
Joonis 2.5 Kiireima kasvuga teenuste kulude muutused inimese kohta (%), 2008–2017	15
Joonis 2.6 Kiire kasvuga teenuste kulude muutused inimese kohta (%), 2008–2017	15
Joonis 2.7 Leibkondade tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2008–2017.....	16
Joonis 2.8 Leibkondade tervishoiukulude muutused teenuste järgi (%), 2008–2017.....	17
Joonis 2.9 Avaliku sektori tervishoiukulud rahastamismudeli järgi (%), 2017	17
Joonis 2.10 Avaliku sektori tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2008–2017	18
Joonis 2.11 Avaliku sektori kiirema kasvuga teenuste kulude muutused inimese kohta (%), 2008–2017	19
Joonis 3.1 SHA2011 põhiloendid ja põhimõte	20

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	residentide toodetud lisandväärtuse summa kogurahvamajanduse ulatuses, millele on lisatud netotootemaksud
Tervishoiukulud	rahvusvahelisel meetodikal põhinev riigi tervishoiukulude arvestus. Tekstis on kasutatud kulusid ja kulutusi samas tähenduses

Lühendid

Eurostat	Euroopa Liidu Statistikaamet
ICHA	tervishoiu arvepidamises kasutatavate klassifikaatorite süsteem tervishoiukulude liigitamiseks (<i>International Classification for Health Accounts</i>). SHA2011 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)
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon
SHA2011	tervishoiu arvepidamise süsteem (<i>System of Health Accounts</i>), 2011. aasta versioon
SKP	sisemajanduse koguprodukt
TAI	Tervise Arengu Instituut
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Lühikokkuvõte

- Eesti tervishoiukulud olid 2017. aastal 1,52 miljardit eurot.
- Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st oli 6,4%, aasta varem 6,5%.
- Jooksehindades oli tervishoiukulude suurenemine 2017. aastal võrreldes eelneva aastaga 7,7%, reaalkasv oli 1,6%.
- 2012–2017 tervishoiukulude juurdekasv aastas oli 7,7%, püsivhindades 1,3%.
- Eesti Haigekassa kulud olid 978 miljonit eurot ja nende osatähtsus tervishoiukuludes oli 64,4%.
- Keskvalitsuse tervishoiukulud olid 139 miljonit eurot ja nende osatähtsus oli 9,1%.
- Leibkondade tervishoiukulutused olid 358 miljonit eurot ja nende osatähtsus oli 23,6%.
- Eesti tervishoiukulud ühe inimese kohta olid 2017. aastal 1154 eurot. Aasta varem 2016. aastal olid kulud ühe inimese kohta 1072 eurot.
- Avaliku sektori tervishoiukulud ühe inimese kohta olid 863 eurot, aasta varem 811 eurot.
- Leibkondade tervishoiukulud ühe inimese kohta olid 272 eurot, aasta varem 243 eurot.

Summary

Estonian health expenditure in 2017 was 1.52 billion euros. The growth was 7.7% in comparison with the previous year, public expenditure increased by 6.4% and household expenses by 12%. Household health expenditure is increasing faster than public health expenditure. The growth in households' health expenditure was nearly twice as fast as public health expenditure growth.

Growth in Estonian health expenditure in real terms was only 1.6%. The share of health expenditure in gross domestic product dropped to level 6.4% as in 2015 from 6.5% in 2016.

The share of public sector in health expenditure was 75%. By financing schemes, the share of compulsory health insurance was 64.4% and the share of central government was 9.1%, the share of households amounted to 23.6%. In 2016, the share of health insurance was 65%, central government 9.3%, and households 22.7%.

Public sector contribution to health expenditure increased by 68 million euros in a year, including a compulsory health insurance component of 61 million. Household expenditure increased by 38.4 million euros. The growth in absolute values in the public sector was similar to the last year growth, but the increase in household expenditure was significantly higher. In 2016 the increase in household expenditure was 15.4 million euros. Half of the increase in household expenditure in 2017 was due to the increase of dental care costs, a quarter of medical goods. The biggest contributors to household expenses were: 31% for dental care, 20% for prescription drugs, 15% for over-the-counter medicines and 11% for outpatient specialist care.

There was no change in the breakdown of public sector expenditure by services. 60% of public health expenditure was made for active care, including 30% for inpatient care and 27% for outpatient care. Next major groups in public sector were ancillary services 15% and medical goods 14%.

Sissejuhatus

Eesti tervishoiukulude sarja kuuluv analüüs esitab ülevaate aastate 2008–2017 tervishoiukuludest. Kirjeldatakse viimase kümne aasta tervishoiusüsteemi rahastamist rahastamismudelite ja tervishoiuteenuste kaudu. Põhitähelepanu on pööratud 2017. 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 meetodika SHA2011¹. Eesti tervishoiukulude andmed on kättesaadavad peale TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi nii OECD, WHO kui ka Eurostati andmebaasides ja väljaannetes.

SHA2011 meetodika 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, tervishoiualasele uurimis- ja arendustööle, keskkonnatervisele tehtavad kulutused. Arvestusse hõlmatakse riigi elanikele tehtud kulutused. Kapitaliinvesteeringud on parema võrreldavuse huvides tervishoiukuludest välja arvatud ja neid vaadeldakse eraldi.

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

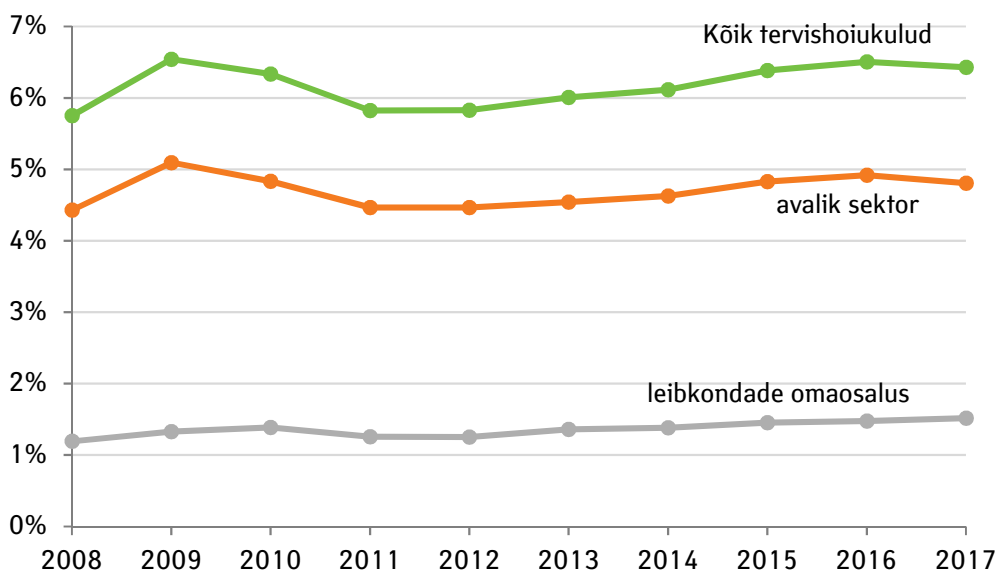
Koostajad on tänulikud kõigile, kes edastasid vajalikke andmeid ning aitasid sellega kaasa Eesti tervishoiukulude arvestamisele.

¹ 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

1.1 Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st

Eesti tervishoiukulud olid 2017. aastal 1,52 miljardit eurot. Võrreldes eelneva aastaga oli tervishoiukulude kasv jooksevhindades 7,7%, sealhulgas suurenesid avaliku sektori kulud 6,4% ja leibkondade kulud 12%. Tervishoiukulude reaalkasv oli ainult 1,6%. Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st langes tagasi 2015. aasta tasemele, moodustades 6,4% (joonis 1.1).



Joonis 1.1 Avaliku sektori ja leibkondade tervishoiukulude osatähtsus SKP-st, 2008–2017

Avaliku sektori osatähtsus tervishoiukuludes oli 75%, sealhulgas kohustusliku ravikindlustuse osatähtsus 64,4% ja keskvalitsuse osa 9,1%. Kohalike omavalitsuste osa moodustas 1,2%.

Vabatahtlike rahastamismudelite (erakindlustuse, MTÜ-de ja eraettevõtete) panus tervishoiukuludes oli kokku 1,6%. Leibkondade osatähtsus on endiselt kõrge ja kasvas veelgi. 2017. aastal moodustas leibkondade omaosalus tervishoiukuludest 23,6%.

Aasta varem oli kohustusliku ravikindlustuse osatähtsus 65%, leibkondadel 22,7% ja keskvalitsusel 9,3%.

Avaliku sektori panus tervishoiukuludes suurenes aastaga 68 miljoni euro võrra, sh ravikindlustuse osa oli 61 miljonit eurot suurem. Avaliku sektori juurdekasvud absoluutarvudes olid sarnased eelmise aastaga, leibkondade kulutuste juurdekasv oli pea kahekordne – kui 2016. aastal lisandus võrreldes eelmise aastaga 19,6 miljonit eurot, siis 2017. aastal oli suurenemine 38,4 miljonit eurot.

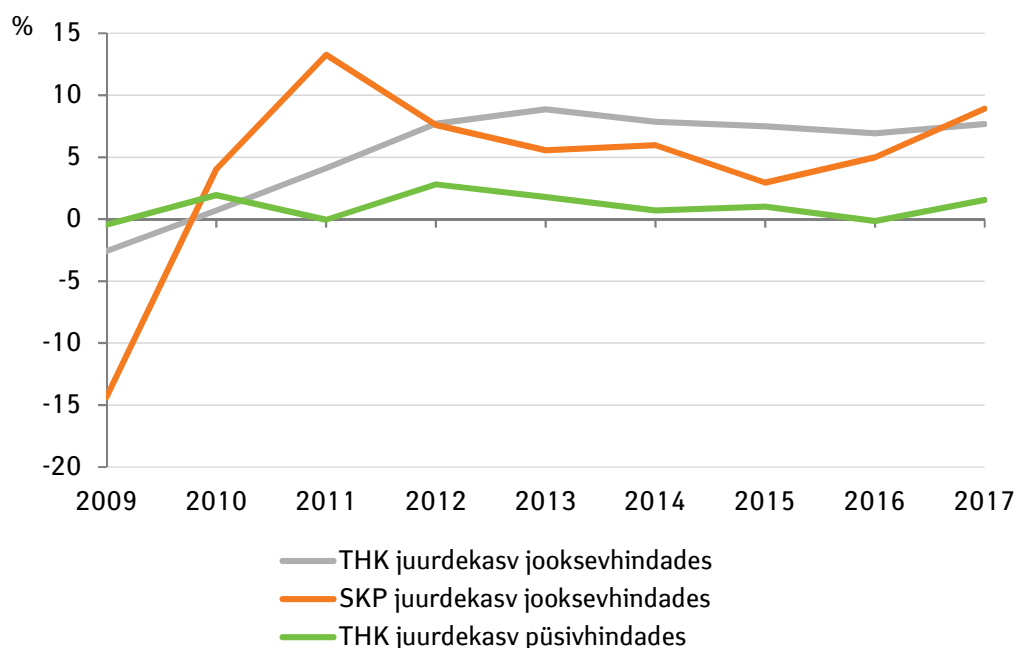
Vaadeldes toimunud muutusi leibkondade kuludes teenuste järgi, andis hambaravikulude tõus 2017. aastal juurdekasvust üle poole, meditsiinitooted veerandi. Hambaravi kulutuste tõus on suuresti seotud 1. juulist 2017 kehtima hakanud täiskasvanute hambaravihüvitisega, mis innustas inimesi üle mitmete aastate rohkem hambaarsti juurde minema.

Peamised leibkondade kulud jagunesid teenuste vahel järgmiselt: hambaravile 31%, retseptiravimitele 20%, käsimüügiravimitele 15%, ambulatoorsele eriarstiabile 11% ning meditsiinilistele kestva kaupadele 8%. Kui aktiivraviteenuste osatähtsus suurenes leibkondade tervishoiukuludes viimase aastaga 42%-lt 45%-ni, siis meditsiinitoodete osa vähenes 46%-lt 44%-ni. 2016. aastal moodustasid hambaravikulud 28% ja retseptiravimite kulud 21% leibkondade kulutustest. Õendusabi kulude osatähtsus leibkondade kulutustes vähenes 9,3%-lt 9%-ni aastal 2017, kuigi kulutused ise suurenesid.

Avaliku sektori kulude jagunemises teenuste järgi muutusi ei toimunud. 60% avaliku sektori tervishoiukuludest tehti aktiivraviteenustele, sealhulgas 29% haiglaravile ja 27% ambulatoorsetele tervishoiuteenustele. Järgmised suuremad rühmad olid avaliku sektori jaoks tervishoiu tugiteenused 15% ja meditsiinitooted 14%. Vaid kahe viimase puhul oli märgatav väike muutus võrreldes eelmise aastaga – tõusis tugiteenuste (2016. a 14%) ning langes meditsiinitoodete osatähtsus (2016. a 15%).

1.2 Tervishoiukulude ja SKP muutused

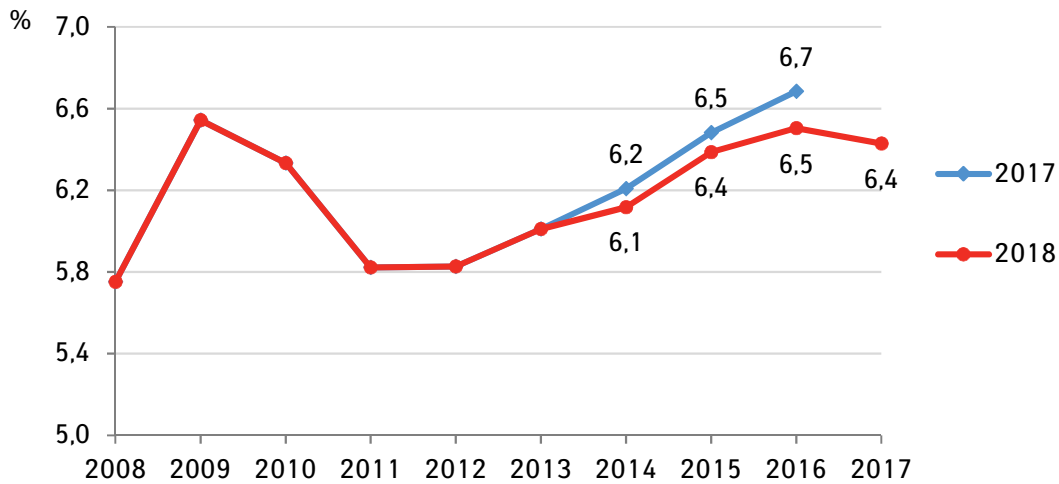
Tervishoiukulude (THK) iga-aastased muutused võrreldes SKP muutustega on olnud mõõdukamad, seevastu SKP tõusud-langused on järsemad (joonis 1.2). Kui aastatel 2013–2016 ületas tervishoiukulude kasv SKP kasvu, siis 2017. aastal toimus muutus ning tervishoiukulud kasvasid jooksevhindades aeglasemalt kui SKP. Seetõttu langes kokkuvõttes tervishoiukulude osatähtsus SKP-st. Tervishoiukulude reaalkasv oli siiski suurem kui 2016. aastal ning väike miinus (-0,2%) asendus 1,6% tõusuga.



Joonis 1.2 SKP ja tervishoiukulude aastane kasv (%), 2009–2017

Siinkohal tasub meenutada, et kuna tervishoiukulude osatähtsus SKP-st on suhtarv, siis on näitaja mõjutatud mitte ainult tervishoiukulude muutustest, vaid ka sisemajanduse koguprodukti muutustest. 2018. aasta augustis avaldas Statistikaamet aastate 2014–2016 kohta korrigeeritud SKP näitajad ning sellest tulenevalt muutusid nende aastate tervishoiukulude suhtarvud SKP-st

võrreldes varem avaldatuga. Perioodi 2014–2016 muutused tervishoiukulude näitajates on joonisel 1.3.



Joonis 1.3 SKP korrigeerimise mõju tervishoiukulude osatähtsusele SKP-st, 2008–2017

Selle konkreetse muutuse mõju oli suurem 2016. aastal. SKP suurenemisel vähenes tervishoiukulude osatähtsus SKP-st 2016. aastal 0,2 protsendipunkti ja aastatel 2014–2015 vähem – 0,1 protsendipunkti.

Korrigeeritud andmed on avaldatud TAI avalikus tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis². Viimaste uuendamiste kuupäevad ja nende uuendamise põhjused on andmete juurde lisatud.

² http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/04THressursid/04THressursid__10THKogukulud/?tablelist=true

2 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi

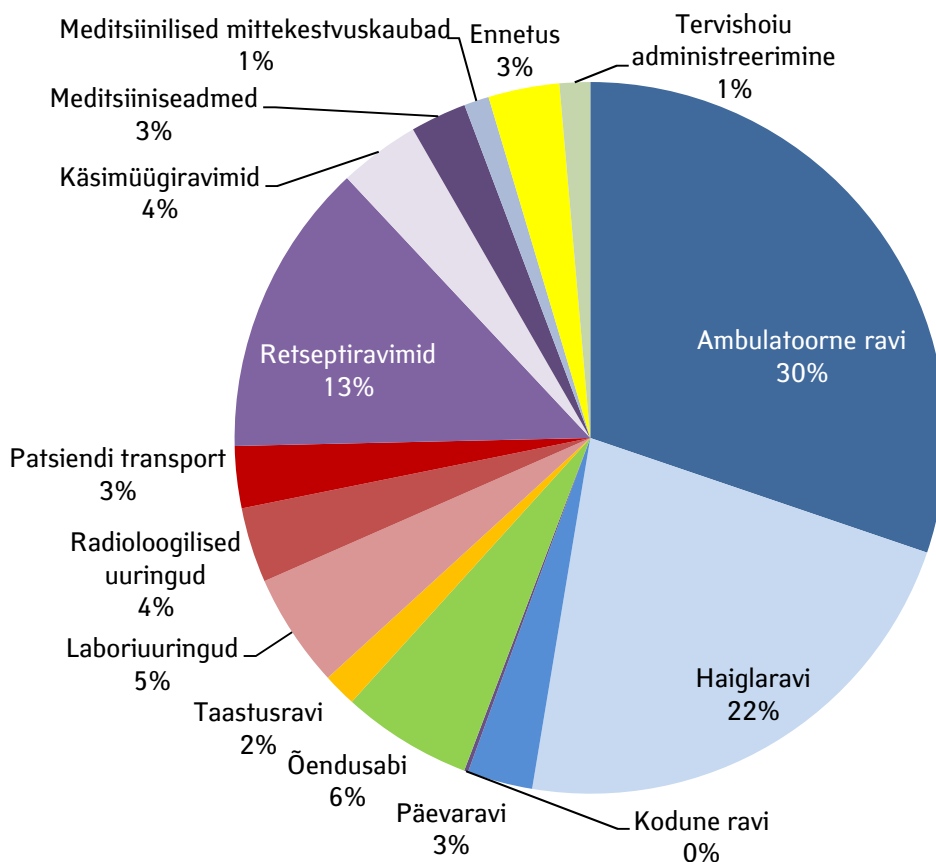
2.1 Tervishoiukulud teenuste järgi

Aktiivravi teenused moodustasid 2017. aastal kokku 56% tervishoiukuludest. Aktiivravi teenused on haiglaravi, päevaravi, ambulatoorne ravi ja kodune ravi. Ambulatoorne ravi ja haiglaravi on kaks peamist teenuste rühma, mis kokku hõlmasid 2017. aastal 52% tervishoiukuludest (joonis 2.1).

Aktiivrais on viimasel kümnendil toimunud haiglaravi ehk statsionaarse ravi osatähtsuse järjepidev vähenemine. Kui 2008. aastal oli haiglaravi osatähtsus tervishoiukuludes 28%, siis 2017. aastal 22%. Kuigi haiglaravi kulud jooksevhindades suurenesid 2008. aastaga võrreldes 1,6 korda, siis ambulatoorse ravi kulud suurenesid rohkem – 1,8 korda. Selle tulemusena tõusis ambulatoorse ravi osatähtsus 27%-lt 30%-ni ja on suurim teenuserühm tervishoiukuludes. Koduse ravi osatähtsus ei ole vaadeldaval perioodil muutunud, päevaravi osatähtsus on kasvanud 2%-lt 3%-ni.

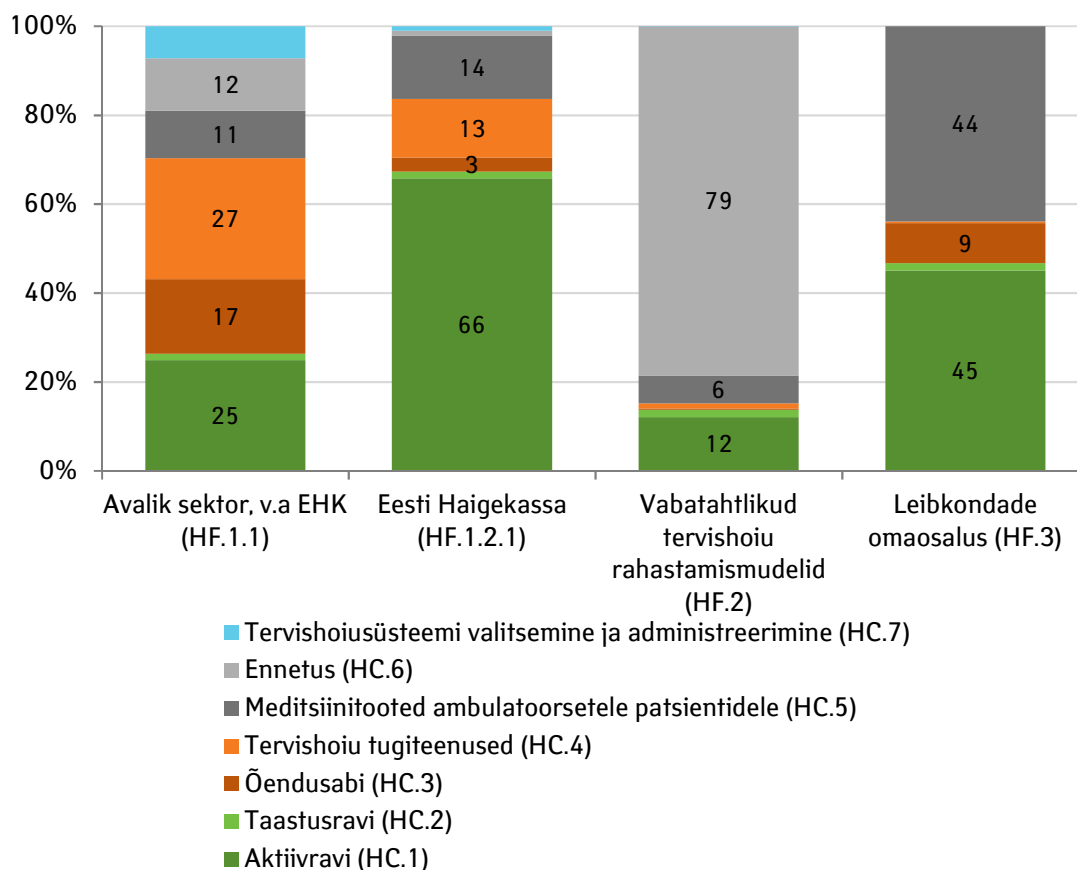
Teistest teenustest peale aktiivravi on taastusravi kulud püsinud vahemikus 1,4–1,9% THK-st. Õendusabi kulude osatähtsus on tõusnud 4%-lt 2008. aastal 6%-ni 2017. aastal.

Ambulatoorse ja haiglaravi järel suuruselt kolmas teenuste rühm on retseptiravimid ambulatoorsetele patsientidele, mis hõlmas 13% kuludest. Ravimid koos muude meditsiinitoodetega moodustasid kokku 21% tervishoiukuludest, kusjuures aastatel 2009–2013 oli meditsiinitoodete osatähtsus isegi kõrgem – 23%. Statsionaarses ja päevaravis kasutatud ravimid on arvestatud vastava teenuse kuludesse.



Joonis 2.1 Tervishoiukulud teenuste järgi (%), 2017

Rahastamismudelid näitavad, kelle kaudu korraldatakse ja rahastatakse teenuseid (joonis 2.2). Erinevatele rahastamismudelitele on peale erineva osatähtsuse tervishoiukuludes iseloomulik teistsugune teenuste jaotus. Nii näiteks tehti aktiivraviteenustele riigi ja kohalike omavalitsuste rahastamismudelite kaudu veerand kulutustest, Eesti Haigekassa teenustest kaks kolmandikku, vabatahtlike mudelite puhul 12% ning leibkondade omaosaluse puhul 45%.

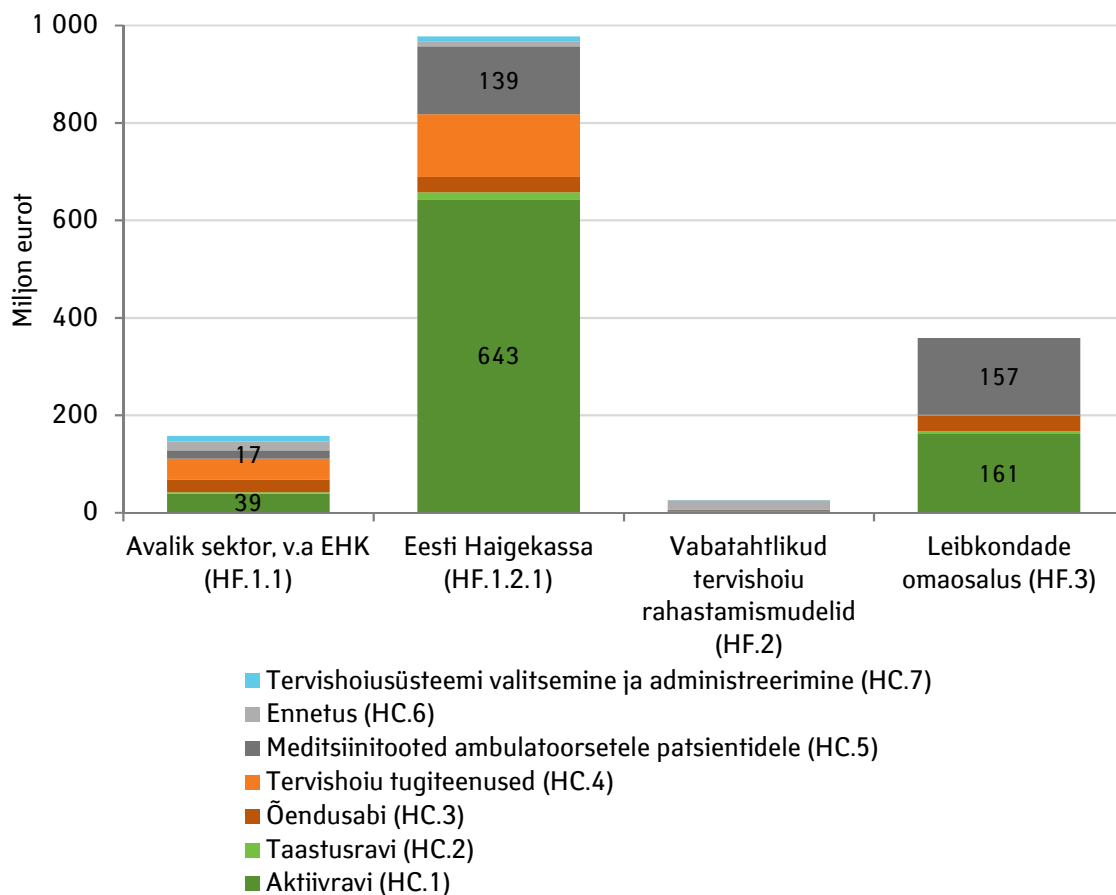


Joonis 2.2 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (%), 2017

Riigi ja kohalike omavalitsuste kaudu korraldatavatest teenustest eristub kulutuste alusel viis suuremat rühma: 27% tugiteenustele, 25% aktiivravile, 17% õendusabile, 12% ennetusele ja 11% meditsiinitoodetele.

Eesti Haigekassa puhul on lisaks aktiivravile kaks suuremat rühma meditsiinitooted (14%) ja tugiteenused (13%). Vabatahtlike rahastamismudelite juures on suurima osatähtsusega ennetustegevused (79%) ja aktiivravi (12%) ning kolmandaks meditsiinitooted (6%). Ennetustegevustest moodustavad suurima osa töötervishoiuteenused. Leibkondade kulutustes on kaks suurt võrdset rühma aktiivravi ja meditsiinitooted, mis kokku hõlmavad 89% ning kolmanda suurema kululiigina õendusabi 9%.

Õendusabi kulud on haigekassa kuludes samuti nähtaval (3%). Taastusravi kulud on küll esindatud kõigi rahastamismudelite puhul, aga kõik vaid 1–2% osatähtsusega.



Joonis 2.3 Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (miljon eurot), 2017

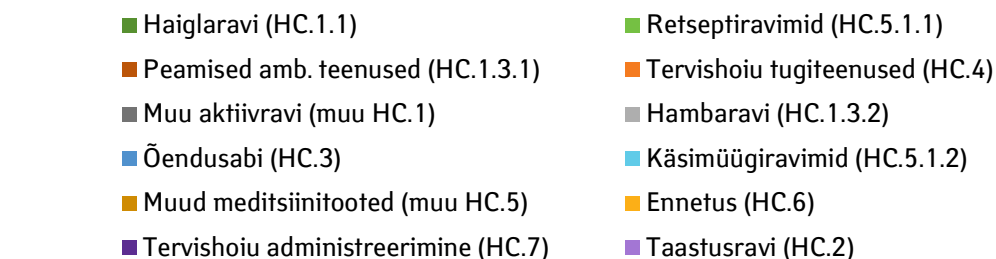
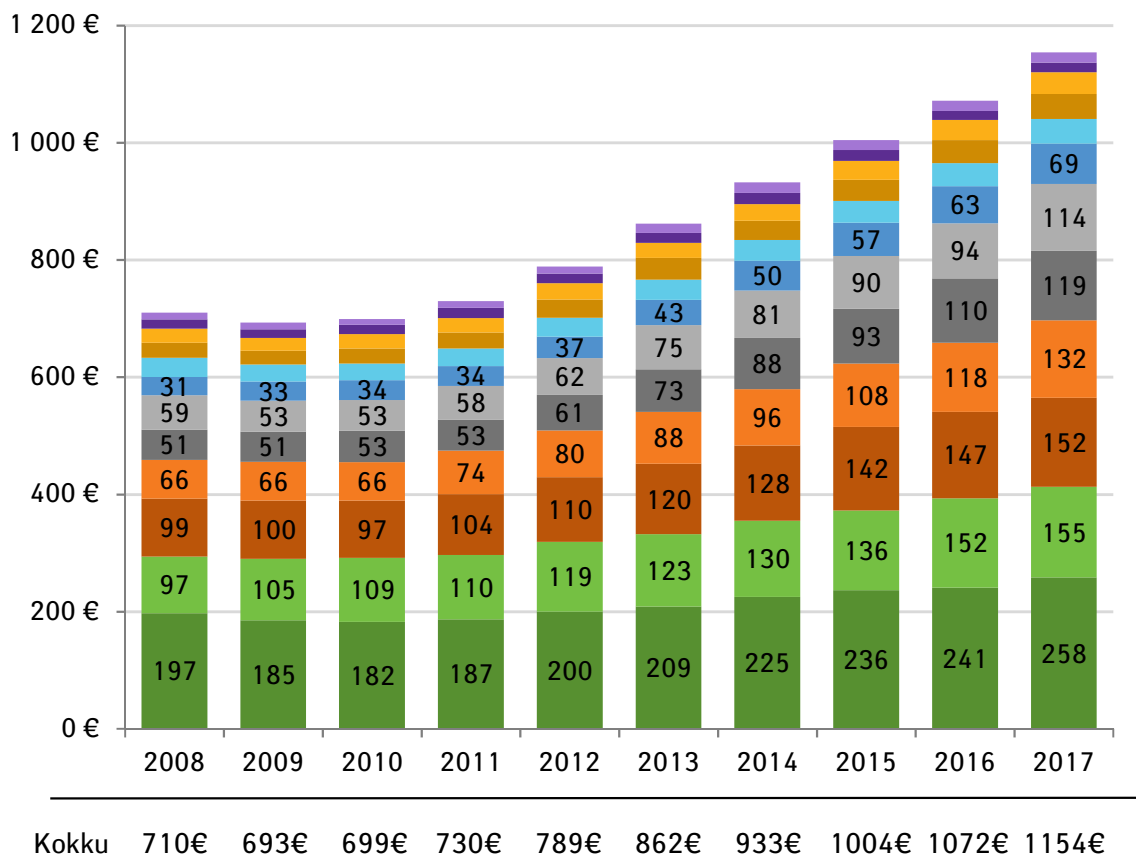
Enne järelduste tegemist tuleb silmas pidada iga rahastamismudeli osatähtsust tervishoiukuludes. Nii näiteks on vabatahtlike rahastamismudelite osatähtsust tervishoiukuludes vaid 1,6% (joonis 2.3).

Kui avaliku sektori 25% aktiivravile tähendas 39 miljonit eurot, siis haigekassa 66% aktiivravile oli 643 miljonit eurot, vabatahtlike mudelite 12% oli 3 miljonit eurot ning leibkondade 45% panus oli eurodes 161 miljonit.

2.2 Tervishoiukulud ühe inimese kohta

Kui jagada tervishoiukulud aasta keskmise elanike arvuga, saame keskmise kulu ühe inimese kohta. 2017. aastal investeeriti Eestis keskmiselt iga inimese tervisesse 1154 eurot ehk iga inimene kasutas aastas rahalises väljenduses just nii palju tervishoiuteenuseid.

Kõige suuremad kulutused tehti kõige kallimale tervishoiuteenusele ehk haiglaravile – 2017. aastal keskmiselt 258 eurot iga inimese kohta, retseptiravimitele kulus 155 eurot ning peamistele ambulatoorsetele teenustele ehk eelkõige perearstiabile 152 eurot (joonis 2.4). Järgnevad sellised teenuste rühmad nagu tervishoiu tugiteenused, muu aktiivravi, hambaravi ja õendusabi.

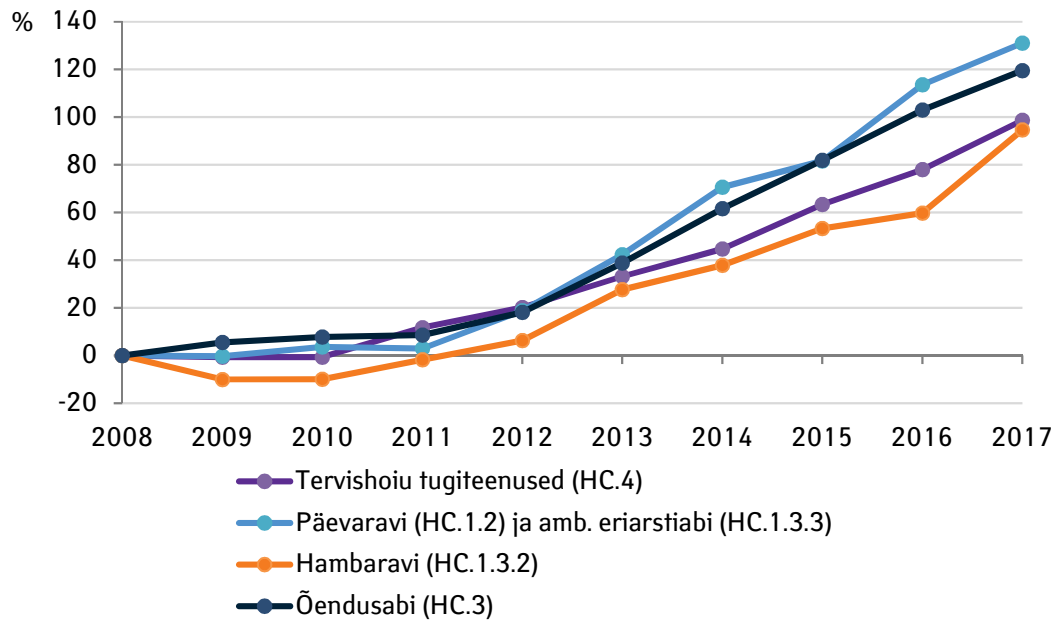


Joonis 2.4 Kõik tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2008–2017

Võrreldes 2016. aastaga suurenes keskmine inimese kohta kulutatud summa 82 eurot. Kõige rohkem ehk 20 eurot ühe inimese kohta kasvasid kulud hambaravile, 94 eurot kasutati 2016. aastal

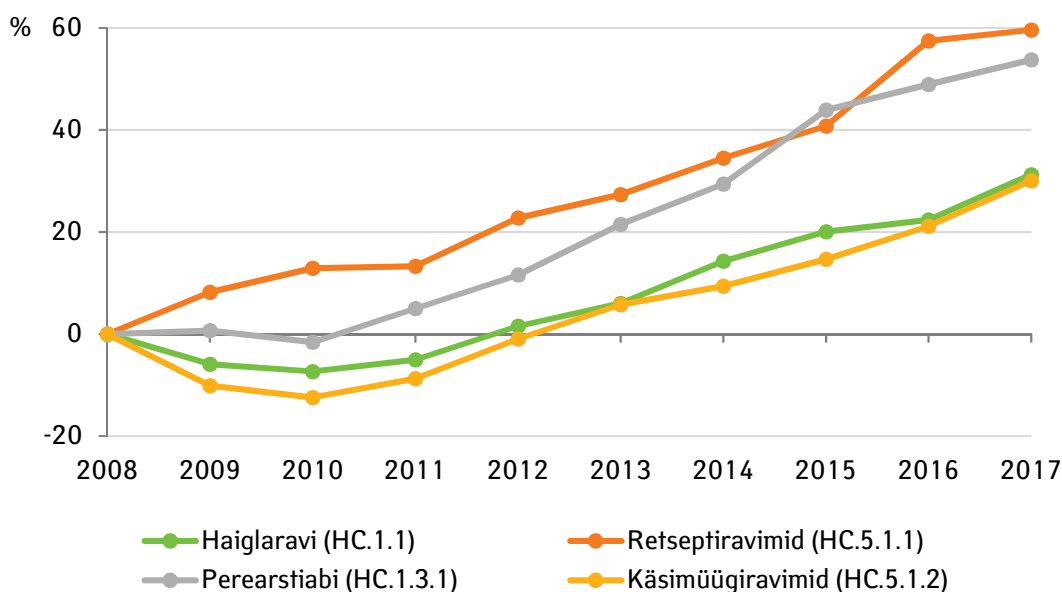
ja 114 eurot 2017. aastal (joonis 2.4). 18 eurot lisandus haiglaravi kuludesse (2016. a 241 ja 2017. a 258 eurot) ja 14 eurot tugiteenustele (vastavalt 118 ja 132 eurot).

Vaadeldava perioodi jooksul ehk võrreldes 2008. aastaga on olnud kõige kiirem tervishoiukulude kasv ühe inimese kohta neljas teenuste rühmas: ambulatoorses eriarstiabis koos päevaraviga, õendusabis, tugiteenustes ja hambaravis (joonis 2.5). Hambaravis toimus kulude märgatav tõus 2017. aastal, kuid kõigile neile teenustele on iseloomulik kiirem kasv alates 2013. aastast.



Joonis 2.5 Kiireima kasvuga teenuste kulude muutused inimese kohta (%), 2008–2017

Kui eelmisel joonisel esitatud teenuste puhul oli kasv võrreldes 2008. aastaga 100% lähedal või ületas seda, siis järgmiste teenuste puhul oli suurenemine väiksem (joonis 2.6). Retseptiravimite, perearstiabi, taastusravi, ennetuse ning muude meditsiinitoodete (peale ravimite) kulude tõus oli 50–60% piires. Teistest vähem kasvasid haiglaravi ja käsimüügiravimite kulud (ca 30%).

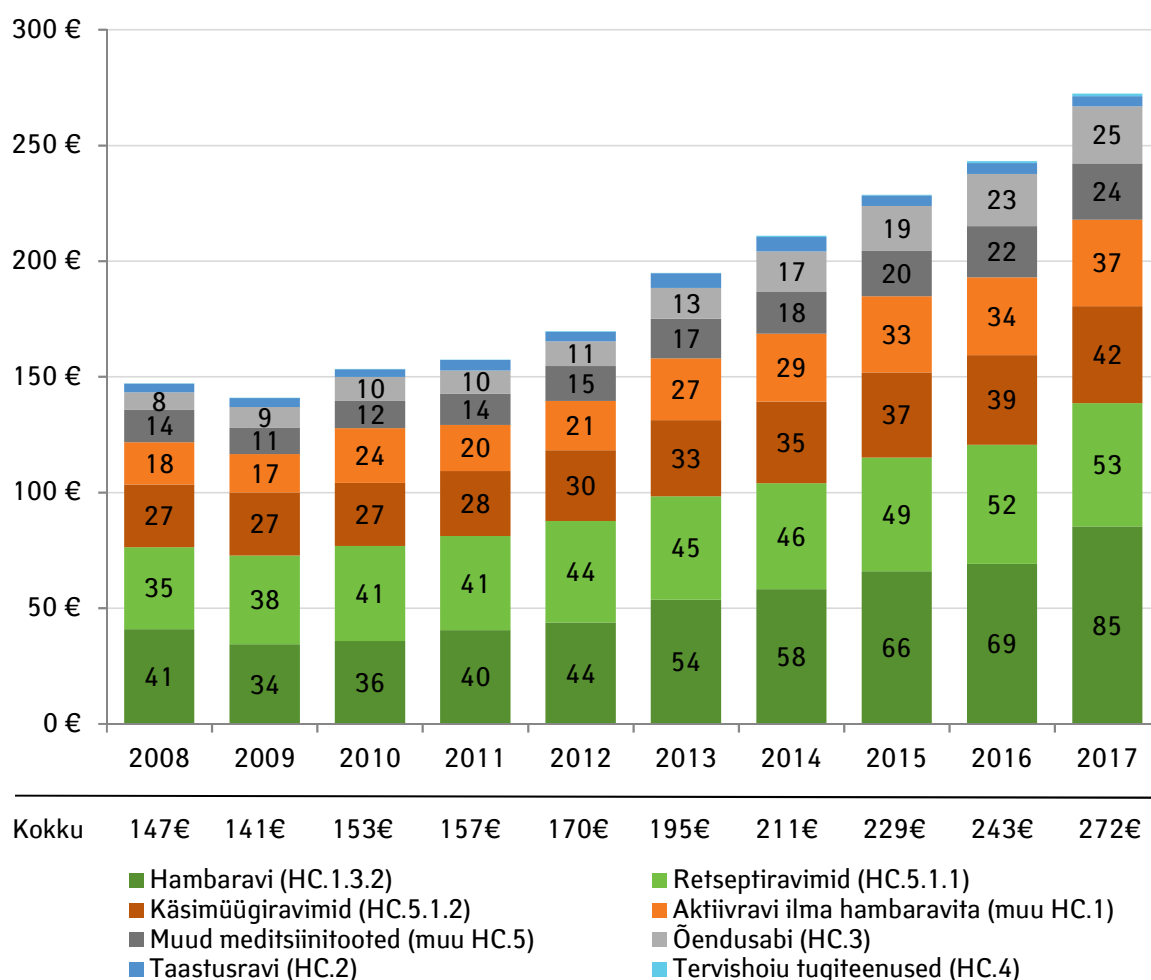


Joonis 2.6 Kiire kasvuga teenuste kulude muutused inimese kohta (%), 2008–2017

2.3 Leibkondade tervishoiukulud ühe inimese kohta

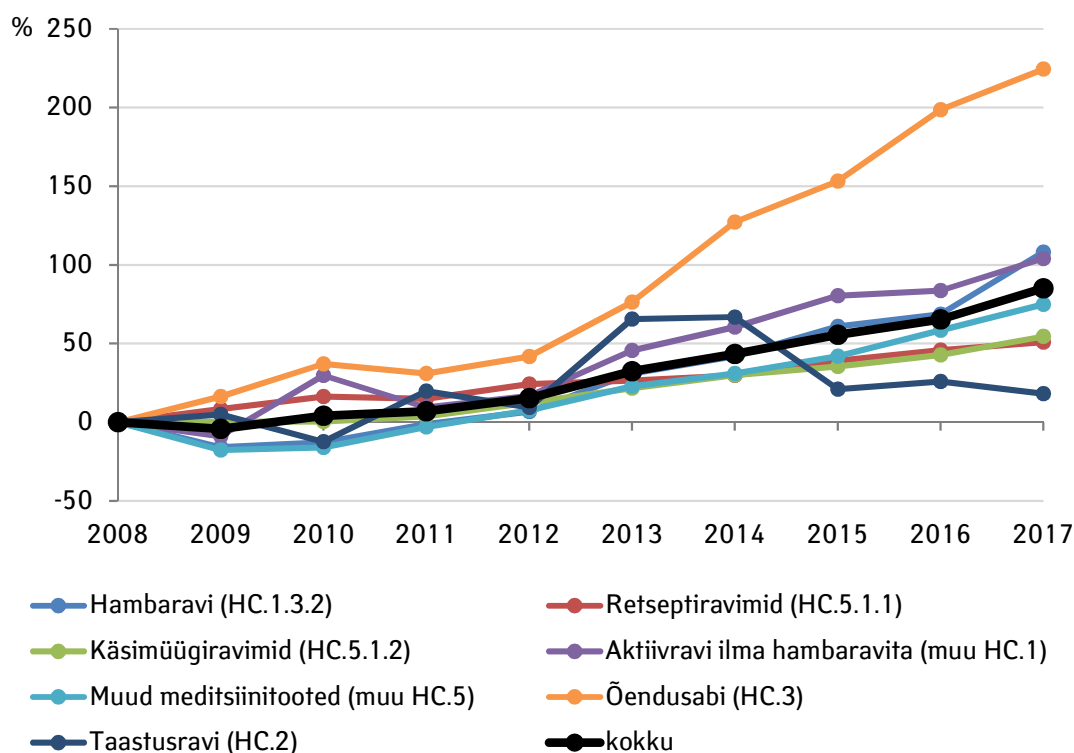
Leibkondade kulude juures on määrava tähtsusega inimeste omaosalus erinevate tervishoiuteenuste kasutamisel. Üldine reegel on, et teenuste puhul, kus avaliku rahastamise osatähtsus on suurem, on leibkondade kulutused madalamad.

Leibkondade jaoks on kõige suurem kulutuste rühm hambaravi, kuna avaliku rahastamise osa on hambaraviteenustes väike (joonis 2.7). Keskmiselt maksid inimesed hambaravi eest 31% oma tervishoiuteenustele tehtud kulutustest. Et hambaravi on leibkondade jaoks suurim kuluartikkel, on joonisel hambaravi eraldi ülejäänud aktiivraviteenustest (muu HC.1) välja toodud. Kui hambaravi kulud kokku olid 2017. aastal ühe inimese kohta keskmiselt 114 eurot, siis 75% ehk 85 eurot sellest maksid leibkonnad. Võrdluseks retseptiravimid, kus leibkondade omaosalus oli 34% ning 155 eurosest kulust inimese kohta aastas oli leibkondade osa 53 eurot. Käsimüügiravimite kulud on 99% ulatuses leibkondade kanda – keskmiselt 42 eurot iga inimese kohta.



Joonis 2.7 Leibkondade tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2008–2017

Leibkondade tervishoiukuludes on kõige kiiremini tõusnud kulutused õendusabile (joonis 2.8). Keskmisest kiirem on tõus olnud veel hambaravis ja ülejäänud aktiivraviteenustes. Retsepti- ja käsimüügiravimite kulutuste tõus on olnud aeglasem kui ülejäänud meditsiinitoodetel ja tervikuna on meditsiinitoodete kulutuste kasv olnud aeglasem üldisest tervishoiukulude kasvust.

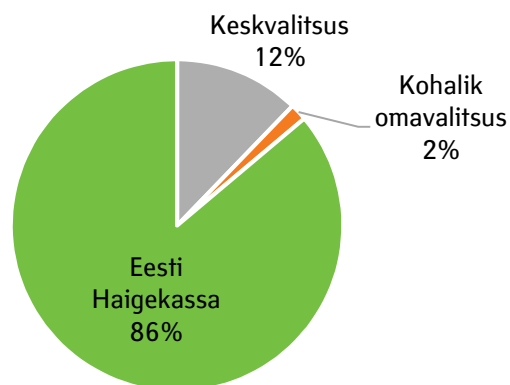


Joonis 2.8 Leibkondade tervishoiukulude muutused teenuste järgi (%), 2008–2017

Kuna taastusravi kulud on väikesed, siis on muutused võrreldes teiste teenustega järsemate tõusude ja langustega.

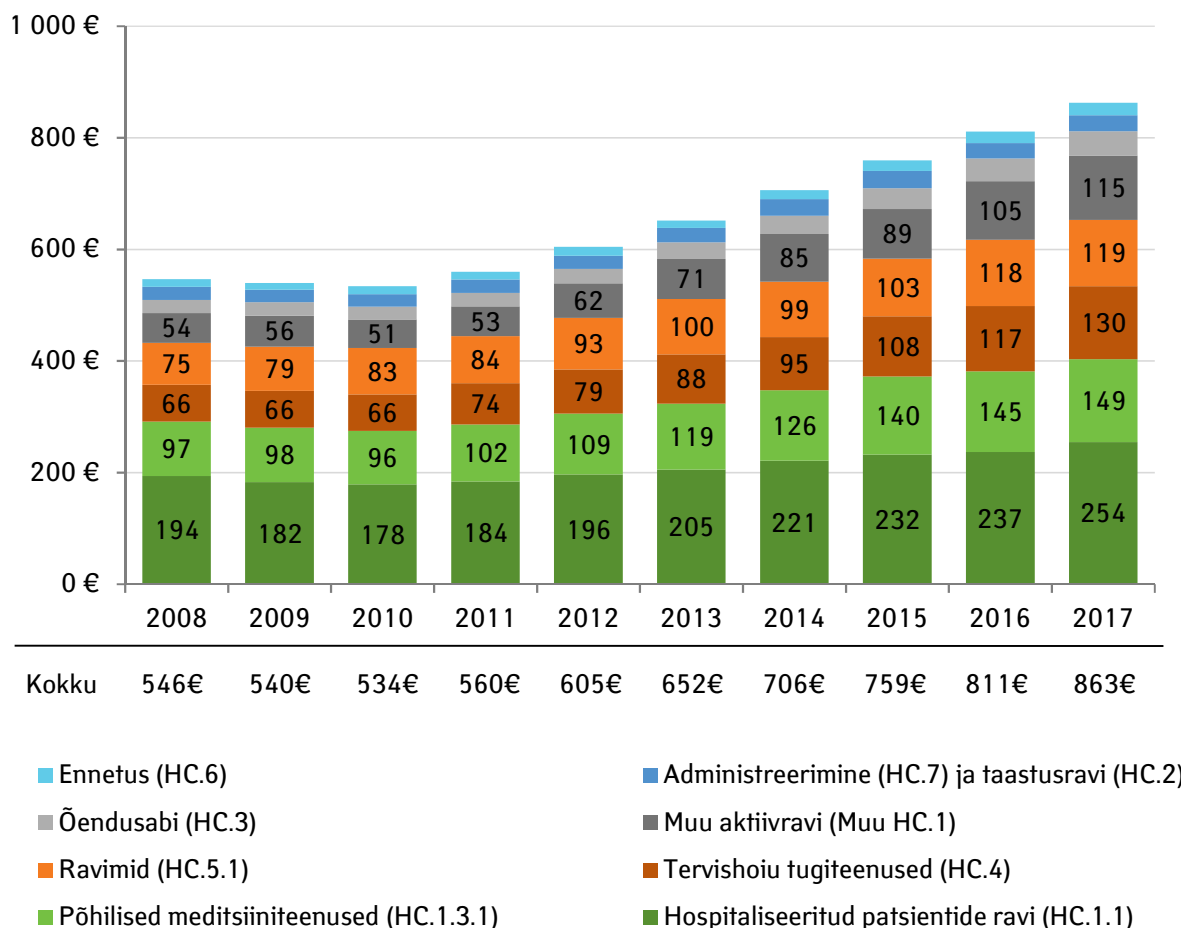
2.4 Avaliku sektori tervishoiukulud ühe inimese kohta

Avaliku sektori kuludest moodustas 2017. aastal keskvalitsus 12% ja kohalikud omavalitsused 2%, ülejäänud oli Eesti Haigekassa osa (joonis 2.9).



Joonis 2.9 Avaliku sektori tervishoiukulud rahastamismudeli järgi (%), 2017

Iga leibkondade tervishoiule panustatud euro kohta kulutas avalik sektor omalt poolt 3,2 eurot. Avaliku sektori kuludes on kõige suurem osatähtsus haiglaravil (joonis 2.10). 2017. aastal olid statsionaarse ravi kulud keskmiselt 254 eurot iga inimese kohta (29% kuludest). Põhiliste meditsiiniteenuste ehk üldarstiabi kulud ühe inimese kohta olid 149 eurot. Mõlema nimetatud teenuse puhul on avaliku sektori osa rahastamisel kõrge – 98%. See tähendab, et tehtud haiglaravi kulust ühe inimese kohta – 258 eurost oli avaliku sektori osa 254 eurot, üldarstiabi puhul pärines vastavalt 152-st eurost 149 avalikust sektorist.

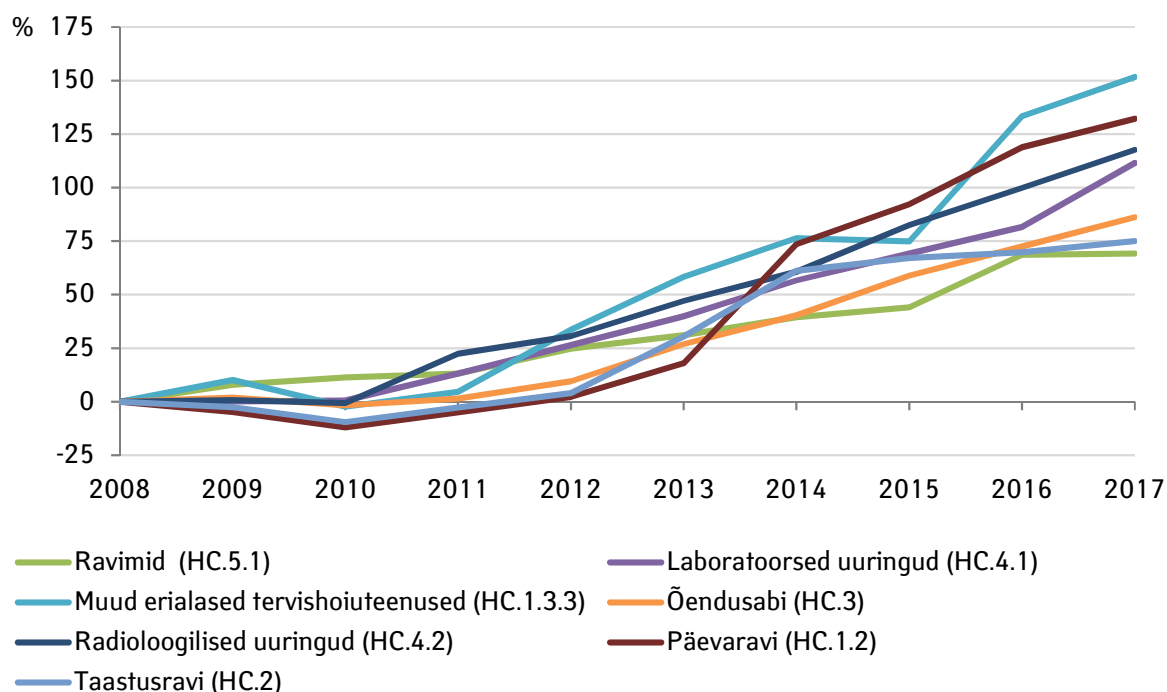


Joonis 2.10 Avaliku sektori tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi (eurot), 2008–2017

Kulutuste alusel suuruselt kolmas teenuste rühm avalikus sektoris olid ravimid ja muud meditsiinitooted 119 euroga. Peale ravimite kuuluvad sinna rühma ka kõik muud meditsiinilised mittekestvus- ja kestvuskaubad ambulatoorsetele patsientidele. Selle suure rühma kulutused jagunesid täpselt pooleks avaliku ja erasektori vahel. Avaliku sektori osatähtsus oli suurem retseptiravimitel – 65%, samuti olid suurema osatähtsusega kuulmisaparaadid, ortopeedilised ja muud abivahendid – 67%.

Joonisel näidatud muu aktiivravi, mille kulud olid 2017. a 115 eurot inimese kohta, hõlmab kõiki teisi aktiivravi teenuseid peale eraldi esitatud haiglaravi (HC.1.1) ja põhiliste meditsiiniteenuste (HC.1.3.1). Muu aktiivravi sisaldab seega ambulatoorse eriarstiabi, päevaravi, hambaravi ja koduse ravi teenuste avaliku sektori kulusid. Põhiliste meditsiiniteenuste hulgas on peale perearstiabi veel osa ambulatoorse eriarstiabi teenustest, kuhu saab pöörduda otse ilma perearsti saatekirjata. Muu aktiivravi rühma kuludest moodustavad ambulatoorse eriarstiabi kulud 45%, päevaravi 29% ja hambaravi 25%.

Erinevad ennetustegevused on eelkõige avaliku sektori teenused. Tervise seisundi jälgimise programmides, mis hõlmavad eelkõige töötervishoidu, on avaliku sektori osatähtsus 26%.



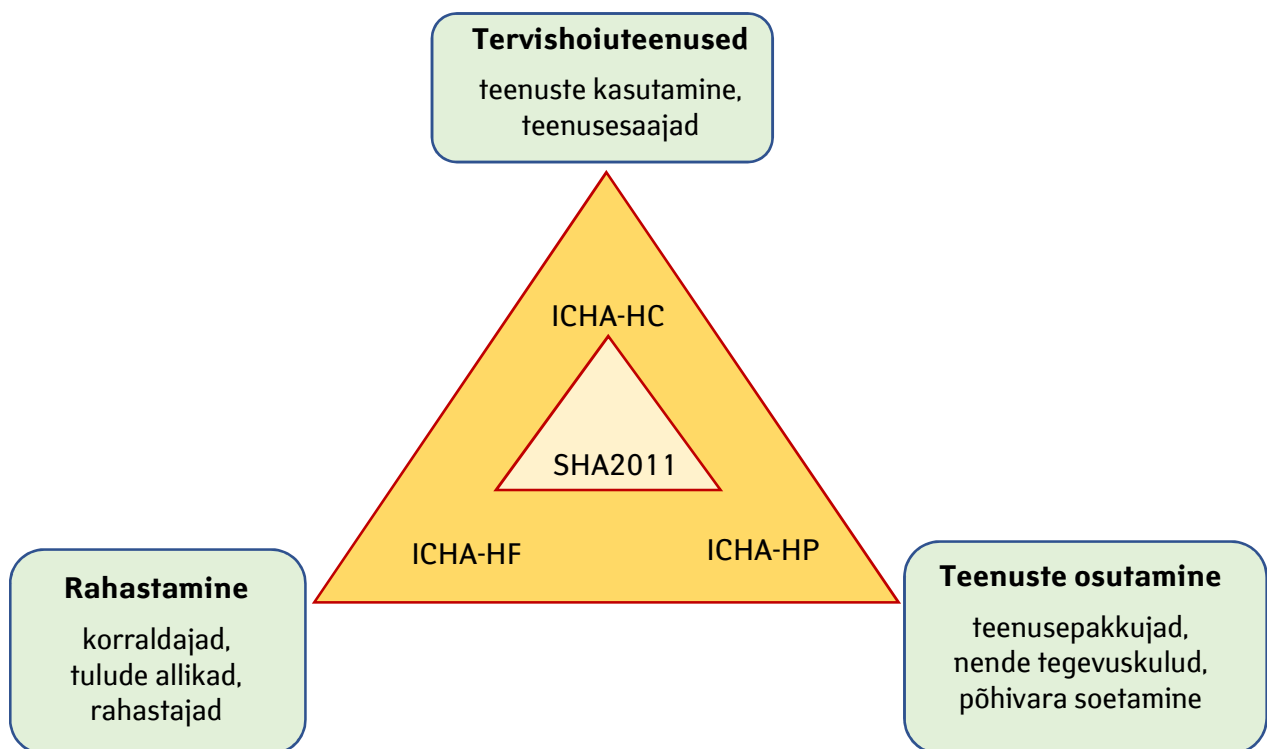
Joonis 2.11 Avaliku sektori kiirema kasvuga teenuste kulude muutused inimese kohta (%), 2008–2017

Kõige suurem kulude kasv avaliku sektori kuludes võrreldes 2008. aastaga toimus eriarstiabi, päevaravi, radioloogiliste ja laboratoorsete uuringute teenustes (joonis 2.11). Nende kulude puhul ületas juurdekasv 100%. Järgnevad õendusabi, taastusravi ja ravimid, mille tõus oli 70–80% piires. Madalama juurdekasvuga teenused võrreldes 2008. aastaga olid haiglaravi (31%) ja põhilised esmatasandi tervishoiuteenused (53%). Patsiendi transpordi (sh kiirabi), hambaravi ja ennetuse kulude tõus oli 60% lähedal.

3 Tervishoiukulude arvestusmetoodika

Eesti rakendab alates 2013. aastast tervishoiukulude arvestamisel OECD-WHO-Eurostat SHA2011 metoodikat. Tegemist on rahvusvaheliselt standardiseeritud raamistikuga, mida kasutatakse riikide tervishoiukulude süstemaatiliseks hindamiseks võrreldaval kujul. Aastate 2000–2012 tervishoiukulude arvestuse aluseks oli selle metoodika eelmine versioon SHA1.0. 2008.–2012. aasta tervishoiukulud on ümber arvatud uue metoodika järgi.

SHA2011 metoodika annab riikidele ette juhised tervishoiukulude liigitamiseks ning seda kasutavad kõik vastavate organisatsioonide liikmesriigid tervishoiukulude arvestamisel. SHA2011 põhiloendeid on kolm, mida omakorda saab edasi vaadelda täiendavate loendite alusel (joonis 3).



Joonis 3.1 SHA2011 põhiloendid ja põhimõte

Järgmised SHA2011 klassifikaatorid on koos koodide ja seletustega avaldatud TAI veebilehel: <http://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 avalikus tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis avaldatud tervishoiuteenuse osutajate (HP), rahastamismudelite (HF), teenuste (HC) ja rahastamisallikate tulude (FS) järgi ning põhivara investeringute (HK) kohta.

SHA2011 kasutamine on kohustuslik kõigile Euroopa Liidu 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>.

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 välja, kus toimus lõpptarbimine ja millise teenuseosutaja kaudu. 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 andmed kulutustest edasi vastavate teenuseosutajate ning tegevuste järgi. Praktiliselt tähendab liigitamine iga kulusumma märgistamist kõigi kasutatavate peamiste klassifikaatorite – 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 Eesti Haigekassa makstud ajutise töövõimetuse hüvitised.

Andmed tervishoiukulude arvutusteks on saadud paljudest allikatest ja kombineeritud omavahel. Näiteks ravimikulutuste andmed põhinevad nii haigekassa, sotsiaalministeeriumi kui ravimiameti andmetel. Andmeid kogutakse nii etteantud vormil, kui arvestatakse ka vabas vormis saadud teavet. Lisaks päringutele on kasutatud ühtlasi 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 füüsiliselt 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“ (<http://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/352>).

Andmeallikate loetelu:

- Eesti Haigekassa – ravikindlustuse hüvitiste (teenused ja kaubad, ennetus) kulud.
- Rahandusministeerium – 2017. a 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 tervishoiuvaldkonna projektide kohta; ostetud teenuste kulud;

viljatusravi kulud. Riigieelarve täitmise aruanded on algallikaks Sotsiaalministeeriumi haldusalas tehtud tervishoiukulutuste kohta.

- Analüüsi ja statistika osakond – sotsiaalhoolekande institutsionaalne ja abivahendite aruandlus.
- Tervise Arengu Instituut – tervisedenduse projektid ja programmid ning statistilised aruanded: Tervishoiualane majandustegevus, Ambulatoorsed visiidid, 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.

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

Ravimiamet. Ravimite müügistatistika.

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

Statistikaamet. Statistika andmebaas: Majandus. Rahvastik. <http://andmebaas.stat.ee/>.

Luts, H. Eesti tervishoiukulud 2013 – meetodika muutus. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2014

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

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

