

Tervishoiukulud 2015



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Tervise Arengu Instituut

Tervisestatistika osakond

Eesti tervishoiukulud 2015

Tallinn 2016

Tervisestatistika osakonna missioon:

Rahva tervis ja heaolu parema statistika ja informatsiooni kaudu

Koostajad: Marika Inno

Mare Ruuge

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

LÜHIKOKKUVÕTE

- Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st oli 6,5%.
- Eesti tervishoiukulud olid 2015. aastal 1,3 miljardit eurot.
- Ajavahemikul 2009–2015 kasvasid tervishoiukulud jooksevhindades 397 miljonit eurot, sellest 98 miljonit 2015. aastal.
- Jooksevhindades oli tervishoiukulude suurenemine 2015. aastal võrreldes eelneva aastaga 7,8%, püsivhindades oli juurdekasv 1,4%.
- Aastate 2009–2015 keskmine tervishoiukulude juurdekasv oli 6,2% aastas, püsivhindades 1,6%.
- Eesti Haigekassa kulud olid 856 miljonit eurot ja nende osatähtsus tervishoiukuludes oli 64,8%.
- Keskvalitsuse tervishoiukulud olid 122 miljonit eurot ja nende osatähtsus oli 9,2%.
- Leibkondade tervishoiukulutused olid 300 miljonit eurot ja nende osatähtsus oli 22,7%.
- Eesti tervishoiukulud ühe inimese kohta olid 2015. aastal 1006 eurot, millest avaliku sektori osa moodustas 761 eurot ja leibkondade osa 229 eurot.

SISUKORD

SISSEJUHATUS	5
1. EESTI TERVISHOIUKULUDE RAHASTAMINE	6
1.1 Tervishoiukulud ja sisemajanduse koguprodukt	6
1.2 Tervishoiu rahastamisallikad	9
1.3 Tervishoiukulude rahastamismudelid	11
2. TERVISHOIUKULUD TEENUSEPAKKUJATE JA TEENUSTE JÄRGI	21
3. TERVISHOIUKULUD ÜHE INIMESE KOHTA	26
4. TERVISHOIUKULUDE ARVESTUSMETOODIKA.....	29
KASUTATUD ALLIKAD.....	31

SISSEJUHATUS

Käesolev Tervise Arengu Instituudi sarja „Eesti tervishoiukulud“ kuuluv analüüs esitab ülevaate aastate 2009–2015 tervishoiukuludest.

Analüüsi eesmärgiks on kirjeldada tervishoiusüsteemi finantseerimist erinevate rahastamisallikate, rahastamismudelite, tervishoiuteenuste ja teenuseosutajate kaudu, kasutades OECD (Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon), WHO (Maailma Terviseorganisatsioon) ja Eurostati (Euroopa Liidu Statistikaamet) poolt väljatöötatud riigi tervishoiukulude arvestuse meetodikat SHA2011¹. Rahvusvaheliselt võrreldavad tervishoiukulude andmed on kättesaadavad OECD andmebaasis, tervise alajaotuses: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

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

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

Analüüsis esitatakse viimase kolme aasta jooksul tehtud meetodilise töö tulemusi andmekogumise süsteemi uuendamisel ning uue meetodika järgi eelnevate aastate ümberarvutatud andmeid. Ümberarvutusi on kavas jätkata, et teha andmekasutajatele kättesaadavaks võrreldavaid aegridu alates aastast 2000, kuid käesolevaks ajaks on ühtlustatud kujul avaldatud ning rahvusvahelistesse andmebaasidesse edastatud aastate 2009–2015 andmed.

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

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

¹ OECD meetodikat kasutatakse rohkem kui 100 riigis Tervishoiu arvepidamise nime all (*System of Health Accounts, SHA*). Kasutatakse väljendit riigi tervishoiu arvepidamine (*National Health Accounts, NHA*).

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5916161/KS-30-11-270-EN.PDF/655cbab0-4f9d-4d41-82bb-d39b6fb3f397?version=1.0> või TAI veebilehel

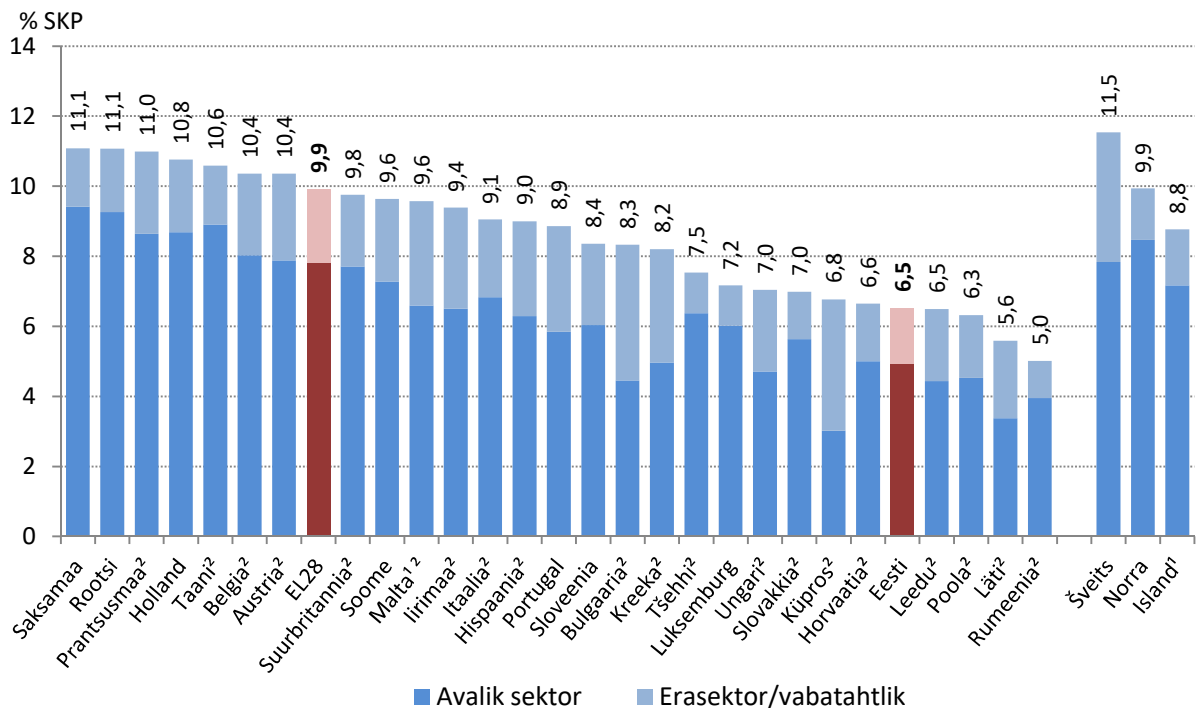
http://www.tai.ee/images/PDF/Metoodika/A_system_of_Health_Accounts_2011.pdf

1. EESTI TERVISHOIUKULUDE RAHASTAMINE

1.1 Tervishoiukulud ja sisemajanduse koguprodukt

Eesti tervishoiukulude kogumaht jooksevhindades oli 2015. aastal 1,321 miljardit eurot. Tervishoiukulud moodustasid sisemajanduse koguproduktist 6,5% (joonis 1.1.1).

Tervishoiukulusid mõjutavad tervishoiu rahastamise ja korraldamise süsteem, aga ka sotsiaalsed ja majanduslikud mõjutegurid. Tugev seos on üldise sissetulekute taseme ja selle vahel, kui palju kulutab riik tervishoiuteenustele. Tervishoiukulude üldist taset mõõdab suhe sisemajanduse koguprodukti.



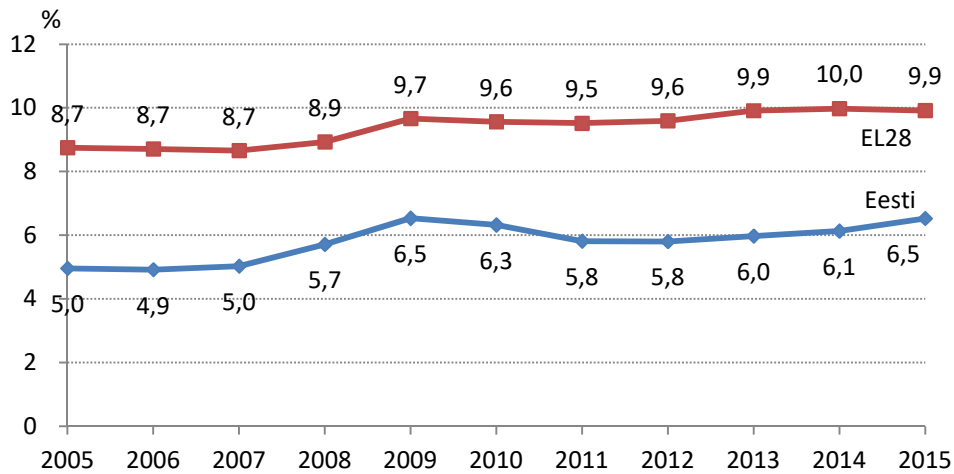
Joonis 1.1.1. Tervishoiukulude osatähtsus SKP-st, 2015

1. Sisaldab investeeringuid. 2. OECD prognoos.

Allikas: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

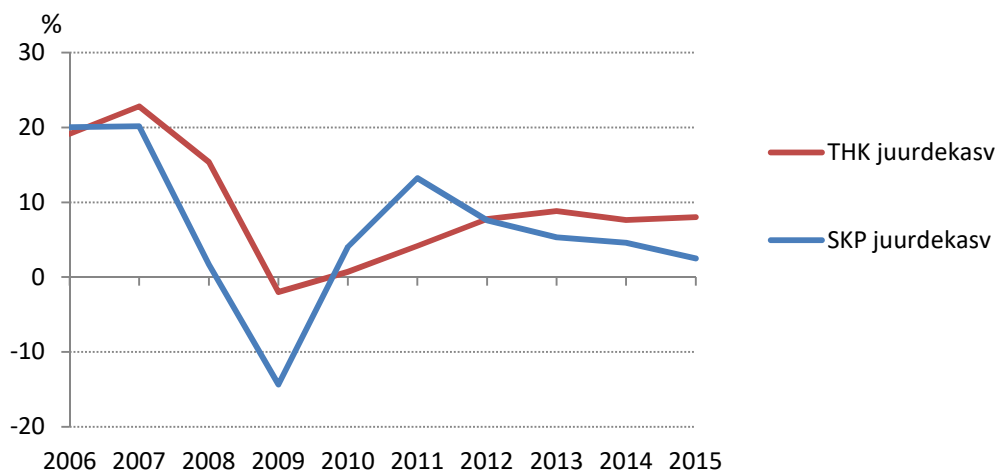
Eesti kuulub riikide hulka, kus tervishoiukulude osatähtsus SKP-st on üks madalmaid Euroopas, samal tasemel teiste Balti riikide, Poola ja Horvaatiaga. Euroopa Liidu keskmine (EL28) on 9,9%, Eesti näitaja on 64% keskmisest. Ühest küljest iseloomustab see Eesti tervishoiusüsteemi toimimise efektiivsust, teisalt aga seda, et enamikus teistes riikides on rahastatud suuremas valikus ja ulatuses

vajalikke tervishoiuteenuseid (vt tervishoiukulude rahvusvahelist võrdlust ühe inimese kohta jooniselt 3.3.).



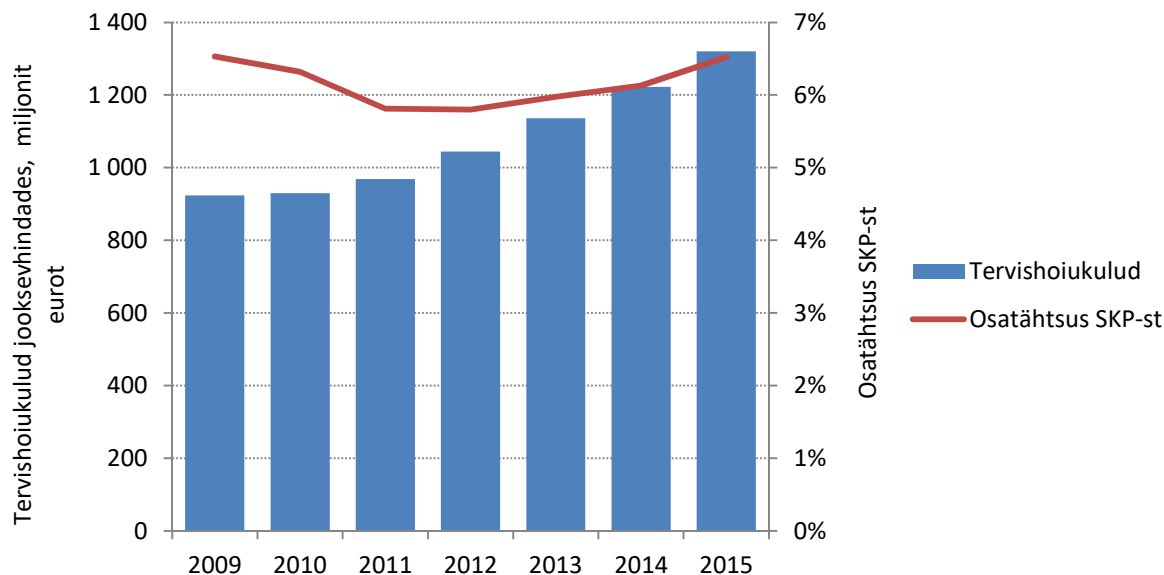
Joonis 1.1.2. EL28 ja Eesti tervishoiukulude osatähtsus SKP-st, 2005–2015

Tervishoiukulude osatähtsuse puhul SKP-st on mõtet jälgida taset, mitte niivõrd arvu komakohti. Kuna tegemist on kahe näitaja omavahelise suhtega, siis iga SKP või tervishoiukulude muutusega muutub mõnevõrra tulemus. Ühe aasta tulemust võib mõjutada märkimisväärselt seegi, kui tervishoiukulud ja SKP liiguvad erisuunaliselt või nagu juhtus 2009. aastal Eestis, kui SKP kahanes võrreldes eelneva aastaga 14% ja tervishoiukulud kahanesid 2% (joonis 1.1.2). Tervishoiukulude protsent SKP-st tõusis majanduslanguse aastatel 2008–2009 ja langes seejärel aastatel 2010–2011, millele on järgnenud tõus alates 2013. aastast. Kui vaadata siia kõrvale SKP ja tervishoiukulude muutusi (joonis 1.1.3), siis on ilmne, et tervishoiukulude muutused kajastavad üldiseid majandusmuutusi teatud viiteperioodiga.



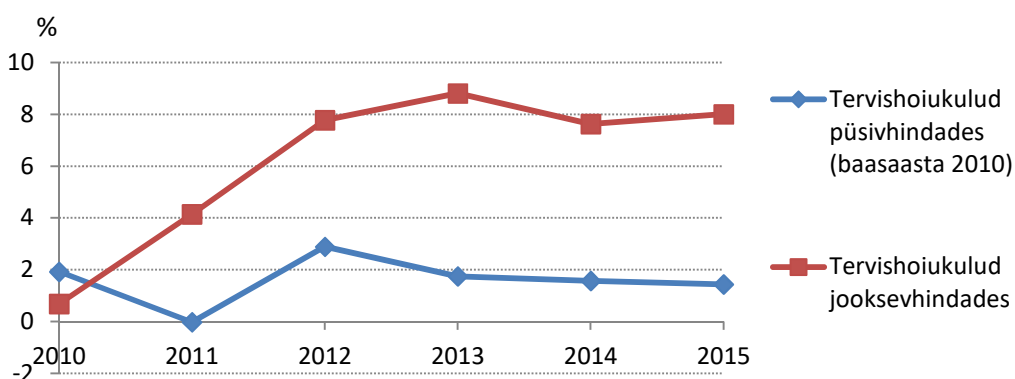
Joonis 1.1.3. SKP ja tervishoiukulude muutused, 2006–2015

Eesti tervishoiukulude ja sisemajanduse koguprodukti muutusi kõrvutades on näha, et 2010. ja 2011. aastal ületas SKP juurdekasv tervishoiukulude juurdekasvu, 2012. aastal olid need võrdsed (joonis 1.1.3) ning alates 2013. aastast on tervishoiukulud kasvanud sisemajanduse koguproduktist kiiremini.



Joonis 1.1.4. Eesti tervishoiukulude osatähtsus SKP-st ja tervishoiukulud jooksevhindades, 2009–2015

Kuigi tervishoiukulud on tõusnud alates 2009. aasta 924 miljonist eurost 1324 miljoni euroni 2015. aastal (joonis 1.1.4) järjepidevalt, on kulude osatähtsus SKP-st sõltuvalt SKP muutustest liikunud 2010–2011 vastupidiselt. 2015. aastaks on tervishoiukulude osatähtsus SKP-st jõudnud samale tasemele 2009. aasta näitajaga.

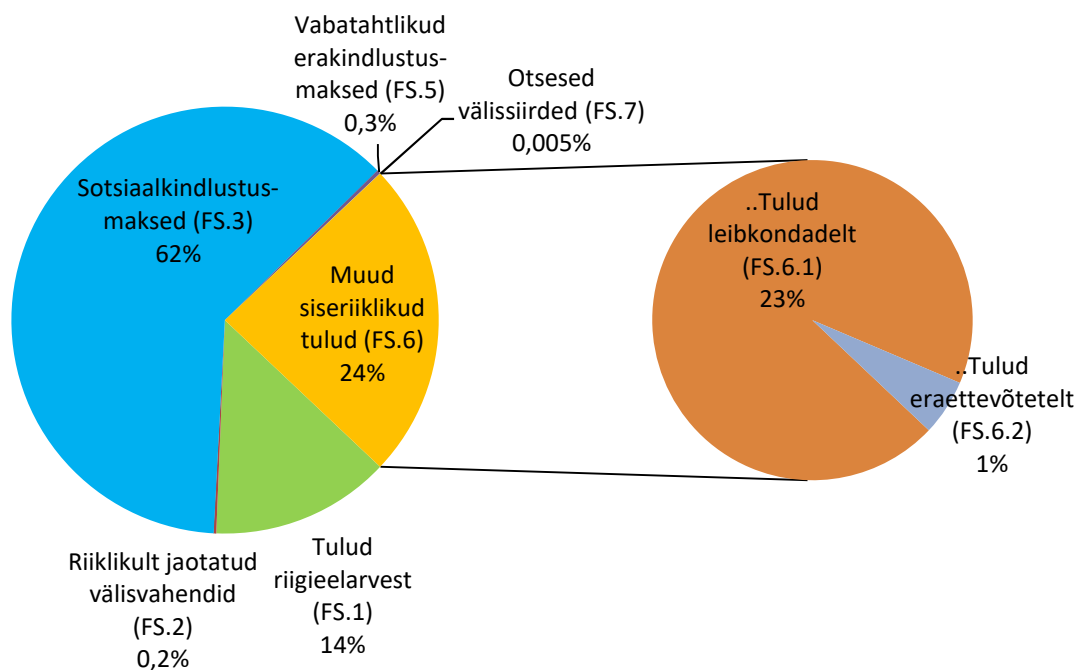


Joonis 1.1.5. Tervishoiukulude kasv ja reaalkasv, 2010–2015

Kui jooksevhindades oli tervishoiukulude suurenemine 2015. aastal võrreldes eelmise aastaga 7,8%, siis püsivhindade² alusel oli reaalkasv 1,4% (joonis 1.1.5). Aastate 2009–2015 keskmine tervishoiukulude kasvutempo oli 6,1% aastas, reaalkasv 1,6%. 2015. aasta tervishoiukulud olid jooksevhindades 43% suuremad 2009. aasta kuludest, püsivhindades oli suurenemine 10%.

1.2 Tervishoiu rahastamisallikad

Eesti tervishoiu rahastamiseks kogutakse vahendeid kolme peamise allika kaudu: sotsiaalkindlustusmaksed (2015. aastal 62%), muud siseriiklikud tulud nagu leibkondade ja eraettevõtete tulud (24%) ning riigieelarve tulud (14%). Sotsiaalkindlustusmaksed on tööandja poolt makstav sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa (13% töötaja palgast). Muude siseriiklike tulude hulka loetakse inimeste omaosalus tervishoiukuludes ja ettevõtete kulud tervishoiuteenustele (sh töötervishoiule). Eestis moodustab leibkondade omaosalus muust siseriiklikust tulust valdava osa, 93–94%.



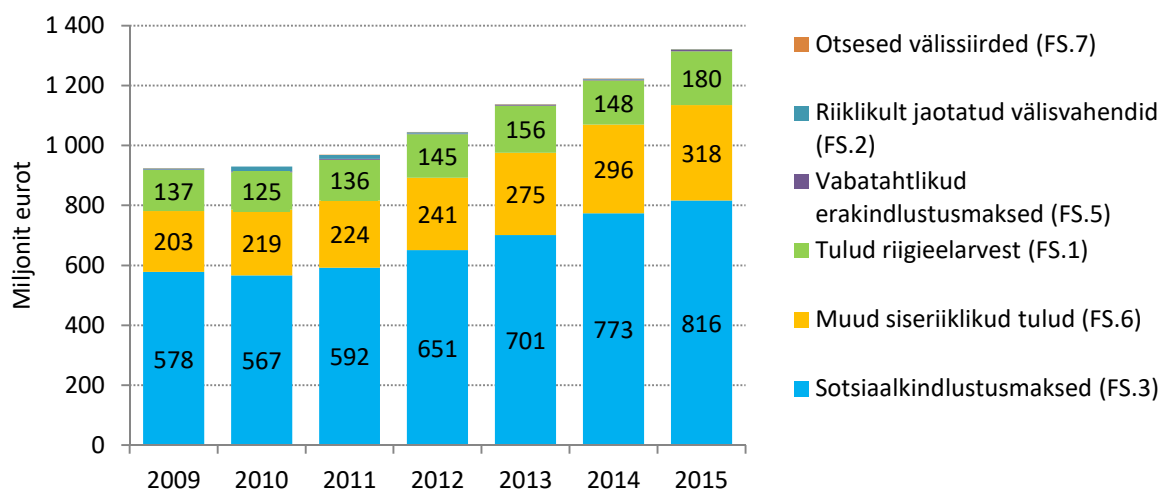
Joonis 1.2.1 Tervishoiukulud rahastamisallikate järgi, 2015

Välisvahendite (nii otseste kui riigi poolt jaotatud) osa tervishoiukuludes on rahastamisallikate puhul minimaalne. See näitab Eesti tervishoiusüsteemi jooksvate kulude rahastamise sõltumatust välisvahenditest. Ka erakindlustuse rahastamiskeemid ei ole Eestis levinud ja ei oma mõju süsteemile.

² Püsivhind — Kauba või teenuse väärtus võrdlusperioodi (siin baasaasta 2010) keskmistes hindades. Kaupade ja teenuste hinnaindeksiga deflateeritud jooksevhind.

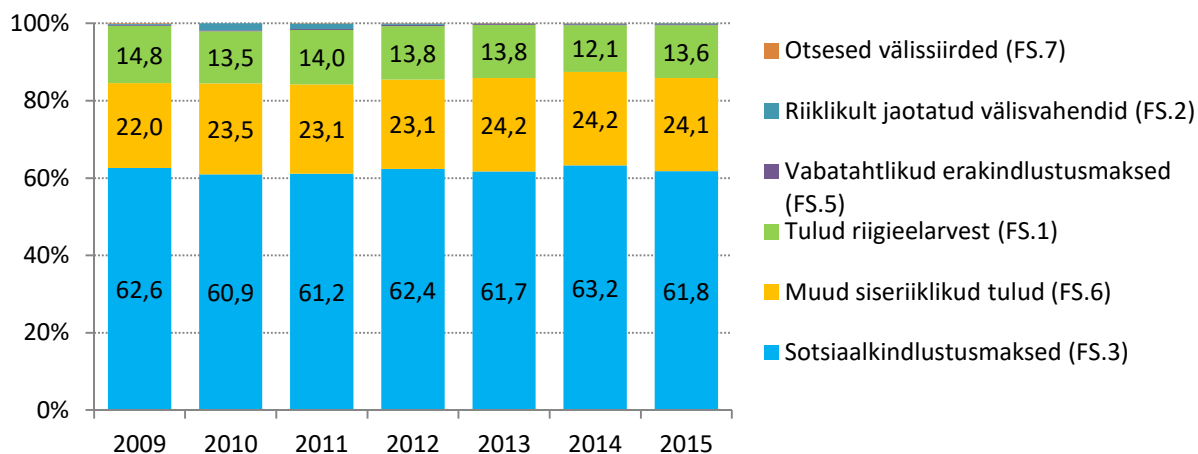
Eesti tervishoiusüsteemi rahastamises ei ole toimunud viimase seitsme aasta jooksul erilisi muutusi. Kõik rahastamisallikad panustavad jätkuvalt kasvule enam-vähem proportsionaalselt. Uusi rahastamisallikaid ei ole selle perioodi jooksul lisaks tekkinud.

Aegreas aastatest 2009–2015 (joonis 1.2.2) paistab välja 2010. aasta kui erandlik aasta, mil riigieelarve tulud ja sotsiaalkindlustusmaksed kahanesid jooksevhindades võrreldes eelneva aastaga, samal ajal kui muude siseriiklike tulude osas tõus jätkus. Riigieelarve tulusid kasutati tervishoiukuludeks aastal 2014 vähem kui 2013. aastal. Muude siseriiklike tulude tõus jäi 2011. aastal mõõdukaks, kasv oli 5 miljonit eurot ehk 2%. 2013. aastal suurenesid siseriiklikud tulud 14%, ülejäänud aastatel oli kasv ühtlaselt 8% aastas.



Joonis 1.2.2. Tervishoiukulude jagunemine rahastamisallikate järgi, 2009–2015

Tervishoiukulude struktuuris rahastamisallikate järgi on toimunud muude siseriiklike tulude osatähtsuse suurenemine, mis on püsinud kolm viimast aastat samal tasemel (joonis 1.2.3). Riigieelarve tulude seisukohalt oli erandlikum aasta 2014, millal nende osatähtsus jäi eelnevatest aastatest ja järgnevast 2015. aastast väiksemaks. Sotsiaalkindlustusmaksete osatähtsus on olnud antud perioodil vahemikus 60,9–63,2%, madalaim aastal 2010 ja kõrgeim aastal 2014.



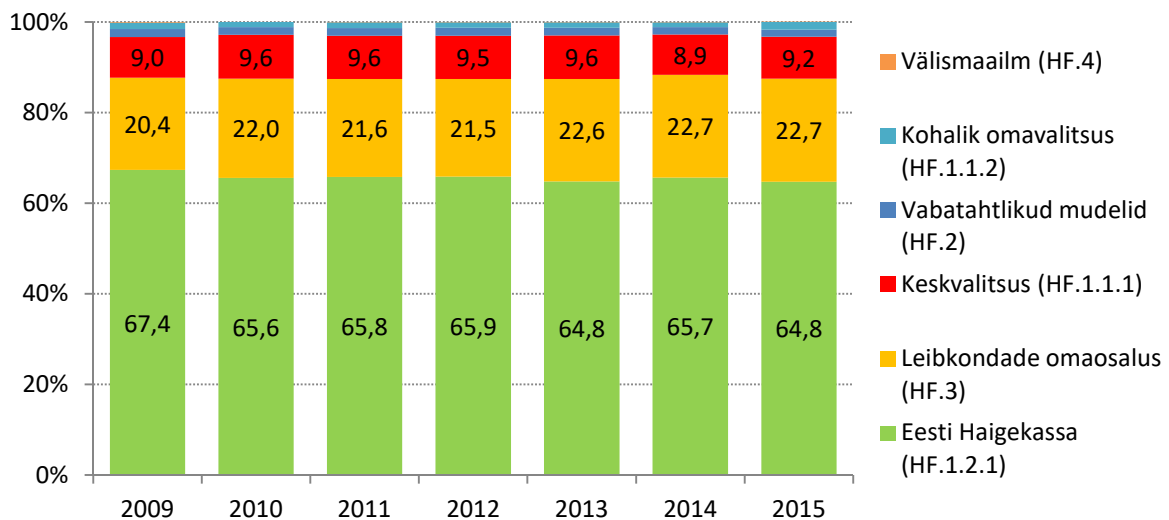
Joonis 1.2.3. Tervishoiukulude struktuur rahastamisallikate järgi, 2009–2015

1.3 Tervishoiukulude rahastamismudelid

Eesti tervishoidu rahastatakse kolme peamise rahastamismudeli kaudu. Need on riiklik ravikindlustus ehk Eesti Haigekassa, leibkonnad ning valitsus.

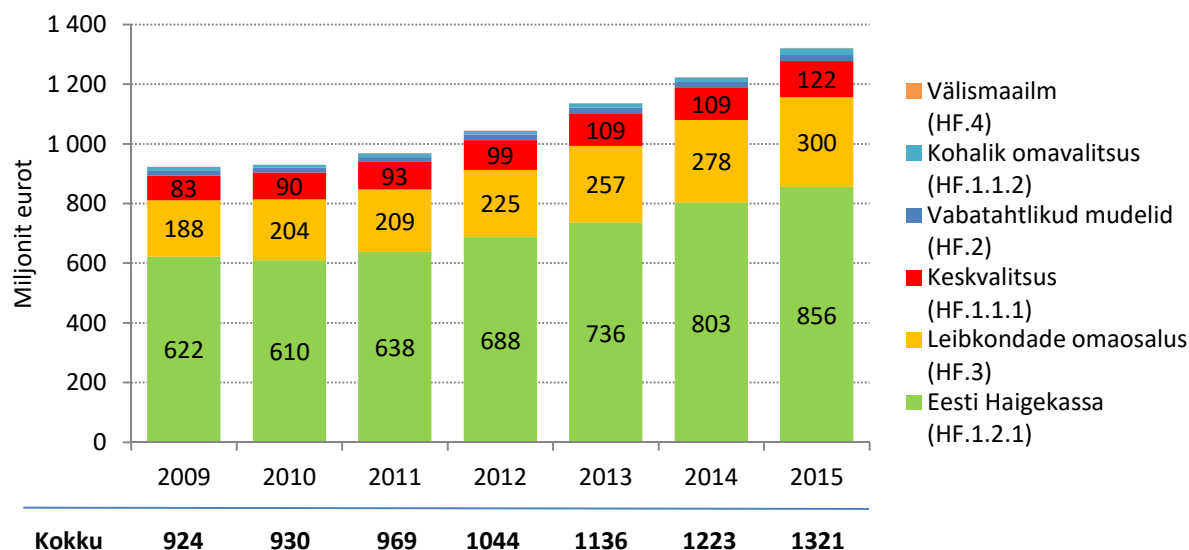
2015. aastal rahastati riikliku ravikindlustuse ehk Eesti Haigekassa (EHK) poolt 64,8%, leibkondade omaosalusest ehk inimeste kulutustest tervishoiuteenustele ja kaupadele 22,7% ning keskkvalitsuse poolt 9,2%. Vabatahtlikel tervishoiu rahastamismudelitel on Eesti tervishoiukuludes üsna väike osatähtsus, 2015. aastal 1,6%. Kohalike omavalitsuste rahastamise osa oli 1,7%. Väga väike on välismaailma otserahastamise osa, sest tervishoiuvaldkonna välisrahastamine toimub valdavalt keskkvalitsuse kaudu.

Rahastamismudelite struktuur on olnud püsiv läbi vaadeldavate aastate, kuigi aasta-aastalt on kõigi mudelite kulud suurenenud (v.a 2010. a EHK vähenemine). Kesk- ja kohalike omavalitsuste osatähtsus on kõigil aastatel olnud 10–11% ning vabatahtlike rahastamismudelite osa 1,6–1,8%. Pisut on tervishoiukuludes vähenenud EHK osatähtsus (2009. aastal 67% ja 2015. a 65%). Sellevõrra on tõusnud leibkondade omaosalus (2009. a 20% ja 2015. a 23%).



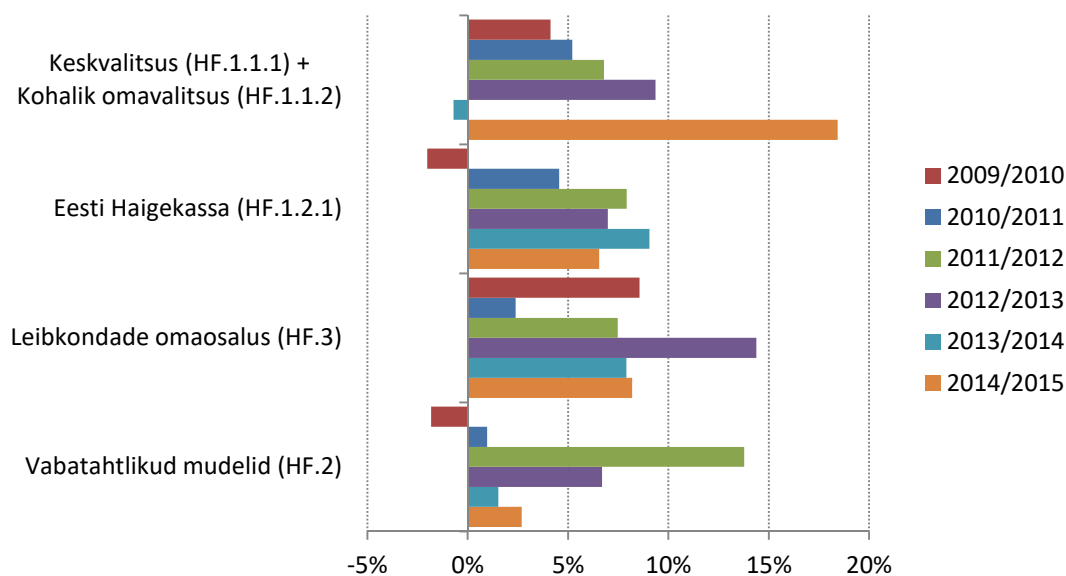
Joonis 1.3.1. Tervishoiukulude jagunemine rahastamismudelite järgi, 2009–2015

Ajavahemikul 2009–2015 on tervishoiukulud kasvanud 397 miljonit eurot, sellest 98 miljonit 2015. aastal.



Joonis 1.3.2. Tervishoiukulud rahastamismudelite järgi, 2009–2015

Nagu eespool nimetatud, on peaaegu kõigi tervishoiukulude rahastajate kulutused jooksevhindades aastatel 2009–2015 kasvanud (joonis 1.3.3).



Joonis 1.3.3. Tervishoiukulude aastane juurdekasv rahastamismudelite järgi, 2009–2015

Keskvalitsuse puhul oli perioodi keskmine aastane juurdekasv 7%, jäädes enamiku aastate puhul vahemikku 7–10%, madalaimaks aastal 2011 ning ületades 10% piiri aastal 2015. Eesti Haigekassa panustatud summade juurdekasv on kõige ühtlasem, keskmiselt 6% aastas, erandiks vaid aasta 2010 langus. Leibkondade omaosaluse kulud on suurenenud keskmiselt 8% aastas, eranditena aastad 2011, mil tõus oli vaid 2% ning 2013, kui suurenemine oli 14% võrreldes eelneva aastaga.

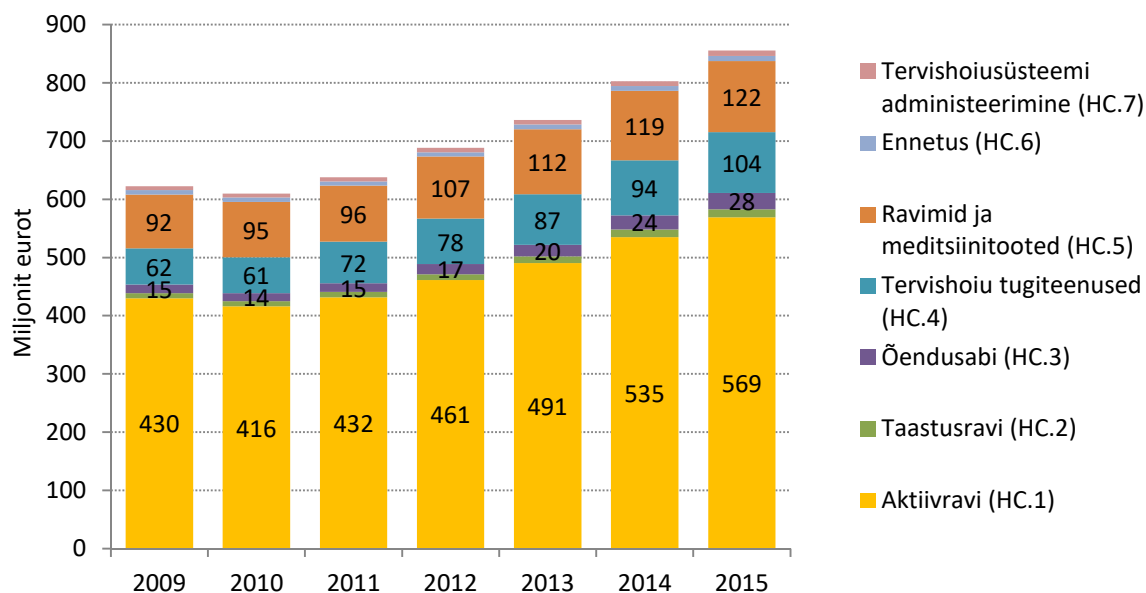
Kui kohalikud omavalitsused kulutasid tervishoiule 2014. aastal veidi vähem kui 2012. ja 2013. aastal, siis 2015. aasta kuludes toimus suurem tõus – 25%.

Peaaegu kaks kolmandikku tervishoiukuludest katab **Eesti Haigekassa**, kogusummas 856 miljonit eurot. EHK tervishoiukulud kasvasid 2015. a võrreldes eelneva aastaga 53 miljonit eurot ehk 6,6%. 2014. a oli kasv võrreldes eelneva aastaga 9,1%.

2015. aastal suurenes sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa laekumine 7%, 2014³. aastal 8%. Teenuste kulud muutusid aga järgmiselt:

	2014. aastal	2015. aastal
Üldarstiabi	+8%	+12%
Eriarstiabi	+10%	+6%
Õendusabi	+19%	+16%
Hambaravi	+4%	+9%
Kulud ravimitele	+6%	+3%

Absoluutsummas moodustasid EHK tervishoiukuludest 2015. aastal suurima osa kulutused haiglaravile — 294 miljonit ehk 34% (281 miljonit eurot aastal 2014) (joonis 1.3.4). Ambulatoorne üld- ja eriarstiabi hõlmas EHK kulutustest peaaegu 28% ehk 237 miljonit eurot (2014. a: 219 miljonit eurot). Retseptiravimite kompensatsioon moodustas EHK tervishoiukuludest 14% ehk 114 miljonit eurot (2014. a: 110 miljonit eurot).



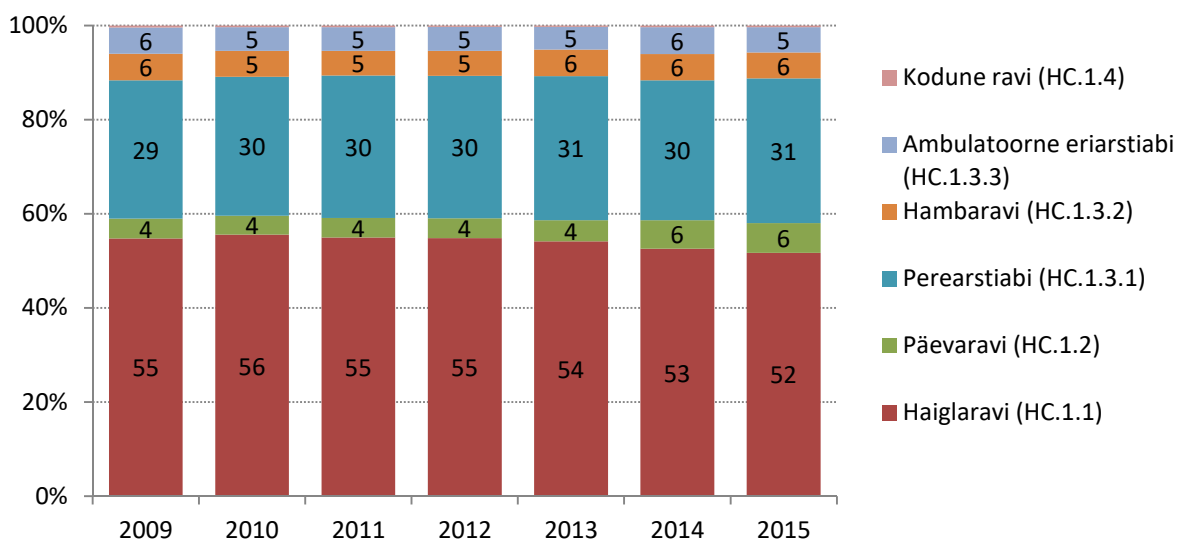
Joonis 1.3.4. Haigekassa tervishoiukulud teenuserühmade järgi, 2009–2015

Läbi aastate on EHK kulude struktuur püsinnud suhteliselt stabiilne, väikeste muudatustega. EHK kui peamise tervisvaldkonna rahastaja ülesanne on tagada arstiabi eri tasandite rahastamise püsivus ning ravikindlustuse jätkusuutlikkus. Lisaks tervishoiuteenustele tuleb tagada inimestele tugi ka

³ EHK aastaraamat

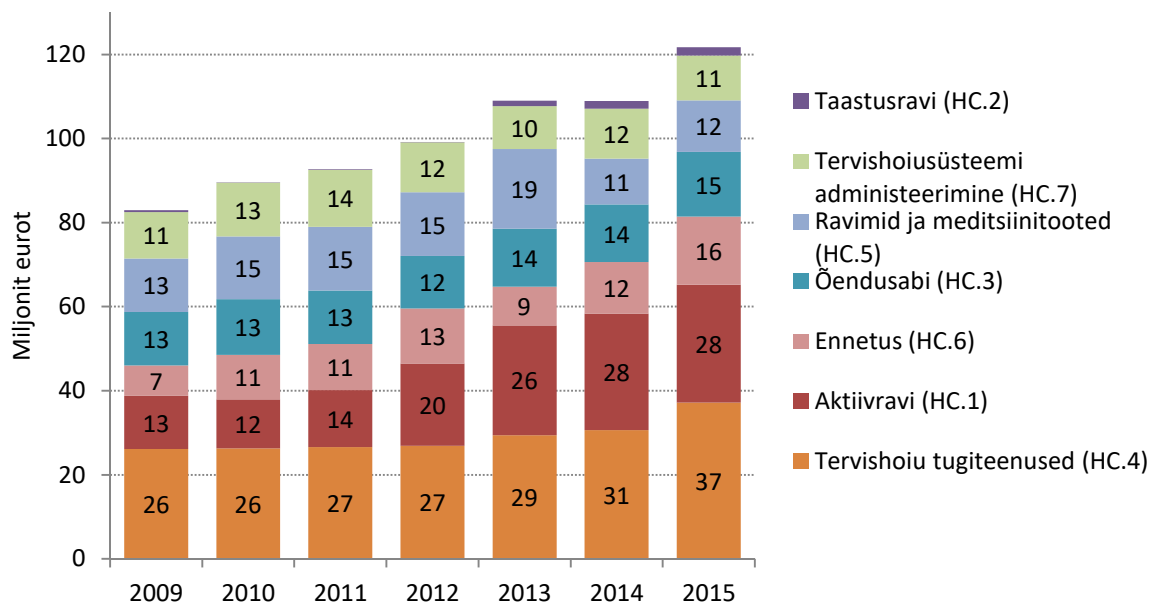
vajalike ravimite ja meditsiiniseadmete ostmisel. Kulude struktuuris teenuste põhirühmade järgi on ajavahemikul 2009–2015 mõnevõrra vähenenud aktiivravi (69%-lt 67%-ni) ning suurenenud tugiteenuste nagu radioloogiliste ja teiste uuringute kulude osatähtsus (10%-lt 12%-ni). Õendusabi kulude osatähtsus on alates aastast 2012 olnud 3%, enne seda 2%. Meditsiinitorude kulude osatähtsus oli 2015. aastal 14%, eelmistel aastatel 15% ning 2010. aastal isegi 16%. Vähenemine on toimunud retseptiravimite kulude osas.

Aktiivraviteenuste kuludes aastatel 2009–2015 moodustab haiglaravi järel teise suurema rühma perearstiabi ehk põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused, umbes 30% (joonisel 1.3.5). Haiglaravi osatähtsus on vaadeldaval ajavahemikul vähenenud 55%-lt 52%-ni ning päevaravi osatähtsus tõusnud neljalt kuue protsendini.



Joonis 1.3.5. Haigekassa tervishoiukulude jagunemine aktiivrais, 2009–2015

Eesti tervishoiukuludes 9%-st osatähtsust omava **keskvalitsuse** kaudu tehtud kulutused on esitatud joonisel 1.3.6. Kui 2014. aastal jäid keskvalitsuse kaudu tehtud kulud eelneva aasta tasemele, siis 2015. aastal oli suurenemine 12%. Absoluutsummas olid keskvalitsuse kulutused tervishoiule 2014. aastal 109 miljonit eurot ja 2015. aastal 122 miljonit eurot.



Joonis 1.3.6. Keskvalitsuse tervishoiukulud teenuserühmade järgi, 2009–2015

Kõige suurema osa keskvalitsuse kuludest moodustasid tervishoiu tugiteenuste kulud, millest valdav enamus on kiirabiteenuse finantseerimine. Need kulutused suurenesid 2014. aastaga võrreldes viiendiku ehk 6,7 miljonit eurot. Nii moodustasid kiirabi ja patsientide transpordiga seotud kulud 2015. aastal 29% keskvalitsuse tervishoiukuludest, 2014. aastal vähem — 26,5%. Teine suurem kulugrupp oli aktiivravi, mis keskvalitsuse tervishoiukulutustest hõlmas 23%. Aktiivravi rahastamine jäi peaaegu 2014. aasta tasemele ja tõus oli vaid 0,9%. Aktiivravi teenustest rahastab keskvalitsus ravikindlustuseta isikute vältimatut abi, vanglate ja kaitseväge tervishoiuteenuseid ning ööpäevaringseid hoolekandeteenuseid. Suuruselt kolmandaks rühmaks tõusis 2015. aastal keskvalitsuse kaudu rahastatavatest teenustest ennetus (sisaldab HIV ja tuberkuloosi programme ja immuniseerimist) 13%-ga, samal tasemel oleva õendusabi kõrvale. Kuigi taastusravi kulud moodustavad vaid 1,7% keskvalitsuse kuludest tervishoiule, on märgatav selle rühma kulude kasv vaatamata küllaltki suurtele kõikumistele. 2015. aastal suurenesid keskvalitsuse taastusravikulud 11%.

Ligikaudu 90% keskvalitsuse tervishoiukuludest rahastatakse Sotsiaalministeeriumi kaudu. Sotsiaalministeeriumi kaudu tehtud kulutused moodustasid aastatel 2009–2015 keskmiselt 8,5% tervishoiukuludest.

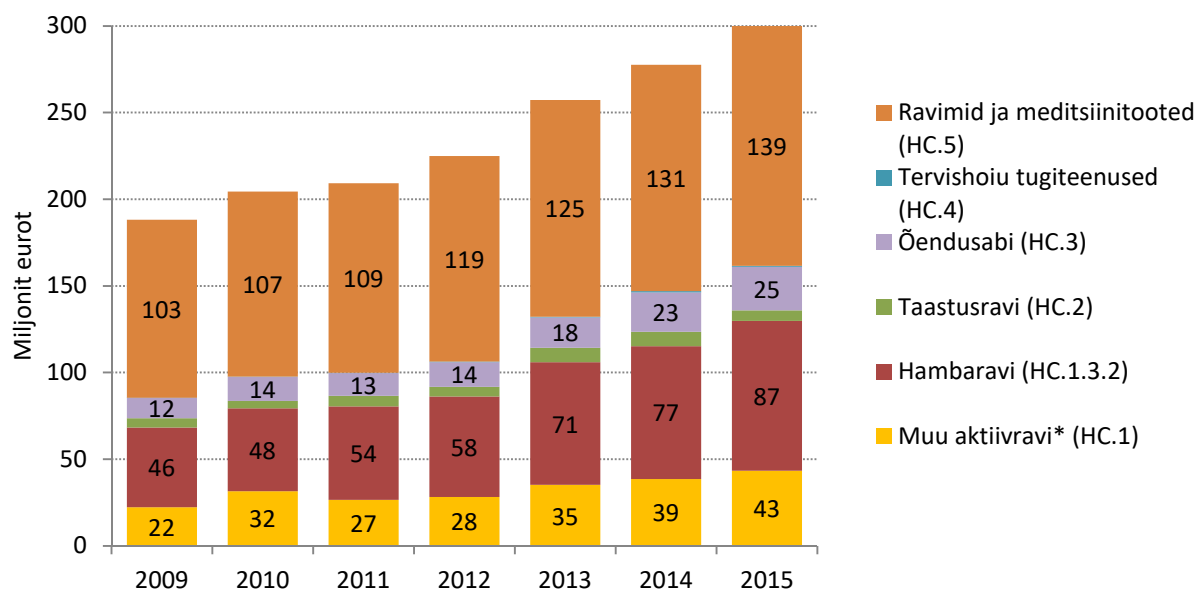
Leibkondade omaosalus koosneb EHK poolt hüvitavate tervishoiuteenuste ja -kaupade puhul inimeste kohustuslikust omaosaluse tasust ning ülejäänud teenuste puhul, mis ei kuulu EHK poolt hüvitatavate teenuste ja ravimite loetelusse, nende eest makstud kuludest.

Leibkondade omaosalus moodustas tervishoiukuludest 2015. aastal nii nagu ka 2014. aastal 22,7%. 2014. aastal olid leibkondade tervishoiukulud 278 ja 2015. aastal 300 miljonit eurot. Kulude suurenemine võrreldes eelmise aastaga oli 8,2%, mis oli 0,4 protsendipunkti suurem üldisest tervishoiukulude kasvust.

Praeguse leibkondade omaosaluse taseme juures on Eesti nii OECD kui WHO hinnangul hoiatavas ja ettevaatlikkusele kutsuvas tsoonis (15–30% tervishoiukuludest). Sellisel omaosaluse tasemel on tervishoiuteenuste kasutamine vähemkindlustatud elanikele kulukas ja toob kaasa riski jääda õigeaegse arstiabita või abi kasutamisel sattuda veel suuremasse vaesusse. Samas on Eesti Rahvastiku Tervise Arengukavas 2009–2020 seatud omaosaluse maksimaalseks piiriks 25%. Viimastel aastatel on omaosaluse protsent tasapisi tõusnud, kuid püsib veel seatud piiride raames.

Leibkondade kulutustes on suurem osatähtsus teenustel, mille puhul avaliku sektori osa rahastamises on väiksem ning inimeste endi omaosalus on suurem. Kõige kulukamas tervishoiuteenuses, haiglaraviteenuses, on inimeste omaosalus kõige väiksem, kuid kõigi tervishoiuteenuste peale kokku moodustavad just haiglaravikulud suurima osa. Niisamuti ei tule leibkondade kulutustes esile perearstiabi kulud.

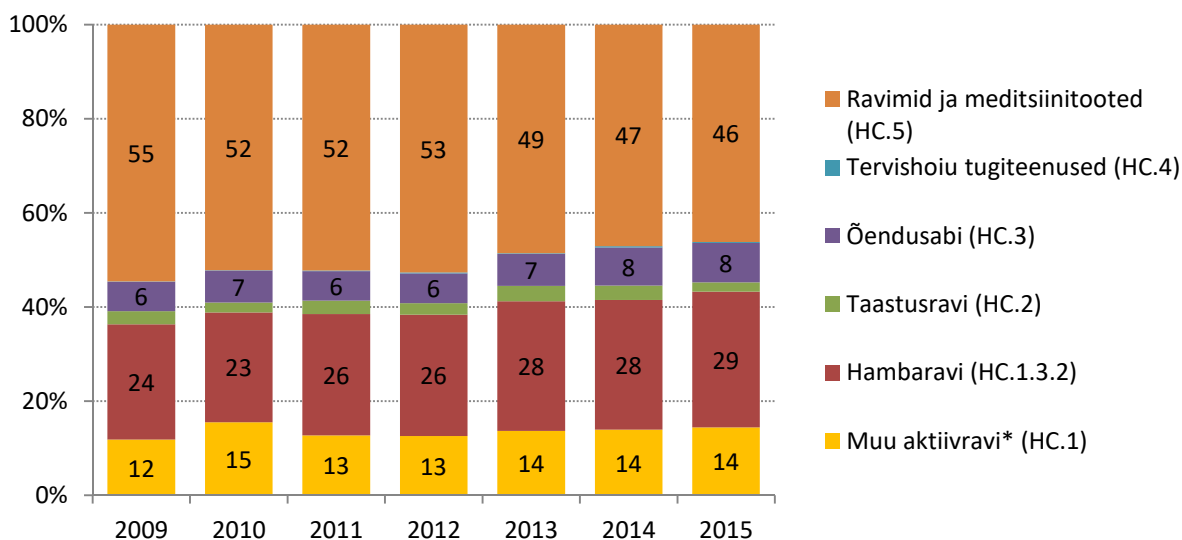
Tervishoiuteenuste rühmade järgi on inimeste kuludes kõige suurem osa läbi aastate olnud ravimitel ja meditsiinilistel ning aktiivraviteenustel, mis sisaldavad leibkondade puhul peamiselt hambaravi ja ambulatoorse eriarstiabi kulusid (joonis 1.3.7).



Joonis 1.3.7. Leibkondade tervishoiukulud teenuste järgi, 2009–2015

* Muu aktiivravi – siin kõik muud aktiivraviteenused kokku peale hambaravi, st haiglaravi, päevaravi, perearstiabi, ambulatoorne eriarstiabi ja kodune ravi.

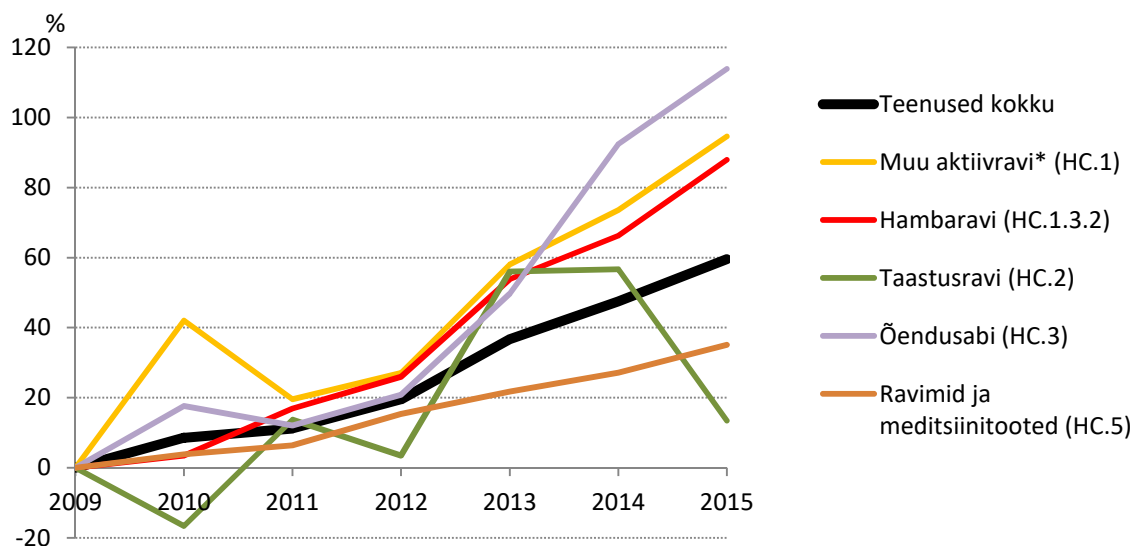
Leibkondade kulutustest üksikute teenuste järgi moodustasid kulutused hambaravile 2015. aastal suurima osa aktiivravi teenustest – 29%. Retseptiravimitele kulus leibkondade tervishoiukulutuste eelarvest 22% ja käsimüügiravimitele 16%. Õendushooldusteenustele kulutati 8%, ambulatoorsele eriarstiabile 12% ning erinevatele meditsiiniseadmetele (sh prillidele) 8% tervishoiukuludest. Kulude struktuur oli seejuures väga sarnane 2014. aastaga.



Joonis 1.3.8. Leibkondade tervishoiukulude struktuur teenuserühmade järgi, 2009–2015

* Muu aktiivravi – siin kõik muud aktiivraviteenused kokku peale hambaravi, st haiglaravi, päevaravi, perearstiabi, ambulatoorne eriarstiabi ja kodune ravi.

Aastate 2009–2015 jooksul on leibkondade kulude struktuuris teenuste järgi te ja meditsiinitoodete osa vähenenud (joonis 1.3.8). Esimene väiksem vähenemine toimus aastal 2010 ja teine suurem alates aastast 2013, kahanemine jätkus ka aastatel 2014 ja 2015. Kui 2009. aastal oli ravimite ja meditsiinitoodete osatähtsus 55%, siis 2015. aastaks oli näitaja vähenenud 46%-ni. Suurim mõjutaja on siin olnud järjest laiem geneeriliste ravimite kasutamine, samuti Haigekassa poolt kompenseeritavate meditsiiniseadmete loetelu täiendamine. Koos kaupade – ravimite ja meditsiinitoodete – kulude osatähtsuse vähenemisega on suurenenud leibkondade kuludes teenuste osatähtsus, sealhulgas aktiivraviteenuste osa 36%-lt 43%-le ja õendusabi osa 6%-lt 8%-le. Taastusravikulude osatähtsus on väikeste kõikumistega olnud 2–3% piires. Võrreldes 2014. aastaga vähenesid 2015. aastal inimeste kulutused taastusravile kolmandiku võrra, vähenemine toimus ambulatoorsete taastusraviteenuste kasutamises.



Joonis 1.3.9. Leibkondade tervishoiukulude juurdekasv teenuserühmade järgi, 2009–2015, 2009=0%

* Muu aktiivravi – siin kõik muud aktiivraviteenused kokku peale hambaravi, st haiglaravi, päevaravi, perearstiabi, ambulatoorne eriarstiabi ja kodune ravi.

Kõige kiiremini on perioodil 2009–2015 (joonis 1.3.9) kasvanud leibkondade kulud õendusabile (2,1 korda) ning hambaravile ja sellest ülejäänud aktiivravile (1,9 korda). Ravimite ja teiste meditsiinivahendite kulud kasvasid 1,4 korda. Taastusravi kulude suurenemine on toimunud tõusude ja mõõnadega.

Kulutuste muutusi võib võrrelda muutustega tervishoiuteenuste kasutamises. Tervise Arengu Instituudi (TAI) kogutava statistika alusel on hambaravi visiitide arv pärast 2010. aasta langust (-4%) järjepidevalt tõusnud, pisut vähem kui 1% aastas, erandiks 2014. a tõus - 2,4%. Muutus on toimunud 15-aastaste ja vanemate isikute hambaravivisiitide suurenemise tõttu, sest kuni 14-aastaste laste puhul on visiitide arv hoopis kerges languses. Põhjuseks ei ole siin laste arvu vähenemine rahvastikus, sest ka visiitide kordaja 1000 samas vanuses lapse kohta on alates 2009. aastast olnud pidevas languses.

Proteesivisiitide arv langes 2010. ja 2011. aastal, järgnes tõus aastani 2014, mil visiitide arv ületas 2009. aasta taseme ja 2015. a oli taas 2%-line langus.

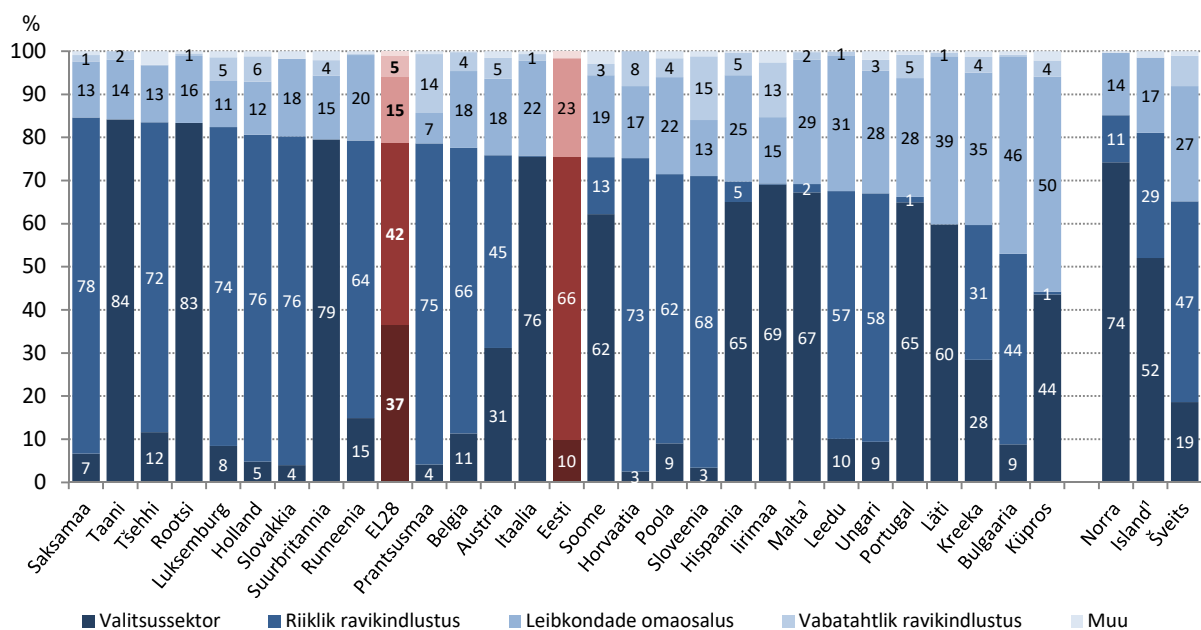
Kuni 14-a laste ortodontilise ravi puhul toimus suurem tõus 2011. aastal, edasine trend on olnud langev. Seevastu 15-a ja vanemate inimeste ortodonti visiitide arv pärast 2010. a kümneprotsendilist langust on tõusnud hoogsalt – vähemalt 9% aastas.

Ambulatoorse arstiabi kasutamises oli 2010. aasta languse aasta, millele järgnes 2011. aastal suurem kahanemist kompenseerinud tõus ning edasi on toimunud muutused aasta-aastalt väikeste kõikumistega. 2010. aastal vähenes eriarsti vastuvõttude arv võrreldes eelneva aastaga 2% (0–14-a lastel 4%, 15-a vanematel 1%). 2015. aastal moodustas eriarsti vastuvõttude arv täiskasvanutel 99,5% ja lastel 92% 2009. a vastuvõttude arvust. Arsti koduvisiitide arv on langenud üsna järsult: 2015.

aasta perearsti koduviitide arv moodustas 0–14-a lastel 30% ning 15-aastastel ja vanematel 47% 2009. aasta koduviitide arvust.

Haiglaravi kasutamise juures vähenes haiglast lahkunute arv keskmiselt 0,8% aastas, erandiks oli aasta 2013, kui haiglast lahkunute arv suurenes eelmise aastaga võrreldes 1,6%. Aktiivravi (voodiprofiilidel) hospitaliseeritute arv on samamoodi olnud väheneva suunaga, suuremad langused võrreldes eelneva aastaga olid aastatel 2012 (3%), 2014 ja 2015 (2%). 2015. aastal võrreldes 2009. aastaga oli hospitaliseerimisi aktiivravis 7% vähem, aga statsionaarses õendusabis 31% rohkem. Statsionaarses õendusabis on hospitaliseeritute arv peaaegu igal aastal kasvanud — perioodi keskmine juurdekasv oli 5% aastas, kuid kasvu ei toimunud aastal 2011 ning 2015. aastal oli hoopis 5% langus võrreldes eelneva aastaga. Päevaravi kasutamise juures oli erandlik aasta 2011, mil võrreldes eelmise aastaga suurenes päevaravilt lahkute arv 13%, perioodi keskmine suurenemine oli 5,6% aastas. Võrreldes 2009. aastaga suurenes 2015. aastaks päevaravilt lahkunute arv 38%.

Õendustöötajate iseseisev töö on aastatel 2009–2015 suurenenud: ambulatoorsed vastuvõtud keskmiselt 17% aastas, koduviidid 6% aastas. Võrreldes 2009. aastaga tehti 2015. aastal vastuvõtte kaks ja pool korda rohkem ning koduviite 44% rohkem.



Joonis 1.3.10. Tervishoiukulude jagunemine rahastamismudelite järgi, 2014

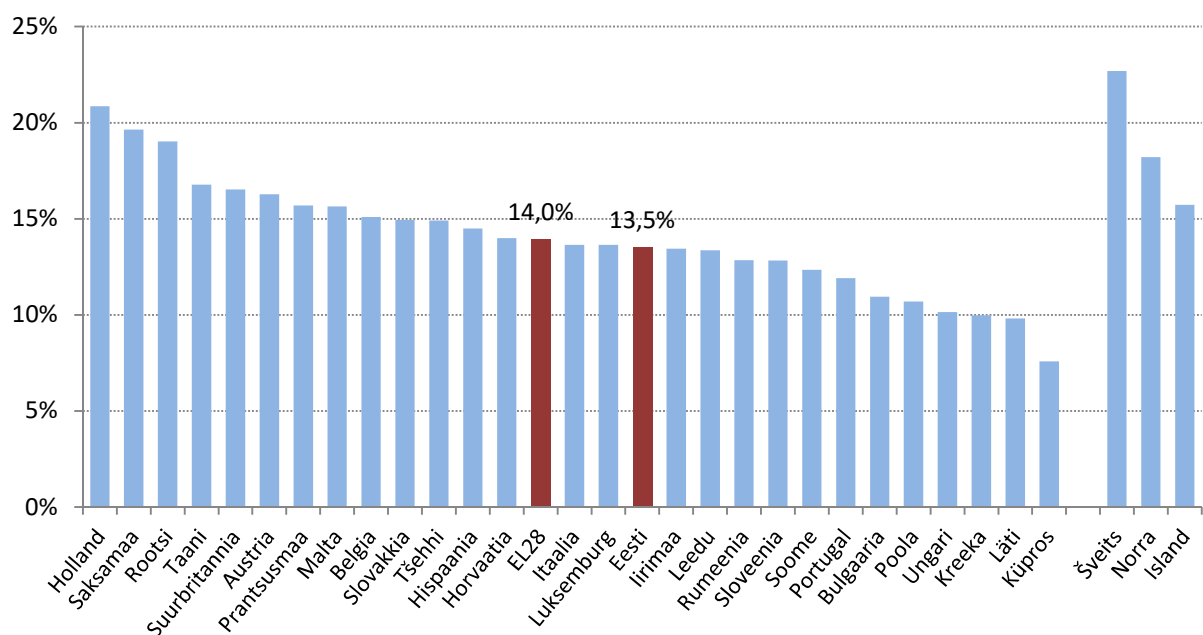
Allikas: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Kui võrrelda Eesti tervishoiukulude struktuuri rahastamismudeli järgi teiste liikmesriikidega, siis esmalt eristuvad riigid, kus on kasutusel riiklik ravikindlustussüsteem nagu Eestis ja need, kus see puudub või on väga väikese tähtsusega. Tervishoiukulude struktuur rahastamismudeli järgi ei sõltu riigi rikkusest ega elanike arvust, vaid iseloomustab riikide tervishoiusüsteemide rahastamise korraldust. Joonisel 1.3.10 on riigid järjestatud avaliku sektori kaudu toimuva rahastamise osatähtsuse järgi kahanevalt. Selle alusel on Eesti suhteliselt EL28 keskmise lähedal: valitsuse ja ravikindlustuse kaudu rahastatakse Eestis 76% tervishoiukuludest, EL28 keskmine on 79%.

Leibkondade kaudu rahastamine on Eestis EL liikmesriikide keskmisest suurem – meil 23%, EL28 15%. Eestile on iseloomulik vabatahtlike rahastamismudelite (erakindlustus, eraettevõtted) väike osatähtsus (0,2%), mille keskmine osatähtsus EL28 riikides keskmiselt on 5%.

Eesti kesk- ja kohalike omavalitsuse panus tervishoiu rahastamises on Euroopas keskmisel tasemel (joonis 1.3.11). Kuid koht järjestuses sõltub ka riikide tervishoiusüsteemide erinevast ülesehitusest (vt ka joonis 1.3.10).

Sotsiaalkaitse ja hariduse järel on tervishoid valitsuse eelarves suuruselt kolmas valdkond. Valitsus panustab ühe suurematest osadest oma kuludest tervishoiule, mis 2014. aastal moodustas 13,5% kõikidest valitsuse kuludest ning viimastel aastatel on see osatähtsus vähehaaval tõusnud.

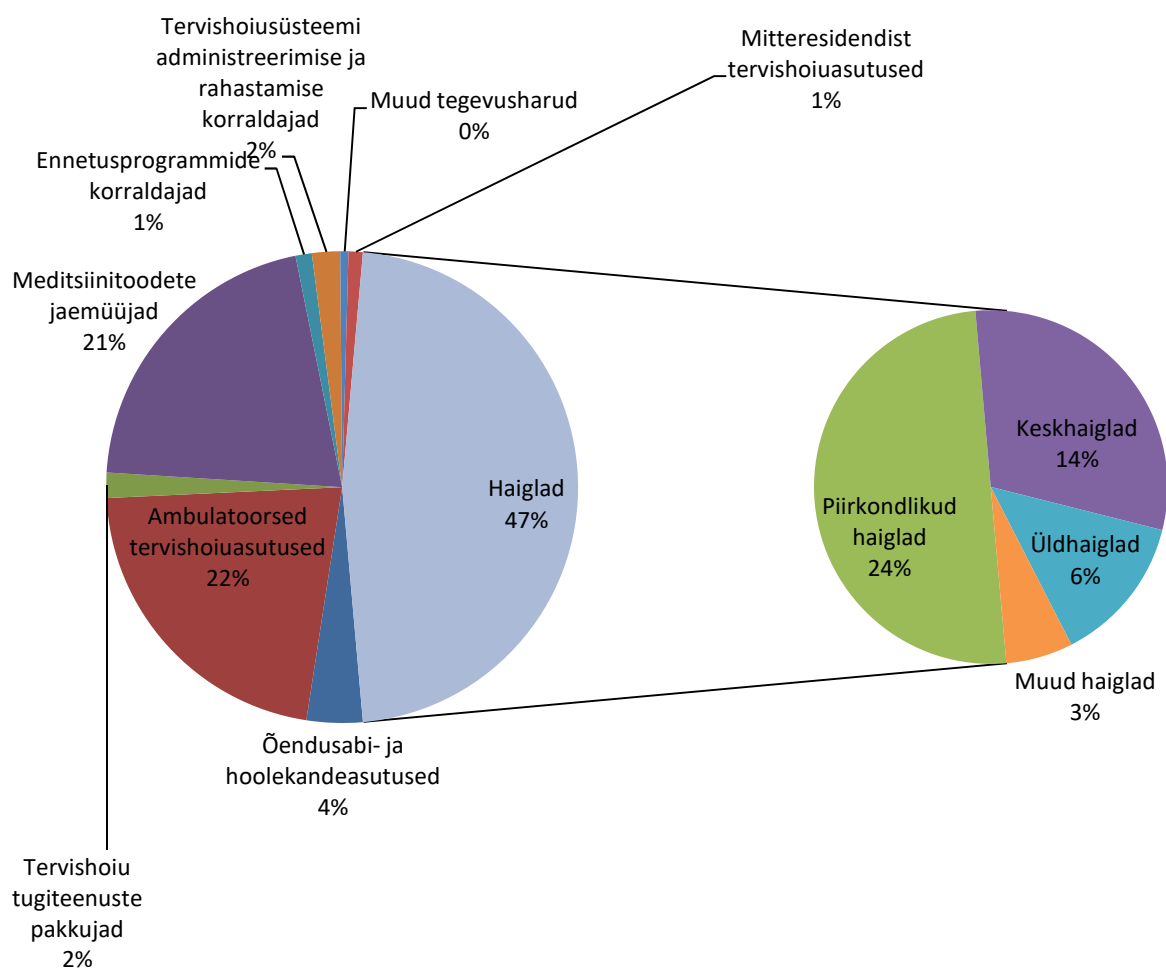


Joonis 1.3.11. Valitsuse tervishoiukulude osatähtsus valitsuse kuludest, 2014

Allikas: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOSWE?lang=en>

2. TERVISHOIUKULUD TEENUSEPAKKUJATE JA TEENUSTE JÄRGI

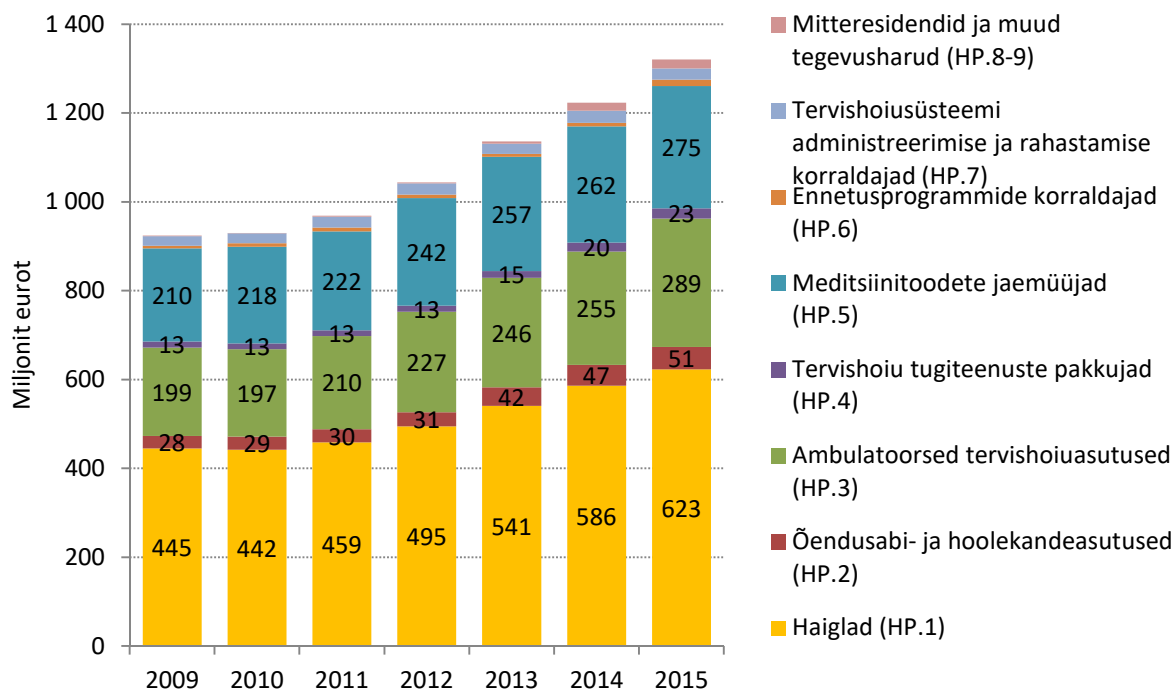
Kui jaotada Eesti tervishoiukulud **teenusepakkujate järgi** (joonis 2.1), siis peaaegu pool (47%) kulutustest tehti haiglate, suurimate tervishoiuteenuse osutajate poolt, absoluutsummas 623 miljonit eurot. Ambulatoorsed tervishoiuasutused 22% kulude osatähtsusega on suuruselt järgmine teenuseosutajate rühm, kuludega 289 miljonit eurot. Eelmisel aastal ambulatoorseid tervishoiuasutusi edestanud meditsiinitoodete jaemüüjad on 21% osatähtsusega sel aastal suuruselt kolmas teenuseosutajate rühm, kuludega 275 miljonit eurot. Valdav enamus meditsiinitoodete jaemüüjatest on apteegid.



Joonis 2.1. Tervishoiukulude jagunemine teenusepakkujate järgi, 2015

Aastatel 2009–2015 pole kulude jagunemises tervishoiuteenuse pakkujate vahel suuri muutusi toimunud, kuigi kõigi teenusepakkujate rühmade kulud on aasta-aastalt suurenenud (joonis 2.2). Haiglate osatähtsus on olnud läbivalt 47–48%, õendusabi osutajatel 3–4%, ambulatoorsetel tervishoiuasutustel 21–22%. Kaks püsivamat väikest muutust on siiski toimunud: tugiteenuste

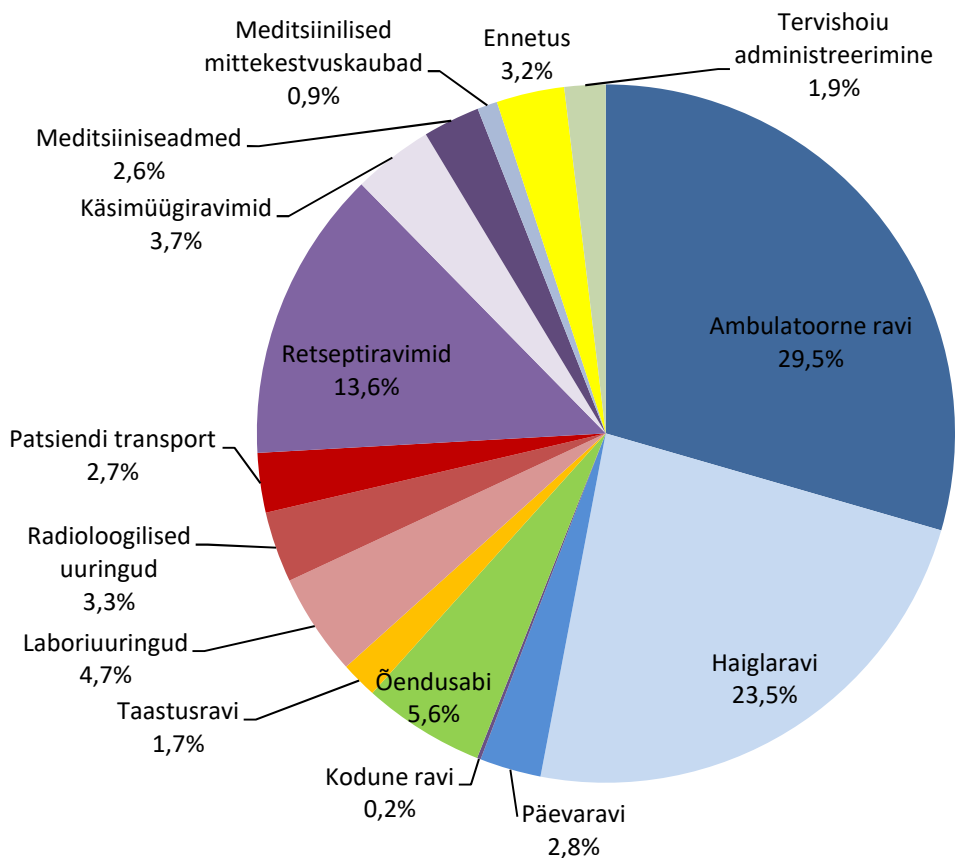
pakkujate osatähtsus on suurenenud aastatel 2014 ja 2015 ühelt kahele protsendile ja meditsiinitoodete jaemüüjate osatähtsus vähenenud 23%-lt 21%-ni.



Joonis 2.2. Tervishoiukulud teenusepakkujate järgi, 2009–2015

Seda, kui suure osa hõlmavad erinevad teenused 2015. a tervishoiukuludes, iseloomustab joonis 2.3. Aktiivravi teenused (haiglaravi, päevaravi ja ambulatoorne ravi) moodustavad kõige suurema rühma tervishoiukuludest, kokku 56,1%. Meditsiinitooded ambulaatorsetele patsientidele (ravimid, meditsiinilised mittekestvuskabad, meditsiiniseadmed ja muud kestvuskabad) moodustavad teise suurema rühma, mis hõlmas 21% tervishoiukuludest. Kolmas peamine teenusterühm — tervishoiu tugiteenused — koondab labori ja radioloogilisi uuringuid ning kiirabiteenuseid ning nende osatähtsus tervishoiukuludes oli 11%.

Aktiivravi teenusterühmas (joonis 2.3) olid suurima osatähtsusega ambulatoorne ravi (29%) ja haiglaravi (23%). Meditsiinitoodetest oli suurim osa tervishoiukuludes retseptiravimitel 14%, käsimüügiravimite osatähtsus jäi alla 4% ja meditsiiniseadmete osa alla 3%. Erinevate tervisvaldkonna ennetustegevuste osatähtsus tervishoiukuludes oli 3%.

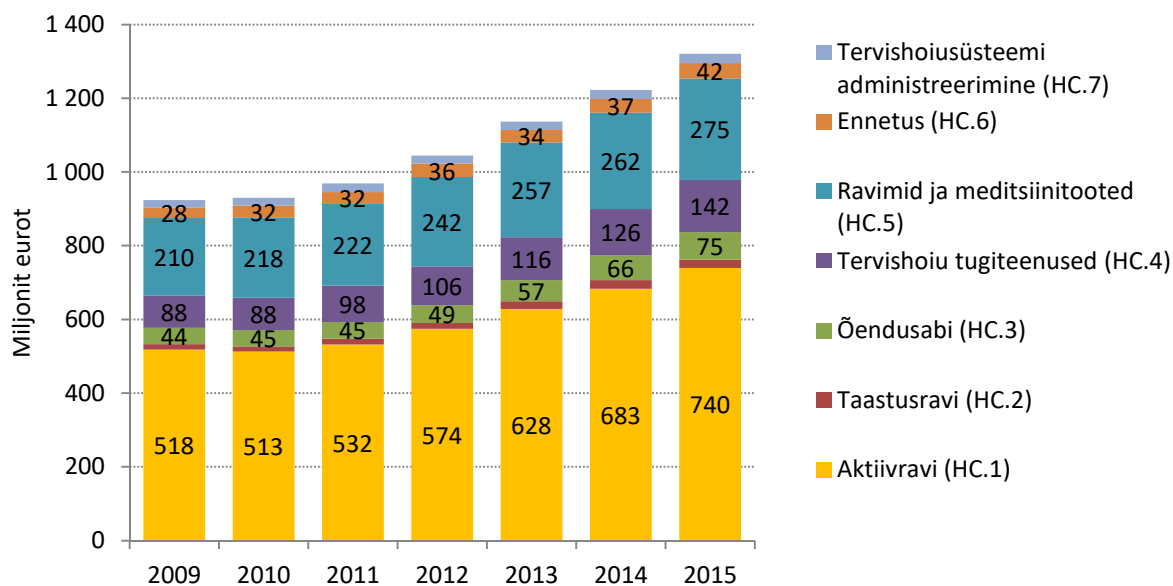


Joonis 2.3. Tervishoiukulude jaotus teenuste järgi, 2015

Vaadeldes tervishoiukulusid teenuserühmade järgi aastatel 2009–2015 (joonisel 2.4) paistab esialgu, et pärast 2010. aasta tagasiminekut on alates 2012. aastast iga-aastane 8% juurdekasv jagunenud üsna ühtlaselt erinevate teenuste vahel. Võrreldes 2014. aastaga suurenesid 2015. aastal peaaegu kõigi teenuste kulud, vähenesid vaid ambulatoorse taastusravi kulutused 7%. Suurenemised teenuste kuludes on toimunud aga erineval määral. Vähem kui üldine tõus suurenesid haiglaravi kulutused — 5% ja sellega jätkus haiglaravi kulude osatähtsuse vähenemine. Keskmisest enam suurenesid 2015. aastal kulud tervishoiu tugiteenustele (13%), õendusabile (12%) ja päevaravile (11%). Kui ambulatoorse ravi kulud suurenesid kokku 11%, siis sellest omakorda põhilised meditsiini- ja diagnostikateenuste ehk valdavalt perearstiabi teenuste kulud suurenesid 14%, hambaravi 11% ja ambulatoorne eriarstiabi 5%.

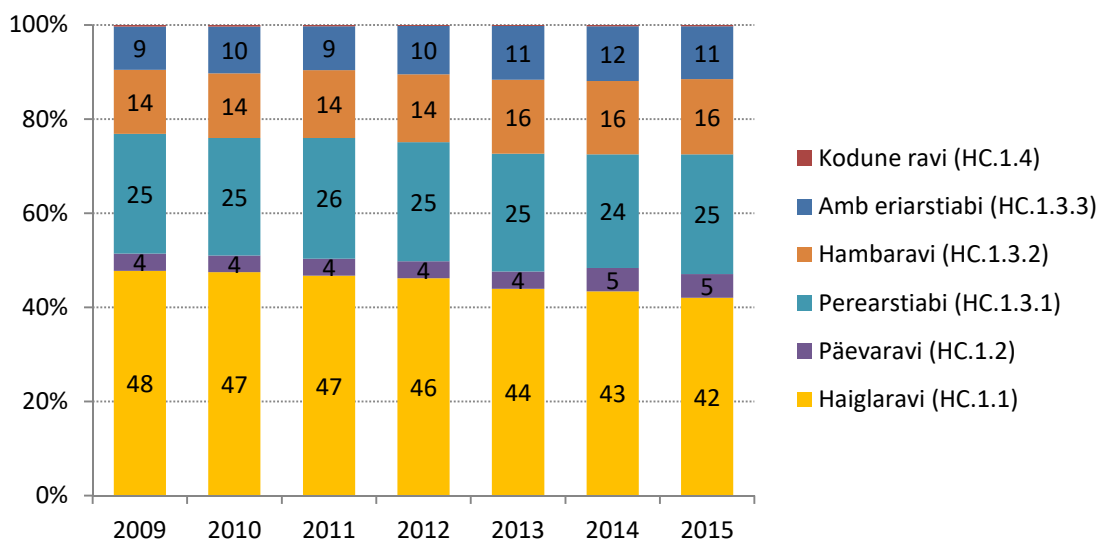
Kolme viimase aasta suuremad muutused teenuste kuludes on olnud lühidalt järgmised:

- 2013. aastal ambulatoorse eriarstiabi, hambaravi, päevaravi, taastusravi ja õendusabi kulude suurenemine, ennetustegevuste kulude vähenemine;
- 2014. aastal päevaravi, õendusabi, taastusravi ja ennetustegevuste kulude suurenemine; patsiendi transpordi ja päästetegevuse ning meditsiiniseadmete kulude vähenemine;
- 2015. aastal perearstiabi, õendusabi, päevaravi ja hambaravi kulude suurenemine; tervishoiu tugiteenustest kiirabi ja radioloogiliste uuringute kulude suurenemine; ennetustegevuste kulude suurenemine; taastusravi kulude vähenemine.



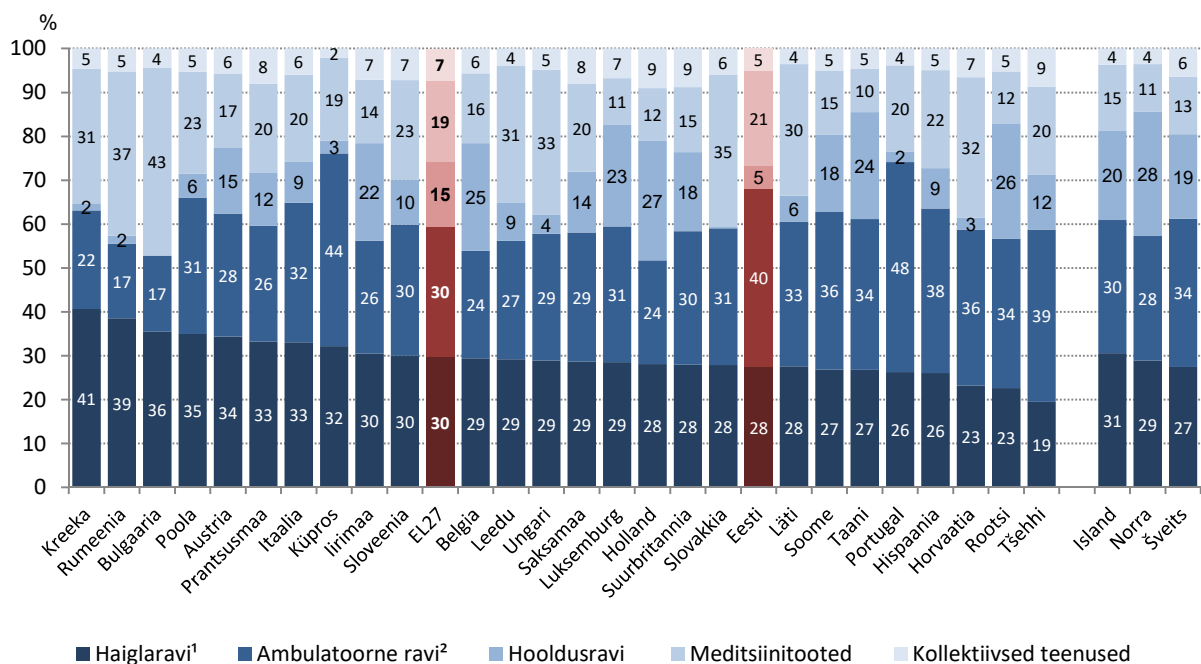
Joonis 2.4. Tervishoiukulud teenuserühmade järgi, 2009–2015

Aastatel 2009-2015 on aktiivravi osatähtsus tervishoiukuludest olnud läbivalt 55-56%. Muutusi aktiivraviteenuste kulude struktuuris aastatel 2009-2015 teenuste kaupa iseloomustab joonis 2.5. Silmaga nähtavalt on vähenenud haiglaravi osatähtsus aktiivrais. 2009. aastal oli haiglaravi osatähtsus aktiivrais 48%, aastal 2015 juba märgatavalt vähem — 42%. Suurenenud on ambulatoorse eriarstiabi osatähtsus 9-lt 11-le protsendile, hambaravi osatähtsus 14-lt 16-le protsendile ning päevaravi — 4-lt 5-le protsendile.



Joonis 2.5. Aktiivravikulude jagunemine teenuserühmade järgi, 2009–2015

Võrreldes Eesti tervishoiukulude struktuuri teenuste järgi teiste Euroopa riikidega, siis on riike, kus haiglaravi kulud ületavad ambulatoorse ravi kulusid ning riike, kus haiglaravi ja ambulatoorse ravi kulud on tervishoiukuludes võrdse osatähtsusega (joonis 2.6). Euroopa Liidus keskmiselt kulub nii haigla- kui ambulatoorsele ravile 30% kuludest.



Joonis 2.6. Tervishoiukulude jagunemine teenuste järgi, 2014

1. Sisaldab ka taastusravi haiglates ja päevaravi asutustes
2. Sisaldab ka kodust ravi ja tugiteenuseid

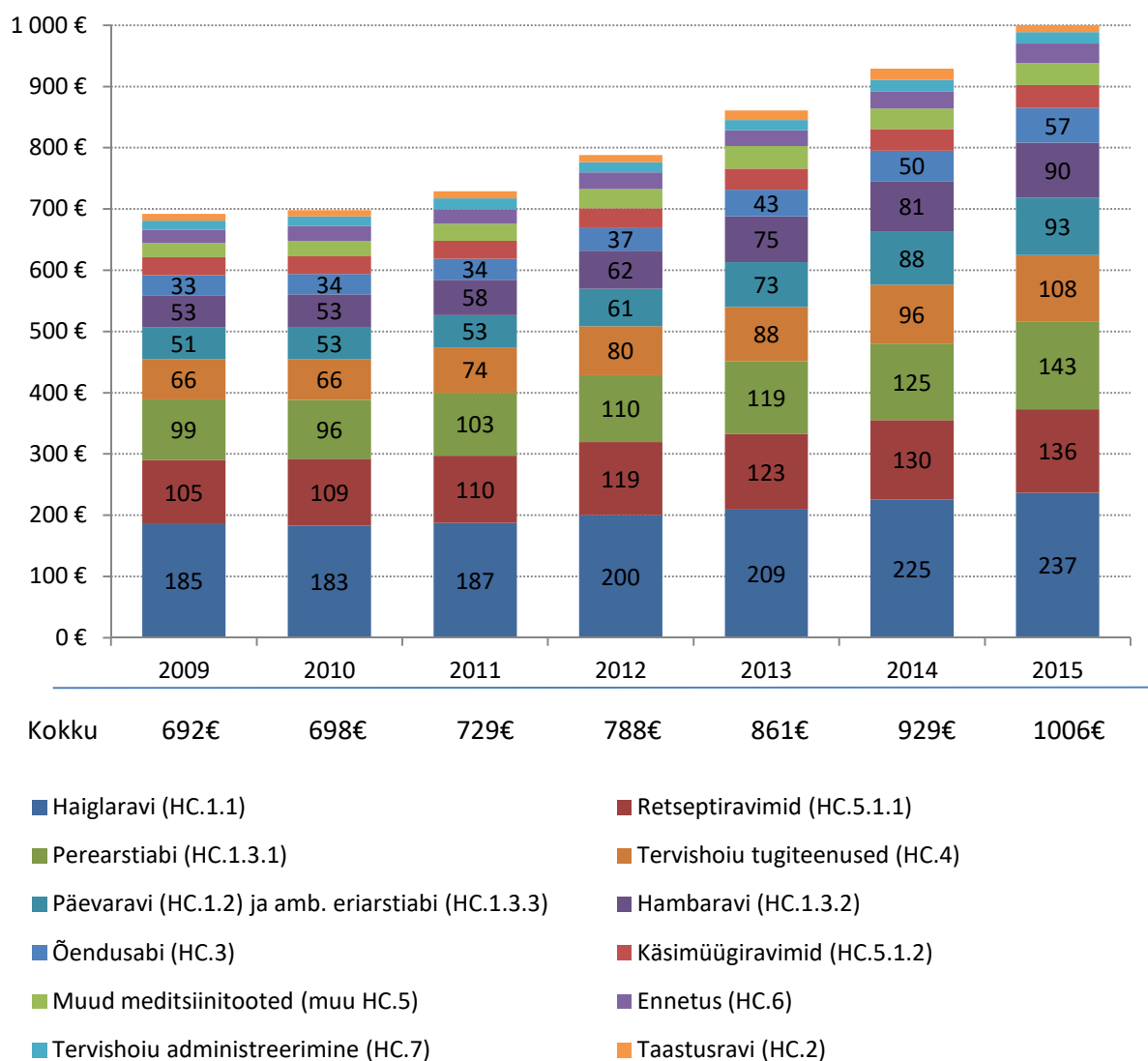
Allikas: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Eesti kuulub riikide hulka, kus ambulatoorse ravi kulude osatähtsus on suurem kui haiglaravi kulutused. Suured erinevused on riikide vahel tervishoiukulude jagunemisel hooldusravi ja meditsiinitoodete vahel. Eesti puhul paistavad silma väikese osatähtsusega hooldusravikulud. Meditsiinitoodete ja haiglaravi puhul oleme EL keskmisele lähedase jaotusega. Kollektiivsete teenuste osas (ennetus, tervishoiu administreerimine) on riikide vahel suhteliselt väikesed erinevused. Oma osa riikidevahelistest erinevustest on tingitud tervishoiukorraldusest, aga lisaks ka andmete kogumise või arvestamise erisustest.

3. TERVISHOIUKULUD ÜHE INIMESE KOHTA

Tehtud kulutustest ja toimunud muutustest aastatel 2009–2015 saab parema ülevaate, kui vaadelda mitte üldsummat, vaid kulutusi ühe elaniku kohta eurodes.

Kui jagada kõigi rahastamismudelite kaudu tehtud tervishoiukulud elanike arvuga, siis investeeriti 2015. aastal Eestis ühe inimese tervisesse 1006 eurot ehk just nii suures summas tervishoiuteenuseid sai iga inimene keskmiselt. Iga inimene kasutas aastas keskmiselt haiglaravi 237 euro eest, tarbis retseptiravimeid 136 euro eest ning sai perearstiabi 143 euro eest (joonis 3.1).

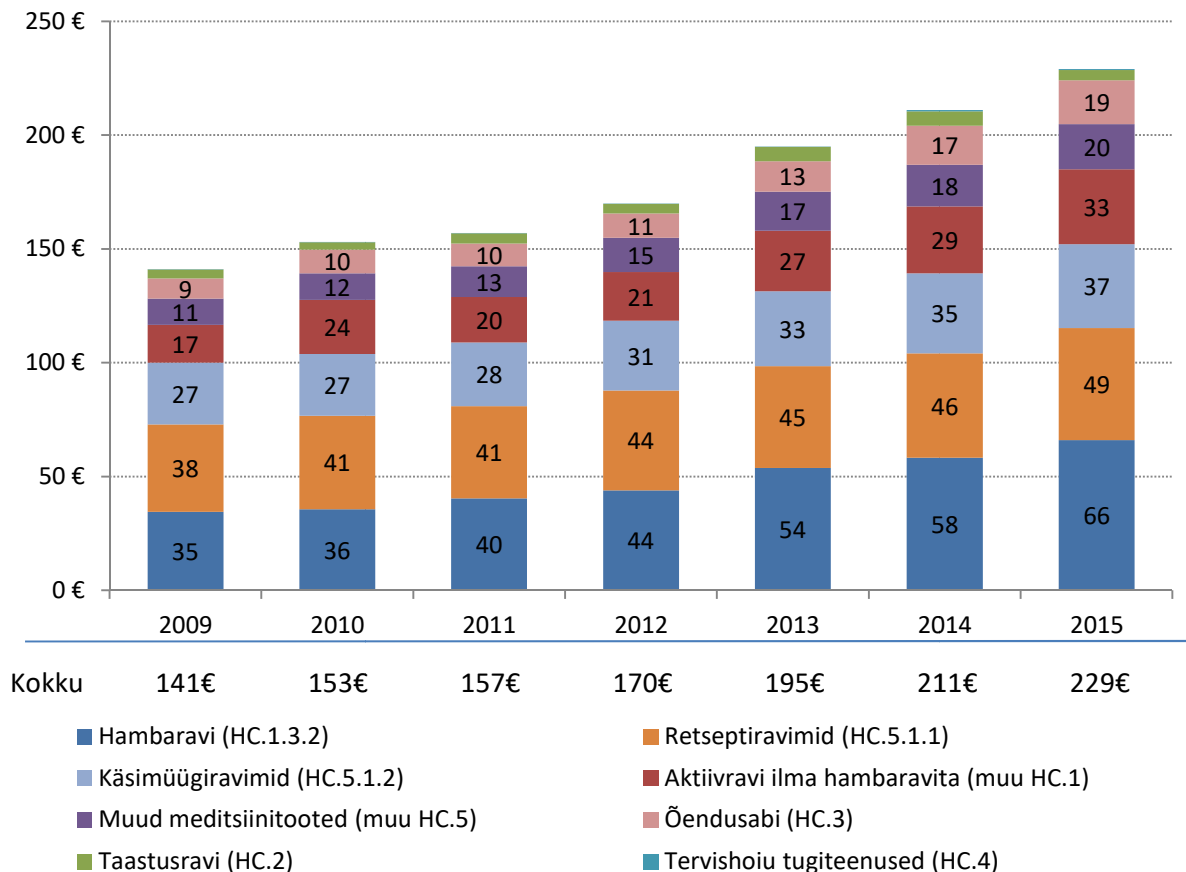


Joonis 3.1. Tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi, 2009–2015, eurot

2015. aastaks võrreldes 2009. aastaga tõusid kulud ühe inimese kohta kiiremini päevaravile (1,8 korda), õendusabile ja hambaravile (1,7 korda). Kõige vähem on tõusnud kulud haiglaravile, retseptiravimitele ja käsimüügiravimitele ning tervishoiu administreerimisele (1,3 korda).

Keskised tervishoiukulud ühe inimese kohta kokku on tunduvalt suuremad kui ainult leibkondade ehk inimeste endi tehtud kulud tervishoiuteenustele. Nagu eespool juba nimetatud, on leibkondade kulutustes suurem osatähtsus teenustel, mille puhul avaliku sektori osa rahastamises on väiksem.

Keskmiselt kulutas iga inimene erinevatele tervishoiuteenustele ja -kaupadele 2015. aastal 229 eurot. 2014. aasta kulud oli 211 eurot. 2015. aasta suurimad kulud tehti leibkondades hambaravile — 66 eurot, järgnesid retseptiravimid 49 euro ja käsimüügiravimid 37 euroga, ülejäänud teenuste eest maksti kokku 77 eurot.

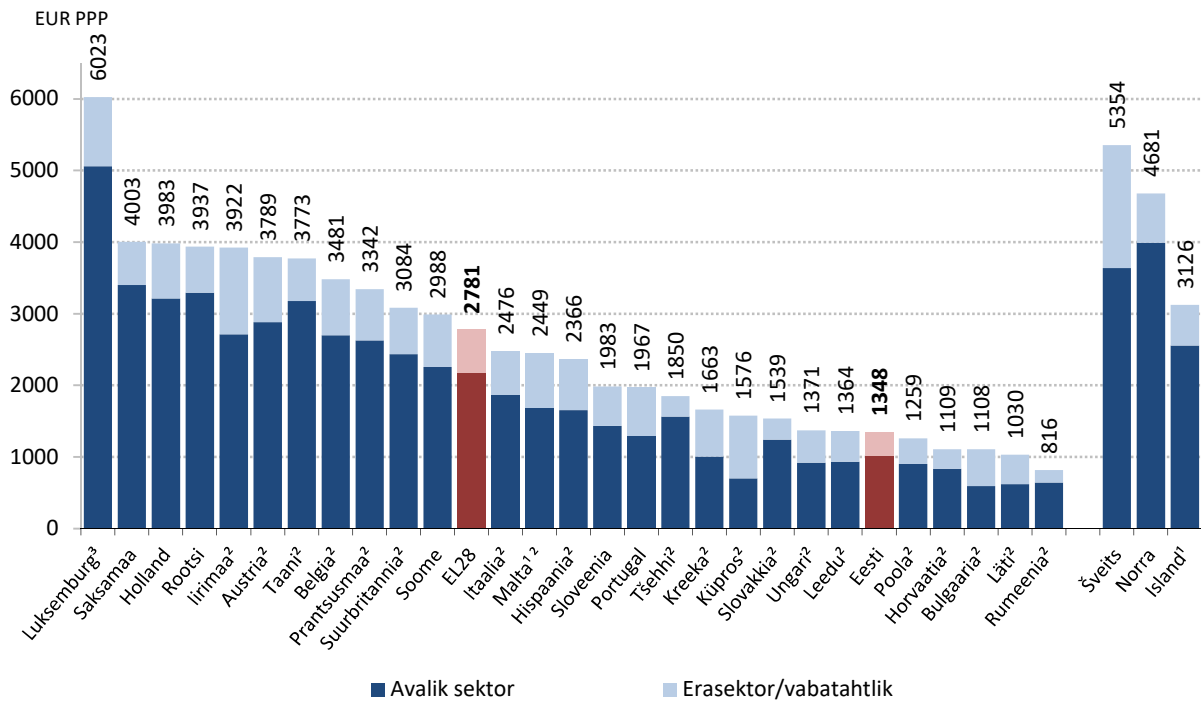


Joonis 3.2. Leibkondade tervishoiukulud inimese kohta teenuste järgi, 2009–2015, eurot

Leibkondade kulutustes ühe inimese kohta on 2015. aastaks võrreldes 2009. aastaga kõige kiiremini suurenenud kulutused õendusabile, hambaravile ja muudele meditsiinivahenditele peale ravimite (umbes 2 korda), kõige aeglasemalt taastusravile ja ravimitele (vastavalt 1,2 ja 1,3 korda).

Üks tervishoiukulude taset erinevates riikides mõõtev näitaja on tervishoiukulud ühe elaniku kohta. Kuna riikides on erinev palga- ja hinnatase, siis kasutatakse tervishoiukulude rahvusvaheliste võrdluste puhul ühe elaniku kohta võrreldavat hinnataset ostujõu pariteedi (PPP) alusel. Seetõttu erineb riikide võrdluses toodud Eesti näitaja eelmisel joonisel esitatud näitajast. Joonisel 3.3 on kasutusel euro PPP, kuna võrreldakse Euroopa riike. Eesti asub oma kulutuste tasemega kõige madalamate kulutustega riikide rühmas, Ungari, Leedu ja Poola kõrval. Seega kulutatakse Eestis iga inimese kohta tervishoiule 2,1 korda vähem raha kui Euroopa Liidus keskmiselt. Tervishoiukulude

riikidevahelist võrreldavust võib mõjutada erinevus pikaajalise hooldusravi kajastamises ning jaotamises tervise- ja sotsiaalkuludeks.



Joonis 3.3. Tervishoiukulud ühe inimese kohta, 2015, EUR PPP

1. Sisaldab investeeringuid.
2. OECD prognoos.
3. Luksemburgi puhul sisaldab kogurahvastik ainult ravikindlustatud alalisi elanikke, seega on väiksem kui kogurahvastik.

Allikas: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Tervishoiukulud iseloomustavad tervisesüsteemi kulutusi tervisele, ometi on tegemist investeeringutega inimeste tervise parandamise ja säilitamisele. Eesmärk tervisesüsteemide toimimise juures ei ole mitte lihtsalt osutada vajalikke tervishoiuteenuseid, vaid teha seda nii, et kasu tervisele oleks kõige suurem. Tehtud tervishoiukulude kõrvale tuleks seada saavutatud tulemused tervises (parem tervis, parem elukvaliteet, suurem rahulolu) ja mitte ainult hinnata toimimist vaid osutatud teenuste mahu (ehk kvantiteedi) alusel. Parema tervise ja tervema rahva on ka majanduskasvu alus.

4. Tervishoiukulude Arvestusmetoodika

Eesti rakendab alates 2013. aastast tervishoiukulude arvestamiseks SHA2011 metoodikat.

Kõnealune tervishoiu arvepidamise metoodika on OECD-WHO-Eurostati ühine edasiarendus varem kasutatud SHA1.0 metoodikast, mida kasutati ka Eestis aastate 2000–2012 tervishoiukulude koostamisel. Tegemist on rahvusvaheliselt standardiseeritud raamistikuga, mida kasutatakse riikide tervishoiukulude süstemaatiliseks hindamiseks võrreldaval kujul.

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

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

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

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

Peamine sisuline erinevus kahe metoodika vahel on selles, et tervishoiualased kapitalikulud ei kuulu enam tervishoiukulude hulka, vaid on neist välja arvatud. SHA1.0 järgi olid kapitaliinvesteeringud tervishoiu kogukuludesse kaasa arvatud.

Teine oluline muutus toimus välismaailma rahastamise liigitamises. SHA1.0 kohaselt klassifitseeriti välismaistest finantseerimisallikatest pärinevad kulud alati välismaailma alla. SHA2011 liigitab kulud, mille haldamisega tegeleb riigi struktuuriüksus, vastava struktuuriüksuse rahastamismudeli alla. Näiteks Sotsiaalministeeriumi välisrahastusega projektid, kus projektide korralduse eest vastutab Sotsiaalministeerium, näidatakse avaliku sektori rahastamismudelite all (HF.1). Ainult otse tervishoiuteenuse osutajatele välismaalt laekunud summad, ilma Eestipoolse vahendamiseta, näidatakse välismaailma rahastamismudeli (HF.4) sees. Uue rahastamisallikate tulude liigituse FS tabelis näidatakse tervishoiukulude rahastamiseks kasutatud tulud nende allikate järgi, sh otselaekumised välismaalt, FS.7 alajaotuses.

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 (eemärgile), mille jaoks raha kulutati.

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

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

Leibkondade tervishoiukulude arvestuses on tervishoiuteenuste puhul peamiseks aluseks vaadeldaval perioodil tervishoiuteenuse osutajate andmed osutatud teenuste mahtude ning füüsilistelt isikutelt saadud tulude kohta TAI kogutud tervisestatistilistest aruannetest. Kaupade puhul (sh ravimid) on aluseks vastava valdkonna statistika erinevatest allikatest. Lähemalt on leibkondade tervishoiukulude metoodikat kirjeldatud väljaandes Eesti tervishoiukulud 2014: <http://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/352>.

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

Andmeallikate loetelu:

1. Eesti Haigekassa – ravikindlustuse hüvitiste (teenused ja kaubad, ennetus) kulud.
2. Rahandusministeerium – 2015. aasta kohalike omavalitsuste eelarvete täitmise aastaaruanne.
3. Ministeeriumite ja nende allasutuste tervishoiukulutused: Haridus- ja Teadusministeerium, Justiitsministeerium, Kaitseministeerium, Keskkonnaministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, Maaeluministeerium, Rahandusministeerium, Siseministeerium ja Välisministeerium.
4. Eestis tegutsevate kindlustusseltside tervishoiukulutuste andmed.
5. Ravimiamet – ravimite käive haigla- ja jaemüügiapteekides.
6. Töötervishoiuasutused – töötajate kohustusliku meditsiinilise läbivaatuse statistika.
7. Statistikaamet – ettevõtete kulud tervishoiuteenustele (sh töötervishoiule), rahvaarv, rahvamajanduse arvepidamise näitajad.
8. Eesti E-tervise Sihtasutus – riigi tervishoiusüsteemi e-lahenduste kulud.
9. Terviseameti ja Ravimiameti andmed tervishoiukulutuste kohta.
10. Sotsiaalministeeriumi osakonnad:
 - a. Strateegia ja eelarve osakond – täpsustatud andmed kindlustamata isikute ravikulude, välisabi projektide, välislaenude; Rahandusministeeriumi kaudu hasartmängumaksust finantseeritavate projektide kohta; ostetud teenuste kulud; viljatusravi kulud. 2015. aasta riigieelarve täitmise aruanded on algallikaks Sotsiaalministeeriumi haldusala poolt tehtavate tervishoiukulutuste kohta.
 - b. Analüüsi ja statistika osakond – sotsiaalhoolekande institutsionaalne aruandlus.
11. Tervise Arengu Instituut – tervisedenduse projektid ja programmid ning statistilised aruanded:
 - a. Tervishoiualane majandustegevus
 - b. Arsti vastuvõttud ja koduvisiidid
 - c. Päevaravi
 - d. Ravivoodid ja hospitaliseerimine
 - e. Hambaarsti aruanne
12. Eesti Punane Rist – tervishoiukulutused
13. Äriregistri majandusaasta aruanded – Terviseametilt tervishoiuteenuste osutamiseks saadud lubadega ettevõtete andmete täpsustamine.
14. SA Hille Tänavsuu Vähiravifond Kingitud Elu – uudised vähiravi rahastamise ja selle Haigekassa-poolse ülevõtmise kohta.

KASUTATUD ALLIKAD

Eesti Haigekassa – veebileht, aastaraamatud

<https://www.haigekassa.ee/et/haigekassa/aruanded-eelarved-statistika>

<https://www.haigekassa.ee/et/haigekassa/uuringud>

Sotsiaalministeeriumi veebileht

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

Ravimiamet – ravimite müügistatistika

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

Statistikaameti andmebaas – majandus ja rahvastik

<http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Majandus/databasetree.asp>

<http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/databasetree.asp>

Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja –uuringute andmebaas

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

Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakonna veebileht

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

Tervise Arengu Instituudi 2014. aasta tervishoiukulude metoodika

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

Eurostati (Euroopa Liidu statistikaameti) andmebaas

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

Maaailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmebaas

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

Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmebaas

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

Health at a Glance: Europe 2016

<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

SA Hille Tänavsuu Väehiravifond Kingitud Elu – uudised

<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

