

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL  
Majandusteaduskond  
Avaliku sektori majanduse instituut  
Avaliku sektori ökonomika õppetool

Aljona Karlõševa

LEIBKONDADE TERVISHOIUKULUTUSED EESTIS AASTATEL 2005—2008  
KAHE METOODIKA VÕRDLUSES  
Magistritöö

Juhendaja: lektor Alar Kein

Kaasjuhendajad: Natalja Eigo, Luule Sakkeus

Tallinn 2010

Olen koostanud töö iseseisvalt.

Töö koostamisel kasutatud teiste autorite kõikidele töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele on viidatud.

Aljona Karlõševa

Üliõpilase kood: 041205

Üliõpilase e-posti aadress: [aljona.karloseva@gmail.com](mailto:aljona.karloseva@gmail.com)

Juhendaja .....arvamus:

Töö vastab magistritööle esitatud nõuetele

..... eriala kaitsmiskomisjoni esimees:

.....

## SISUKORD

Sissejuhatus .....	6
1.Tervishoiu kogukulud Eestis .....	10
1.1. Ülevaade Eesti tervishoiusüsteemist .....	10
1.2. Tervishoiu kogukulude arvutamise meetoodika.....	13
1.3. Tervishoiu kogukulud aastatel 2005-2008 .....	20
2. Leibkondade tervishoiukulutuste arvestus Eestis .....	25
2.1. Leibkondade omaosaluse taseme määramine.....	25
2.2. Leibkondade tervishoiukulutused Eesti seadusandluses .....	29
2.3. Leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise käesolev meetoodika .....	35
2.4. Leibkondade kulutused tervishoiule.....	47
3. Leibkondade kulutused tervishoiule uue meetoodika järgi.....	53
3.1. Uue meetoodika ülevaade .....	53
3.2. Leibkondade kulutused tervishoiuteenustele.....	56
3.2.1. Majandusaruannetel ning teistel tervisestatistika aruannetel põhineva meetoodika tutvustus.....	56
3.2.2. Kulutused ambulatoorsetele ja statsionaarsetele teenustele haiglates .....	60
3.2.3. Kulutused ambulatoorsetele teenustele ambulatoorse ravi asutustes .....	69
3.3. Leibkondade kulutused tervishoiukaupadele .....	72
4. Kahe meetoodika võrdlevanalüüs .....	79
4.1. Leibkondade tervishoiukulutuste võrdlus kahe meetoodika järgi.....	79
4.2. Uue ja käesoleva meetoodika võrdlevanalüüs.....	85
Kokkuvõte .....	104
Viidatud allikad .....	107
Résumé .....	110
Lisad .....	114
Lisa 1. Kasutatud lühendite loetelu .....	115

Lisa 2. ICHA-HC klassifikatsioon .....	116
Lisa 3. ICHA-HP klassifikatsioon .....	118
Lisa 4. Eesti THKK peamised rahastajad aastatel 2005-2008 (käesolev meetoodika), tuhat krooni.....	120
Lisa 5. Eesti ja teiste Euroopa Liidu riikide avaliku sektori kulude osakaal THKKst aastatel 2005-2008, % .....	121
Lisa 6. Eesti ja Euroopa Liidu riikide omaosaluse osakaal THKKst aastatel 2005- 2008, % .....	122
Lisa 7. COICOP 6. jao klassifikaator .....	123
Lisa 8. Käesolevas meetoodikas kasutatav üleminek COICOP klassifikaatorist ICHA- HC klassifikaatorile .....	125
Lisa 9. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2005. aastal (käesolev meetoodika), tuhat krooni .....	127
Lisa 10. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2006. aastal, (käesolev meetoodika) tuhat krooni .....	128
Lisa 11. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2007. aastal (käesolev meetoodika), tuhat krooni .....	129
Lisa 12. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2008. aastal (käesolev meetoodika), tuhat krooni .....	130
Lisa 13 . Leibkondade tervishoiukulutused ning SKP jooksvates ning reaalses hindades 2004.-2008. aastatel, miljonit krooni .....	131
Lisa 14. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2005. aastal (uus meetoodika), tuhat krooni.....	132
Lisa 15. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2006. aastal (uus meetoodika), tuhat krooni.....	133
Lisa 16. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2007. aastal (uus meetoodika), tuhat krooni.....	134
Lisa 17. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2008. aastal (uus meetoodika), tuhat krooni.....	135
Lisa 18. Tervishoiu kogukulud ning leibkondade kulutused 2005.-2008. aastatel (uus meetoodika), tuhat krooni .....	136

Lisa 19. Tervishoiu kogukulude osakaal SKPst Eestis ja Euroopa Liidu riikides 2008. aastal, % .....	137
Lisa 20. Käesoleva ja uue meetodika leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise jaoks kasutatavad allikad .....	138

## SISSEJUHATUS

Riigi jätkusuutlikuks arenguks on oluline elanike tervis. Inimeste tervist mõjutavad kõige rohkem inimeste enda tervisekäitumine ja tervisele tehtud kulutused ning avaliku sektori otsused, mis puudutavad riigi tervishoiu- ja ravikindlustussüsteemi korraldust ning finantseerimist. Riigi roll elanikkonna hea tervises seisundi toetamiseks on suur ka seetõttu, et selle kätte koondub enamik vahenditest, millega rahastatakse tervishoiusüsteemi. Tervishoiu finantseerimise otsuste tegemiseks on riigil tähtis omada ülevaadet tervishoiusüsteemi suunatud ning tervishoiuteenustele ja -kaupadele kulutatud vahendite kohta.

Hea ülevaate tervishoiusüsteemi suunatud vahendite kohta annab tervishoiu kogukulude aruanne (THKK<sup>1</sup>) ning selle põhjal koostatud indikaatorid. Nende näitajate abil jälgitakse tervishoiusüsteemi arengut ning võrreldakse Eestit teiste Euroopa Liidu ning maailma riikidega. Üheks tähtsaks näitajaks, millele võib toetuda tervishoiupoliitiliste otsuste vastuvõtmisel on leibkondade kulutused ehk omaosalus tervishoiu kogukulude finantseerimisel. Vastavalt Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetele moodustasid leibkondade kulutused tervishoiule 2005.-2008. aastatel kuni neljandiku tervishoiu kogukuludest.

Eesti jaoks on leibkondade tervishoiukulutuste arvestus tähtis järgmistel põhjustel. Esiteks on Eestis leibkondade panus tervishoiu kogukuludesse võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega suhteliselt suur. Hetkel kasutatava<sup>2</sup> meetodika järgi oli Eesti omaosalus THKKst aastatel 2005-2008 keskmiselt ligikaudu viis protsendipunkti kõrgem, kui Euroopa Liidu liikmesriikides keskmiselt. Teiseks, Eesti leibkondade tervishoiukulutuste arvutamiseks kasutatakse hetkel kehtiva meetodika kohaselt andmeallikana Leibkonna Eelarve Uuringut (LEU). Samas, Maailma

---

<sup>1</sup> Magistritöös kasutatavate lühendite loetelu on esitatud Lisas 1.

<sup>2</sup> Antud töös kasutatakse termineid „hetkel kasutatav“ ja „käesolev“ sünonüümidega viidates hetkel kasutatavale LEU1 baseeruvale meetodikale (vt alapeatükk 2.3). Uue meetodika eristamiseks kasutatakse väljendeid „uus“ või „alternatiivne“.

Terviseorganisatsiooni (*World Health Organisation – WHO*) 2009. aastal läbi viidud uuring näitas, et LEU abil saadud hinnangud leibkondade tervishoiukulutustele võivad olla oluliselt alahinnatud, mis tähendab, et tegelik inimeste koormus tervishoiusüsteemi finantseerimisel on suurem, kui see LEU andmete alusel arvatud kulutustest nähtub. Kolmandaks, alates 2008. aastast ei vii Eesti Statistikaamet Leibkonna Eelarve Uuringut läbi enam igal aastal. LEU, kui olulise andmeallika puudumine ning toetumine Eesti Statistikaameti leibkonna kulutuste prognoosidele tõstatab aga tervishoiu kogukulude aruande usaldusväärsuse küsimuse, seda eriti majanduse ebastabiilsetel aastatel. Kõik need nimetatud põhjused tingivad vajaduse arendada Eesti jaoks leibkondade kulutuste arvutamise uut meetodikat, mis võimaldaks regulaarseid ning usaldusväärseid hinnanguid leibkondade tervishoiukulutustele.

Tervishoiu kogukulude ning selle raames ka leibkondade kulutuste arvestusega tegeleb Eestis Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakond, mis koostab andmeid aastapõhiselt ning avaldab neid aruandeaastale järgnevale aasta lõpuks. Selleks, et kõrvaldada LEU kasutamise seotud probleeme on tervisestatistika osakond 2007.-2009. aastatel võtnud osa Euroopa Statistikaameti (*Eurostat'i*) projektist „*Implementation of the System of Health Accounts*“, mille raames otsiti ning analüüsiti leibkondade tervishoiukulutuste hindamise aluseks sobivaid andmeallikaid. Projekti tulemusena valmis uus meetodika, mille alusel leiti leibkondade kulutused tervishoiule 2006. aasta kohta. Erinevalt käesolevast peamiselt küsitlusandmestikul põhinevast meetodikast, toetusid uued leibkondade tervishoiukulutuste arvutused otse tervishoiuteenuste osutajate poolt edastatud andmetele ning samuti erinevate ametiasutuste poolt edastatud statistikaaruannetele, mis sisaldasid andmeid leibkondade tervishoiukulutuste kohta. Võrdlev analüüs LEU1 baseeruva meetodikaga näitas, et uue meetodika järgi arvatud omaosalus THKKst ületas 2006. aastal LEU alusel leitud omaosalust kolm protsendipunkti. Analüüs oli koostatud ainult ühe aasta kohta, mis ei võimaldanud teha järeldusi uue meetodika järgi arvatud tervishoiu kogukulude ning leibkondade tervishoiukulutuste dünaamikast. Seetõttu tekkis vajadus arvutada leibkondade kulutused tervishoiule ka teiste aastate kohta, et teha aegrida võrreldavaks.

Antud magistritöö on projekti käigus tehtud tööde loomulik jätk. Töö eesmärgiks on võrrelda kahte meetodikat ning nende abil saadud omaosaluse hinnanguid. Analüüs teostatakse 2005.-2008. aastate kohta, kuna uue meetodika aluseks olevad andmeallikad

ei võimalda hinnata omaosaluse suurust enne 2005. aastat. Samuti ei ole magistritöö kirjutamise ajaks kättesaadavad veel kõik 2009. aasta andmed, mida oleks vaja kasutada analüüsi sisenditena, et pikendada aegrida veel ühe aasta võrra.

Kuna eelpoolmainitud projekti käigus jõuti järelduseni, et valminud meetoodika vajab veel edasiarendamist, eriti taastusravi, kliiniliste laboratoorsete ning radioloogiliste uuringute ning haiglas osutatavate ambulatoorsete teenuste osas, siis antud töö arvutusosas proovitakse otsida nende kulutuste hindamiseks alternatiivseid meetodeid.

Toetudes projekti käigus saadud tulemustele on magistritöös püstitatud järgmine hüpotees:

*Uue meetoodika järgi arvatud leibkondade tervishoiukulutuste tase ületab hetkel kehtiva meetoodika järgi leitud leibkondade tervishoiukulutuste taset ka 2005., 2007. ja 2008. aastal.*

Töö eesmärgi täitmiseks ning hüpoteesi kontrollimiseks on autoril vajalik täita mitmeid ülesandeid:

- 1) Projekti käigus valminud meetoodika uurimine ning selle edasiarendus
- 2) Uue meetoodika detailne ja formaalne kirjeldus
- 3) Leibkondade kulutuste ümberarvutamine uue meetoodika järgi 2005.-2008. aastate jaoks
- 4) Uue ja kehtiva meetoodika rakendamisel saadud tulemuste ning andmeallikate võrdlus ja analüüs.

Antud ülesannete täitmiseks on magistritöö jaotatud nelja ossa.

Esimeses osas antakse ülevaade Eesti tervishoiusüsteemist ning tervishoiu kogukuludest. Samuti tutvustatakse selles peatükis tervishoiu kogukulude arvutamise rahvusvahelise meetoodika rakendust Eestis. Töö teises osas keskendutakse leibkondade rolli uurimisele tervishoiusüsteemi finantseerimisel, tutvustatakse leibkondade tervishoiukulutuste leidmiseks rakendatud käesolevat meetoodikat ning selle alusel arvatud andmeid. Töö kolmandas osas tutvustatakse uusi tervishoiukulutuste arvutamiseks valitud andmeallikaid ning uut rakendatud meetoodikat. Neljandas osas



keskendutakse kahe meetodika abil saadud tulemuste võrdlemisele, hinnates ühtlasi ka seda, kuivõrd hästi saab uue meetodika abil iseloomustada leibkondade kulutusi tervishoiule.

Käesoleva meetodika järgi koostatud tervishoiu kogukulude aruannete analüüsimisel kasutatakse Tervise Arengu Instituudi alg- ning koondandmeid. Uue meetodika koostamisel toetutakse Tervise Arengu Instituudi poolt koostatud projekti „*Implementation of the System of Health Accounts*“ 2009. aasta lõppraportile. Uue meetodika andmeallikadena kasutatakse erinevaid tervisestatistika osakonna poolt koostatud tervishoiuteenuste kasutamist iseloomustavaid aruandeid ning samuti Eesti Haigekassa, Eesti Statistikaameti ja Ravimiameti andmeid.

Teoreetilises osas toetutakse suures osas Eesti seadusandlusele, Tervise Arengu Instituudi väljaannetele (Eesti tervisestatistika raamat, tervishoiu kogukulude analüüsid) ning Eesti ja välisekspertide poolt koostatud analüüsidele, mis keskenduvad Eesti tervishoiusüsteemi uurimisele.

Autor on tänulik Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakonna juhatajale Natalja Eigo'le ning Tallinna Ülikooli Eesti Demograafia Instituudi direktorile Luule Sakkeus'ile, kelle abil sai arendatud uus leibkonna tervishoiukulude hindamise meetodika ning kes panustasid oma aega magistritöö juhendamisel. Samuti on autor tänulik oma juhendajale lektor Alar Kein'ile magistritööga seotud küsimuste lahendamise eest. Autor tänab kõiki Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakonna töötajaid, kes alati olid abiks andmete edastamisel ja selgitamisel. Eraldi suured tänud Eesti Haigekassa, Eesti Statistikaameti ning Ravimiameti esindajatele, kes edastasid selle uuringu jaoks vajalikud andmeid.

# **1. TERVISHOIU KOGUKULUD EESTIS**

Inimese kõige tähtsamaks varaks on tema tervis. Kuna terve ning töövõimelise elanikkonna olemasolu on riigi majandusedu eeltingimuseks, on riigi jaoks ülimalt tähtis kujundada sellist tervishoiusüsteemi, mis aitaks kaasa elanikkonna tervise säilitamisele ning vajadusel ka parandamisele. Nende eesmärkide täitmiseks ja tervishoiusüsteemi edukaks juhtimiseks on aga vaja omada terviklikku ülevaadet tervishoiusüsteemist ning selle rahastamisest.

Antud peatükk annab lühiülevaate Eestis kehtivast tervishoiu- ning ravikindlustussüsteemist. Peatükis tutvustatakse tervishoiu kogukulude metoodikat ning analüüsitakse selle alusel koostatud 2005.-2008. aastate tervishoiu kogukulude andmeid. Antud teadmised aitavad aru saada, kuidas toimub Eesti tervishoiusüsteemi rahastamine ning kui suurt rolli omab selles elanikkonna enda panus.

## **1.1. Ülevaade Eesti tervishoiusüsteemist**

Tervishoiusüsteemiks nimetatakse riigi sotsiaalsüsteemi osa, mis on suunatud tervise edendamisele, ravimisele, tervise taastamisele ja säilitamisele (Eesti Haigekassa arengukava 2006, 1). Eesti tervishoiusüsteemi moodustavad Sotsiaalministeerium (SOM), mis juhib süsteemi, ning erinevad Sotsiaalministeeriumi allasutused (Raviamet, Terviseamet, Tervise Arengu Instituut jne), avalik-õiguslikud iseseisvad asutused (Eesti Haigekassa), eraõiguse alusel tegutsevad haiglad, eraõiguslikud esmatasandi tervishoiuasutused ning mitmed valitsusvälised organisatsioonid ja erialaühingud (Koppel jt 2008, 24).

Tänane tervishoiusüsteem arenes välja põhjalike reformide tulemusena, mis leidsid aset 1990. algusel, mil Eesti taassaavutas iseseisvuse. Muudatuste eesmärgiks oli suurendada tervishoiuressursside planeerimise ja kasutamise efektiivsust. Reformide käigus loodi kohustuslik ravikindlustussüsteem, mis pani seadusega tööandjale kohustuse maksta kõigi tema juures töötavate inimeste eest ravikindlustusmaksu, mis

hiljem asendati sotsiaalmaksuga (Koppel jt 2008, 251). Samuti loodi Eesti Haigekassa (EHK), mis hakkas vastutama sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa vahendite eesmärgipärase kasutamise eest. 1990-ndatel aastatel loodi ka perearstiabi süsteem, mille eesmärgiks oli perearsti kui eriala loomine ning perearstide rolli suurendamine tervishoiusüsteemis, kindlustades elanikkonnale kättesaadava esmatasandi abi olemasolu (*Ibid*). Lisaks sellele hakati haiglaravi efektiivsuse tõstmise eesmärgil reorganiseerima haiglavõrku (*Ibid*, 163). Kõik need reformid kujundasid kaasaegse tervishoiusüsteemi ning aitasid kaasa selle efektiivsuse tõstmisele.

Kuigi 1990.-ndatel läbi viidud reformid muutsid täiesti nii Eesti tervishoiusüsteemi ülesehitust, kui ka selle rahastamise põhimõtteid, jätkub tervishoiusüsteemi muutumine ka tänapäeval. Nimelt kestab ka praegu haiglavõrgu uuendamise ning reorganiseerimise protsess. Samuti on tervishoiu rahastamise poliitika 21. sajandi oluliseks suundumuseks inimeste omaosaluse järk-järguline kasv, mis on avaldunud juba inimeste tõusnud omavastutusena ravimite eest maksmisel ning hambaravi väljajätmisses EHK poolt rahastatavate teenuste loetelust, mistõttu peavad täiskasvanud maksma hambaravi eest täies ulatuses.

Selleks, et jälgida tervishoiusüsteemi arengut on vaja omada ülevaadet tervishoiusüsteemi suunatud vahendite kasutamise kohta. Selle jaoks kasutatakse tervishoiu kogukulude andmeid, milles kajastuvad kogu tervishoiusüsteemis tehtud kulud jaotuna teenuste, pakujate ning rahastajate lõikes.

Tervise Arengu Instituudi tervishoiu kogukulude andmetel on Eesti tervisesüsteemi vahendite peamiseks allikaks avalik sektor. Avalikus sektoris on omakorda suurimaks tervishoiu rahastajaks Eesti Haigekassa, kes ostab tervishoiuteenuseid teenuseosutajatelt ning maksab nendele teenuste osutamise eest. Nimetatud allikas moodustab kaks kolmandikku kõikidest tervishoidu suunatud vahenditest. (Tervisestatistika...)

Eesti Haigekassa poolt sotsiaalmaksu vahendite abil hallatav ravikindlustussüsteem Eestis järgib solidaarsusprintsipi: haigestumise puhul osutatav raviteenuste hulk ja kvaliteet ei sõltu konkreetse inimese eest makstud sotsiaalmaksu suurusest (*Health...* 2008, 52). Kokku oli kohustusliku ravikindlustusega kaetud 2008. aasta lõpu seisuga 96% elanikkonnast (Statistikaameti andmebaas, Eesti Haigekassa kodulehekülg). Reaalselt maksavad sotsiaalmaksu veidi üle poole ravikindlustust

omavatest isikutest (Eesti Haigekassa kodulehekülj). See on tingitud sellest, et Eestis omavad ravikindlustust mitte ainult need isikud, kes ise maksid enda eest sotsiaalmaksu, vaid ka need, kelle eest on sotsiaalmaksu maksnud riik (töötud, ajateenijad, lapsehoolduspuhkusel naised jt) ning ka ravikindlustuse seisukohalt kindlustatutega võrdsustatud isikud (lapsed alla 19.a, õpilased/üliõpilased, pensionärid jt) (Koppel jt 2008, 92). Kui inimene omab EHK kindlustust, siis on tal juurdepääs laiale valikule tervishoiuteenustest ning samuti omab ta õigust erinevatele EHK poolt määratud rahalistele hüvitistele ning õigust saada mõnede retseptiravimite ostmisel soodustust. Kuigi EHK poolt hüvitatavate tervishoiuteenuste ja -kaupade ring on küllaltki lai, on mõned valdkonnad kindlustusega kaetud halvemini ning nende teenuste ja kaupade eest maksavad inimesed eraldi. Need isikud, kes ei oma õigust ravikindlustusele võivad sõlmida lepingu EHKga vabatahtlikult, või osta ravikindlustusteenust erakindlustusfirmade kaudu, vastasel juhul omavad nad õigust vaid vältimatule abile.

Tulenevalt sellest, et Eestis peavad kindlustatud isikud maksma kinni küllalt suure osa teatud raviteenuste ja -kaupade hinnast ning kindlustamata isikud peavad samade teenuste ja -kaupade eest maksma täishinda, on Eestis leibkondade kulude osakaal tervishoiu kogukuludest küllaltki kõrge<sup>3</sup>. Eraisikud on suuruselt teine tervishoiukulude rahastajate grupp ning nende poolt makstud summad moodustavad kuni ühe neljandiku tervishoiu kogukuludest (Tervisestatistika...).

Eraisikutel on tervishoiusüsteemis keskne roll nii tervishoiusüsteemi kasutajana kui ka rahastajana. See tähendab, et tervishoiureformide planeerimisel peab inimeste omaosalus olema pideva vaatluse all, et kindlustada tervishoiusüsteemi solidaarsus, õiglus ning jätkusuutlikkus. Tervishoiu kogukulude aruanne on siin oluliseks abiks, kuna võimaldab jälgida, kuidas teatud poliitiline otsus mõjutab inimeste käitumist tervishoiuteenuste ja -kaupade ostmisel.

Järgmised alapeatükid tutvustavad tervishoiu kogukulude arvutamise üldisi põhimõtteid ning annavad ülevaate tervishoiu kogukuludest Eestis aastatel 2005-2008. Need andmed on vajalikud, et mõista leibkondade omaosaluse rolli tervishoiusüsteemi rahastamisel ning saada aru leibkondade kulude arvutamise erinevatest meetodikatest, millest räägitakse järgnevatel magistritöö osades.

---

<sup>3</sup> Käesolevas töös on termineid „eraisikud“, „leibkonnad“, „omaosalus“ kasutatud sünonüümidena.

## 1.2. Tervishoiu kogukulude arvutamise meetoodika

Käesolev alapeatükk keskendub tervishoiu kogukulude meetoodika tutvustamisele. Peatükis antakse ülevaade tervishoiu kogukulude aruande olemusest ning sisust ning tutvustatakse kasutatavaid klassifikaatoreid. Eraldi pannakse rõhku tervishoiu kogukulude meetoodika aspektidele, mis on vajalikud leibkondade kulutuste arvutamise jaoks.

THKK arvestus on üheks instrumendiks, mille abil on võimalik hinnata, kui suured vahendid ringlevad tervishoiusüsteemis. See on võimas vahend eelkõige tervishoiupoliitikas otsustetegijatele, mille abil saab mõõta kulusid teatud perioodi jooksul ning vaadata, millist tüüpi asutused on olnud tervishoiuteenuste osutajateks ja kes olid tervishoiusüsteemi rahastajateks. Tervishoiukulusid on võimalik jagada teenuste lõikes ning seetõttu saab nende andmete abil hinnata, mis teenustele kulutatakse tervishoiusüsteemis kõige rohkem ressursse.

Tervishoiu kogukulud on olulised ka seetõttu, et võimaldavad võrrelda erinevate riikide tervishoiu rahastamissüsteeme, kuna kõik Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (*OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development*) riigid on kohustatud koostama tervishoiu kogukulude aruandeid ning esitama neid rahvusvahelistesse andmebaasidesse, sealhulgas. *WHO*'le, *OECD*'le ja *Eurostat*'ile. Riike võrreldakse eelkõige selliste näitajate abil, nagu THKK osakaal sisemajanduse koguproduktist (SKP) ja leibkondade kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludes.

Eestis arvutati tervishoiukulusid esimest korda 1998. aasta andmete põhjal, kasutades selleks Harvardi Ülikooli meetoodikat, kuid juba järgmisel aastal mindi üle *OECD* meetoodikale (*System of Health Accounts – SHA* ehk Riikliku Tervishoiu Arvestus – RTA), mida kasutatakse siiani. (Eesti tervishoiukulude analüüs 2007, 61). RTA järgi mõõdetakse tervishoiu kogukuludega residentide tervisega seotud kaupade ja teenuste lõpptarbimist, millele on lisatud tervishoiuteenuse pakkujate kapitalikulud. Tervishoiu kogukulud ei sisalda näiteks haigushüvitisi, kulusid meditsiinipersonali õpetamisele, tervishoiualasele uurimis- ja arendustööle, keskkonnatervisele ja teistele teenustele (mille põhitegevus ei ole tervise parandamine) tehtavaid kulutusi<sup>5</sup>. Samuti ei sisalda tervishoiu kogukulud isiklike tegevusi, mis on

---

<sup>5</sup> Neid kulutusi kogutakse ning esitatakse eraldi tervishoiuteenuste plokis *HC.R* (vt Tabel 1.1).

suunatud tervise säilitamisele ja parandamisele näiteks sportimisele või teede ohutusele tehtud kulud. (A System... 2000, 42-47)

THKK arvutamise tegeles enne 2008. aastat Sotsiaalministeerium ning käesoleval ajal tegeleb sellega Tervise Arengu Instituut, mis kogub regulaarselt tervisestatistikat. THKK kogutakse ühe aasta kohta ning andmeid avaldatakse aruandeperioodi järgneva aasta lõpus TAI koduleheküljel tervisestatistika ja -uuringute andmebaasis. THKK andmete kasutajateks on Eestis eelkõige Sotsiaalministeerium ja teised ministeeriumid, poliitikud, teadusasutused, tervishoiuteenuste osutajad, ajakirjanikud, teised riigi- ja eraasutused ning eraisikud.

THKK arvestuse aluseks olevad andmed pärinevad peamiselt administratiivsetest allikatest. Kõige olulisemad neist on riigieelarve ja kohalike omavalitsuste (KOVide) eelarvete täitmise aastaaruandeid, ministeeriumide haldusala tervishoiukulutused ning andmed Eesti Haigekassa kulutustest. Statistikaameti (SA) korraldatud leibkonna sissetulekute ja kulutuste uuringut kasutatakse leibkondade poolt tehtud tervishoiukulutuste väljatoomisel<sup>6</sup>. Peale selle kasutatakse Ravimiameti (RA), Terviseameti ja erakindlustuste andmeid. Sotsiaalministeeriumist saadakse teavet välisabi projektide, hasartmängumaksust Rahandusministeeriumi kaudu finantseeritavate terviseprojektide ning sotsiaalhoolekandeametite tervishoiukulutuste osas. (Eesti tervisestatistika... 2010, 97)

Tervishoiu kogukulude aruande kogumist alustatakse finantseerimisallikatest, mis tähendab seda, et koostatakse andmeid iga tervishoiu rahastaja jaoks eraldi, küsides vastavad andmed otseselt andmeesitaja käest või kasutades valminud aruandeid ja statistikat. Samas on võimalik ka teine lähenemine, kui aruande koostamist alustatakse mitte tervishoiu finantseerijatest, vaid tervishoiuteenuste pakkujatest. Antud juhul küsitakse tervishoiuteenuste pakkujate käest, kes olid nende tegevuse rahastajateks, ning, mis tervishoiuteenustele nad on oma vahendid kulutanud. Esimese lähenemise puhul on tegu täpsema jaotusega tervishoiu rahastajate lõikes ning teise puhul on täpsemad andmed tervishoiuteenuste pakkujate kohta. Kuna antud töö eesmärgiks on leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise kahe meetodika võrdlus, siis on oluline märkida, et käesolev leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise meetodika põhineb esimesel lähenemisviisil. Leibkondade tervishoiukulutuste uus meetodika lähtub aga

---

<sup>6</sup> 2008. aasta leibkondade kulutuste andmeid koostati toetudes Eesti Statistikaameti Leibkonna Eelarve Uuringu (LEU) prognoosile, kuna 2008. aasta LEU jäi ära.

tervishoiuteenuste pakkujate andmetest ehk põhineb teisel eelpool mainitud lähenemisviisil.

Tervishoiu kogukulude arvestamise aluseks on kolmeteljeline süsteem, kus kasutatakse rahvusvahelist tervishoiu kogukulude arvestuse klassifikatsiooni (*International Classification for Health Accounts (ICHA)*). Selles klassifikatsioonis eristatakse kolme dimensiooni: tervishoiuteenuseid (*ICHA-HC*), tervishoiuteenuste pakkujaid (*ICHA-HP*) ning finantseerijaid<sup>7</sup> (*ICHA-HF*). Seega tervishoiu kogukulude andmete abil on võimalik hinnata, mitte ainult seda, mis summa ulatuses oli kasutatud tervishoiuteenuseid, kuid ka seda, kelle poolt neid osutati ning kelle kulul need kulutused olid tehtud. Klassifikaator jagab kulutusi mitmeks tasanditeks ning on koostatud sellisena, et kõrgem tase võrdub madalamate tasemetega summaga.

Järgnevalt vaadeldakse nimetatud klassifikatsiooni dimensioone veidi laiemalt:

### **Tervishoiuteenuste klassifikatsioon *ICHA-HC***

Antud klassifikatsioon jälgib, mis teenustele olid kulutatud tervishoiu rahastajatelt saadud vahendid. Samuti aitab see mõista kelle kaudu olid tehtud kulutused antud teenustele.

RTA kohaselt on tervishoiu kogukuludesse arvestatud residentide poolt tehtud kulutused tervishoiuteenustele (näiteks aktiivravi-, hooldus- ja taastusraviteenused) ja -kaupadele (näiteks ravimid) ning sellele lisatakse kulutused ennetusele, tervishoiu administreerimisele ja tervishoiuteenuste osutajate kapitalikulu (Tabel 1.1).

Eraisikud finantseerivad reeglina ainult personaalseid tervishoiuteenuseid (*HC.1 – HC.5*), ehk neid teenuseid, mis on suunatud otse indiviidile. Preventsiooni ja tervishoiu administreerimisega tegelevad tavaliselt riigiasutused ja MTÜd, ning need kulud ei kajastu leibkondade tervishoiukulude andmetes.

---

<sup>7</sup> Käesolevas töös kasutatakse termineid „tervishoiuteenuste pakkujad“ ning „tervishoiuteenuste osutajad“ sünonüümidena. Samuti kasutatakse sünonüümidena termineid tervishoiu (tervishoiu kogukulude) „finantseerimisallikas“, „finantseerija“ ja „rahastaja“.

Tabel 1.1. *ICHA-HC* klassifikatsioon<sup>8</sup>

<i>ICHA-HC</i>	Tervishoiuteenused ja -kaubad
<i>HC.1</i>	Raviteenused
<i>HC.2</i>	Taastusravi
<i>HC.3</i>	Pikaajaline hooldusravi
<i>HC.4</i>	Tervishoiu tugiteenused
<i>HC.5</i>	Meditšiinitooted ambulatoorsetele patsientidele
<i>HC.1 – HC.5</i>	Personaalsed tervishoiuteenused
<i>HC.6</i>	Preventsioon ja elanikkonna tervishoid
<i>HC.7</i>	Tervishoiu administreerimine ja ravikindlustus
<i>HC.1-HC.7</i>	Tervishoiu jooksvad kulud kokku
<i>HC.R.1-R.7</i>	Tervishoiuga seotud funktsioonid kokku
<i>HC.R.1</i>	Kapitalikulud
<i>HC.1-HC.7, HC.R.1</i>	Tervishoiu kogukulud kokku

Allikas: A system... 2000, 114.

Kuna tervishoiu kogukulude analüüsid kasutatakse tihti mõistet tervishoiu jooksevkulud, siis on oluline eristada tervishoiu kogukulusid ning jooksevkulusid. Viimane võrdub tervishoiu kogukuludega, millest on lahutatud tervishoiuteenuste pakkujate kapitalikulud (A system... 2000, 58). Kuna leibkonnad reeglina tervishoiusektori kapitalikulu otseselt ei finantseeri (viimane on siiski võimalik näiteks annetuste näol), siis leibkondade kogukulud võrduvad üldjuhul leibkondade jooksvate kuludega.

### **Tervishoiuteenuste osutajate klassifikatsioon *ICHA-HP***

Tervishoiuteenuste osutajate dimensioon annab mõista, kes olid tervishoiuteenuste pakkujad, kellele laekusid tervishoiu rahastajate vahendid.

<sup>8</sup> Klassifikatsiooni laiendatud variant on esitatud Lisas 2.



RTA kohaselt on tervishoiuteenuste osutajateks (Tabel 1.2) statsionaarset ja ambulatoorset raviteenust pakuvad asutused, hooldus- ja põetusravi asutused<sup>9</sup>, meditsiinitoodete pakkujad (näiteks apteegid), rahvatervise programmide korraldajad (eelkõige TAI, SOM, EHK) ning tervishoiu administreerimisega tegelevad asutused (eelkõige SOM ja selle allasutused, EHK). Muude tegevusharudena klassifitseeritakse asutusi, kes pakuvad tervishoiuteenuseid kõrvaltegevusena (vanglate ambulatoorsed osakonnad, kooliõed). Muude tegevusharude pakkujateks (*HP.7*) on klassifitseeritud ka leibkonnad, kes osutavad tervishoiuteenust teistele leibkondadele või inimestele ning saavad selle eest tasu. Kui leibkonnad osutavad teenust tasuta ei ole need arvestatud tervishoiuteenuste pakkujatena. Välismaailma asutusteks klassifitseeritakse välismaa asutusi, kes pakuvad teenuseid Eesti residentidele.

Tabel 1.2. *ICHA-HP* klassifikatsioon<sup>10</sup>

<i>ICHA-HP</i>	Tervishoiuteenuste pakkujad
<i>HP.1</i>	Haiglad
<i>HP.2</i>	Hooldus- ja põetusravi asutused
<i>HP.3</i>	Ambulatoorse ravi pakkujad
<i>HP.4.</i>	Jaemüük ja teised meditsiinitoodete pakkujad
<i>HP.5</i>	Rahvatervise programmide korraldus
<i>HP.6</i>	Üldine tervishoiu administreerimine
<i>HP.7</i>	Muud tegevusharud
<i>HP.9</i>	Välismaailm

Allikas: A system... 2000, 136.

Kuna tervishoiuteenuste osutajate hulka ei loeta põhivara tootjaid (antud kontekstis näiteks ehitusfirmasid, kes ehitavad või renoveerivad haiglahooneid või pika kasutuseaga meditsiiniliste seadmete tootjaid), siis on tervishoiuteenuste osutajate

<sup>9</sup> Laste ning täiskasvanutele (ka psüühiliste erivajadustega täiskasvanutele) hooldamisteenust osutavad asutused.

<sup>10</sup> Klassifikatsiooni laiendatud variant on esitatud Lisas 3.

kategooriad kitsendatud tervishoiu jooksevkuludega. Samuti ei arvestata tervishoiuteenuste osutajate hulka pooltoodete (*intermediate products*) tootjaid näiteks, meditsiini - või ortopeediatoodete tootjaid (A system... 2000, 53).

Tervishoiuteenuste pakkujateks, kelle kaudu kulutavad inimesed oma vahendeid on enamasti haiglad, hooldus-ja põetusraviasutused, ambulatoorse ravi pakkujad ning meditsiinitoodete jaemüüjad (*HP.1* kuni *HP.4*). Tuleb mainida, et eraisikud võivad kasutada tasulisi tervishoiuteenuseid ka välismaal, kuid siamaani pole võimalik Eesti residentide välismaa tervishoiuteenuste osutajatele makstud vahendeid leibkondade tervishoiukulutustes arvestada.

### **Tervishoiuteenuste finantseerimisallikate klassifikatsioon *ICHA-HF***

Finantseerimisallikateks on juriidilised ja füüsilised isikud, kes rahastavad tervishoiusüsteemi ehk maksavad tervishoiuteenuste ja -kaupade eest<sup>11</sup>. RTA järgi jaotuvad tervishoiu finantseerijad kolmeks suureks grupiks: avalik, erasektor ja välismaailm (Tabel 1.3). Avaliku sektori peamiseks rahastajaks on Eesti Haigekassa. Samuti on avaliku sektori rahastajateks keskvalitsus (SOM, selle allasutused ja teised ministriumid) ning kohalikud omavalitsused. Erasektori rahastajateks on erakindlustused, leibkonnad, mittetulundusühingud (edaspidi MTÜd) ja eraettevõtted. Erakindlustuste tervishoiukulud moodustuvad enamasti reisikindlustusjuhtumite eest tervisekulude kompenseerimisest, leibkondade kulud koosnevad aga kaasmaksetest tervishoiuteenuste ja -kaupade eest. Eraettevõtete all mõeldakse tööandjaid, kes investeerivad oma töötajate tervisesse, makstes enamasti nende prillide või tervisekontrollide eest.

---

<sup>11</sup> Antud klassifikaatori spetsiifika on selles, et erasektori finantseerijate all ei ole klassifitseeritud eraisikuid, kui sotsiaalmaksu maksjaid. Kõikide sotsiaalmaksust tehtud kulutuste finantseerijaks loetakse Eesti Haigekassat.

Tabel 1.3. *ICHA-HF* klassifikatsioon

<i>ICHA-HF</i>	Tervishoiuteenuste ja - kaupade finantseerimisallikad
<i>HF.1</i>	Avalik sektor
<i>HF.1.1</i>	Avalik sektor, välja arvatud Haigekassa
<i>HF.1.1.1</i>	Keskvalitsus
<i>HF.1.1.3</i>	Kohalik omavalitsus
<i>HF.1.2</i>	Eesti Haigekassa
<i>HF.2</i>	Erasektor
<i>HF.2.2</i>	Erakindlustus
<i>HF.2.3</i>	Leibkonnad
<i>HF.2.4</i>	MTÜd
<i>HF.2.5</i>	Eraettevõtted
<i>HF.3</i>	Välismaailm

Allikas: A system... 2000, 68.

Tervishoiu kogukulude aruande väljundina koostatakse Eestis kolm omavahel seotud tabelit:

1. Tervishoiuteenuse pakkujad vs tervishoiu finantseerijad (*HPxHF*). Selle tabeli abil saadakse teada, kelle käest sai antud aasta jooksul rahalised vahendid teatud tervishoiuteenuse pakkuja. Tabel võimaldab eristada ainult jooksevkulusid.
2. Tervishoiuteenused vs tervishoiuteenuse pakkujad (*HCxHP*). See tabel aitab mõista, mis teenuseid osutasid tervishoiuteenuste pakkujad antud aastal. Tabel võimaldab eristada ainult jooksevkulusid.
3. Tervishoiuteenused vs tervishoiuteenuse finantseerijad (*HCxHF*). Selle tabeli abil on võimalik hinnata, kes ja mis ulatuses rahastas tervishoiuteenuste ja -kaupade tarbimist antud aastal. Tabel võimaldab eristada nii jooksev- kui ka kogukuluseid.

Kuna antud töö seisukohast on oluline ainult üks tervishoiufinantseerija – leibkonnad (*HF.2.3*), siis järgnevates peatükkides meetodikate võrdlemisel (alapeatükk 2.3 ja peatükk 3) keskendutakse vaid ühe *HCxHP* tabeli koostamisele.

Järgmises peatükis antakse ülevaade tervishoiukuludest aastatel 2005–2008 arvatud RTA meetodika järgi.

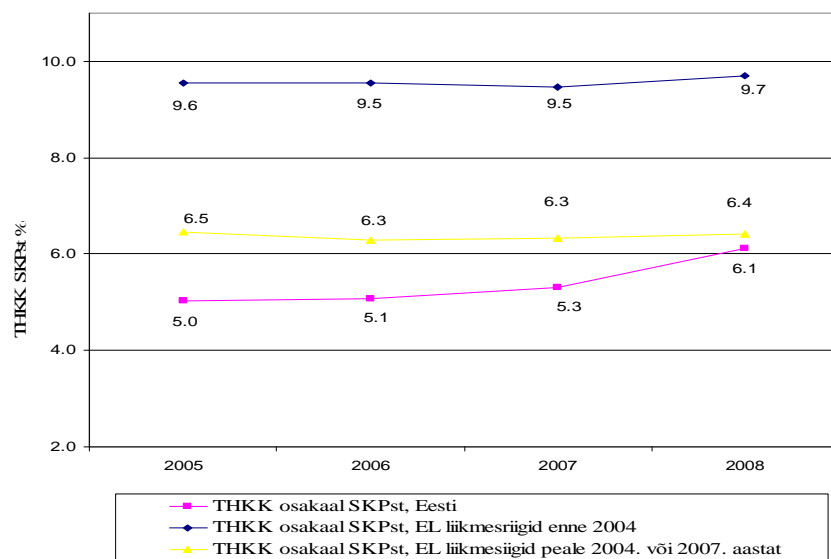
### **1.3. Tervishoiu kogukulud aastatel 2005-2008**

Käesolevas peatükis antakse ülevaade tervishoiu kogukulude struktuurist teenuste, pakkujate ning rahastajate järgi. Kuna antud töö keskendub leibkondade kulude uurimisele ajavahemikul 2005–2008, siis keskendutakse ka antud peatükis tervishoiu kogukulude uurimisele just sellel ajavahemikul. Analüüs on koostatud autori poolt Tervise Arengu Instituudi tervishoiu kogukulude alg- ning koondandmete alusel ning selles on kasutatud käesoleva meetodika järgi arvatud leibkondade tervishoiu kogukulude andmeid.

2008. aastal olid Eesti tervishoiu kogukulud kokku 15,4 miljardit krooni, mis on üle 75% võrra rohkem kui 2005. aastal. 2008. aastal toimus viimase nelja aasta üks suurematest kasvudest, mis jäi alla ainult 2006. aastale, mil kogukulud kasvasid kokku üle 23%. Kuna antud ajavahemikul ning eriti 2006. aastal oli tervishoiusektorile iseloomulik kiire inflatsioon ei peegelda jooksevhindades kasvanud tervishoiukulutused tegelikult väga kiiret tervishoiuteenuste ning -kaupade tarbimise kasvu. Reaalsetes hindades kasvasid tervishoiu kogukulud 2008. aastal võrreldes nelja aastataguse ajaga mõõdukalt - 19%. Kõige suurem reaalse kogukulude kasv toimus 2006. aastal, mil need kasvasid võrreldes eelmise aastaga 16%.

Koos nominaalsete tervishoiukulude kasvuga suurenes 2005.-2008. aastatel ka Eesti tervishoiu kogukulude osakaal SKPst. Viimast indikaatorit loetakse tähtsaks mõõdikuks tervisevaldkonna jaoks, mille abil on võimalik võrrelda erinevate riikide panust tervishoidu võrreldes teiste eluvaldkondadega ning samuti võimaldab see võrrelda tervishoiusüsteemide arengutasemeid. (Eesti Tervisestatistika... 2010, 97-101)

THKK osakaal SKPst oli suurim 2008. aastal, kasvades nelja aastaga 1,1 protsendipunkti võrra 5,3%-lt 6,1%ni, kusjuures enamik sellest kasvust on toimunud 2008. aastal (0,8%). Indikaatori kiire kasv on seletatav sellega, et 2008. aastal iseloomustas Eesti majandusaktiivsust juba negatiivne reaalne SKP (-4%), kuid tervishoiukulud kasvasid veel varasemate aastatega võrreldavas tempos (19%).

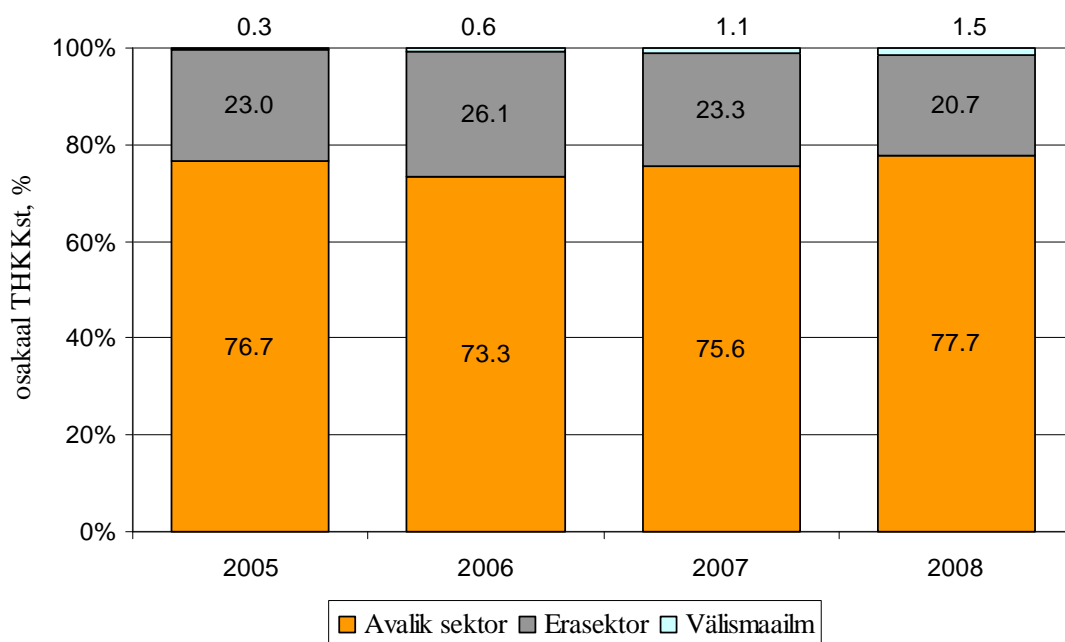


Joonis 1.1. THKK osakaal SKPst Eestis (käesolev leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise meetoodika) ja Euroopa Liidus tervikuna 2005.–2008. aastatel, %.

Allikas: WHO... ja Tervisestatistika..., autori joonis.

Vaatamata sellele, et aastatel 2005–2008 kasvasid THKK nii suhtena SKPsse kui absoluutselt, jääb tervishoiu kogukulude finantseerimine Eestis võrreldes Euroopa Liidu vanade riikidega madalaks (Joonis 1.1). Aastatel 2005-2008 oli Eesti THKK SKPst keskmiselt 4-5% madalam, kui vanades Euroopa Liidu (EL) riikides. Uued Euroopa Liidu liikmesriigid (peale 2004. ja 2007. aastat liitunud) panustavad tervishoiule võrreldes vanade liikmesriikidega oluliselt väiksema osa oma SKPst (6,3-6,5%), kuid Eesti näitajad jäävad ka nendega võrdluses madalamaks (5,0-6,1%). Nii Eesti kui ka EL vanade ja uute riikide THKK osakaal SKPst aastate lõikes kasvab, ning alles 2008. lähenes Eesti EL vanade liikmesriikide keskmisele tasemele.

RTA meetoodika kohaselt finantseerivad tervishoiusüsteemi avalik sektor, erasektor ja välismaailm. Eestis on tervishoiukulude kõige suuremaks rahastajaks avalik sektor (Joonis 1.2), mille kulutuste osakaal THKKs varieerus 2005.–2008. aastal 73–78% piires. Kõige kõrgem avaliku sektori kulude osakaal oli 2008. aastal ning kõige madalam 2006. aastal. 2006. aasta avaliku sektori kulutuste madal tase võrreldes teiste aastatega on tingitud sellest, et 2006. aastal kasvasid erasektori kulud tervishoiule oluliselt kiirema tempoga kui avaliku sektori omad.



Joonis 1.2. Eesti THKK rahastamisallika järgi 2005.–2008. aastatel, % (käesolev leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise meetoodika).

Allikas: Lisa 4, autori joonis.

Eesti avaliku sektori tervishoiukulude tase THKKst on võrreldav EL vanade liikmesriikide kulutuste tasemega, kelle avaliku sektori kulud moodustasid 2005.-2008. aastatel 76%-77% THKKst. Samas on Eesti avaliku sektori kulud THKKst EL uute riikide keskmisest kõrgemad. Nende riikide kulud jäävad vaadeldaval ajavahemikul 72-73% piiridesse (Lisa 5). Avaliku sektori madalam osatähtsus võrreldes vanade EL riikidega viitab sellele, et uutes EL riikides on teiste tervishoiu rahastajate (enamasti erasektori) roll tervishoiu rahastamisel võrreldes vanade EL liikmesriikidega suurem.

Eestis on avaliku sektori peamiseks rahastajaks Haigekassa, kelle kulutused moodustasid 2005.-2008. aastatel suurima osa nii kõikidest avaliku sektori tervishoiukulutustest (83-85%) kui ka THKKst (62-66%). Suurema osa vahenditest kulutab EHK haiglaravile ja ambulatoorsele arstiabile. Samuti olulise osa Haigekassa kuludest moodustab ka ravimikulutuste osaline kompenseerimine.

Teisteks avaliku sektori rahastajateks on keskvalitsus ning kohalikud omavalitsused. Keskvalitsuse ehk riigieelarvelised kulud tervishoiule moodustasid 2005.-2008. aastatel kuni 15% avaliku sektori kulutustest tervishoiule ning suur osa nendest oli

suunatud kiirabi ja hooldusravi finantseerimisele. Kohalikud omavalitsused investeerivad tervishoidu võrreldes teiste avaliku sektori rahastajatega vähe – kuni 2% avaliku sektori kulutustest tervishoiule.

Suuruselt teine THKK finantseerija on erasektor ning selle allika kulutuste osa on 2005. aastast alates olnud 21–26% vahel (Joonis 1.2).

Kõige suurem erasektori tervishoiu rahastajate grupp on leibkonnad. Ajavahemikul 2005.–2008. moodustasid nende kulutused 89-96% erasektori kuludest ning 20-25% THKKst. Leibkondade osatähtsus THKK finantseerimisel oli 2008. aastal 20%, mis oli madalaim erasektori panus THKKsse aastatel 2005–2008. Eriti on antud suhtarv kahanenud võrreldes 2006. aastaga, kui erasektori osatähtsus tervishoiu kogukuludes moodustas 25%. Tulenevalt Eesti tervishoiusüsteemi ülesehitusest kulutavad inimesed kõige rohkem ravimitele, hambaravile ja taastusravile. 2006. aasta omaosaluse kasvu tingisid inimeste kasvanud kulutused eelkõige hambaravile ja ravimitele.

Välisallikate osakaal Eesti tervishoiu rahastamisel ei ole eriti suur, kuid suureneb järk-järgult, moodustades 2008. aastal 1,5% THKKst. Enamik 2007.–2008. aastal laekunud välisvahenditest on pärit Euroopa Regionaalarengu Fondist haiglavõrgu arendamiseks.

Tervishoiu kogukulude meetodika võimaldab hinnata THKK teenuste järgi ning eristada ka tervishoiuteenuste pakkujate jooksevkulusid tervishoiule.

Vaadeldes tervishoiu kogukulusid teenuste järgi selgub, et Eesti tervishoiusüsteem on aktiivravi teenustele keskenduv: nii nagu enne 2005. aastat, moodustasid aastatel 2005–2008 kulutused aktiivravile üle poole THKKst. Suurem osa aktiivravi teenustele suunatud vahenditest läks hospitaliseeritud patsientide ravile ning ambulatoorsele arstiabile. Meditsiinitoodetele, sealhulgas retseptiravimitele kulutati viimasel neljal aastal ligikaudu üks neljandik THKKst.

Tervishoiuteenuste osutajatest kulutasid kõige rohkem haiglad. Aastate 2005–2008 jooksul kõikis haiglate kulude osakaal tervishoiu jooksvatest kuludest 44–47% juures. Ravimite ja meditsiinitoodete jaemüüjad kulutasid veidi üle neljandiku

kõikide pakkujate jooksvatest kuludest. Ambulatoorsete arstiabiasutuste kulude osakaal on jäänud neljal viimasel aastal 19–21% vahele. (Eesti Tervisestatistika... 2010, 100)

Järgmises peatükis vaadeldakse leibkondade kulutusi kui tervishoiu finantseerimisallikat lähemalt.



## **2. LEIBKONDADE TERVISHOIUKULUTUSTE ARVESTUS EESTIS**

Tervishoiu kogukulude aruande üheks ülesandeks on anda ülevaade, kui suure osa tervishoiu kogukuludest moodustavad leibkondade kulud. Antud peatükk pakub ülevaate sellest, kui palju ja millistele tervishoiuteenustele ja -kaupadele kulutavad Eesti leibkonnad ning mis positsioonis on Eesti omaosaluse poolest võrreldes teiste EL liikmesriikidega. Samuti annab peatükk ülevaate hetkel kasutatavast omaosaluse arvutamise meetodikast, mis on kasutatud peatükis esitatud leibkondade kulutuste arvutamiseks.

### **2.1. Leibkondade omaosaluse taseme määramine**

Üheks tervishoiu kogukulude aruande abil konstrueeritavaks ning laialt kasutatavaks indikaatoriks on leibkondade omaosaluse osakaal THKKst. See indikaator näitab, kui palju osalevad eraisikud tervishoiusüsteemi finantseerimisel võrreldes teiste tervishoiu rahastajatega. Käesolevas alapeatükis selgitatakse, miks leibkondade tervishoiukulutuste ja omaosaluse näitajad on olulised ning arutletakse selle üle, milline võiks olla avaliku ja erasektori suhe tervishoiukulude finantseerimisel<sup>12</sup>.

Omaosaluspoliitika kujundamisel ning avaliku ning erasektori optimaalse kulutuste taseme määramiseks peab riik arvestama seda, et Eesti tervishoiusüsteem põhineb „solidaarsuse põhimõttel“, mille kohaselt peab tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltuma vajadusest, mitte maksevõimest. (Thomson jt 2010, 3). Leibkondade tervishoiukulutuste kasvuga kaasneb tervishoiusüsteemi solidaarsuse

---

<sup>12</sup> Alapeatükis eeldatakse, et riik omab mõju omaosaluse kujundamise üle, samas tuleb arvestada seda, et riikide tervishoiufinantseerimise jaotumine avalike ning eraallikate vahel sõltub lisaks avaliku sektori otsustest ning tervishoiule tehtud kulutustest ka teistest kriteeriumitest, milleks on inimeste *per capita* sissetulekud ning samuti sissetulekute jaotumise ebavõrdus. (Matteo 2000, 108). Lisaks sõltub see ka elanikkonna tervislikust seisundist.

printsibiibist eemaldumine, kuna kõrgemad omaosalustasud võivad põhjustada seda, et tervishoiukaubad ning teenused muutuvad madalama sissetulekuga inimeste jaoks kättesaamatuks, mistõttu suureneb ühiskonnas ebavõrdsus. Väidet kinnitavad ka tervishoiuökonomika valdkonnas teostatud uurimistööd, mis näitavad, et madalama sissetulekutega leibkonnad kulutavad tervisele rikkamate peredega võrreldes suurema osa oma tulust (Vörk jt 2010, 1; Habicht 2006, 422). Samuti osutavad mõned empiirilised uuringud tähelepanu sellele, et omaosaluse protsenti on tarvis vaadata koos leibkondade „katastroofiliste kuludega“<sup>13</sup> tervishoiule, kusjuures eksisteerib positiivne sõltuvus omaosaluse näitaja ning katastroofiliste kulude vahel (Xu jt 2003, 111-115; *World...* 2008, 24). Samas ei ole see seos nii tugev, et väita, et omaosaluse kasvuga peab ilmingimata kaasnema vaesuspiiri alla langevate leibkondade arvu kasv, kuna omaosalus saab suureneka ka keskmiselt jõukamate leibkondade kulude suurenemise tõttu (Xu jt 2003, 115).

Habicht jt (2005, 5) uurisid, kui palju muutus Eesti elanikkonna katastroofiliste tervishoiukuludega<sup>14</sup> perede osakaal aastatel 1996-2002. Uurimisest tuli välja et niisuguste perede osakaal koguelanikkonnast kasvas selle ajaperioodi jooksul 0,3% kuni 1,5%ni. Samas on inimeste omaosalus kasvanud sama aja jooksul 12%lt kuni 20%ni, mis näitab, et ka Eesti puhul kaasnes omaosaluse suurenemisega vaesusesse sattuvate perede osakaalu kasv.

Vaatamata sellele, et kõrge omaosalus tervishoius võib mõjutada otseselt inimeste heaolu, on teatud omaosalus siiski vajalik, et toetada tervishoiusüsteemi efektiivsust. Nimelt, on leitud, et omaosalustasude kehtestamine vähendab tervishoiuteenuste ja -kaupade „ebavajalikku“ tarbimist (Habicht 2010, 19, Carmen 2003, 59). Järelikult soodustab kõrgem omaosalus tervishoiuteenuste ning -kaupade kättesaadavuse kasvu.

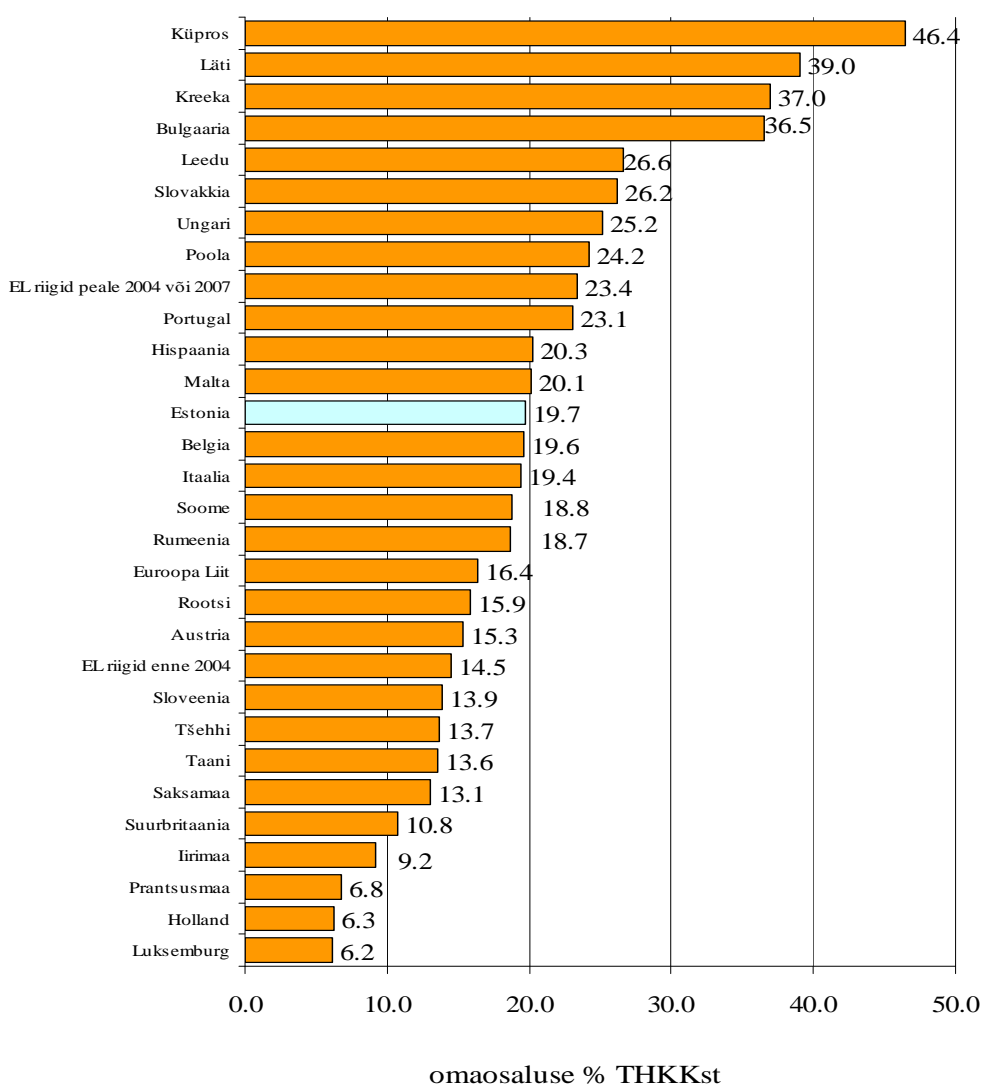
Järgnevalt võrreldakse Eesti tervishoiukogukulude taset EL riikidega (Joonis 2.1). Riikide omaosalusmäärade võrdlemisel tuleb arvestada sellega, et riikide tervishoiusüsteemid on oma ülesehituselt erinevad ning omaosaluse osakaal THKKst ei

---

<sup>13</sup> Katastroofilised kulutused on sellised kulutused, mille tõttu leibkond peab pikaajaliselt vähendama oma põhilisi vajadusi rahuldava kulude taseme. Enamikel uuringutel loetakse katastroofilisteks kulutused tervishoiule siis, kui need moodustavad 5-20% inimeste kasutatavast tulust. (Xu jt 2003, 111-112)

<sup>14</sup> Selle uurimuse juures katastroofilised kulud on need kulud tervishoiule, mis moodustavad 40% sissetulekust.

kajasta tegelikult tervishoiuteenuste ja –kaupade tarbimise mahtu ning nende kättesaadavust erinevatele elanikkonnarühmadele. Omaosaluse suhet THKKst tasub vaadelda ainult koos teiste riikide tervishoiusüsteeme iseloomustavate indikaatoritega nagu näiteks ravijärjekordade pikkus, keskmine ravil viibimine päevades jne. Seetõttu peaks riigi omaosaluspoliitika kujundamisel ning optimaalse riigi ja erasektori tervishoiukulude suhte määramisele eelnema suur uurimistöö, selgitamaks kuidas omaosaluse tase on seotud tervishoiusüsteemi ning riigi arengut iseloomustavate näitajatega.



Joonis 2.1. Omaosaluse osakaal THKKst Eestis (arvutatuna kasutades leibkondade arvutamise käesolevat meetodikat) ja teistes Euroopa Liidu riikides 2008. aastal, %.

Allikas: Lisa 6.

Eesti leibkondade omaosalus tervishoiukulude finantseerimisel on aastatel 2005.-2008. kõikunud 20%-25% vahel. Eesti ja EL liikmesriikide 2008. aasta omaosaluse tasemete võrdlusest nähtub, et Eesti inimeste panus tervishoiu kogukulude finantseerimisel on natuke kõrgem, kui EL keskmine. 2008. aastal oli Eesti näitaja 20% ning EL riikide keskmine – 16% (Joonis 2.1).

Eestis ei ole läbi viidud veel uuringuid, mis analüüsiks, kui suur peaks olema eraisikute panus tervishoiu kogukulude finantseerimisel. Samas tervishoiuökonomika ekspertide poolt koostatud raamatus “Eesti tervisesüsteemi ülevaade“ väidetakse, et „Eestis on levinud arusaam, et tänane avaliku ja erasektori<sup>15</sup> kulude vahekord<sup>16</sup> on optimaalne ning erasektori osatähtsuse kasvu tuleks suhtuda ettevaatlusega“(Koppel jt 2008, 88). Teises tervishoiuökonomika alases väljaandes „Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks“ (Thomson jt 2010, 99), on arutletud, kuivõrd jätkusuutlik ning elanikkonna heaolu maksimeeriv on praegune erasektori tase (2006. aastal – 26,1%, 2008. aastal – 20,6% THKKst). Enamik küsitletud huvirühmade<sup>17</sup> esindajatest pooldas arvamust, et erasektori osakaal kogukuludest on juba praegu küllalt kõrge ning selle kasvamiseks pole enam ruumi, välja arvatud erakindlustuse osakaalu suurendamise teel. „Kriitiliseks ülempiiriks“, mida riik peaks jälgima ning mida ei tohiks ületada oli enamike huvirühmade esindajate arvamusel erasektori osakaal THKKst 25-30% juures. (Thomson jt 2010, 99-100)

Kokkuvõtteks, on riigi omaosaluspoliitika tähtsaks vahendiks, mille abil saab mõjutada leibkondade kulude suurust. Omaosalus ning selle osakaal THKKst on olulisteks indikaatoriteks, mis kajastavad teatud määral tervishoiusüsteemi efektiivsust ning need peavad olema seatud sellisele tasemele, et riigis oleks tagatud solidaarne tervishoiuteenuste ja -kaupade kättesaadavus. Kuid Eestis ei ole veel tehtud uuringuid, mis näitaksid, milline omaosaluse tase oleks tervishoiusüsteemi jaoks optimaalne.

---

<sup>15</sup> Antud juhul on tegu elanikkonna heaolu maksimeeriva **erasektori** tasemega. Kuna enamiku erasektori kuludest moodustavad eraisikute kulud, siis antud juhul eeldatakse, et samad järeldused kehtivad ka optimaalse omaosalusmäära jaoks.

<sup>16</sup> Laias laastus 3:1. Avaliku sektori kulude osakaal THKKst oli 2005.-2008. aastatel 74%-78% ning erasektori - 21%-26%.

<sup>17</sup> Huvirühmadeks on „tervisesüsteemi jaoks olulised isikud, suuremate erakondade esindajad ja teadlased“ (Thomson jt 2010, 96).

Järgmises peatükis antakse ülevaade lähtudes 2005.-2008. aastatel kehtivast seadusandlusest, mis tervishoiuteenustele ning kaupadele kulutavad inimesed kõige rohkem.

## **2.2. Leibkondade tervishoiukulutused Eesti seadusandluses**

Käesolevas peatükis antakse ülevaade aastatel 2005-2008 kehtinud seadusandlusest Eestis ning selgitatakse, mis tervishoiuteenuste ja -kaupade eest ja, kui suures ulatuses on inividid pidanud ise maksma.

Leibkondade tervishoiukulutused koosnevad:

- mitteformaalsetest maksetest,
- omaosalusmaksetest Haigekassa poolt mitte kompenseeritavate teenuste ja – kaupade eest,
- omaosalusmaksetest Haigekassa poolt osaliselt kompenseeritavate teenuste ja -kaupade eest (Koppel jt 2008, 111).

Kuigi erinevates uuringutes on leitud, et mitteformaalsed maksed on väga levinud üleminekumajandusega riikides (Ensor, T 2004, 237, Habicht 2010, 19), ei ole Eestis see kunagi olnud probleemiks. Eesti Haigekassa uuringu kohaselt maksis arstile „ümbrikutasu“ 1998. aastal alla 1% uuringus osalenust (Koppel jt 2008, 119).

Kuna mitteformaalsete tasude suurust on raske hinnata, siis järgnevalt keskendutakse ainult nendele olukordadele, mille korral inimesed maksavad tervishoiuteenuste- või kaupade eest täishinna, ning samuti inimeste omaosalusmaksetele EHK poolt osaliselt kompenseeritavate tervishoiuteenuste ja – kaupade eest.

Inimesed maksavad ise tervishoiuteenuste (*JCHA-HC.1-HC.4*) eest täishinna järgmistel juhtudel:

- EHK poolt kindlustamata isikud (2008. aastal – alla 3% elanikkonnast (Eesti haigekassa kodulehekülge)) maksavad kõikide tervishoiuteenuste eest täies mahus. Kindlustamata isikutele on tagatud tasuta vaid vältimatu abi (Tervishoiuteenuste... § 6 (1), (4)).

- EHK poolt kindlustatud inimesed maksavad tervishoiuteenuste eest, mis ei ole Haigekassa poolt kehtestatud tervishoiuteenuste loetelus (Ravikindlustuse seadus – RKS § 29 (1)), näiteks ilukirurgia ja alternatiivmeditsiini eest (Koppel jt 2008, 94) ning mis on osutatud nendele EHKga tervishoiuteenuste osutamise lepingut sõlmitud asutuse poolt (RKS, § 35, 36).
- Kindlustatud maksavad tervishoiuteenuste eest, kui tarbivad teenust eraarsti juures, kellel ei ole lepingut Haigekassaga (RKS, § 35, 36). Need on eelkõige günekoloogid, kõrva-nina-kurguarstid, silmaarstid, ortopeedid jne. Selliste teenuste tarbimisel maksavad inimesed eraarsti poolt kehtestatud hinda täies mahus.
- Kindlustatud isikul on võimalus ennast eriarsti ravijärjekorrast ette osta, makstes sel juhul EHK tervishoiuteenuste loetelus olevate teenuste eest täies ulatuses (RKS § 39 (3)).
- Kindlustatud isikud maksavad teenuse hinda täies ulatuses ilma perearsti saatekirjata eriarsti juurde tehtud visiitide eest, välja arvatud juhul, kui eriarstiabi osutatakse seoses traumaga, kroonilise haigusega, tuberkuloosiga, silmahaigusega, naha- või suguhaigusega või juhul, kui talle osutatakse günekoloogilist või psühhiaatrilist abi (RKS § 70 (2, 3)).
- Kindlustatud isikud maksavad välismaal saadud plaanilise ravi eest täies ulatuses, kui see oli teostatud ilma Haigekassa eelneva loata (Koppel jt 2008, 100-101).

Ülejäänud juhtudel saab kindlustatud isik tarbida tervishoiuteenuseid raviasutuses, millel on kehtiv leping Haigekassaga, tasuta, või teostades piiratud ulatuses kaasmakseid.

Inimesed maksavad ise tervishoiukaupade (*ICHA-HC.5*) eest täishinna järgmistel juhtudel:

- EHK poolt kindlustamata isikud maksavad kõikide tervishoiukaupade eest täies mahus.
- Jaemüügis müüdavate käsimüügiravimite ja tervishoiukaupade eest maksavad kindlustatud isikud üldjuhul täishinna. Inimesed ei maksa

ravimite ning tervishoiutoodete eest juhul kui need on arvestatud Haigekassa poolt hüvitavate tervishoiuteenuste hindade sisse (Kindlustatud... § 13 (2) 7). Samuti saavad inimesed soodustuse nende meditsiiniliste abivahendite eest maksmisel, mis on kantud EHK poolt hüvitatavate meditsiiniliste abivahendite loetellu<sup>18</sup> (RKS § 13 (1)).

- Kindlustatud inimesed maksavad retseptiravimite eest täishinna, välja arvatud EHK soodustusega retseptiravimite eest (RKS § 41 (1)).

Järgnevalt vaadeldakse, millistel juhtudel peavad kindlustatud inimesed maksma omaosaluse EHK poolt osaliselt kompenseeritavate tervishoiuteenuste ning – kaupade eest tarbimisel. Kirjeldamisel lähtutakse RTA tervishoiu kogukulude definitsioonist (vt alapeatükk 1.2) ning tervishoiuteenuste (*ICHA-HC*) klassifikaatorist, mis annab võimaluse jälgida, mis kulutustest koosneb iga tervishoiuteenuse ja –kaupade kategooria.

Vastavalt Ravikindlustuse seaduse § 30 lõike 3 ei tohi inimeste omaosalus tervishoiuteenuste eest maksmisel ületada 50% tervishoiuteenuse piirhinnast. Kindlustatud isikutele rakendub omaosalus järgmiste tervishoiuteenuste ja -kaupade eest maksmisel:

### **1) Hospitaliseeritud patsientide ravi (*HC I.1*)**

RTA kohaselt loetakse hospitaliseeritud patsientide raviks nende inimeste ravi, kes jäävad haiglasse vähemalt üheks ööks (A system... 2000, 112). Selliste inimeste suhtes rakenduvad Ravikindlustuse seaduse alusel järgmised omaosalustasud:

- Voodipäevatasu summas kuni 25 krooni päeva kohta majutuse standarttingimustes osutatud teenuste eest mitte rohkem kui 10 kalendripäeva eest ühe haigusjuhtumi korral (RKS § 71 (1), 72 (2)). Voodipäevatasu ei või nõuda intensiivravi osutamise aja eest, raseduse ja sünnitusega seotud statsionaarse eriarstiabi osutamisel ning statsionaarse eriarstiabi osutamisel alaealisele (RKS § 71 (2)).

---

<sup>18</sup> Alates 01.09.2008 RKS redaktsioonist kasutatakse mõistet meditsiiniseadmete loetelu.

- Tervishoiuteenuse osutaja poolt määratud lisatasu, standardtingimustest paremates tingimustes osutatud majutuse eest, mis on vastavuses pakutavate lisahüvede väärtustega juhul, kui standardtingimusi ületav majutus on patsiendi enda valik. Kui tervishoiuteenuse osutajal on võimalik pakkuda tervishoiuteenust ainult majutuse standardtingimustest paremates tingimustes, siis lisatasu ei nõuta. (RKS § 68 (2, 3)).
- Omaosalusmäära rakendatakse mõnede Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu kantud teenuste puhul. Selliseid teenuseid teostatakse enamasti päevaravi vormis, kuid tüsistuste korral võib neid osutada ka haiglaravis.

## **2) Päevaravi (HC. 2.1)**

Päevaravi tähendab, et patsiendid tulevad raviasutusse ravile ning lahkuvad asutusest samal päeval (A system... 2008, 113).

Teatud EHK poolt rahastatavate päevaravi vormis osutatavate teenuste puhul on kindlustatud isikutele kehtestatud omaosalus. Indiviididel tuleb ise tasuda 30% teenuse hinnast järgmiste teenuste puhul (TTL § 35. (1)):

- kunstliku viljastamise eest (2005.-2008. aastatel) – 2 545 krooni
- tehisabordi eest – (2005-2007/2008. aastatel) - 455/677<sup>19</sup> krooni
- medikamentoosse abordi eest - (2008. aastal) – 489 krooni.

## **3) Perearstiteenused ehk RTA kontekstis põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)**

RTA kohaselt hõlmavad põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused meditsiinilist diagnostikat ja ravi, mis üldjuhul kaasneb arstivisiidiga ja mida arstid osutavad ambulatoorsetele patsientidele (A system... 2000, 116). Neid teenuseid tavaliselt osutavad perearstid.

Perearstide tegevusega seotud omaosalustasud on järgmised:

- a) Visiiditasu koduviidi eest tasuvad indiviidid kuni 50 krooni (RKS § 69). Koduviidi eest ei või nõuda visiiditasu rasedalt alates raseduse 12. nädalast ja alla 2-aastaselt kindlustatud isikult ning samuti juhul, kui vältimatu ambulatoorse eriarstiabi osutamisele järgneb vahetult

---

<sup>19</sup> Murruga eraldatakse erinevatel aastatel kehtinud omaosalustasud.



statsionaarse tervishoiuteenuse osutamine (RKS § 72 (1)). Tuleb osutada tähelepanu sellele, et inimesed maksavad ainult perearstide koduvisiitide eest, arstiabiasutustes perearsti vastuvõtud on inimestele tasuta.

- b) Patsient maksab üldarstiabitelefoni kõnede eest alates viiendast kõneminutist<sup>20</sup> (Koppel jt 2008, 210).

#### **4) Hambaarsti teenused (HC.1.3.2)**

Siia kuuluvad kõik hambaarsti teenused, mis on osutatud ambulatoorsetele patsientidele (A system... 2000, 116).

Täiskasvanu hambaravi ei kuulu üldjuhul Haigekassa poolt hüvitatavate teenuste hulka. Haigekassa maksab ainult alla 19 aastaste kindlustatud isikute tervishoiuteenuste loetelus oleva hambaravi teenuse eest (Täiskasvanute... §33. (1)). Alates 2003. aastast on täiskasvanute hambaravi asendatud kindlasummalise rahalise hüvitisega, mis peab katma iga-aastase ennetava ülevaatuse täiskasvanutel ning hambaproteeside maksumuse (kord kolme aasta jooksul) vanematel inimestel. Reformi põhjuseks oli tervishoiu eelarve piiratud maht, EHK poolt kaetud teenuste halb kättesaadavus, mille tõttu paljud inimesed loobusid hambaravist või kasutasid seda teenust erasektorist, makstes hambaravi eest oma taskust. (Koppel jt 2008, 244)

#### **5) Ambulatoorsed eriarsti teenused (HC.1.3.3)**

Siia kuuluvad kõik eriarstide teenused, mis ei ole põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused või hambaarsti teenused (A system... 2000, 117).

Ambulatoorse eriarstiabi visiidi eest patsientide poolt makstav visiiditasu on kuni 50 krooni (RKS § 72 (1)). Visiiditasu ei nõuta rasedalt alates raseduse 12. nädalast ja alla 2-aastaselt kindlustatud isikult ning alates 2006. aastast samuti juhul, kui vältimatu ambulatoorse eriarstiabi osutamisele järgneb vahetult statsionaarse tervishoiuteenuse osutamine (RKS § 70 (5)).

---

<sup>20</sup> Perearsti nõuandetelefon töötab 24 tundi päevas ning selle eesmärgiks on parandada üldarstiabi kättesaadavuse väljaspool tööaega ning maapiirkonna elanikele. Teenus on alates 2005. aastast ning kättesaadav kõigile vaatamata kindlustuse olemasolule. (Koppel jt 2008, 210)

## **6) Taastusraviteenused (HC.2)**

Taastusraviteenusteks nimetatakse RTA kohaselt meditsiiniteenuseid, mida osutatakse patsientidele ühe taastusraviepisoodi käigus (A system... 2000, 117). SPAde teenuste eest maksavad inimesed ise täies ulatuses, kuid Haigekassa kompenseerib inimestele statsionaarset taastusravi.

Statsionaarse taastusravi eest maksab inimene oma taskust 20% voodipäeva piirhinnast, ehk 93/140 krooni päevas (2005/2008) (TTL § 14. (1)).

## **7) Pikaajalise hooldusravi teenused (HC.3)**

RTA kohaselt hõlmab pikaajaline hooldusravi pidevat meditsiinilist- ja hooldusteenust, mida antakse hospitaliseeritud patsientidele, kes oma kroonilise puude ja iseseisva toimetuleku ja igapäevatoimingute piiratuse tõttu vajavad pidevalt hooldusravi (A system... 2000, 118).

Hooldusravi osutatakse nii statsionaarselt kui ambulatoorselt (Eesti Haigekassa koduleheküljel). RTA järgi loetakse hooldusraviks ka sotsiaalhoolekandeasutustes osutatud tervishoiuteenuseid. 2005.-2008. aastatel maksis Haigekassa kindlustatud isikute statsionaarse ja ambulatoorse hooldusravi eest täies ulatuses ning sotsiaalhoolekandeasutuste tervishoiukulusid finantseerisid inimesed ise suurel määral ise.

## **8) Meditsiinitooted ambulatorsetele patsientidele (HC.5)**

RTA järgi koosnevad meditsiinitooted retsepti –ja käsimüügiravimitest ning erinevatest meditsiinilistest kestvuskaupeadest.

EHK poolt kompenseeritavate meditsiiniseadmete loetellu kantud meditsiiniliste kestvus- ning mittekestvuskaupeade ja käsimüügiravimite eest maksavad inimesed kuni 10% toote hinnast (RKS § 48 (3)).

Retseptiravimite puhul maksavad inimesed kas täishinna või selle osa, sõltuvalt antud ravimile rakendatud soodustusest. Sotsiaalministri määrusega on kehtestatud omaosaluse alusmäärad ühe retsepti kohta 100%, 90% ja 75% soodustuse korral 20 krooni ja 50% soodustuse korral 50 krooni, mis tuleb tasuda inimesel endal. Haigekassa hüvitab piirhinna või hinnakokkuleppehinna ja patsiendi omaosaluse vahet sõltuvalt

soodustuse protsendist kas 50%, 75%, 90% või 100%. 50% soodustuse puhul ei hüvita haigekassa 200 krooni ületavaid summasid ühe retsepti kohta (Omaosaluse... § 2, 3).

Kokku maksab inimene ühe retsepti eest:

1. omaosaluse alusmäär (20 või 50 krooni),
2. Haigekassa poolt hüvitamata piirhinna või kokkuleppehinna ja patsienti omaosaluse vahet (50%, 25%, 10% või 0%),
3. piirhinda või hinnakokkuleppehinda ületava summa.

Inimeste omaosalust retseptiravimite eest maksmisel vähendab veel täiendav ravimihüvitis, mille saamiseks omavad õigust isikud, kelle kumulatiivsed kulutused ravimitele aasta jooksul ületavad 6 000 krooni (Omaosaluse... § 47).

Kõikidest selles peatükis loetletud tervishoiuteenuste omaosalustasudest, nendest kulutustest, mille puhul maksavad inimesed täishinna ning samuti mitteformaalsetest maksetest moodustuvad leibkondade kulutused. Nagu nähtub, ei ole 2005.-2008. aastatel Eesti omaosalustasude poliitikas toimunud olulisi muutusi, seega on raske seletada leibkondade kulutuste dünaamikat just muutunud seadusandlusega, pigem omavad siin mõju kogu majanduses toimuvad muutused.

Järgmises peatükis antakse ülevaade Eestis praegu kasutatavast leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise meetodikast, mis peaks aitama aru saada, kui hästi kajastavad käesoleva meetodika abil saadud hinnangud tegelikkust.

### **2.3. Leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise käesolev meetodika**

Käesolev alapeatükk annab ülevaade käesolevast leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise meetodikast. Alapeatükk algab käesolevas meetodikas kasutatavate andmeallikate lühikirjeldusest ning seejärel esitatakse iga tervishoiukulutuse arvutamise detailne kirjeldus .

Käesolev meetodika baseerub peamiselt Eesti Statistikaameti poolt läbiviidud LEUte andmetel ühe inimeste tervishoiukulutuste kohta kuus. Samuti edastab

Statistikaamet andmed taastusraviasutuste kulustest ravi eesmärgil majutatud inimeste kohta. Antud andmed kogutakse aruandega „Taastusravi“. Leibkonna kulutuste andmed täiendatakse retsepti- ning käsimüügiravimitele tehtud kulutuste statistikaga Raviametist ja Sotsiaalministeeriumi poolt kogutavate andmetega sotsiaalhoolekande asutustes tehtud kulutustest tervishoiule.

Järgmiselt vaadeldakse peamisi andmeallikaid lähemalt, eraldi tähelepanu osutatakse andmeallikate nõrkustele.

### **1) Leibkonna Eelarve Uuring**

Leibkonna Eelarve Uuring on riikliku statistika osa, mille eesmärk on saada teavet Eestis elavate leibkondade koosseisu, sissetuleku ja kulutuste kohta, leibkondade elamistingimuste ja majandusliku toimetuleku kohta. LEUt viib läbi Eesti Statistikaamet aastapõhiselt. Uuringu üldkogum koosneb Eestis alaliselt elavatest leibkondadest ja nende liikmetest (15-aastased ja vanemad), kes LEU ühe osana peavad kahe nädala jooksul päeviku, kus märgivad kõik selle aja jooksul nende poolt tehtud kulutused. (2008. aasta...)

LEUst pärinevaid andmeid ühe inimese tervishoiuteenustele ja –kaupadele tehtud kulutustest koos vastavalt *COICOP* 6.<sup>21</sup> jaotusele kasutatakse käesoleva meetodika raames selleks, et arvutada kõikide leibkondade tervishoiukulutused aastas. Leibkonna Eelarve Uuringut kasutati 2005.-2007. aastate leibkondade kulutuste arvutamisel peamise allikana THKKs, kuid 2008. aasta leibkondade kulutuste andmed toetuvad LEU prognoosile, kuna nimetatud aastal LEUd läbi ei viidud.

Leibkonna Eelarve Uuringu andmete kasutamisel leibkondade tervishoiukulutuste arvutamiseks on mitmeid probleeme, mistõttu on viimasel ajal otsitud LEUle alternatiive. Allpool on ülevaade LEU probleemidest, mis on seotud selle kasutamisega leibkondade kulutuste jaoks.

Esiteks, tervishoiukulutuste klassifitseerimiseks kasutatakse LEU puhul *COICOP*'i klassifikaatori, mis oluliselt erineb tervishoiu kogukuludes kasutusel oleva *ICHA* klassifikaatorist ning on sellest vähem detailne. See viib olukorrani, kus tähtsad

---

<sup>21</sup> *COICOP (Classification of Individual Consumption)* - kodumajapidamiste lõpptarbimiskulutuste klassifitseerimiseks kasutatav tarbimise klassifikaator. Klassifikaator on esitatud Lisas 7.

<sup>23</sup> LEU läbiviimist jätkatakse mitte iga-aastaselt, vaid igal teisel aastal, mis teeb selle kasutamise leibkondade kulude allikana problemaatiliseks.

tervishoiuteenuste (*ICHA-HC*) alajaotused nagu näiteks retsepti- ja käsimüügiravimid on LEUs eristamata. Samuti ei ole LEU kaudu võimalik täpselt eristada tervishoiuteenuste pakkujaid. Näiteks hambaravi võivad pakkuda nii haiglad, kui ka ambulatoorsed asutused, kuid LEUs on mõlemates asutuses tehtud kulutused hambaravi all.

Teiseks, *WHO* poolt 2007. aastal läbi viidud uuring näitab, et LEU võib alahinnata tegelikke inimeste kulutusi tervishoiule (Xu jt 2009, 303). See võib olla tingitud sellest, et inimesed ei oska täpselt meenutada, kui palju nad kulutasid tervishoiuteenuse eest või ravimitele. LEU annab sellega vähem täpsemad tulemused ning on seega vähem usaldusväärne, kui otseselt apteekidest või tervishoiuteenuste osutajate käest saadud andmed nende tulude kohta. (Jedomskihh-Eigo, 2006, 31)

Samuti on Eesti LEU puhul probleemiks see, et selle vastamisprotsent kahaneb iga aastaga. Kui 2000. aastal oli see 65%, siis 2006. aastal moodustas see juba 51%, seega napilt ületades 50%list vastamise nõuet. (Linno 2007, 9). Uuringus mitteosalenute arvu kasv võib viia olukorrale, kus andmete laiendamine kogu elanikkonnale moonutab tegelikke tulemusi. Samuti võib tegelikke tulemusi moonutada erakordsete kulutuste sattumine või mittedokumentatsioon uuringusse.

Ühtlasi võib juhtuda, et osa LEU andmetest on pisut üle hinnatud, sest inimesed ei oska arvestada oma kulutuste kirjapanemisel seda kulutuste osa, mis on nendele riigi või tööandja poolt kompenseeritud.

Leibkonna Eelarve Uuringu andmete kasutamine leibkondade kulutuste allikana osutus probleemiks 2008. aastal, kui tulenevalt iga aastaga üha madalamale tasemele langevast vastamisprotsendist otsustas SA loobuda iga-aastasest uuringust ning viia seda läbi üle aasta, selleks, et vähendada inimeste vastamiskoormust. Seetõttu jääb tervishoiu kogukulude aruanne tulevikus ilma tähtsast allikast<sup>23</sup>. 2008. aasta tervishoiu kogukulude aruande leibkondade osa põhines SA poolt koostatud prognoosil, mis toetus eelmiste aastate leibkondade kulutustele ning erinevatele makromajanduslikele näitajatele, mis mõjutavad inimeste tarbimist (Tiit 2010). Leibkondade kulutuste hinnangu 2008. aasta jaoks tegi veel nõrgemaks asjaolu, et tegemist oli aastaga, kus muutliku majanduskeskkonna tõttu oli oodata muutusi nii leibkondade kulutuste kogusummas, kui ka muutusi selle struktuuris.

Vaatamata sellele, et LEUI on palju puudusi, see on see hea allikas, millest alustada leibkondade kulutuste uurimist ning loobumine sellest oleks mõeldav ainult hea alternatiivi puhul.

## **2) Apteegistatistika**

Apteegistatistika põhineb üld-, haigla ja veterinaarapteekide kvartaalselt esitatavatel aruannetel, mis kajastavad informatsiooni apteegi üldise käibe kohta (Ravimiameti...). Käesoleva metoodika puhul kasutatakse üld- ja haiglaapteekide andmeid lisaallikana retsepti- ning käsimüügiravimitele tehtud kulutuste hindamisel.

## **3) Taastusravi aruanne**

SA aruannet „Taastusravi“ kasutatakse taastusravile tehtud kulutuste hindamiseks. Aruandest on võimalik eristada, kui suured olid taastusraviasutuste tulud ravi eesmärgil majutatud isikutelt ja eristada nendest tuludest Eesti residentide ning välismaalaste poolt laekunud summad.

Aruandes on mitu nõrkusi. Esiteks, taastusravi aruandes kajastuv tulude koondsumma sisaldab saadud tulusid nii ravi, toitlustuse, kui ka majutuse eest. Samuti sisaldavad need andmed lisaks eraisikutele ka teiste rahastajate näiteks eraettevõtete kulud taastusravile. Aruande nõrkus on veel selles, et see ei võimalda eristada statsionaarselt ning ambulatoorselt osutatud taastusravi, seega kõik taastusravile tehtud kulutused on klassifitseeritud statsionaarse taastusravi all. Samuti on aruandeesitajate asutuste hulk piiratud, ning seda esitavad enamasti sanatooriumi tüüpi asutused, ning teiste enamasti ambulatoorsete asutuste töö ei ole selle aruandega hõlmatud.

## **4) Sotsiaalministeeriumi andmed**

Sotsiaalhoolekande asutusi ei loeta tervisestatistikas tervishoiuasutusteks, ning nendega seotud andmeid haldab Sotsiaalministeerium. Sellest tingituna küsitakse Sotsiaalministeeriumilt alati eraldi andmed sotsiaalhoolekandeesutustes tehtud tervishoiukulutuste kohta ning liidetakse saadud summad LEU baasil koostatud leibkondade kulutuste hinnangule. THKKsse lähevad asutuste tervishoiutöötajate palgakulud (HC.3.1) ning kulutused ravimitele ja erinevatele meditsiinilistele toodetele

(HC.5). Sotsiaalhoolekandeesutustes hooldusravi kulused kirjeldavatel andmetel on mitu olulist puudust.

Sotsiaalhoolekandeesutuste eesmärgiks ei ole tervishoiuteenuste pakkumine. Samas pakuvad reeglina sotsiaalhoolekande asutused sotsiaalhoolekande teenuseid koos meditsiiniliste teenustega ning tihti on sotsiaalhoolekande ja tervishoiu vaheline piir hägus. Kuna puudub võimalus teada saada, kui suur osa sotsiaalhoolekande kuludest on suunatud tegelikult tervishoiule, on otsustatud kasutada sotsiaalhoolekande tervishoiukuludena sotsiaalhoolekande asutuste tervishoiutöötajate palgakulu, mis annab ainult ligikaudse ettekujutluse sotsiaalhoolekandeesutustes tervishoiule kulutatud vahenditest. (Villsaar jt 2007, 9)

Samuti on selle allika nõrkuseks see, et sotsiaalhoolekande asutuste tervishoiule tehtud kulud jaotatakse finantseerimisallikate vahel kasutades sotsiaalhoolekande tuluallikate osakaalu kogutuludest, seega tuleb arvestada, et Sotsiaalministeeriumilt saadud andmed leibkondade kulude kohta on arvestuslikud.

Järgnevalt kirjeldatakse meetodikat samm sammult.

Leibkondade kulutused RTA meetodika järgi koosnevad erinevatele tervishoiukaupadele ja -teenustele kulutatud summadest (vt Lisa 2). Järgmine tabel (Tabel 2.1) näitab, mis teenustele ja kaupadele ning mis tervishoiuteenuste osutajate kaudu on inimesed kulutanud oma vahendeid 2005.-2008. aastatel. Tabelis 2.1 on täidetud need lahtrid, mis sisaldavad kulutusi, mida on võimalik hinnata käesoleva meetodika abil. Seega leibkondade kogukulud võrduvad täidetud lahtrite summaga (valem 2.1).

$$OOP = \sum_{i=1}^{16} A_i \quad (2.1)$$

, kus

*OOP (Out-of-pocket expenditure)* – rahvusvaheliselt kasutatav lühend leibkondade tervishoiukulutuste jaoks

Tabel 2.1. Käesoleva metoodika abil arvatavad leibkondade tervishoiukulutused teenuste ja teenusteosutajate lõikes.

Tervishoiuteenus (ICHA- HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Erthaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemüük ja teised prillide ja nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemüük ja teised kuulmisaparaatide ja kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	A <sub>1</sub>									
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)					A <sub>2</sub>					
Ambulatoorsete patsientide hambaravi (HC.1.3.2)				A <sub>3</sub>						
Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi (HC.1.3.9)					A <sub>4</sub>					
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)		A <sub>5</sub>								
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)			A <sub>6</sub>							
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)						A <sub>7</sub>				
Radioloogilised uuringud (HC.4.2)						A <sub>8</sub>				
Retseptiravimid (HC.5.1.1)							A <sub>9</sub>			
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)							A <sub>10</sub>			
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)							A <sub>11</sub>			
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)								A <sub>12</sub>		
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)										A <sub>13</sub>
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)									A <sub>14</sub>	
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)										A <sub>15</sub>
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)							A <sub>16</sub>			

Allikas: A system... 2000, 115, 136 (klassifikaatorid), autor (tabeli kujundus).



$A_i$  - leibkondade kulutused vastavatele teenustele vastava teenusteosutaja juures

$i$  – kulutuse järjekorra number

Lihtsuse huvides viidatakse edaspidi käesolevas peatükis Tabelile 2.1 järgmiselt: Tabel 2.1: lahtri väärtus, ehk Tabel 2.1:  $A_9$  tähendab, et viidatakse Tabeli 2.1 lahtrile  $A_9$  ehk räägitakse retseptiravimitele tehtud kulutustest (*HC.5.2.1*) apteekides (*HP.4.1*).

Käesolevas töös kasutatakse metoodika kirjeldamisel järgmist lühendite süsteemi:

- Sümboli alaindeks (näiteks  $OOP_{HC.5.1.2/HP.4.1}$ ) viitab leibkondade kulutuste alaliigile (antud juhul leibkondade kulutused käsimüügiravimitele apteekides).
- Sümboli ülaindeks (näiteks  $OOP^{LEU}$ ) viitab andmete päritolule (antud juhul LEUst saadud hinnang leibkondade kulutustele).
- Väikese tähega  $a_{\frac{HC.5.1.2}{HC.5.1.1+HC.5.1.2}}$  on esitatud osakaalud (antud juhul käsimüügiravimite osakaal koguravimitekäibest).

Järgnevalt on kirjeldatud, kuidas arvutatakse leibkondade kulutusi käesoleva metoodika järgi. Metoodika kehtib enamikele tervishoiuteenustele ja kaupadele, välja arvatud taastusravile, hooldusravile ning ravimitele, millele tehtud kulutuste arvutamiskäik on pisut erinev.

### **1) Kulutused tervishoiuteenustele ja -kaupadele (Tabel 2.1: $A_{1-4, 7-8, 11-13, 16}$ )**

Tervishoiuteenustele ja kaupadele tehtud kulutuste hindamiseks kasutatakse LEU andmeid, täiendades neid Eesti Statistikaameti rahvastiku andmetega. Saadud tervishoiukaupadele tehtud kulutustele lisatakse sotsiaalhoolekandeasutustes tehtud kulutused tervishoiukaupadele.

Kuna LEUst saadakse andmeid inimeste kulutustest ühe leibkonna liikme kohta kuus, siis selleks, et üle minna Eesti elanikkonna poolt tehtud kulutustele aastas kasutatakse järgmist valemit (valem 2.2):

$$OOP_{COICOP.i} = OOP_{HCi/HPi} = B_1 * 12 * B_2 / 1000 \quad (2.2)$$

, kus

$OOP_{COICOP.i} = OOP_{HCi/HPi}$  - kulutused kõigi elanike kohta aastas tuhandetes kroonides (vastava *COICOP*'i või *ICHA* tasemel)

$B_1$  – kulutused ühe leibkonnaliikme kohta kuus kroonides (vastava *COICOP*'i või *ICHA* tasemel)

$B_2$  – Eesti rahvastiku arv vastava aasta lõpu seisuga

Leibkondade kulutuste arvutamiseks vastandatakse *COICOP*'i klassifikaatori kulutused *ICHA* klassifikaatoriga vastavalt Lisas 8 esitatud tabelile. Mõnel juhul võrdub vastav *ICHA* kulutus *COICOP*'i kodeeritud kulutuste summaga. Tervishoiukaupade puhul lisatakse LEU abil saadud hinnangutele ka sotsiaalhoolekandeesutuste kulud tervishoiukaupadele. Järgnevalt on esitatud LEU abil kulutuste arvutamiseks kasutatavad valemid.

- a) Hospitaliseeritud patsientide ravile tehtud kulusteks loetakse LEU hinnangut haiglateenustele (*COICOP.631101*).

$$OOP_{HC.1.1/HP.1.1} = OOP_{COICOP.631101}^{LEU} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_1) \quad (2.3)$$

- b) Kulutused põhilistele meditsiini- ja diagnostikateenustele leitakse summeerides arsti konsultatsioonidele (*COICOP.621101*) ning visiiditasudele (*COICOP.621103*) tehtud kulutused.

$$OOP_{HC.1.3.1/HP.3.4} = OOP_{COICOP.621101}^{LEU} + OOP_{COICOP.621103}^{LEU} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_2) \quad (2.4)$$

- c) Hambaravile tehtud kulutused leitakse liites järgmised *COICOP*'i kulutused: hamba plombeerimine (*COICOP.622101*), hambaproteeside valmistamine (*COICOP.622102*) ning muud hambaravi teenused (*COICOP.622103*).

$$\begin{aligned}
 OOP_{HC.1.3.2/HP.3.2} &= OOP_{COICOP.622101}^{LEU} + OOP_{COICOP.622102}^{LEU} + \\
 &+ OOP_{COICOP.622103}^{LEU}
 \end{aligned}
 \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_3) \quad (2.5)$$

- d) Kulutused muule ambulatoorsete patsientide ravile leitakse summeerides kulutused nõelravi, kõneterapeutide teenuste (*COICOP.623201*), arsti poolt määratud ravivõimlemise (*COICOP.623202*), muude meditsiini abitöötajate teenuste (*COICOP.623203*) ning muude haiglaväliste teenuste (*COICOP.623301*) osutamisele.

$$\begin{aligned}
 OOP_{HC.1.3.9/HP.3.4} &= OOP_{COICOP.623201}^{LEU} + OOP_{COICOP.623202}^{LEU} + \\
 &+ OOP_{COICOP.623203}^{LEU} + OOP_{COICOP.623301}^{LEU}
 \end{aligned}
 \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_4) \quad (2.6)$$

- e) Kliinilistele laboratoorsetele uuringutele tehtud kulutusteks loetakse LEU hinnangut tasulistele analüüsidele (*COICOP.621102*).

$$OOP_{HC.4.1/HP.3.5} = OOP_{COICOP.621102}^{LEU} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_7) \quad (2.7)$$

- f) Radioloogilistele uuringutele tehtud kulutusteks loetakse LEU hinnangut kõikidele meditsiinilaborite- ja röntgenkeskuste teenustele kulutatud vahenditele (*COICOP.623101*).

$$OOP_{HC.4.2/HP.3.5} = OOP_{COICOP.623101}^{LEU} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_8) \quad (2.8)$$

- g) Kulutused muudele meditsiinilistele kaupadele apteekides leitakse summeerides LEU hinnangud sidumismaterjalidele (*COICOP.612101*), süstaldele (*COICOP.612102*) ning kondoomidele (*COICOP.612103*) tehtavatest kulutustest. Samuti liidetakse saadud summadele Sotsiaalministeeriumi hinnangud sotsiaalhoolekandeesutustes elavate inimeste kuludele meditsiinilistele kaupadele.

$$\begin{aligned}
OOP_{HC.5.1.3/HP.4.1}^{LEU} &= OOP_{COICOP.612101}^{LEU} + OOP_{COICOP.612102}^{LEU} + \\
&+ OOP_{COICOP.612103}^{LEU} + OOP_{HC.5.1.3}^{SOM}
\end{aligned}
\quad (\text{Tabel. 2.1: A}_{11}) \quad (2.9)$$

, kus

$OOP_{HC.5.i}^{SOM}$  - sotsiaalhoolekandes elavate inimeste kulud vastavale tervishoiukaupade kategooriale

h) Prillidele ning muudele nägemistarvetele tehtud kulutusteks loetakse LEU hinnangut prillidele tehtud kulutustele (*COICOP.613101*) ning sotsiaalhoolekandeesutustes elavate inimeste prillidele tehtud kulutusi.

$$OOP_{HC.5.2.1/HP.4.2}^{LEU} = OOP_{COICOP.613101}^{LEU} + OOP_{HC.5.2.1}^{SOM} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_{12}) \quad (2.10)$$

i) Ortopeedilistele ning muudele abivahenditele kulutatud summade leidmiseks kasutatakse LEU hinnangut muudele terapeutilistele seadmetele (*COICOP.613103*), millele lisatakse sotsiaalhoolekandeesutustes elavate inimeste kulud ortopeedilistele seadmetele.

$$OOP_{HC.5.2.2/HP.4.4}^{LEU} = OOP_{COICOP.613103}^{LEU} + OOP_{HC.5.2.2}^{SOM} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_{13}) \quad (2.11)$$

j) Kulutused muudele meditsiinilistele kestvuskaukadele saadakse kasutades LEU hinnangut inimeste kulutustele muudele meditsiinitoodetele (*COICOP.612104*), millele lisatakse sotsiaalhoolekandeesutustes elavate inimeste kulud muudele meditsiinilistele kestvuskaukadele.

$$OOP_{HC.5.2.9/HP.4.1}^{LEU} = OOP_{COICOP.612104}^{LEU} + OOP_{HC.5.2.9}^{SOM} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_{16}) \quad (2.12)$$

## 2) Kulutused taastusravile (Tabel 2.1: A<sub>5</sub>)

Taastusravile tehtud kulutuste hindamiseks kasutatakse Eesti Statistikaameti aruannet „Taastusravi“. Kuna taastusravi aruanne võimaldab eristada välismaa kodanike

majutusest saadud tulused, siis nimetatud andmed lahutatakse taastusravi asutuste tulude realt, saades niimoodi ainult Eesti residentide poolt kulutatud vahendid, mis on kooskõlas tervishoiu kogukulude metoodikaga (valem 2.13).

$$OOP_{HC.2.1/HP.1.3.1} = C_1 - C_2, \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_5) \quad (2.13)$$

, kus

$C_1$  – tulud ravi eesmärgil majutatud inimestest

$C_2$  – tulud ravi eesmärgil majutatud välismaalastest

### 3) Kulutused retsepti- ja käsimüügiravimitele (Tabel 2.1: A<sub>9-10</sub>)

Ravimitele tehtud kulutusi hinnatakse sarnaselt kõikide teiste tervishoiuteenustele ning –kaupadele tehtud kulutustega, kasutades LEU hinnangut ravimitele tehtud kulutustele (*COICOP.611101*). Tingituna sellest, et *COICOP* ei tee vahet retsepti- ja käsimüügiravimite vahel, aga RTA jaoks on nende eristamine ravimite realt oluline, siis nende summade saamiseks RTA tabelites kasutatakse Raviameti andmeid käsimüügi ning retseptiravimite käibe kohta.

Retseptiravimitele tehtud kulutused leitakse valemi 2.14 abil:

$$OOP_{HC.5.1.1/HP.4.1} = OOP_{COICOP.611101}^{LEU} * a_{HC.5.1.1} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_9) \quad (2.14)$$

, kus

$a_{HC.5.1.1}$  - retseptiravimite käibe osakaal ravimite käibest kokku

Kulutused käsimüügiravimitele leitakse sarnaselt retseptiravimitele kulutatud vahenditega, kuid nende puhul lisatakse saadud tulemustele summad, mis on kulutatud vitamiinidele (*COICOP.611102*), mis on LEUs kodeeritud eraldi gruppi. Sarnaselt teistele teenustele ning kaupadele tehtud kulutuste hindamisega lisatakse saadud

summadele ka sotsiaalhoolekandeesutustes elavate inimeste kulud käsimüügiravimitele (valem 2.15).

$$OOP_{HC.5.1.2/HP.4.1} = OOP_{COICOP.611101}^{LEU} * a_{HC5.1.2} + OOP_{COICOP.611102}^{LEU} + OOP_{HC.5.1.2}^{SOM} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_{10}) \quad (2.15)$$

#### 4) Kulutused hooldusravile sotsiaalhoolekandeesutustes (Tabel 2.1: A<sub>6</sub>)

Teavet sotsiaalhoolekandeesutuste kulude kohta saadakse Sotsiaalministeeriumilt. THKKs sotsiaalhoolekandeesutustes tehtud kulutusteks tervishoiule loetakse hooldusravile tehtud kulutused  $OOP_{HC.3.1/HP.2}^{SOM}$ , milleks loetakse sotsiaalhoolekandeesutuste tervishoiutöötajate personalikulud (valem 2.16).

$$OOP_{HC.3.1/HP.2} = OOP_{HC.3.1}^{SOM} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_6) \quad (2.16)$$

#### 5) Kulutused kuulmisaparaatidele ja meditsiinilis-tehnilistele seadmetele (Tabel 2.1: A<sub>4-5</sub>)

Teavet sotsiaalhoolekandeesutustes inimeste poolt erinevatele meditsiinitoodetele tehtud kulutustest saadakse Sotsiaalministeeriumist. Nimetatud kulutused liidetakse LEU hinnangutega. Kuna LEU ei võimalda anda hinnanguid kuulmisaparaatidele, siis võrduvad käesoleva meetodika abil saadud hinnangud inimeste kuludele kuulmisaparaatidele ning meditsiinilis-tehnilistele seadmetele ainult sotsiaalhoolekandeesutustes viibivate isikute kulutustega antud toodetele (valemid 2.17, 2.18).

$$OOP_{HC.5.2.3/HP.4.3} = OOP_{HC.5.2.3}^{SOM} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_{14}) \quad (2.17)$$

$$OOP_{HC.5.2.4/HP.4.4} = OOP_{HC.5.2.4}^{SOM} \quad (\text{Tabel. 2.1: A}_{15}) \quad (2.18)$$

Järgnevas peatükis vaadeldakse kirjeldatud meetodikaga arvutatud andmeid lähemalt, ning antakse ülevaade leibkondade kulutuste struktuurist ning dünaamikast aastatel 2005-2008.

## 2.4. Leibkondade kulutused tervishoiule

Käesolev alapeatükk kirjeldab leibkondade kulutusi aastatel 2005-2008. Nagu näidatud alapeatükis 2.2 pole nendel aastatel Eesti õigusruumis toimunud olulisi muutusi, mis võiksid mõjutada leibkondade kulutuste struktuuri. See tähendab, et elanikkonna tervishoiukulutusi mõjutasid rohkem kogu majanduses toimunud muutused. Täpsemaid andmeid leibkondade tervishoiule kulutatud vahendite kohta 2005.-2008. aastate lõikes saab Lisadest 9-12.

Omaosaluse kogusumma oli 2008. aastal 3 miljardit krooni. See kasvas võrreldes eelneva aastaga 6% ehk 183 miljoni krooni võrra ja võrreldes 2005. aastaga 69% ehk 1,2 miljardi krooni võrra (Tabel 2.2).

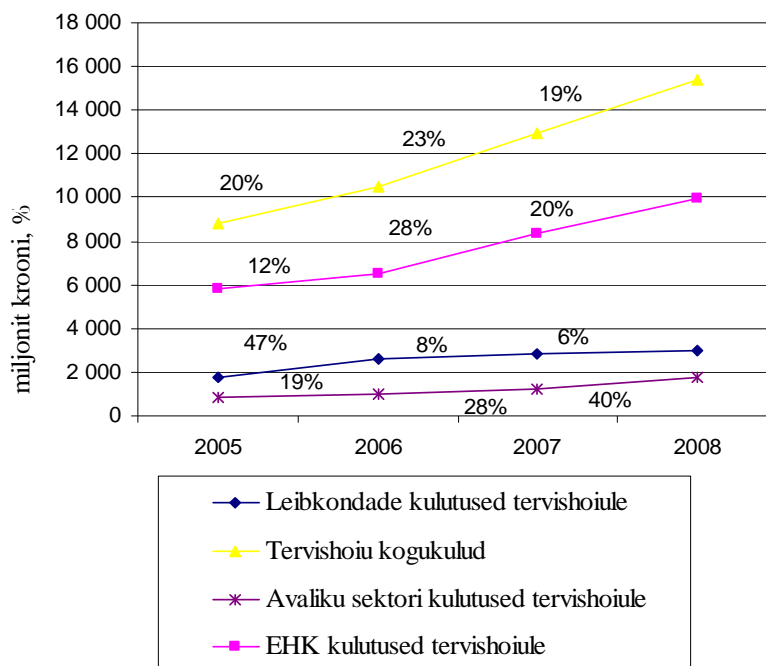
Tabel 2.2. Eesti leibkondade omaosalus ning selle osakaal THKKst aastatel 2005-2008, miljonites kroonides ning %des THKKst (arvutatud käesoleva meetodika järgi).

	2 005	2 006	2 007	2 008
Leibkondade omaosalus	1 794,3	2 637,5	2 841,9	3 024,8
Leibkondade omaosaluse osakaal THKKst	20.4%	25.1%	21.9%	19.7%

Allikas: Lisa 13.

Suurim omaosaluse kasv toimus 2006. aastal, mil patsientide kulutused suurenesid peamiselt kasvanud hambaravile ning ravimitele tehtud kulutuste tõttu üle 47% (Joonis 2.2). 2006. aasta kasvu põhjuseks võis olla majanduse üldine areng, mistõttu hakkasid inimesed rohkem pöörama tähelepanu oma tervisele, samas ei saa välistada kasvu põhjusena ka ebapiisavat algandmete (LEU andmete) kvaliteeti. Peale 2006. aastat on kulutused kasvanud mõõdukalt.

Tulenevalt sellest, et leibkondade kulud tervishoiule kasvasid 2006. aastal võrreldes teiste tervishoiu rahastajate gruppidega kiiremini (Joonis 2.2), on ka omaosaluse osakaal THKKst olnud 2006. aastal 2005.-2008. aastate lõikes kõrgem just 2006. aastal. Peale 2006. aastat, mil omaosalus kasvas võrreldes teiste rahastajatega mõõdukama tempoga, on omaosaluse osakaal THKKst langenud.



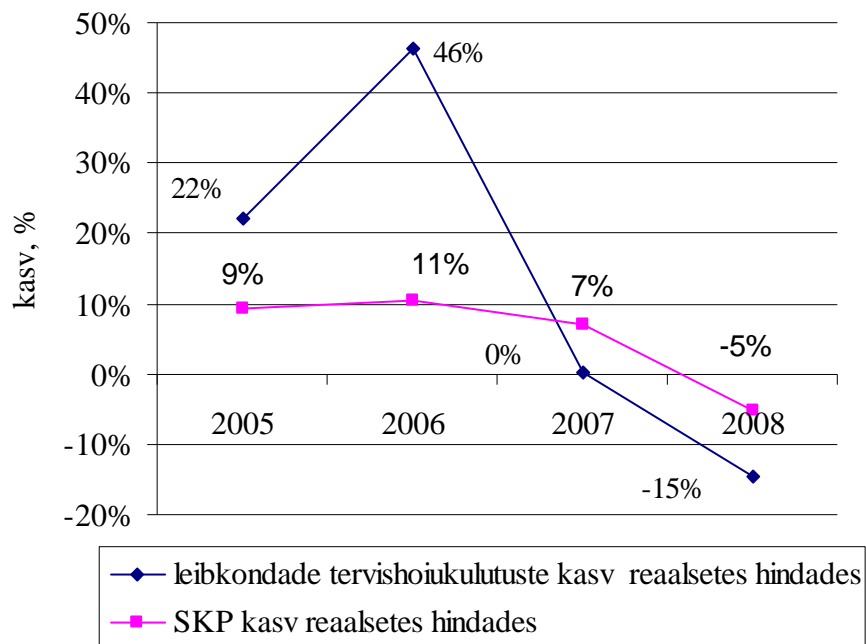
Joonis 2.2. Eesti THKK peamiste rahastajate tervishoiukulud aastatel 2005-2008. (käesolev leibkondade kulude arvutamise meetoodika).

Allikas: Lisa 4 , autori joonis.

Kuna analüüsitav periood hõlmab endas nii majandusbuumi, kui ka languse aja, siis on eriti oluline jälgida, kuidas majandusolukorra muutus kajastus omaosaluse andmetes reaalses hindades. Reaalsete hindade jälgimine annab mõista, kui palju muutus tegelik teenuste/kaupade tarbimine, sest sel juhul on jooksvatest kuludest maha arvatud hindade kasvust tingitud kulude juurdekasv.

Kulutused tervishoiule jooksvates hindades suurenesid nii majanduskasvu (2005.-2007. aastatel), kui ka majanduslanguse ajal (2008. aastal), samas võrreldes leibkondade kulusid tervishoiule reaalses hindades selgub, et inimesed tarbisid 2008. aastal tegelikult vähem teenuseid ja tooteid kui eelmisel aastal (vt Joonis 2.3).





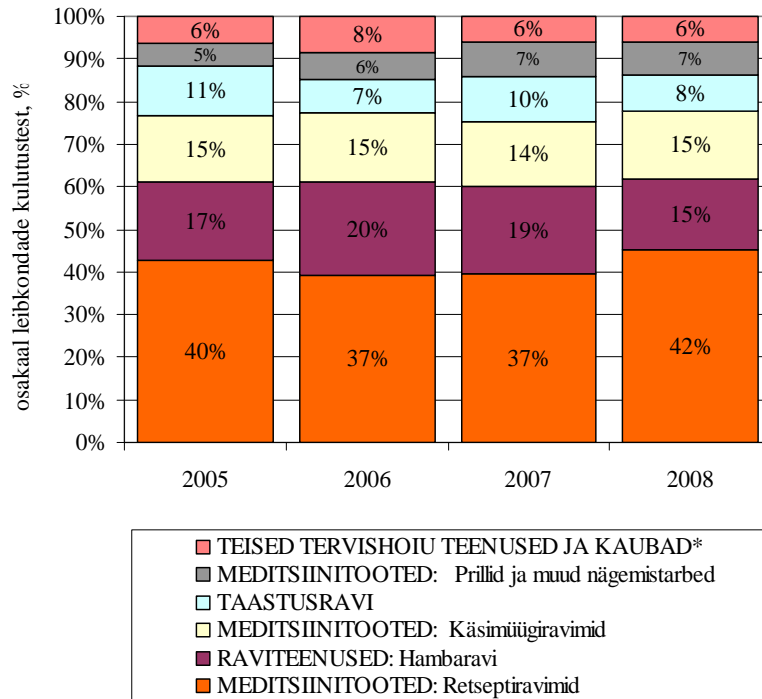
Joonis 2.3. SKP ning leibkondade reaalseste kulude kasv Eestis 2005.-2008. aastatel (käesolev leibkondade kulude arvutamise meetoodika).

Allikas: Lisa 13, autori arvutused ja joonis.

Võrreldes leibkondade tervishoiukulusid ning majandusaktiivsust iseloomustava SKP näitaja dünaamikat nähtub, et inimeste reaalsed kulutused tervishoiule kasvasid majandusbuumi (2005.-2006. aastal) ajal kiiremini kui reaalne SKP, samas juba aastatel 2007-2008 kahanesid leibkondade reaalsed kulud tervishoiule oluliselt kiiremini kui reaalne SKP.

2005.-2008. aastatel ei toimunud inimeste omaosaluses suuri struktuurseid muutusi (Joonis 2.4). Nii nagu eelnevatelgi aastatel moodustasid ka 2008. aastal kõige suurema osa tervishoiule suunatud leibkondade väljaminekutest kulutused ravimitele. 2008. aastal kulutasid leibkonnad ravimitele kokku 1,7 miljardit krooni ehk 57% leibkondade tervishoiukuludest. Sellest omakorda suurema osa moodustasid kulutused retseptiravimitele. Eesti Haigekassa andmetel maksid inimesed soodusretseptide eest

2008. aastal keskmiselt veidi ühe kolmandiku retsepti hinnast (38%) ning ülejäänud osa kompenseeris inimestele Haigekassa<sup>24</sup> ( Eesti Haigekassa majandusaasta... 2009. 61 ).



Joonis 2.4. Eesti leibkondade omaosalus tervishoiuteenuste lõikes aastatel 2005-2008, % (käesolev meetodika).

Allikas: Lisa 9-12, autori joonis.

Märkus: \* Raviteenused (pere- ja eriarstiabi), hooldusravi, teised meditsiinitooted.

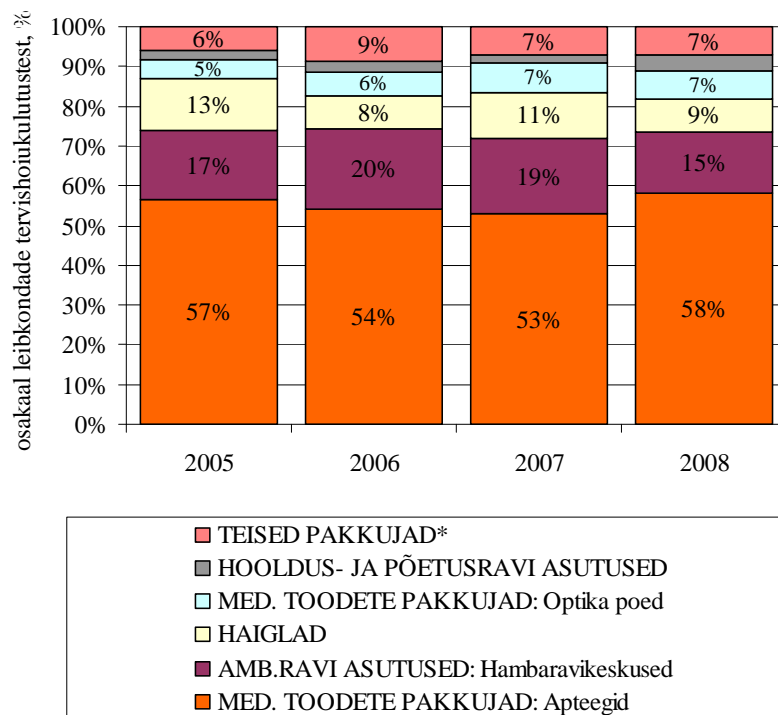
Suuruselt teine kulutuste grupp leibkondade tervishoiukulutuste eelarves on hambaravi, mille eest täiskasvanud peavad üldjuhul ise maksma, sest see ei ole EHK poolt rahastatavate tervishoiuteenuste hulgas (vt alapeatükk 2.2). Hambaraviteenustele kulutasid eraisikud 2008. aastal kokku 469 miljonit krooni ehk 15% leibkondade tervishoiukuludest. (Eesti tervisestatistika..., 100)

Samuti suured väljaminekud leibkondade eelarvest olid suunatud taastusravi teenuste ning nägemistarvete, enamasti prillide, ostmisele. Need kulutused moodustasid

<sup>24</sup> Autor juhib tähelepanu sellele, et Haigekassa statistikas kajastuvad andmed ainult **soodusretseptide** kohta, see tähendab, et arvesse ei ole võetud retseptiravimid, mille eest inimesed maksavad täishinna (ilma soodustuseta retseptid).

2008. aastal absoluutarvudes vastavalt 234 ja 216 miljonit krooni. Teised teenused, millele kulutasid inimesed olid perearstiabi teenused, millele inimesed kulutavad näiteks koduviisiide tasude näol, samuti kulutati vahendid erinevatele uuringutele ning tervishoiu kestvus- ning mittekestvuskaupadele.

Järgnev joonis (Joonis 2.5) illustreerib leibkondade tervishoiukulutuste jaotust tervishoiuteenuste pakkujate lõikes.



Joonis 2.5. Eesti leibkondade omaosalus tervishoiuteenuste pakkujate lõikes 2005.-2008. aastatel, % (käesolev meetoodika).

Allikas: Lisad 9-12, autori joonis.

Märkus: \* teised ambulatoorse abi pakkujad, teised meditsiiniliste toodete pakkujad.

Tervishoiuasutusteks loetakse RTA järgi lisaks haiglatele ning ambulatoorse abi asutustele ka meditsiinitooteid müüvaid asutusi ning samuti ka tervishoiu administreerimisega ning ennetusega tegelevaid asutusi. Tervishoiuteenuste pakkujateks võivad olla asutused, mis omavad lepingut EHKga ning need, kellel seda ei ole. EHKs kindlustatud isikutel on valida, kas kasutada tervishoiuteenust EHKga lepingut

sõlminud asutuses, või tarbida teenust asutuses, mis ei oma lepingut EHKga. Esimesel juhul on kindlustatud isikutele EHK tervishoiuteenuste loetelus olevad tervishoiuteenused tasuta, välja arvatud juhtudel, mille puhul on seadusega määratud inimese omaosalus (vt alapeatükk 2.2). EHK lepingut mitteomavate asutuste poolt osutatavate teenuste eest peavad inimesed maksma täishinda.

Kõikidel vaatluse all olevatel aastatel kulutati suurim osa leibkondade tervishoiule kulutatud vahenditest apteekide kaudu ravimite ostmiseks. Hambaraviasutustesse jäetud vahendid moodustasid aastatel 2005-2008 kuni viiendiku leibkondade kulutustest tervishoiule. Haiglate kaudu kulutati 9-13% vahenditest ning 5-7% kõikidest leibkondade kulutustest olid suunatud tervishoiuteenustele ning kaupadele sotsiaalhoolekandeesutustes.

Järgmine peatükk on pühendatud leibkondade kulutuste arvutamise alternatiivsele meetodikale. Need teadmised on vajalikud selleks, et hinnata, mille poolest erinevad käesoleva ning uue meetoodika abil arvutatud leibkondade kulutused.

### **3. LEIBKONDADE KULUTUSED TERVISHOIULE UUE METOODIKA JÄRGI**

Käesolevas peatükis tutvustatakse leibkondade kulutuste hindamise metoodikat, mida saab kasutada alternatiivina käesolevale, peamise andmeallikana Leibkonna Eelarve Uuringut kasutavale metoodikale. Uue metoodika väljatöötamisel on tervishoiuteenustele ning –kaupadele tehtud kulutuste hindamiseks kasutatud kaht erinevat lähenemist, seetõttu kirjeldatakse tervishoiuteenuste ning -kaupade suhtes rakendatud metoodikat eraldi.

#### **3.1. Uue metoodika ülevaade**

Leibkondade tervishoiukulutuste uue metoodika aluseks on võetud *Eurostat*'i projekt „*Implementation of the System of Health Accounts*“, millest võtsid osa Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakonna esindajad. Projekti eesmärk oli otsida alternatiive leibkonna tervishoiukulutustele senistele andmeallikatele ning kujundada alused kulutuste uue arvutuse metoodikale. Projekti tulemusena valmis sünteetiline aruanne, mis pakkus uued võimalikud andmeallikad tervishoiuteenustele ning kaupadele tehtud kulutuste arvutamiseks. Projekt valis uute andmeallikate alusel teostatud metoodika piloteerimiseks 2006. aasta andmeid.

Projekti käigus teostatud andmeallikate analüüs viitas sellele, et uute allikate kasutamise tulemusena on võimalik leibkondade kulutusi hinnata LEU andmetel põhinevast teabest täpsemalt. Samas esitati projektis mitmeid võimalikke lahendusi, mis nõudsid arvutusmetoodika edasiarendamist. Eriti oli vajadus teostada täpsemaid andmeallikate analüüsi taastusravile, laboratoorsetele uuringutele ning haiglas osutatavatele ambulatoorsetele teenustele tehtud kulutuste hindamiseks. Uue metoodika rakendamise järel oli samuti oluline arvutada leibkondade kulude suurus uue metoodika järgi kõikide aastate kohta, et tekitada uus võrreldav tervishoiu kogukulude aegrida.

Ühtlasi vajas arendatud meetoodika ka detailset kirjeldamist, et püüda aru saada, mille poolest erinevad mõlemate meetoodikate abil saadud hinnangud ning kuivõrd usaldusväärsed need on.

Kuigi esimesed RTA järgi arvatud tervishoiu kogukulude andmed Eesti kohta pärinevad 1999. aastast, ei osutunud algandmete piiratud kättesaadavuse tõttu leibkondade kulude arvutamine uusi andmeallikaid kasutades enne 2005. aastat võimalikuks, ning seega on antud magistritöö aluseks andmed ajavahemiku 2005-2008 kohta. Arvutuste tulemusena valmisid iga uuritud aasta kohta uued *HPxHC* tabelid (vt Lisad 14-17), mille abil on võimalik teada saada, millise tervishoiupakkuja kaudu mis laadi teenustele leibkonnad oma vahendeid kulutasid.

Tabelis 3.1 on Lisades 14-17 sisalduvad tabelid esitatud üldistatud kujul, esitades täidetuna vaid need lahtrid, mille puhul oli uue arvutusmeetoodika järgi kulutusi tehtud. Seega, leibkondade kulutused tervishoiuteenustele võrduvad täidetud lahtrite summaga ehk

$$OOP = \sum_{i=1}^{38} D_i \quad (3.1)$$

, kus

$D_i$  - leibkonna kulutus vastavale teenusele (*ICHA-HC*) vastava teenuseosutaja (*ICHA-HP*) juures

$i$  – kulutuse järjekorra number

Sarnaselt käesoleva meetoodika kirjeldusega hakatakse edaspidi käesolevas peatükis viitama Tabelile 3.1 järgmiselt: lahtri väärtus, ehk Tabel 3.1:  $D_4$  tähendab, et viidatakse Tabeli 3.1 lahtrile  $D_4$ , ehk räägitakse päevapatsientide ravist (*HC.1.2*) üldhaiglates (*HP.1.1*).

Tabel 3.1. Uue meetodika abil arvatavad kulutused tervishoiule teenuste ja teenusteosutajate lõikes.

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Vaimse tervise ja psüühhoaktiivsete ainete seotud haiglad (HP.1.2)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Arstikeskused (HP.3.1)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Muud ravikeskused (HP.3.3)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Koduraviteenuste pakkujad (HP.3.6)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemüük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemüük ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	D <sub>1</sub>	D <sub>2</sub>	D <sub>3</sub>											
Päevapatsientide ravi (HC.1.2)	D <sub>4</sub>		D <sub>5</sub>					D <sub>6</sub>						
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)					D <sub>7</sub>									
Ambulatoorsete patsientide hambaravi (HC.1.3.2)	D <sub>8</sub>		D <sub>9</sub>			D <sub>10</sub>	D <sub>11</sub>	D <sub>12</sub>						
Kõik muud erialased tervishoiuteenused (HC.1.3.3)	D <sub>13</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>15</sub>		D <sub>16</sub>	D <sub>17</sub>	D <sub>18</sub>	D <sub>19</sub>						
Kodune ravi (HC.1.4)										D <sub>20</sub>				
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)			D <sub>21</sub>											
Ambulatoorsete patsientide taastusravi (HC.2.3)			D <sub>22</sub>				D <sub>23</sub>							
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	D <sub>24</sub>		D <sub>25</sub>	D <sub>26</sub>										
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)									D <sub>27</sub>					
Retseptiravimid (HC.5.1.1)											D <sub>28</sub>			
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)											D <sub>29</sub>			
Muud meditsiinilised mittekestvuskabud (HC.5.1.3)											D <sub>30</sub>			
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)												D <sub>31</sub>		
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)														D <sub>32</sub>
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)													D <sub>33</sub>	
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)														D <sub>34</sub>
Kõik muud meditsiinilised kestvuskabud (HC.5.2.9)											D <sub>35</sub>			

Allikas: A system... 2000, 115, 136 (klassifikaatorid), autor (tabeli kujundus).

Käesoleva töö raames arendas autor edasi eelpoolnimetatud projekti käigus väljatöötatud arvutusmetoodikat kahte laadi leibkonna poolt tehtud kulutustele: kulutustele haiglates tehtud hambaravile (Tabel 3.1: D<sub>8,9</sub>) ning haiglates teostatud ambulatoorsele ravile (Tabel 3.1: D<sub>13-15</sub>). Samuti uuris autor, kuidas saab edasi arendada taastusravi ning kliiniliste ja radioloogiliste uuringutele kulutatud vahendite arvutuskäiku. Viimatinimetatud arvutusi analüüsid, ei osutunud autori poolt edasiarendatud metoodika võrreldes *Eurostat*'i projekti käigus väljatöötatud metoodikaga usaldusväärsemaks, ning seetõttu on käesolevas töös otsustatud toetuda projekti käigus arendatud meetoditele.

Järgnevates alapeatükkides antakse lühiülevaade uuest metoodikast. Nii tervishoiuteenuste kui –kaupade arvutuskäigu kirjeldust alustatakse arvutuste aluseks olevate allikate iseloomustusest ning seejärel minnakse üle kulutuste arvutusmetoodika detailse kirjeldamiseni, esitades üldistavaid valemeid ning nende selgitusi.

## **3.2. Leibkondade kulutused tervishoiuteenustele**

Selles osas selgitatakse, millistele uutele andmeallikatele tuginedes ning millise arvutusmetoodika abil on võimalik hinnata leibkonna kulutusi tervishoiuteenustele (Tabel 3.1: D<sub>1-27</sub>).

### **3.2.1. Majandusaruannetel ning teistel tervisestatistika aruannetel põhineva metoodika tutvustus**

Tervishoiuteenustele tehtud leibkonna kulutuste arvutamiseks kasutatakse allikatena järgmiseid aruandeid ning algandmeid 2005.-2008. aastate kohta:

#### **1) Aruanne „Tervishoiualane majandustegevus“**

Tervishoiustatistiline aruanne, mida koostab Tervise Arengu Instituut. Aruande kaudu on võimalik teada saada, mis olid tervishoiuasutuste tulud ja kulud aasta kohta. Aruande tulude osa võimaldab eristada tervishoiuasutuste laekumisi riigieelarvest, KOVidelt, EHKst ning füüsilistelt ja juriidilistelt isikutelt. Andmed füüsilistelt isikutelt



laekunud vahendite kohta on peamised andmed tervishoiuteenustele suunatud leibkondade kulude arvutamisel.

## 2) Tervishoiuteenuste kasutamist iseloomustavad aruanded

TAI tervishoiuteenuste kasutamist iseloomustavatest statistilistest aruannetest „Ravivoodid ja hospitaliseerimine“, „Päevaravi“, „Hambaarsti aruanne“, „Arsti vastuvõttud ja koduviisid“ on võimalik teada saada, mitu arsti vastuvõttu või kui palju haiglaravi voodipäevi oli teatud teenuseosutaja juures aasta jooksul kokku. Kombineerituna tervishoiuasutuste statistilise registri andmetega annavad need aruanded võimaluse hinnata ambulatoorsete visiitide või voodipäevade arvu tervishoiuteenuseosutajate rühmade lõikes.

## 3) Tervishoiuasutuste statistilise register

TAI poolt hallatav tervishoiuasutuste statistiline register, mis sisaldab informatsiooni tervishoiustatistilisi aruandeid esitavate asutuste kohta, sealhulgas andmeid selle kohta, millisesse tervishoiuteenuseosutaja rühma antud asutus kuulub vastavalt *ICHA-HP* klassifikatsioonile.

Tervishoiuasutuste statistilise register sisaldab ainult asutusi, kelle põhi- või kõrvaltegevus on tervishoid. Seega ei sisalda andmebaas sotsiaalhoolekande teenust osutavaid asutusi, kuigi osa nende tegevust võib olla seotud tervishoiuga.

Selleks, et hinnata, kui head on majandusaruande abil saadud hinnangud leibkondade kulutustele kasutatakse Tervise Arengu Instituudi tervisestatistikaosakonna (TAI TSO) poolt edastatud **majandusaruande esitajate aruande esitamise ülevaateid. Sotsiaalhoolekandeesutustes viibivate inimeste kulutuste** hindamiseks kasutatakse sarnaselt käesoleva meetodikaga Sotsiaalministeeriumi andmeid. Lisaks kasutatakse veel **Eesti Haigekassa majandusaruannetest** saadud teavet EHK teenuste kasutamist iseloomustavad näitajate kohta, mille abil võrreldakse haiglas osutatud teenuste maksumust.

Uue meetodika kirjeldamisel kasutatakse sama lühendite süsteemi, mis ka praegu kehtiva ja seni Eestis kasutatud meetodika kirjeldamisel (vt alapeatükk 2.3).

Järgnevalt on välja toodud lisaselgitused ning näited metoodika ülevaates kasutatavatest lühenditest ning sümbolite süsteemist:

$OOP_{teenused}^{UUS}$  – tervishoiualasel majandustegevuse aruandel<sup>25</sup> põhinev, tervishoiuteenuse pakkujate majandustegevuse aruande esitamist arvestava korrigeerimiskoeffitsiendiga<sup>26</sup> korrigeeritud tervishoiuteenustele tehtud leibkondade kulutuste üldsumma, ehk antud juhul tervishoiuteenuste vahel jaotamisele kuuluv üldsumma.

$OOP_{HP.1i}$  - leibkondade kulutused haigla liigiti (*HP.1i*)

$OOP_{HP.1}$  - leibkondade kulutused haiglates (*HP.1*) kokku

$OOP_{HC.1.3.3/HP.3i}$  – leibkondade kulutused eriarstiabiteenustele (*HC.1.3.3*) ambulatoorse teenuse pakkuja liigiti (*HP3i*)

$OOP'$  – leibkondade kulutused, mis on eelnevalt korrigeeritud teenuste hindadega (vt alapeatükk 3.2.2.1)

Suure tähega (*E, F* jne) tähistatakse selles peatükis üldjuhul ambulatoorsete vastuvõttude arvu või haiglaravi voodipäevade arvu. Väikese tähega (*b, c* jne) tähistatakse vastava teenuse puhul vastuvõttude või voodipäevade osakaalu ambulatoorsete vastuvõttude või/ja voodipäevade koguarvust.

Sarnaselt praegu kehtiva metoodikaga koosnevad tervishoiuteenustele tehtud kulutused (valem 3.2) summadest, mida inimesed kulutasid tervishoiuasutustes (Tabel 3.1:  $D_{1-25, 27}$ ) ning sotsiaalhoolekandeesutustes tervishoiuteenuste eest maksmisel (Tabel 3.1:  $D_{26}$ ) (valem 3.2).

$$OOP_{teenused}^{UUS} = OOP_{(HC.1+HC.2+HC.3+HC.4)/(HP.1+HP.3)} + OOP_{HC.3.1/HP.2} \quad (3.2)$$

<sup>25</sup> Edaspidi kasutatakse terminit „majandusaruanne“.

<sup>26</sup> Majandusaruande esitamine on olnud 2005.-2008. aastate lõikes hea: seda on esitanud 98-99% kõikidest tervishoiuasutuste statistilises registris olevatest majandusaruande esitamiskohustusega tegutsevatest iseseisvatest asutustest. Selleks, et kompenseerida majandusaruannet mitteesitanute asutuste andmete puudumisest tulenevat andmete alahinnangut, korrigeeriti asutuste tulude andmed spetsiaalse korrigeerimiskoeffitsiendiga. Seda koeffitsiendi arvutati kui majandusaruande esitamiskohustusega asutuste arvu ning majandusaruande tegelikult esitanud asutuste arvu jagatise. Saadud suhtarvuga korrutati majandusaruandest saadud tervishoiuteenuste pakkujate tulude andmed. Koeffitsiendi kasutamise tõttu kasvasid majandusaruandest saadud summad vaadeldavate aastate lõikes 1-2% võrra.

, kus

$OOP_{(HC.1+HC.2+HC.3+HC.4)/(HP.1+HP.3)}$  ehk  $OOP_{HP.1+HP.3}$  - leibkondade kulutused tervishoiuteenustele tervishoiuasutustes, korrigeeritud aruande esitamist arvestava korrigeerimiskoeffitsiendiga<sup>27</sup>

Kuna TAI aruannete esitajate ring ei hõlma sotsiaalhoolekande asutusi ei sisalda ka majandusaruande abil saadud hinnangud inimeste poolt sotsiaalhoolekandeesutustes tehtud kulutusi tervishoiule ning teavet selle kohta saadakse otse Sotsiaalministeeriumilt (valem 3.3).

$$OOP_{HC.3.1/HP.2} = OOP_{HC.3.1}^{SOM} \quad (\text{Tabel 3.1: } D_{26}) \quad (3.3)$$

Inimeste kulutused tervishoiuteenustele  $OOP_{HP.1+HP.3}$  on leitavad läbi TAI tervishoiuteenuste osutajate majandusaruande „Tervishoiualane majandustegevus“. Tulenevalt majandusaruande ülesehitusest on võimalik leibkondade kulutused saada tervishoiuteenuseosutajate lõikes (*ICHA-HP*). Saadud summad jaotatakse erinevate võtete abil teenuste vahel laiali vastavalt tervishoiuteenuste (*ICHA-HC*) klassifikatsioonile. Täpsema ülevaate kasutatavate võtete kohta saab järgmises alapeatükis.

Peale seda kui on leitud inimeste kulutused tervishoiuteenustele *ICHA-HP* lõikes  $OOP_{HP.1+HP.3}$  (valem 3.2) on vaja neid hinnanguid jaotada vastavate teenuste vahel. Üldjuhul teostatakse seda, kasutades tervishoiuasutustes osutatud tervishoiuteenuste omavahelisi osakaale. Osakaalude aluseks on TAI tervishoiuteenuste kasutamist peegeldavad statistilised aruanded näiteks ambulatoorsete visiitide, kasutatud ravivoodi päevade ja hambaravivastuvõtte peegeldavad aruanded (vt alapeatükk 3.2).

Järgnevalt kirjeldatakse, kuidas tervishoiuteenusepakkuja lõikes saadud leibkondade kulutused arvestatakse tervishoiuteenustele tehtud kulutusteks ümber. Metoodikat rakendatakse eraldi haiglates ning ambulatoorsetes asutustes teostatud

---

<sup>27</sup> Järgnevalt räägitakse selles peatükis *OOP* hinnangutest kui „majandusaruandest saadud hinnangutest“, rõhutamata sealjuures, et tegu on majandusaruannetest saadud hinnangutega, mis on eelnevalt esitamist arvestava koeffitsiendiga korrigeeritud.

teenustele tehtud kulutuste hindamiseks, kuna neis osutatakse erinevat liiki teenuseid (valem 3.4):

$$OOP_{HP.1+HP.3} = OOP_{HP.1} + OOP_{HP.3} \quad (3.4)$$

Arvutuskäigu kirjeldamisel viidatakse Tabeli 3.1 olevatele lahtritele. Saadud tulemuste interpreteerimisel tuleb arvestada seda, et teenuse osutaja poolt saadud tulu leibkondadelt on täpne summa. Antud summa ümberjaotamine teenuste lõikes erinevate osakaalude abil on arvestuslik, kuna erinevad teenused on erineva hinnaga.

### **3.2.2. Kulutused ambulatoorsetele ja statsionaarsetele teenustele haiglates**

Selles osas vaadeldakse, kuidas arvutada kulutused ambulatoorsetele ning statsionaarsetele teenustele haiglates.

Esimeses alapeatüki osas antakse ülevaade autori poolt edasiarendatud lähenemisele ambulatoorsete (sealhulgas hambaravi) teenustele tehtud kulutuste hindamiseks haiglates. Selle alapeatüki osas ümberarvutatud väärtused on aluseks alapeatüki teises ja kolmandas osas esitatud arvutamiskäikudele, mis keskenduvad konkreetsete kulutuste hindamisele haiglates.

#### **3.2.2.1. Haiglates osutatud ambulatoorsete teenuste eest kulutuste kaalumise tervishoiuteenuste hindadega**

Uus meetodika jagab leibkondade poolt haiglas tehtud tervishoiukulutuste üldsumma vastavalt sellele, kui suur osa ambulatoorsetest vastuvõttudest või haiglaravi voodipäevadest oli teostatud antud tüüpi teenuseosutaja (*ICHA-HP*) juures. Kuna statsionaarses haiglaravis osutatud teenused (voodipäevad) on üldjuhul ambulatoorsetest teenustest kallimad, siis selleks, et teha ambulatoorsete vastuvõttude ning haiglavoodipäevade alusel arvutatud haiglas ning ambulatoorsetes asutustes tehtud kulutusi omavahel võrreldavateks on vaja teada, mitu korda on üks teisest kallim. Teiste sõnadega, on vaja nendele anda erinevaid kaalusid.

Antud lähenemine kujutab endast autori poolt tehtud edasiarendust projekti käigus välja kujunenud meetodikale. Antud lähenemine eeldab, et haiglates osutatud teenuste mahtu iseloomustavad ambulatoorsete teenuste puhul ambulatoorsed

vastuvõtud ning statsionaarses ravis statsionaarsed voodipäevad. Samuti on eelduseks, et arsti ambulatoorne vastuvõtt ning haiglaravi voodipäevad on samades ühikutes ning nendega saab teha liitmis- ning lahutamistehteid. Kaalude aluseks on Eesti Haigekassa vastavate aastate majandusaruannetest pärinevad teenuste kasutamist iseloomustatavad andmed, mille abil on võimalik teha kindlaks, mitu korda oli üks statsionaarne voodipäev ambulatoorsest vastuvõttust kallim.

Tulenevalt meetodikast jaotatakse majandusaruandest saadud hinnangut igas haiglatüübis leibkonna poolt kulutatud vahenditele eraldi haiglas osutatavatele hambaravi, ambulatoorse ravi ning ülejäänute haiglaravi teenuste jaoks vastavalt valemile 3.5 – *Haiglateenuste põhivõrrand*

*Haiglates osutatud teenustele tehtud kulutuste arvutamise põhivõrrand (kaalutud väärtustega):*

$$OOP_{HP.i} = OOP'_{HC.amb/HP.i} + OOP'_{HC.1.3.2/HP.i} + OOP'_{jääk/HP.i} \quad (3.5)$$

, kus

$OOP'_{HC.amb/HP.i}$  – kõikidele ambulatoorsetele teenustele (välja arvatud hambaravile) kulutatud summad vastava haiglatüübi juures

$OOP'_{HC.jääk/HP.i}$ <sup>28</sup> – jääkliikmena hinnatud kulutused ülejäänutele haiglates osutatud teenustele vastava haiglatüübi juures

Järgnevalt vaadeldakse samm sammult kuidas arvutatakse haiglate põhivõrrandi (valem 3.5) aluseks olevad tervishoiuteenuste hindadega kaalutud väärtused

$$OOP'_{HC.amb/HP.i}, OOP'_{HC.1.3.2/HP.i}, OOP'_{jääk/HP.i}$$

---

<sup>28</sup> Antud töös kasutatakse lühendile  $OOP'_{jääk/HP.i}$  viidates terminit „haiglateenused“ või „ülejäänud haiglas osutatud teenused“. Seda tuleb eristada hiljem kasutatavast lühendist  $OOP'_{stat/HP.i}$ , millele viidatakse kui „(ülejäänud) statsionaarsed teenused“. Haiglateenused praegust terminoloogiat kasutades koosnevad päevaravi, hooldusravi ning (ülejäänud) statsionaarsetest teenustest.

- a) Kõigepealt arvutatakse, mitu korda oli vastavatel aastatel üks statsionaarne ravipäev kallim, kui üks ambulatoorne vastuvõtt, kasutades EHK majandusaruannetest saadud andmeid:

$$X = St / Am \quad (3.6)$$

, kus

$X$  – näitab, mitu korda on üks statsionaarne ravipäev ühest ambulatoorsest vastuvõtust kallim

$St$  – statsionaarse ravipäeva maksumus kroonides

$Am$  – ühe ambulatoorse visiidi maksumus ühe päeva kohta kroonides

Statsionaarse ravipäeva maksumuse ( $St$ ) arvutatakse valemi 3.7 abil:

$$St = RJ_s / ALOS \quad (3.7)$$

, kus

$RJ_s$  - statsionaarse ravijuhu (RJ) keskmine maksumus kroonides

$ALOS$  (*Average Length Of Stay*) – keskmine (statsionaarsel) ravil viibimine päevades

Ühe ambulatoorse vastuvõtu maksumus ( $Am$ ) arvutatakse valemi 3.8 abil:

$$Am = RJ_a / AV \quad (3.8)$$

, kus

$RJ_a$  – ambulatoorse RJ keskmine maksumus kroonides

$AV$  – ambulatoorsete vastuvõttude arv ühe RJ kohta

Selle arvutuskäigu abil saadud tulemused näitavad, et 2005.-2008. aastatel oli haiglavoodipäev keskmiselt neli-viis korda ambulatoorsest vastuvõtust kallim.

- b) Järgmise sammuna antakse haiglates haiglateenustele (sealhulgas päevaraviteenustele) kulutatud vahenditele suuremat kaalu, vastavalt eelnevalt leitud  $X$  väärtusele (valem 3.9).

$$OOP''_{jääk / HP.1} = OOP_{jääk / HP.1} * X \quad (3.9)$$

, kus

$OOP''_{jääk / HP.1}$  - esialgne „kaalutud“ hinnang ülejäänutele haiglateenustele<sup>29</sup>.

$OOP_{jääk / HP.1i}$  - kulutused haiglates osutatud haiglateenustele vastava haiglatüübi juures, mida arvutatakse haiglateenusele ravivoodipäevade osakaalude abil vastavalt valemile 3.10:

$$OOP_{jääk / HP.1i} = OOP_{HPi} * E_{jääk / HP.1i} / E_{HP.1i} \quad (3.10)$$

, kus

$OOP_{HPi}$  - majandusaruandest saadud hinnang leibkondade kulutustele vastava haiglatüübi juures

$E_{jääk / HP.1i}$  - on arvutatav kui päevaravi, hooldusravi ning ülejäänute statsionaarsete ravivoodipäevade summa, vastavalt valemile 3.11

$$E_{jääk / HP.1i} = E_{HC.1.2 / HP.1i} + E_{HC.stat(va.HC.3.1) / HP.1i} + E_{HC.3.1 / HP.1i} \quad (3.11)$$

, kus

---

<sup>29</sup> Esialgne hinnang ülehindab tegelikud leibkondade kulutused haiglaravi teenustele ning seda kasutakse selleks, et üle minna õigetele haiglaravile tehtud kulutuste hinnangutele (vt 3.2.2 (3)).

$E_{1,2/HP,i}$  - päevaravi vastuvõttude arv iga haiglatüübi juures, aruandest „Päevaravi“

$E_{HC.stat(va.HC.3.1)/HP,i}$  - haiglaravi voodipäevade arv iga haiglatüübi juures, millest on eelnevalt lahutatud hooldusravi voodipäevade arv aruandest „Ravivoodid ja hospitaliseerimine“

$E_{HC.3.1/HP,i}$  - hooldusravi voodipäevade arv iga haiglatüübi juures, aruandest „Ravivoodid ja hospitaliseerimine“

$E_{HP,i}$  - haiglates osutatavate ambulatoorsete vastuvõttude ning voodipäevade summa vastavalt. võrrandile 3.12. Valem on koostatud analoogiliselt *Haiglateenuste põhivõrrandiga* (valem 3.5):

$$E_{HP,i} = E_{HC.1.3.2/HP,i} + E_{amb/HP,i} + E_{jääk/HP,i} \quad (3.12)$$

, kus

$E_{amb/HP,i}$  - ambulatoorsete vastuvõttude arv (välja arvatud hambaravi) iga haiglatüübi juures, aruandest „Ambulatoorsed vastuvõttud ja koduvisiidid“

$E_{HC.1.3.2/HP,i}$  - hambaarsti vastuvõttude arv iga haiglatüübi juures, aruandest „Hambaravi“

- c) Kuigi eelmises punktis oli leitud esialgne kaalutud hinnang haiglateenustele tehtud leibkondade kulutustele  $OOP''_{jääk/HP,1}$ , ei ole seda hinnangut võimalik kasutada *Haiglaravi põhivõrrandi* sisendina (valem 3.5), kuna sel juhul muutuksid majandusaruandest saadud jaotumisele kuuluv füüsiliste isikute kulude summad  $OOP_{HP,i}$ . Selleks et üle minna õigetele kaalutud leibkondade kulutuste  $OOP'$  väärtustele ambulatoorsete ning -haiglateenuste proportsioonid peavad muutuma nii, et haiglates kulutatud vahendite üldsummad jääksid samaks. Järgmiste valemite abil (3.13, 3.14, 3.15) leitakse ambulatoorsete teenuste, hambaravi ning



haiglaraviteenustele kulutatud vahendid, mis on eelnevalt „kaalutud“ tervishoiuteenuste hindadega ehk mille puhul on arvestatud, et haiglateenused on sõltuvalt aastast neli kuni viis korda kallimad kui hambaravi ning teised ambulatoorsed teenused.

$$OOP'_{HC.amb/HP.li} = OOP_{HC.amb/HP.li} * OOP_{HP.li} / OOP'_{HP.li} \quad (3.13)$$

$$OOP'_{HC.1.3.2/HP.li} = OOP_{HC.1.3.2/HP.li} * OOP_{HP.li} / OOP'_{HP.li} \quad (3.14)$$

$$OOP'_{HC.jääk/HP.li} = OOP''_{HC.jääk/HP.li} * OOP_{HP.li} / OOP'_{HP.li} \quad (3.15)$$

$OOP_{HC.n/HP.li}$  - on majandustegevuse aruande ning vastuvõttude/voodipäevade osakaalude abil leitud hinnang inimeste kulutustele ambulatoorsetele teenustele ning hambaravile, mis on arvutatud analoogiliselt  $OOP_{jääk/HP.li}$  valemitest (3.9, 3.10, 3.11, 3.12).

$OOP'_{HP.li}$  - uus kaalutud hinnang igas haiglatüübis tehtud kulutustele, mis on arvatav kasutades eelnevalt leitud (kaalutud) hinnangut ülejäänutele statsionaarsetele teenustele ning (kaalumata) hinnanguid hambaravi ning ambulatoorsetele teenustele tehtud kulutustele, vastavalt võrrandile 3.16.

$$OOP'_{HP.li} = OOP_{HC.amb/HP.li} + OOP_{HC.1.3.2/HP.li} + OOP''_{HC.jääk/HP.li} \quad (3.16)$$

Kirjeldatud arvutuskäigu abil valemitest 3.13, 3.14 ja 3.15 leitud hinnanguid  $OOP'_{HC.amb/HP.li}$ ,  $OOP'_{HC.1.3.2/HP.li}$ ,  $OOP'_{HC.jääk/HP.li}$  kasutatakse järgmistes peatüki osades ning nendele viidatakse kui teenuste „kaalutud“ hinnangutele vastavalt ambulatoorsete, hambaravi- ning haiglaraviteenuste osas.

**3.2.2.2. Kulutused hambaravile ning teistele ambulatoorsetele teenustele haiglates (Tabel 3.1: D<sub>8,9</sub>, 13-15, 22)**

Ambulatoorset ravi (sealhulgas hambaravi) osutatakse ambulatoorse arstiabi asutustes ning haiglates. Ambulatoorsetes asutustes osutatud ambulatoorsetele teenustele tehtud kulutused arvutatakse sarnaselt kõikide teistele ambulatoorsetele teenustele kulutatud summadega (vt alapeatükk 3.2.2.2). Haiglates osutatud ambulatoorsete teenuste eest makstud summad arvutatakse kasutades hambaarsti ning teiste ambulatoorsete teenuste osutajate vastuvõttude ning haiglate ravivoodite andmeid, mida saadakse TAI aruannetest „Tervishoiualane majandustegevus“, „Hambaravi“ ning „Ambulatoorsed vastuvõttud ning koduvisiitid“. Kuna ambulatoorsed teenused haiglates on võrreldes statsionaarsete teenustega odavamad, siis korrigeeritakse hinnanguid tervishoiuteenuste hindadega vastavalt punktis 3.2.2.1 esitatud arvutamiskäigule.

Iga haiglatüübi lõikes ambulatoorsetele teenustele ning hambaravile kulutatud summad leitakse kui osakaalud kõikidest haiglates antud teenustele kulutatud vahenditest:

$$OOP'_{HC.1.3.2/HP.i} = OOP'_{HC.1.3.2/HP.1} * b_{HC.1.3.2/HP.i} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_{8,9}) \quad (3.17)$$

$$OOP'_{HC.amb/HP.i} = OOP'_{HC.amb/HP.1} * b_{HC.1.3.2/HP.i} \quad (3.18)$$

, kus

$b_{HC.n/HP.i}$  - iga haiglatüübi lõikes ambulatoorsetele ravile (hambaravile) tehtud kulutuste osakaal kõikidest haiglates ambulatoorsetele ravile (hambaravile) kulutatud vahenditest.

$OOP'_{HC.n/HP.1}$  - tervishoiuteenustega kaalutud hinnang kõikides haiglates osutavatele hambaraviteenustele (ambulatoorse ravi), mis on arvutatud vastavalt punktis 3.2.2.1 esitatud arvutamiskäigule.

$b_{HC.n/HP.i}$  leitakse järgmise valemi abil:

$$b_{HC.n/HP.i} = OOP_{HC.n/HP.i} / OOP_{HP.i} \quad (3.19)$$

, kus

$OOP_{HP.i}$  saadakse otse tervishoiuteenuste osutajate majandustegevuse aruandest  
 $OOP_{HC.n/HP.i}$  hinnatakse järgmise valemi abil:

$$OOP_{HP.i} = c_{HC.n/HP.i} * E_{HC.n/HP.i} / E_{HP.i} \quad (3.20)$$

, kus

$c_{HC.n/HP.i}$  – vastavalt hambaravi (HC.1.3.2) või ambulatoorsete teenuse (HC.amb) vastuvõttude osakaal kõigist voodipäevade ning vastuvõttude summast iga haiglatüübi lõikes, mis on leitav kasutades võrrandeid 3.11 ja 3.12.

Kuna teenuseosutajate klassifikatsioon võimaldab eristada kõikidest haiglatest taastusravihaiglad, on võimalik eristada ambulatoorsetele teenustele tehtud hinnangust kulutused taastusravihaiglates osutatud statsionaarsetele taastusraviteenustele, kasutades selleks valemis 3.18 leitud väärtused.

$$OOP'_{HC.amb/HP.i(vaHP.1.3.1)} = OOP'_{HC.1.3.3/HP.i(va.HP.1.3.1)} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_{13-15}) \quad (3.21)$$

$$OOP'_{HC.amb/HP.1.3.1} =_{HC.2.3/HP.1.3.1} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_{22}) \quad (3.22)$$

### 3.2.2.3. Kulutused haiglaravile, päevaravile, hooldusravile ning statsionaarsele taastusravile haiglates (Tabel 3.1: D<sub>1-5, 21, 24-25</sub>)

Selleks et leida haiglaravile, päevaravile ning hooldusravile haiglates kulutatud summad kasutatakse sarnaselt ambulatoorsetele teenustele tehtud kulutuste hindamisega TAI tervishoiuteenuste osutajate füüsilistelt isikutelt (leibkondadelt) laekunud tulude teavet majandusaruandest „Tervishoiualane majandustegevus“, mis on aluseks leibkondade kulutustele tervishoiuteenuseosutajate (ICHA-HP) lõikes. Selleks, et

hinnata, kuidas need kulutused jaotuvad tervishoiuteenuste vahel, kasutatakse haiglaravi voodipäevade osakaale. Neid osakaale leitakse kasutades TAI aruandeid „Päevaravi“, ning „Ravivoodid ja hospitaliseerimine“. Esimese sammuna eristatakse viimasest aruandest, kui palju antud tüüpi haigla voodipäevadest olid hooldusravi voodipäevad. Kuna haiglaravis osutatud teenused on reeglina ambulatoorses ravis osutatud teenustest kallimad, siis voodipäevade alusel saadud hinnangud ülejäänute haiglateenustele korrigeeritakse tervishoiuteenuste hindadega (vt 3.2.2.1).

Päevaravile, hooldusravile ning ülejäänud statsionaarsetele teenustele tehtud kulutused leitakse kui vastava teenuse osakaal ülejäänud haiglateenuste kaalutud hinnangust.

$$OOP'_{HC.1.2/HP.1i} = d_{HC.1.2/HP.1i} * OOP'_{HC.jääk/HP.1i} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_{4-5}) \quad (3.23)$$

$$OOP'_{HC.3.1/HP.1i} = d_{HC.3.1/HP.1i} * OOP'_{HC.jääk/HP.1i} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_{24-25}) \quad (3.24)$$

$$OOP'_{HC.stat/HP.1i} = d_{HC.stat/HP.1i} * OOP'_{HC.jääk/HP.1i} \quad (3.25)$$

, kus

$OOP'_{HC.jääk/HP.1i}$  on leitav valemist 3.15

$d_{HC.n/HP.1i}$  - päevaravi (*HC.1.2*), hooldusravi (*HC.3.1*) ja ülejäänud statsionaarse ravi (*HC.stat*) kulutuste osakaal antud haiglatüübis osutatavates haiglateenustest, mis on leitud kui vastavate ravivoodi päevade arvu suhe kõikidesse selles haiglatüübis olnud ravivoodipäevadesse (valem 3.26).

$$d_{HC.n/HP.1i} = E_{HC.n/HP.1i} / F_{HP.1i} \quad (3.26)$$

, kus

$F_{HP.1i}$  - haiglaravi voodipäevad (sealhulgas päevaravi voodipäevad) kokku, mis on leitud valemist 3.27

$$F_{HP.1i} = E_{HC.1.2/HP.1i} + E_{HC.3.1/HP.1i} + E_{stat(va.HC.3.1)/HP.1i} \quad (3.27)$$

Kuna teenuseosutajate klassifikatsioon võimaldab eristada kõikidest haiglatest taastusravihaiglad ( $HP.1.3.1$ ), siis on valemist 3.28, ehk statsionaarsetest teenustest võimalik eristada statsionaarsele taastusravile tehtud kulutused:

$$OOP'_{HC.stat/HP.1i(vaHP.1.3.1)} = OOP'_{HC.1.1/HP.1i(va.HP.1.3.1)} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_{1-3}) \quad (3.28)$$

$$OOP'_{HC.stat/HP.1.3.1} = OOP'_{HC.2.1/HP.1.3.1} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_{21}) \quad (3.29)$$

, kus

$OOP'_{HC.stat/HP.1.3.1}$  on leitud valemist 3.25.

Järgmises alapeatüki osas jätkatakse metoodika kirjeldamist keskendudes ambulatoorsetele teenustele tehtud leibkondade tervishoiukulutuste arvutuskäigule.

### 3.2.3. Kulutused ambulatoorsetele teenustele ambulatoorse ravi asutustes

Ambulatoorsetes arstiabiasutustes osutatud teenused on võimalik erinevate võtete abil jaotada ambulatoorse üld- ning eriarstiabiks, koduseks raviks, kliiniliste laboratoorsete uuringuteks, hamba- ning päevaraviks.

Ambulatoorsetele ravile tehtud kulutused saadakse jagades TAI aruandest „Tervishoiualane majandustegevus“ saadud andmed füüsiliste isikute tulude kohta (leibkonna kogukulutused) erinevate teenuste vahel, kasutades teenuse mahu hindamiseks teavet vastuvõttude kohta. Viimatimainitud teabe andmeallikana

kasutatakse TAI aruandeid „Päevaravi“<sup>30</sup>, "Hambaravi", "Arsti vastuvõttud ja koduvisiidid", kust on võimalik teada saada, mitu vastuvõttu olid tehtud iga tervishoiuteenuseosutaja tüübi (*ICHA-HP*) lõikes. Eeldades, et kõik ambulatoorsetes asutustes tehtud vastuvõttud moodustuvad päevaravi, hambaravi ning teiste erialaarstide juures tehtud vastuvõttudest, on võimalik hinnata, kui suur osa ambulatoorsetest vastuvõttudest on tehtud iga tervishoiuteenuse osutaja tüübi lõikes. Korrutades neid osakaale majandusaruande abil saadud teenusepakkuja *ICHA-HP* lõikes jaotatud leibkondade kulutuste kogusummaga on võimalik hinnata, kui palju kulutasid inimesed päevaravile, hambaravile ning teiste erialade ambulatoorsele ravile ambulatoorsetes arstiabiasutustes.

Järgnevalt kirjeldatakse arvutuskäiku iga kulutuse jaoks eraldi.

Päevaravile (hambaravile, teistele ambulatoorsetele teenustele) tehtud kulutused saadakse korrutades antud teenuse (vastuvõttude) osakaalu majandustegevuse aruandest saadud leibkonna kulutustega antud ambulatoorse arstiabiasutuse tüübi kohta kokku.

$$OOP_{HC.1.2/HP.3i} = e_{HC.1.2/HP.3i} * OOP_{HP.3i} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_6) \quad (3.30)$$

$$OOP_{HC.1.3.2/HP.3i} = e_{HC.1.3.2/HP.3i} * OOP_{HP.3i} \quad (\text{Tabel 3.1: D}_{10-12}) \quad (3.31)$$

$$OOP_{HC.amb/HP.3i} = e_{HC.amb/HP.3i} * OOP_{HP.3i} \quad (3.32)$$

, kus

$e_{HC.n/HP.3i}$  - vastava teenuse vastuvõttude osakaal kõikidest ambulatoorsetest vastuvõttudest.

<sup>30</sup> Kasutatud on sama aruannet, mis ka haiglaravi teenuste hindamise puhul. Kirjeldamise lihtsustamise eesmärgil kasutati haiglates toimunud päevaravi puhul terminit ravivoodi, ning ambulatoorses arstiabiasutustes päevaravi puhul – vastuvõtt, kuigi mõlemal juhul on tegu sama aruandega ning sama teenusega, mis oli osutatud erineva tervishoiuteenuse osutaja poolt.

Päevaravi (ambulatoorse ravi, hambaravi) vastuvõttude osakaal kõikidest vastuvõttudest on arvutatav järgmise valemi abil (valem 3.33):

$$e_{HC.n/HP.3i} = G_{HC.n/HP.3i} / G_{HP.3i} \quad (3.33)$$

, kus

$G_{HC.n/HP.3i}$  - päevaravi (ambulatoorse ravi, hambaravi) vastuvõtud iga ambulatoorse teenuseosutaja lõikes

Kuna teatud tervishoiuteenuse osutajad osutavad peamiselt teenuseosutaja tüübi järgi eristavat tervishoiuteenust, siis nende puhul on eeldatud, et leibkonna tervishoiuteenusele tehtud kulutused antud tüüpi teenuseosutaja puhul on tehtud just seda teenusepakkujat eristavale peamisele teenusele. Alljärgnevalt on välja toodud tervishoiuteenuse osutajate tüüpide lõikes, mis laadi peamisi tervishoiuteenuseid osutatakse.

- a) Perearstikeskustes osutatakse põhilisi meditsiinilisi- ning diagnostilisi teenuseid (Tabel 3.1: D<sub>7</sub>):

$$OOP_{HC.amb/HP.3.1.2} = OOP_{HC.1.3.1/HP.3.1.2} \quad (3.34)$$

- b) Hambaarstikeskustes osutatakse peale hambaraviteenuseid ka muid erinevaid erialaseid tervishoiuteenuseid (Tabel 3.1: D<sub>17</sub>):

$$OOP_{HC.amb/HP.3.2} = OOP_{HC.1.3.2/HP.3.2} \quad (3.35)$$

- c) Sanatooriumites ning füsioterapeutide juures osutatakse ambulatoorset taastusravi (Tabel 3.1: D<sub>23</sub>):

$$OOP_{HC.amb/HP.3.3.1} = OOP_{HC.2.3/HP.3.3} \quad (3.36)$$

d) Ambulatoorse ravi keskustes osutatakse erinevaid erialasi tervishoiuteenuseid (Tabel 3.1: D<sub>19</sub>):

$$OOP_{HC.amb/HP.3.4} = OOP_{HC.1.3.3/HP.3.4} \quad (3.37)$$

e) Meditsiini- ning diagnostikalaboratooriumites tehakse kliinilisi laboratoorseid uuringuid<sup>31</sup>. (Tabel 3.1: D<sub>27</sub>):

$$OOP_{HC.amb/HP.3.5} = OOP_{HC.4.1/HP.3.5} \quad (3.38)$$

f) Koduraviteenuste pakkujad ehk enamasti kodus pakuvad koduse ravi teenuseid (Tabel 3.1: D<sub>20</sub>):

$$OOP_{HC.amb/HP.3.6} = OOP_{HC.1.4/HP.3.6} \quad (3.39)$$

### 3.3. Leibkondade kulutused tervishoiukaupadele

Tervishoiukaupadele tehtud leibkonna kulutuste arvutamise meetoodika selgitamisel jälgitakse sama struktuuri, mis tervishoiuteenuste puhul. Esialgu tutvustatakse andmeallikaid ning hiljem kirjeldatakse arvutamise meetoodikat detailselt.

Erinevalt tervishoiuteenustele tehtud kulutuste hindamisest, mida iseloomustab süsteemne lähenemine ning kõikide valemite omavaheline seos, hinnatakse iga

---

<sup>31</sup> Käesoleva meetoodika abil ei ole võimalik arvutada, kui palju kulutatakse erinevate uuringute peale kokku, sest meetoodika võimaldab hinnata, kui palju kulutasid inimesed ainult meditsiini- ja diagnostika asutustes (HP.3.5), samas uuringud võivad olla tehtud ka haiglates (HP.1) ning erinevates ambulatoorse abi asutustes (HP.3). Seega on majandusaruande abil saadud hinnang leibkondade kulutustele erinevat laadi uuringutele oluliselt alahinnatud. Samuti ei võimalda uus meetoodika eristada kliiniliseid laboratoorseid (HC.4.1) ning radioloogilisi uuringuid (HC.4.2), ning kulutused arvestatakse kliiniliste laboratoorsete uuringute (HC.4.1) peale kokku.

<sup>34</sup> Muudeks kaupadeks RA apteegistatistika kohaselt loetakse kõiki apteekide tooteid, mis ei ole välja toodud käsimüügiravimite all.



tervishoiukauba kategooriale tehtud kulutusi eraldi, kasutades erinevaid parimaid allikaid ning neile vastavat arvutusmetoodikat.

Mittekestvuskaupadele tehtud leibkonna kulutuste hindamisel (*HC.5.1*) kasutatakse EHK ning RA andmeid, täiendades neid praeguse kehtiva meetoodika alusel koostatud THKK andmetega. Meditsiini kestvuskaupadele (*HC.5.2*) tehtud kulutuste arvutamiseks kasutatakse rahvamajanduse arvepidamise andmeid ning 2006. aastal ühekordselt teostatud LEU tervisemooduli andmeid.

Järgnevalt vaadeldakse täpsemalt leibkondade poolt tervishoiukaupadele tehtud kulutuste arvutamise allikaid.

### **1) LEU terviselisamoodul**

LEU andmete kasutamise RTA tabelite allikana üheks puuduseks on LEUs kasutatava klassifikaatori ebapiisav detailsus. Seetõttu tekkis vajadus LEU tervise lisamooduli (LEU TM) väljatöötamiseks. LEU TM oli tellitud 2006. aastal LEU järelküsitluse lisamoodulina Eesti Statistikaametilt Sotsiaalministeeriumi poolt, mis sellel ajal vastutas tervisestatistika ja seega ka tervishoiu kogukulude arvutamise eest. Uus tervisemoodul oli konstrueeritud niimoodi, et saaks kätte andmed kõikide RTA tervishoiuteenuste klassifikaatori (*ICHA-HC*) kategooriate lõikes.

Eeldatakse, et LEU TM abil saadud andmed on piisavalt hea kvaliteediga, ning neid saab kasutada kõikide leibkondade kulutuste hindamisel (Sakkeus jt 2009, 18). Kahjuks, ei ole LEU TM kasutamine leibkondade kõikide kulutuste allikana võimalik selle tõttu, et selle iga-aastane läbiviimine nõuab olulisi lisaressursse. Seetõttu oli projekti käigus otsustatud kasutada 2006. aasta LEU TM andmeid lisaallikana ning ainult nende kulutuste hindamisel, mille puhul teised hindamisvõimalused puuduvad ehk tervishoiukaupade puhul kuulmisvahenditele (*HC.5.2.3*) ning meditsiinilis-tehnilistele seadmetele (*HC.5.2.4*) tehtud kulutuste hindamisel. (Sakkeus jt 2009, 38)

### **2) Rahvamajanduse arvepidamine**

Rahvamajanduse arvepidamisest on võimalik saada hinnanguid teatud kulutustele *COICOP*'i lõikes sarnaselt LEUst saadavate hinnangutega. Tervishoiukaupadele tehtud kulutuste arvutamiseks kohandatakse rahvamajanduse

arvepidamise metoodika järgi jaekaubanduse käest saadud andmeid mõnede hinnangutega, milleks näiteks on hinnang illegaalselt toodetud kaupadele ning hinnang vahetarbimisele (Mällo... 2008, 16).

Rahvamajanduse arvepidamine võimaldab jagada kulutused tervishoiu kaupadele järgmiste kategooriate vahel: farmaatsiatooted (*COICOP.611*), muud meditsiinitooted (*COICOP.612*), terapeutilised vahendid ja seadmed (*COICOP.613*), ning neid kategooriaid kasutades hinnatakse *ICHA-HC* kategooriaid: kulutused prillidele (*HC.5.2.1*), meditsiinilis-tehnilistele seadmetele (*HC.5.2.2*) ning kõikidele muudele meditsiinilistele kestvuskaupeadele (*HC.5.2.9*). Rahvamajanduse andmete tugevus on selles, et nende abil on võimalik saada tervishoiu kulusid ilma välismaa residentide kuludeta. Samas on rahvamajanduse arvepidamise andmetel mitu olulist nõrkust, mis raskendab nende kasutamise leibkondade kõikide kulutuste allikana. Esiteks, andmed on liiga agregeeritud ning ei võimalda eristada kõiki vajalikke kategooriaid. Teiseks, rahvamajanduse arvepidamise andmed valmivad liiga hilja, selleks et nende abil arvutada kogukulusid. (Sakkeus 2009, 14)

Lisaks kasutatakse veel uue metoodikaga retseptiravimitele tehtud kulutuste arvutamisel **EHK poolt edastatud andmeid soodusravimitele tehtud kulutuste** kohta. Ravimite osa hindamisel kasutatakse lisaallikana **eelnevalt kokkupandud THKK andmeid**. Samuti on vajalikud **Leibkonna Eelarve Uuringu andmed**, mida kasutatakse lisaks rahvamajanduse arvepidamise andmetele hinnates inimeste kulutusi mõnedele mittekestvuskaupeade kategooriatele nagu näiteks prillidele ning ortopeedilistele abivahenditele tehtud kulutused. **Ravimiameti apteegistatistika** andmeid kasutatakse retsepti-, käsimüügiravimitele ning samuti muudele meditsiinilistele mittekestvuskaupeadele tehtud kulutuste hindamiseks.

Järgnevalt kirjeldatakse metoodikat iga tervishoiukauba puhul eraldi.

Tervishoiu kaupade puhul vastab iga tervishoiutoodete (*HC.5*) kategooriale üks ühele teatud tervishoiuteenuste osutajate (*ICHA-HP*) kategooria, näiteks prille (*HC.5.2.1*) müüakse optikapoodides (*HP.4.2*). Seetõttu ei ole vaja tervishoiutoodetele

tehtud kulutusi hinnata eraldi tervishoiuteenuste pakkuja kategooria lõikes, neid saadakse kohe, kui on arvatud vastav tervishoiuteenuse kategooria.

### 1) Kulutused retseptiravimitele (Tabel 3.1: D<sub>28</sub>)

Eesti residentide kulud retseptiravimitele saadakse lahutades kõikidest retseptiravimitele tehtud kuludest keskvalitsuse ning välismaalaste kulud retseptiravimitele. Andmeid retseptiravimite käibe kohta saadakse Ravimiametilt. Keskvalitsuse kulud tervishoiule saadakse eelnevalt kokkupanud THKK andmetest. Välismaalaste kulud retseptiravimitele edastab EHK.

$$OOP_{HC.5.1.1/HPA.1} = H_1 - H_2 - H_3 \quad (3.40)$$

, kus

$H_1$  - kulutused retseptiravimitele kokku

$H_2$  - välismaalaste kulud retseptiravimitele

$H_3$  - keskvalitsuse kulud retseptiravimitele

Kulutused retseptiravimitele kokku hinnatakse kui EHK soodustusega ning soodustuseta retseptiravimitele tehtud kulutuste summat. Andmeid soodustusega retseptiravimitele tehtud kulutustest saadakse EHKlt ning andmeid soodustuseta retseptiravimitele tehtud kulutuste kohta - Ravimiametilt.

$$H_1 = H_4 + H_5 \quad (3.41)$$

, kus

$H_4$  - kulud soodusretseptiravimitele kokku

$H_5$  - inimeste ja keskvalitsuse kulud ilma soodustuseta retseptiravimitele

## 2) Kulutused käsimüügiravimitele apteekides (Tabel 3.1: D<sub>29</sub>)

Käsimüügiravimitele tehtud kulutused arvutatakse kombineerides Eesti Haigekassa, Tervise Arengu Instituudi eelnevalt kokkupandud THKK ja Raviameti andmeid ning arvutatakse jääkliikmena lahutades kõikidele ravimitele kulutatud summadest kõikide rahastajate kulud käsimüügiravimitele ning eelnevalt arvutatud leibkonna kulutused retseptiravimitele. Arvutuskäik on esitatud järgmise valemi abil (sulgudes andmeallikas):

$$OOP_{HC.5.1.2/HP.4.1} = I_1 - I_2 - I_3 \quad (3.42)$$

, kus

$I_1$  - ravimid kokku (RA)

$I_2$  - keskvalitsuse, KOVide, EHK, erakindlustuste kulud ravimitele (TAI)

$I_3$  - hinnang leibkondade kuludele retseptiravimitele arvutatuna uue meetoodika abil (valem 3.41)

Tuleb arvestada, et antud hinnang on ilmselt ülehinnatud, kuna sisaldab ettevõtete kulutusi käsimüügiravimitele, mille hindamiseks TAI TSO ei oma hetkel hästi toimivat meetoodikat.

## 3) Kulutused muudele mittekestvuskaupadele apteekides (Tabel 3.1: D<sub>30</sub>)

Selleks, et hinnata, kui palju kulutatavad inimesed muudele kaupadele kasutatakse Raviameti andmeid apteekide muude kaupade käibe kohta<sup>34</sup>. Sarnaselt käsimüügiravimitega arvutatakse need kulutused jääkliikmena, lahutades kogu muude ravimite käibe summast eelnevalt THKK aruandest kogutud andmed ülejäänud rahastajate vastavale kuluartiklile tehtud kulude kohta. Arvutuskäiku kirjeldab järgmine valem 3.43:

$$OOP_{HC.5.1.3/HP.4.1} = J_1 - J_2 \quad (3.43)$$

, kus

$J_1$  – muude kaupade käive

$J_2$  – keskvalitsuse, KOVide, EHK kulud muudele kaupadele

#### **4) Kulutused nägemistarvetele, ortopeedilistele abivahenditele ning muudele meditsiinilistele kestva kaupadele (Tabel 3.1: D<sub>31-32, 35</sub>)**

Andmeid kulutustest prillide (*HC.5.2.1*), ortopeediliste (*HC.5.2.2*) ning muude mittekestvate (*HC.5.2.9*) kaupade kohta saadakse kasutades rahvamajanduse arvepidamise andmeid, mis omavad LEUga sarnast struktuuri, ja on kättesaadavad *COICOP*'i 3.tasemel<sup>35</sup>. Kuna selline jaotus ei ole RTA jaoks piisavalt detailne, siis vajalikud kategooriad saadakse kasutades LEU jaotusi, mis võimaldavad saada detailsemaid hinnanguid.

Kulutused leitakse, kui *COICOP* 6. taseme kulude osakaal rahvamajanduse arvepidamises *COICOP* 3. taseme tervishoiukaupade kulutuste rühmast. Nägemistarvete ja ortopeedilistele abivahenditele kulutuste arvutamiseks kasutatakse rahvamajanduse arvepidamise gruppe *COICOP.613* - Terapeutilised vahendid ja seadmed ning muudele kaupadele tehtud kulutuste arvutamiseks ning *COICOP.612* - Muude meditsiinitoodete arvutamiseks (vt Lisa 7).

$$OOP_{HC.5.2.i/HP.4.1} = f_{HC.5.2.i/COICOP.6i} * OOP_{COICOP.6i}^{RMA} \quad (3.44)$$

, kus

$OOP_{COICOP.i}^{RMA}$  - rahvamajanduse arvepidamise andmetest saadud hinnang *COICOP*'i  $i$ -nda 3. taseme tervishoiukaupade grupile.

---

<sup>35</sup> *COICOP* klassifikaator jagab kulutusi mitmeks grupiks, kus kõrgema taseme grupp koosneb alagruppide summast. Näiteks võrduvad 3. tase kulutused (näiteks *COICOP.613*) 6. taseme *COICOP* gruppide summaga (näiteks *COICOP.612103* jt). Tervishoiukulutusi kirjeldav klassifikaatori osa on Lisas 7.

$f_{HC.i/COICOP.i}$  - vastava kulutuse 6. taseme kulutuse osakaal vastavas LEU 3. *COICOP*'i tasandi grupis

Kulutuste osakaaludeks kasutatakse vastavaid LEU (6. taseme *COICOP*'i) hinnanguid vastavas 3. taseme LEU *COICOP*'i grupis (valem 3.44). LEU vastavad hinnangud leitakse peatükis 2.3 kirjeldatud meetodika abil.

$$f_{HC.5.2.i/COICOP.i} = OOP_{HC.5.2.i}^{LEU} / OOP_{COICOP.6i}^{LEU} \quad (3.45)$$

### **5) Kulutused kuulmisaparaatidele ning meditsiinilistele seadmetele (Tabel 3.1: D<sub>33-34</sub>)**

Kuulmisaparaatidele ning meditsiinilistele seadmetele võib saada hinnangut vaid LEU tervisemooduli andmete abil. Kuna antud uuring oli läbiviidud üks kord ning 2006. aastal, siis 2005, 2007 ning 2008. aastate jaoks vajalikud andmed puuduvad. Puuduolevate andmete saamiseks ekstra- ning interpoleeritakse 2006. aasta tulemused vajalike aastate jaoks kasutades uue meetodika abil eelnevalt arvatud hinnangut kulutuste kasvu kohta kõikidele kaupadele(*HC.5*) antud aastal.

Järgnevas osas võrreldakse uue meetodika abil arvatud tulemusi käesoleva meetodikaga arvatud tulemustega.

## 4. KAHE METOODIKA VÕRDLEVALANALÜÜS

Antud peatükis tutvustatakse uue meetoodika järgi arvatud leibkondade tervishoiukulutusi 2005.-2008. aastatel ning võrreldakse kahe meetoodika abil saadud tulemusi omavahel.

### 4.1. Leibkondade tervishoiukulutuste võrdlus kahe meetoodika järgi

Uue meetoodika järgi moodustasid leibkondade kulud 2008. aastal 4 miljardit 101 miljonit krooni. See on 36% ehk 1 miljard 77 miljoni võrra rohkem kui käesoleva meetoodika järgi arvatud (Tabel 4.1).

Tabel 4.1. Eesti leibkondade omaosalus tervishoiukuludes aastatel 2005-2008 kahe meetoodika võrdluses, miljonit krooni.

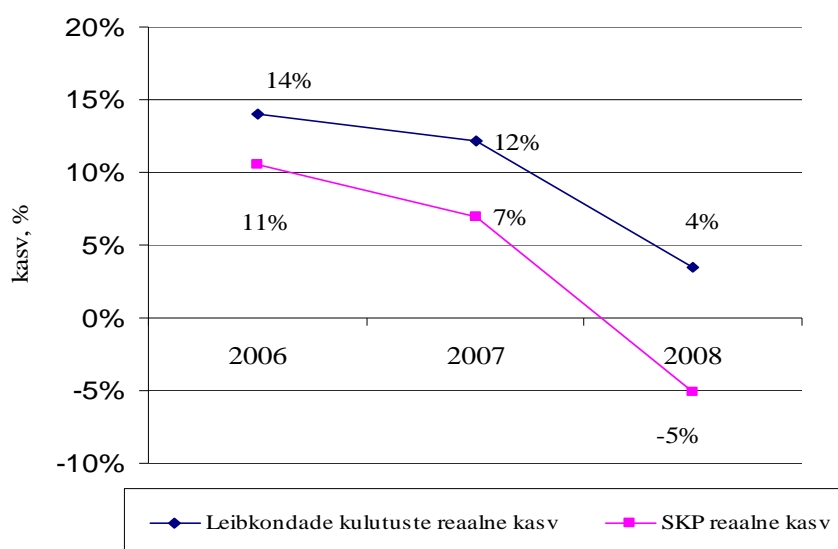
Leibkondade omaosalus	2 005	2 006	2 007	2 008
Käesolev meetoodika	1 793,4	2 637,5	2 841,9	3 024,8
Uus meetoodika	2 667,4	3 112,6	3 724,6	4 101,9
Uue ja käesoleva meetoodika erinevus	873,2	475,2	882,7	1 077,1
Uue ja käesoleva meetoodika erinevus, %	49%	18%	31%	36%

Allikas: Lisad 9-12 (käesolev meetoodika), Lisad 14-17 (uus meetoodika), autori arvutused.

Võrreldes käesoleva tervishoiukulutuste arvutamise meetoodikaga on hinnang leibkondade aastastele tervishoiukulutustele perioodil 2005-2008 uue meetoodika kohaselt olnud 18%-49% kõrgem, kui vana meetoodika järgi arvatud leibkondade tervishoiukulutused. Kõige suurem erinevus kahe meetoodika tulemuste vahel oli 2005. aastal ning kõige väiksem 2006. aastal. 2005. aasta andmete suur erinevus võib olla

tingitud 2005. aasta LEU andmete halvast kvaliteedist. Uue meetodika järgi kasvas 2008. aastal omaosalus võrreldes 2005. aastaga 54%, mis on vähem kui käesoleva meetodika järgi arvatud kasv – 69%. Kõige kiiremini kasvasid kulud 2006. ja 2007. aastal, mil need kasvasid vastavalt 17% ja 20%.

Võrreldes 2006.-2008<sup>36</sup>. aasta kulused reaalses hindades<sup>37</sup> (Joonis 4.1) nähtub, et uue meetodika järgi arvatud reaalsed kulutused tervishoiule ei käitu sarnaselt käesoleva meetodika arvatutega. Käesoleva meetodika puhul kulutasid inimesed rohkem majandusbuumi ajal ning vähem majanduslanguse ajal, kui uue meetodika järgi. Kusjuures nende reaktsioon majanduses toimuvale oli võrreldes SKP reaalse kasvu/langusega võimsam (vt Joonis 2.3). Samas aga jälgides uue meetodika järgi tehtud arvutusi selgub, et leibkondade käitumine tervishoiukulutuste osas on majanduses toimuvaga kooskõlas: majanduse erinevates faasides muutusid leibkondade reaalsed kulutused peaaegu sama tempoga kui reaalne SKP.



Joonis 4.1. SKP ning leibkondade reaalsete tervishoiukulutuste kasv Eestis aastatel 2006-2008, % (uus meetodika).

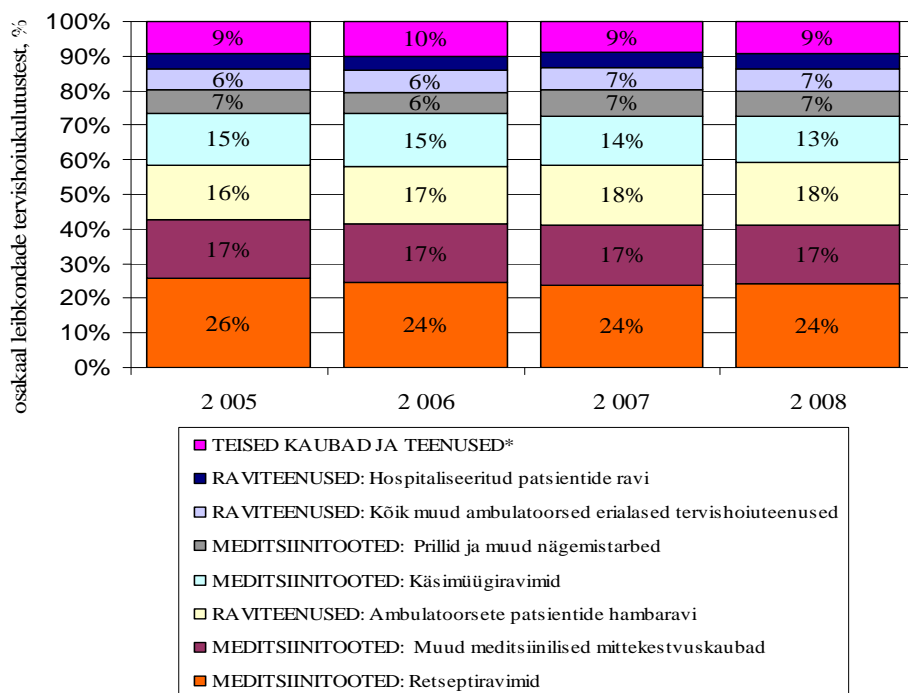
Allikas. Lisa 13, autori arvutused ja joonis.

<sup>36</sup> Võrdlust 2005. aastaga ei esitata, kuna 2004. aasta leibkondade kulude andmed ei ole uue meetodikaga ümber arvatud.

<sup>37</sup> Leibkondade tervishoiukulutuste reaalkasvu leidmiseks kasutati sarnaselt käesoleva meetodikaga Eesti Statistikaameti poolt koostatud leibkondade tervishoiukulutuste deflaatorit.



Uue meetoodika järgi arvatud 2005.-2008. aastate tervishoiukulutuste struktuur erineb käesoleva meetoodika järgi arvatud kulutuste struktuurist (Joonis 4.2). Suurema osa vahenditest kulutatakse endiselt retseptiravimite peale, kuid selle osa on võrreldes käesoleva meetoodikaga arvatud kulutustega oluliselt väiksem (24-26%). Hetkel kasutatava meetoodika järgi moodustasid need kulutused 37-42% kõikidest leibkondade kulutustest. Kulutuste suuruselt on teisel kohal, erinevalt LEUI põhinevast meetoodikast, muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (nagu süstlad, plaastrid, kondoomid jne), millele tehtud kulutused suudab uus meetoodika hõlmata paremini, ning millele tehtud kulutused kasvasid võrreldes eelmise meetoodikaga kuni 47 korda. Järgmised kaks suurt kulutuste rühma, millele leibkonnad kulutavad on hambaravi ning käsimüügiravimid, mille osakaal leibkondade kõikidest tervishoiukuludest on aastate lõikes võrreldav käesoleva meetoodikaga arvatud kulutustega. Uue meetoodika järgi moodustasid need vastavalt 16-18% ja 13-15% leibkondade tervishoiukuludest.



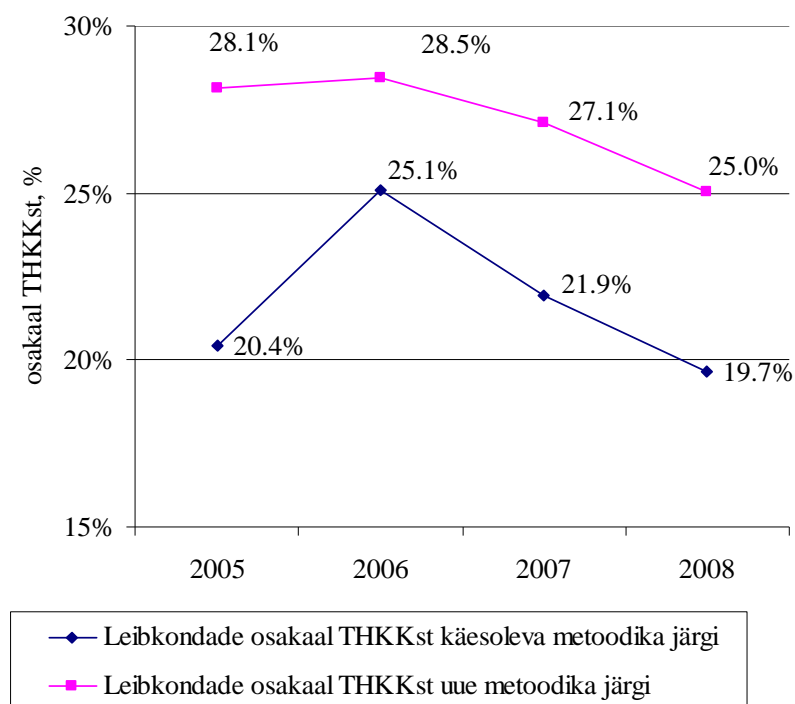
Joonis 4.2. Eesti leibkondade omaosalus tervishoiuteenuste lõikes 2005.-2008. aastatel, % (uus meetoodika).

Allikas: Lisad 14-17.

Märkus: \* Raviteenused (päevaravi, perearstiabi), hooldusravi, kliinilised laboratoorsed uuringud ning kulutused erinevatele meditsiinilistele kestvuskaupadele.

Leibkondade tervishoiukulutuste struktuur tervishoiuteenuste pakkujate järgi on sarnane käesoleva meetodikaga arvatud kulutuste struktuuriga. Üle poole inimeste vahenditest on kulutatud läbi apteekide. Suuruselt teine tervishoiuteenuste pakkujate rühm on hambaravikeskused, mille kaudu kulutatud vahendite osakaal on 2005.-2008. aastate jooksul suurenenud 15%-lt 18%-ni. Erinevalt käesolevast meetodikast on uue meetodika puhul kolmandal kohal tervishoiupakkujate seas optikapoodide kaudu tehtud kulutused ning neljandal kohal haiglad. Käesoleva meetodika puhul oli vastupidi tervishoiupakkujatest kolmandal kohal haiglad ning neljandal optikapoed.

Leibkondade kasvanud kulutused mõjutasid ka oluliselt tervishoiu kogukulude indikaatoreid: leibkondade kuluste osakaal THKKst kasvas 3-7% protsendipunkti võrra (Joonis 4.3).

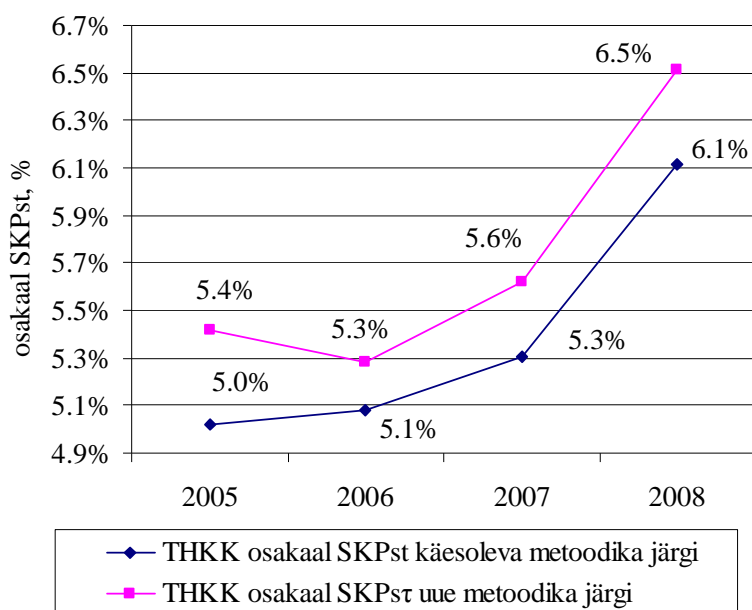


Joonis 4.3. Omaosaluse osakaal THKKs käesoleva ja uue meetodika järgi Eestis 2005.-2008. aastatel, %.

Allikas: Lisa 4 (käesolev meetodika), Lisa 18 (uus meetodika).

Sarnaselt eelmise metoodikaga oli kõige kõrgem omaosaluse tase 2006. aastal ning 2007.-2008. aastatel hakkas omaosaluse tase langema (Joonis 4.4). Oluline on tähele panna, et uue metoodika järgi arvatud omaosaluse kasv ei olnud 2006. aastal nii kiire, kui käesoleva metoodika järgi arvatud. See on seletatav sellega, et uue metoodika järgi arvatud leibkondade kulud kasvasid 2006. aastal aeglasemalt, kui käesoleva metoodikaga arvatud (vastavalt 17% ja 47%). Omaosaluse osakaalu langus THKKst 2007.-2008. aastatel mõlemate metoodikate puhul on tingitud sellest, et nendel aastatel kasvasid EHK ning avaliku sektori kulud oluliselt kiirema tempoga, kui leibkondade kulutused (vt alapeatükk 2.4, Joonis 2.2).

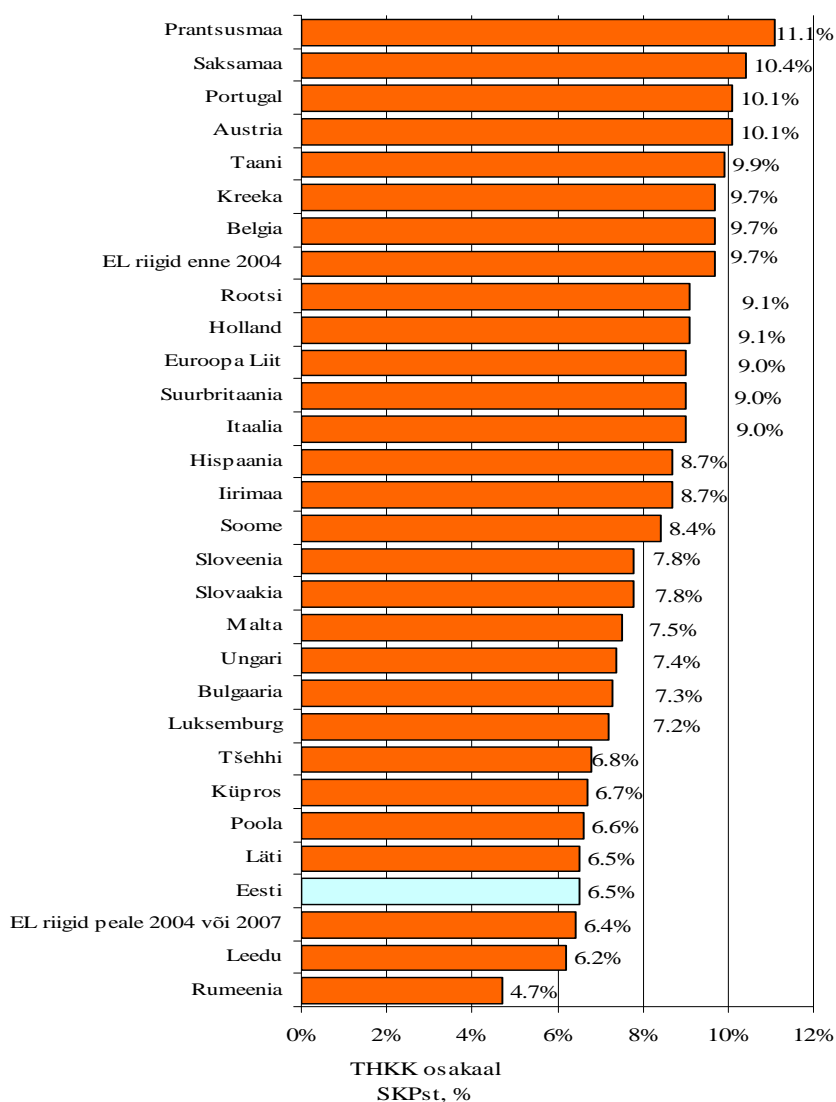
Tervishoiu kogukulude osakaal SKPst kasvas vaadeldavate aastate lõikes 0,2-0,4 protsendipunkti võrra ning 2008. aastal ulatus uue metoodika järgi arvatud indikaator 6,5%ni (Joonis 4.4).



Joonis 4.4. Eesti THKK osakaal SKPst käesoleva ja uue metoodika järgi 2005.-2008. aastatel.

Allikas: Lisa 4 (THKK andmed käesoleva metoodika järgi), Lisa 13 (SKP andmed), Lisa 17 (THKK uue metoodika järgi).

Eesti tervishoiu kogukulude osakaal SKPst on 2005.-2008. aastatel olnud EL üks madalamatest. Eesti oli 2005.-2008. aastatel selle näitaja poolest kas viimasel või eelviimasel kohal. Võrreldes 2008. aasta uue meetodika järgi arvutatud indikaatorit (6,5%) oli Eesti tervishoiu kogukulude finantseerimisel juba tagantpoolt kolmandal kohal, ületades lisaks Rumeeniale ka Leedu vastavat indikaatorit (Joonis 4.5). 2008. aastal oli THKK osakaal SKPst ühtlasi kõrgeim vastav näitaja Eesti tervishoiu kogukulude ajaloos.



Joonis 4.5. Tervishoiu kogukulude osakaal SKPst Eestis (uus leibkondade kulutuste arutamise meetodika) ja Euroopa Liidus 2008. aastal, %.

Allikas: Lisa 19 (EL riigid), autor (Eesti).

Sarnaselt käesoleva metoodikaga moodustavad leibkondade kulutused uue metoodika järgi suurema osa erasektori kuludest: ajavahemikul 2005-2008 oli leibkondade osakaal stabiilselt 98% tasemel, mis on iga vaadeldava aasta juures kõrgem võrreldes käesoleva metoodikaga arvatust.

Järgmises alapeatükis jätkatakse kahe metoodika abil saadud tulemuste võrdlemist, kuid erinevalt käesolevast peatükist keskendutakse tulemuste võrdlemisele tervishoiuteenuste lõikes ning arutletakse selle üle, mis on iga kategooria hindamisel metoodikate nõrkused ja tugevused.

## **4.2. Uue ja käesoleva metoodika võrdlevanalüüs**

Käesolevas alapeatükis võrreldakse kahte metoodikat saadud tulemuste abil. Ülevaatliku analüüsi jaoks kasutakse võrdlust tervishoiuteenuste lõikes ja antakse hinnang kasutatavatele andmeallikatele. Mõlemate metoodikate puhul kasutatavate allikate koondtabel on esitatud Lisas 20.

Arvutustulemusi võtab kokku järgmine Tabel 4.2, mille eesmärk on teha kindlaks, kui palju erinesid uue ja käesoleva metoodika järgi arvatud tulemused.

Tabelist 4.2 nähtub, et uue metoodika järgi arvatud leibkondade kulutused on võrreldes käesoleva metoodikaga kõrgemad. Käesoleva metoodikaga võrreldes kasvasid inimeste kogukulud nii tervishoiuteenustele kui -kaupadele, absoluutarvudes kasvasid tervishoiukaupadele tehtud kulud tervishoiuteenustele tehtud kulutustega võrreldes rohkem. Oluline on, et uue metoodika abil on suudetud eristada mitu tervishoiuteenuste ning pakujate kategooriaid, mis polnud käesoleva metoodikaga eristatud.

Samuti on tähtis tähele panna, et uue metoodika kasutuselevõtt põhjustas erasektori rahastajate struktuuri muutused: leibkondade kulude osakaalu kasvule erasektoris kaasnes eraettevõtete kulude osakaalu kahanemine. See toimus tänu teisele lähenemisele käsimüügiravimite arvutamisele: uue metoodika järgi sisaldavad leibkondade kulud ka ettevõtete kulusid, kuna viimaste eristamine leibkondade käsimüügiravimitele tehtud kulutustest pole võimalik (vt alapeatükk 3.1.2).

Tabel 4.2 Uue meetodika järgi arvatud leibkondade tervishoiukulutuste erinevus võrreldes käesoleva meetodika alusel leitud leibkondade tervishoiukulutustega, %.

<b>Tervishoiuteenus (ICHA-HC)</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Tervishoiuteenused-ja kaubad kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>49%</b>	<b>18%</b>	<b>31%</b>	<b>36%</b>
<b>Tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.4)</b>	<b>32%</b>	<b>7%</b>	<b>22%</b>	<b>50%</b>
<b>Raviteenused (HC.1)</b>	<b>85%</b>	<b>36%</b>	<b>70%</b>	<b>114%</b>
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	228%	374%	328%	611%
Päevapatsientide ravi (HC.1.2)	...	...	...	...
Ambulatoorne ravi (HC.1.3)	68%	19%	51%	88%
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	-65%	-72%	-54%	-49%
Ambulatoorsete patsientide hambaravi (HC.1.3.2)	36%	-3%	21%	60%
Kõik muud erialased tervishoiuteenused (HC.1.3.3)	...	...	...	...
Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi (HC.1.3.9)	-100%	-100%	-100%	-100%
Kodune ravi (HC.1.4)	...	...	...	...
<b>Taastusravi (HC.2)</b>	<b>-61%</b>	<b>-61%</b>	<b>-65%</b>	<b>-59%</b>
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	-99%	-98%	-99%	-98%
Ambulatoorsete patsientide taastusravi (HC.2.3)	...	...	...	...
<b>Pikaajaline hooldusravi (HC.3)</b>	<b>81%</b>	<b>57%</b>	<b>83%</b>	<b>49%</b>
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	81%	57%	83%	49%
<b>Tervishoiu tugiteenused (HC.4)</b>	<b>-98%</b>	<b>-99%</b>	<b>-99%</b>	<b>-98%</b>
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	-97%	-99%	-99%	-98%
Radioloogilised uuringud (HC.4.2)	-100%	-100%	-100%	-100%
<b>Meditsiinitooted ambulatoorsetele patsientidele (HC.5)</b>	<b>59%</b>	<b>25%</b>	<b>37%</b>	<b>29%</b>
Ravimid ja muud meditsiinilised mittekestvuskauad (HC.5.1)	55%	26%	39%	28%
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	-5%	-21%	-16%	-22%
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	55%	15%	28%	19%
Muud meditsiinilised mittekestvuskauad (HC.5.1.3)	3733%	2055%	4052%	4652%
Terapeutilised seadmed ja muud meditsiinilised kestvuskauad (HC.5.2)	85%	16%	26%	31%
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	102%	19%	31%	42%
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	41%	-1%	-5%	-4%
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)	-54%	-47%	-44%	-53%
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sh ratastoolid (HC.5.2.4)	71%	57%	23%	6%
Kõik muud meditsiinilised kestvuskauad (HC.5.2.9)	91%	33%	38%	17%

Allikas: Lisad 9-12 (käesolev meetodika), Lisad 14-17 (uus meetodika).

Märkus: ... - viitab sellele, et käesoleva meetodika puhul polnud võimalik kulusid arvutada.

Selleks et teha kaks meetodikat omavahel võrreldavateks on koostatud ülevaatlik tabel (Tabel 4.3), mille ülesehitus on sarnane käesoleva ning uue meetodika

kirjeldamise juures olevate tabelitega (Tabel 2.1 ja 3.1). Sarnaselt Tabelitega 2.1 ja 3.1 omavad Tabelis 4.3 väärtust ainult need lahtrid, mis osutavad tervishoiukulutustele, kuid Tabeli 4.3 puhul on täidetud need lahtrid, mille puhul olid olemas kulutused kas käesoleva või uue metoodika abil arvatuna. Seetõttu ei võrdu ridade ning veergude summa inimeste kogukuludega tervishoiule ning täidetud lahtrid on rohkem, kui eraldi Tabelites 2.1 ja 3.1.

Kahe metoodika eristamiseks, on erinevate metoodikate abil saadud tulemuste lahtrid Tabelis 4.3. värvitud erinevalt. Kollane värv viitab kulutusele sellele teenusele, mis on antud teenusepakkuja juures arvatav ainult käesoleva leibkondade kulutuste arvutamise metoodika abil. Roosa värviga on märgistatud need lahtrid, mis viitavad tervishoiukulutustele nendele teenustele ning nende tervishoiuteenuste pakkujate juures, mis on leitavad ainult uue metoodika abil. Oranž viitab kulutustele, mida on võimalik arvutada nii käesoleva kui ka uue metoodika abil, kuid arvulised tulemused on erinevate metoodikate juures (enamasti) erinevad. Võrdlevanalüüsis viidatakse Tabeli 4.3 lahtritele sarnaselt Tabelitele 2.1 ja 3.1 viitamisega ehk Tabel 4.3: lahtri väärtus.

Autor osutab tähelepanu sellele, et paljudel juhtudel võivad LEU ning uue metoodika alusel arvatud andmete erinevused olla tingitud LEU iseloomust (vt alapeatükk 2.3). Esiteks, valimvaatluse puhul mõjutab saadud üldistatud hinnanguid valimi maht ning kvaliteet. Samuti on LEU puhul oht, et inimesed ei pane kirja kõiki kulutusi, mida nad on teinud, kuna ei oska neid meenutada. Järgneva kulutuste kirjeldamise juures sellest eraldi ei räägita, kuna see seletus sobib iga kirjelduse juurde.

### **1) Hospitaliseeritud patsientide ravi haiglates (Tabel 4.3: K<sub>1-3</sub>)**

Käesoleva metoodika järgi loetakse hospitaliseeritud patsientide ravile tehtud kulutusteks LEU andmetest saadud hinnangut haiglateenustele (*COICOP.631101*). Uue metoodika puhul jaotatakse haiglas kulutatud summad laiali, kasutades vastuvõttude ning kasutatud ravivoodite arvu, kusjuures statsionaarseid teenuseid (sealhulgas päevaravi) hinnatakse ambulatoorsete teenustega suurema kaaluga, kuna need on kallimad.

Tabel 4.3. Uue ja käesoleva metoodika abil arvutatavad kulutused tervishoiule teenuste ja teenusteosutajate lõikes.

Tervishoiuteenus (ICHA- <i>HC</i> )/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA- <i>HP</i> )	Üldhaiglad (HP.1.1)	Vaimse tervise ja psühhokraatrite ametega seotud haiglad (HP.1.2)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Arstikeskused (HP.3.1)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Muud ravikeskused (HP.3.3)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Koduraviteenuste pakkujad (HP.3.6)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemüük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemüük ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	K <sub>1</sub>	K <sub>2</sub>	K <sub>3</sub>											
Päevapatsientide ravi (HC.1.2)	K <sub>4</sub>		K <sub>5</sub>					K <sub>6</sub>						
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)					K <sub>7</sub>			K <sub>8</sub>						
Ambulatoorsete patsientide hambaravi (HC.1.3.2)	K <sub>9</sub>		K <sub>10</sub>			K <sub>11</sub>	K <sub>12</sub>	K <sub>13</sub>						
Kõik muud erialased tervishoiuteenused (HC.1.3.3)	K <sub>14</sub>	K <sub>15</sub>	K <sub>16</sub>		K <sub>17</sub>	K <sub>18</sub>	K <sub>19</sub>	K <sub>20</sub>						
Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi (HC.1.3.9)								K <sub>21</sub>						
Kodune ravi (HC.1.4)										K <sub>22</sub>				
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)			K <sub>23</sub>											
Ambulatoorsete patsientide taastusravi (HC.2.3)			K <sub>24</sub>				K <sub>25</sub>							
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	K <sub>26</sub>		K <sub>27</sub>	K <sub>28</sub>										
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)									K <sub>29</sub>					
Radioloogilised uuringud (HC.4.2)									K <sub>30</sub>					
Retseptiravimid (HC.5.1.1)											K <sub>31</sub>			
Käsimüügilised ravimid (HC.5.1.2)											K <sub>32</sub>			
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)											K <sub>33</sub>			
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)												K <sub>34</sub>		
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)														K <sub>35</sub>
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)													K <sub>36</sub>	
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)														K <sub>37</sub>
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)											K <sub>38</sub>			

Allikas: A system...(klassifikaatorid), autor (tabeli vormistus)



Uue metoodika järgi arvatud kulutused hospitaliseeritud patsientide ravile kasvasid käesoleva metoodikaga võrreldes 228%-611%. Erinevusi võivad põhjustada järgmised algandmete ning metoodikate iseärasused:

- Kuna LEU ei võimalda jagada kulutusi erinevate haiglatüüpide vahel, siis käesolevas metoodikas loetakse kõik haiglateenuste eest makstud vahendid üldhaiglatele (*HC.1.1*) loovutatud väljaminekuteks. Samas võimaldab uus metoodika jagada kulusid lisaks üldhaiglatele ka vaimse tervise ning erihaiglate vahel. Seega on käesoleva metoodika järgi saadud kulutused hospitaliseeritud patsientide ravile üldhaiglates ülehinnatud ning ülejäänud haiglates tehtud kulutused on alahinnatud (LEU ei võimalda anda nendele hinnangut).
- *ICHA* ja *COICOP* klassifikaatorid erinevad teine teisest ning *HC.1.1* – Hospitaliseeritud patsientide ravi ei sisalda samu kulutusi nagu *COICOP.631101* - Haiglateenused. Nimelt sisaldab *COICOP.631101* veel lisaks hospitaliseeritud patsientide ravile (*HC.1.1*) ka kodust ravi (*HC.1.4*), päevaravi (*HC.1.2*), päevapatsientide taastusravi (*HC.2.2*), kodust taastusravi (*HC.2.4*) ning hospitaliseeritud patsientide taastusravi (*HC.2.1*) (Mällo 2008, 19). Seega on LEU alusel arvatud hinnang võrreldes käesoleva metoodikaga ülehinnatud.
- Alternatiivse metoodikaga arvutamisel lähtutakse eeldusest, et kõik ambulatoorsed vastuvõttud (sealhulgas hambaravi) on ühe hinnaga. Samuti eeldatakse, et haiglaravi, päevaravi, hooldusravi ning statsionaarse taastusravi ravipäev maksavad inimestele sama palju. Uue metoodika järgi arvatud tulemused on moonutatud nii palju kui palju need teenuste hinnad erinevad teineteisest.

## **2) Päevapatsientide ravi haiglates ning ambulatoorse ravi keskustes (Tabel 4.3: K<sub>4-6</sub>, F)**

Tulenevalt *COICOP* klassifikaatori ülesehitusest sisalduvad käesolevas metoodikas päevaravile tehtud kulutused hospitaliseeritud patsientide ravile tehtud kulutustes. Seega ei võimalda käesolev metoodika hinnata päevaravile tehtud kulutusi, samas kui uus metoodika seda võimaldab. Uue metoodika puhul hinnatakse päevaravi haiglate ambulatoorsetest teenustest kallimaks ning hinnatakse sellele tehtud kulutusi,

kasutades päevaravi ravivoodipäevade osakaalu kõikidest ambulatoorsete vastuvõttude ja ravivoodi päevade summast.

Sarnaselt kõikide teiste majandusaruande abil hinnatud kulutustega pole võimalik hinnata, kuivõrd täpne on saadud tulemus, kuna pole teada, mis on päevaravi voodipäeva maksumuse suhe teiste haiglates ning ambulatoorsetes asutustes osutatavate teenustega. Seega on antud arvatud arvestuslik.

### **3) Põhilised meditsiini-ja diagnostikateenused ambulatoorse abi asutustes (Tabel 4.3: K<sub>7,8</sub>)**

Käesoleva meetodika järgi arvutatakse põhilistele meditsiini- ja diagnostikateenustele ehk perearstiabile tehtud kulutused kasutades LEU hinnanguid arsti konsultatsioonidele (*COICOP.612101*) ja visiiditasudele (*COICOP.621103*). Uus meetodika võimaldab kohe vastavusse seada perearstiabi asutustele (*HP.3.1.2*) laekunud vahendid füüsilistelt isikutelt koos nende asutuste poolt osutatud teenustega (*HC.1.3.1*).

Uue meetodika järgi arvatud kulutused perearstiabile kahanesid 2005.-2008. aastatel käesoleva meetodikaga võrreldes 49% kuni 72%. Erinevusi võivad põhjustada järgmised algandmete ning meetodikate iseärasused:

- Tulenevalt *COICOP*'i ülesehitusest ei ole võimalik käesoleva meetodika abil jagada arsti konsultatsioone ning visiiditasusid pere- ning eriarsti konsultatsioonideks ning visiiditasudeks, mida oleks vaja selleks, et täita *HC.1.3.1* (perearstiabi) ja *HC.1.3.3* (eriarstiabi) kategooriad. Sellega seoses pannakse kogusumma põhiliste meditsiini- ja diagnostikateenustele. See tähendab, et käesoleva meetodika järgi arvatud kulutused perearstiabi teenustele on ülehinnatud ning kulutused eriarstiabile alahinnatud (neid pole võimalik käesoleva meetodikaga arvutada).
- Tulenevalt sellest, et LEU1 põhinev meetodika alustab teenustest, on tervishoiuteenuste pakkuja määramine tihti raskendatud. Kuna visiiditasude ning arstikonsultatsioonide puhul on raske öelda, kes oli teenusepakkujaks, siis selleks, et üldistada tulemusi pannakse kulutused ambulatoorse abi keskuste alla (*HP.3.4*), mitte konkreetselt perearstiabikeskuste alla.

- Uue meetoodika järgi arvatud tulemused võivad olla ala- või ülehinnatud sõltuvalt sellest, kas perearsti vastuvõttu keskmine hind on inimesele keskmise ambulatoorse eriarstiabi vastuvõttust kallim või odavam.

#### **4) Ambulatoorne hambaravi haiglates (Tabel 4.3: K<sub>9</sub>, 10)**

Käesolev meetoodika ei võimalda eristada haiglates osutatud hambaravi ambulatoorsetes hambaravikeskustes osutatud hambaravist. Eeldades, et enamik kulutustest tehakse mitte haiglates vaid hambaravikeskustes, loetakse, et kõik hambaravile tehtud kulutused on tehtud hambaravikeskustes (HP.3.2) ning seega on haiglates osutatud hambaravi osa alahinnatud (võrdub nulliga). Samas võib oletada, et inimeste kulutused hambaravile haiglates ei ole suured, kuna Eestis ei ole palju haiglaid, mis pakuvad hambaravi ambulatoorsetele patsientidele.

Uue meetoodika puhul järgitakse hambaravi ning muude ambulatoorsete teenuste arutamiskäiku haiglates (vt 3.2.2.2): hambaravi kulutused haiglates hinnatakse kasutades hambaravi vastuvõttude osakaalu kõikidest haiglate vastuvõttude ning ravivoodipäevade summast. Uue meetoodika tulemus võib olla moonutatud, kui keskmine hambaravi ambulatoorne vastuvõtt on võrreldes teiste ambulatoorsete vastuvõttudega kallim/odavam või samuti juhul, kui keskmine ambulatoorne vastuvõtt on odavam või kallim kui keskmine kaalutud haiglaravipäev. Neid suhteid ei ole praeguse meetoodika korral võimalik hinnata.

#### **5) Ambulatoorne hambaravi erinevates ambulatoorse ravi keskustes (Tabel 4.3: K<sub>11-13</sub>)**

Käesoleva meetoodika järgi arvutatakse hambaravile tehtud kulutused summeerides järgmised COICOP'i kulutused: hamba plombeerimine (COICOP.622101), hambaproteeside valmistamine (COICOP.622102) ning muud hambaravi teenused (COICOP.622103). Uue meetoodika puhul järgitakse ambulatoorsete teenuste arutamiskäiku ambulatoorsetes asutustes (vt alapeatükk 3.2.2.2): hambaravile tehtud kulutused hinnatakse, kasutades hambaravi vastuvõttude osakaalu kõikides ambulatoorsetes (sealhulgas päevaravi) vastuvõttudes.

Probleeme võivad tekitada järgmised algandmete iseärasused:

- Käesolev metoodika: Tulenevalt sellest, et *COICOP*'i klassifikaatoris ei loeta hambaraviteenusteks (*COICOP.622*) hambaproteeside maksumust, ei ole hambaproteeside maksumus arvestatud ka *ICHA-HC* klassifikaatori hambaravi teenuste sisse (*HC.1.3.2*). See alahindab käesoleva metoodika abil saadud tulemusi.
- Uue metoodika tulemused võivad olla ala- või ülehinnatud juhul kui hambaravi ühe vastuvõttu hind erineb oluliselt päevaravi või muude ambulatoorsete teenuste vastuvõttude hindadest.

#### **6) Kõik muud erialased tervishoiuteenused haiglates (Tabel 4.3: K<sub>14-16</sub>)**

Käesolev metoodika ei võimalda eristada erialaseid tervishoiuteenuseid. Osa selle kategooria kulutustest sisaldub põhiliste meditsiini- ja diagnostika teenustele tehtud (Tabel 4.3: K<sub>8</sub>) ning muudes ambulatoorsete patsientide ravile kulutustes (Tabel 4.3: K<sub>21</sub>). Uue metoodika puhul järgitakse hambaravi ning muude ambulatoorsete teenuste arutamiskäiku haiglates (vt alapeatükk 3.2.2.2) ehk hinnatakse erialaste tervishoiuteenustele tehtud kulutused vastavalt ambulatoorsete vastuvõttude arvule. Uue metoodika puhul võivad hinnangud olla nihkega juhul kui ühe ambulatoorse vastuvõtu hind erineb oluliselt hambaravi vastuvõttude hinnast.

#### **7) Kõik muud erialased tervishoiuteenused ambulatoorse ravi asutustes (Tabel 4.3: K<sub>17-20</sub>)**

Sarnaselt erialaste teenustega haiglates, ei võimalda käesolev metoodika eristada erialaseid tervishoiuteenuseid ka ambulatoorse ravi asutustes. Osa selle kategooria kulutustest sisaldub põhiliste meditsiini- ja diagnostika teenuste (Tabel 4.3: K<sub>8</sub>) ning muudes ambulatoorsete patsientide ravile tehtud kulutustes (Tabel 4.3: K<sub>21</sub>). Uue metoodika puhul jälgitakse ambulatoorsetele teenustele ambulatoorse ravi asutustes tehtud kulutuste arvutuskäiku (vt alapeatükk 3.2.2.2) ehk hinnatakse eriarstiabialastele tervishoiuteenustele tehtud kulutused vastavalt ambulatoorsete visiitide arvule. Uue metoodika puhul võivad hinnangud olla nihkega juhul kui ühe ambulatoorse vastuvõtu hind erineb oluliselt hambaravi ning teiste ambulatoorsete teenuste vastuvõttude hinnast.

**8) Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi ambulatoorse ravi keskustes (Tabel 4.3: K<sub>21</sub>)**

Käesoleva meetoodika järgi arvutatakse kulutused kõikidele muudele ambulatoorsete patsientide ravile ehk peamiselt mittetraditsioonilise meditsiini teenustele liites kokku LEU hinnanguid nõelravi, kõneterapeutide teenustele (*COICOP. 623201*), arsti poolt määratud ravivõimlemisele (*COICOP. 623202*), muude meditsiini abitöötajate teenustele (*COICOP. 623203*), muudele haiglavälistele teenustele (*COICOP. 623301*). Uus meetoodika ei erista neid kulutusi, kuna tervishoiuteenuste pakkujate klassifikatsiooni järgi pakuvad neid erinevad ambulatoorse ravi keskused, ning seega on need kulutused kõikide muude erialaste tervishoiuteenuste sees.

**9) Kodune ravi koduravi teenustepakkujate juures (Tabel 4.3: K<sub>22</sub>)**

Tulenevalt *COICOP*'i klassifikaatori ülesehitusest sisalduvad käesolevas meetoodikas kodusele ravile tehtud kulutused hospitaliseeritud patsientide ravile tehtud kulutustes. Seega ei ole antud meetoodika abil võimalik neid kulutusi hinnata, samas kui uue meetoodika abil on see võimalik. Uue meetoodika puhul arvutatakse kodusele ravile tehtud kulutused nagu kõik teised kulutused ambulatoorsetes asutustes osutatavatele teenustele (vt peatükk 3.2.2.3).

**10) Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (Tabel 4.3: K<sub>23</sub>)**

Käesoleva meetoodika järgi loetakse hospitaliseeritud patsientide taastusraviks Eesti Statistikaameti „Taastusravi“ aruande esitajate tulud, mis on saadud ravi eesmärgil majutatud inimeste teenindamisest, millest on lahutatud välismaa kodanike majutusest saadud tulud. Uue meetoodika järgi loetakse hospitaliseeritud patsientide taastusraviks taastusravi haiglatesse laekunud tulud füüsilistelt isikutelt.

Uue meetoodika järgi teostatud hinnang on 98%-99% väiksem, kui käesoleva meetoodika järgi arvutatud hinnang. Kui võrrelda käesoleva ning uue meetoodikate hinnanguid taastusravile kokku (uue meetoodika järgi lisandub statsionaarsele taastusravile veel ambulatoorne taastusravi), siis uue meetoodika järgi arvutatud tulemused olid käesoleva meetoodika arvutustest 59%-65% võrra väiksemad. Erinevused võivad olla põhjustatud järgmiste asjaoludega:

- Käesoleva meetoodika puhul on arvesse võetud kõik tulud majutatud inimestelt, seega võivad tulude sisse kuuluda ka mitte eraisikute poolt

makstud vahendid, näiteks eraettevõtete poolt oma töövõtjate eest makstud summad.

- Käesoleva metoodika puhul kuuluvad taastusraviasutuste hulka mõned asutused, keda ei ole majandusaruande esitajate hulgas. See võib põhjustada seda, et uue metoodika abil arvatud andmed on alahinnatud.
- SA taastusraviasutuste hulgas on asutused, kes on uue metoodika järgi klassifitseeritud enamasti kui ambulatoorset ravi pakkuvad asutused, ning nende tulud on uue metoodika järgi ambulatoorse ravi asutuste real. Seega on käesoleva metoodika järgi hinnang statsionaarsele taastusravile ülehinnatud.
- SA taastusraviasutuste hulgas ei ole uue metoodika järgi taastusravi haiglateks klassifitseeritud asutusi, kelle tulud on aluseks uue metoodika järgi arvatud hospitaliseeritud patsientide ravile. See alahindab käesoleva metoodika abil saadud tulemusi.
- Käesoleva metoodika puhul on taastusravi andmete sees kõik tulud, mis on laekunud ravi eesmärgil majutatud füüsilistelt isikutel, samuti tulud nende majutusest ning toitlustusest. Samas võib oletada, et mõnel juhul ei ole taastusravi asutustes majutuse ja toitlustamise eest tehtud kulutused tingitud inimeste ravivajadusest, kuid pigem on majutus tingitud inimese enda soovist (või ravipaketi tingimustest), ning sama raviteenust võib osutada ka ambulatoorselt. Sel juhul tuleb majutuse ning toitlustamise eest makstud summad lahutada taastusraviaruandest ravi eesmärgil majutatud tulude realt. See asjaolu võib tingida seda, et käesoleva metoodika abil arvatud taastusravile tehtud kulutused on ülehinnatud.
- Uue metoodika puhul ei ole võimalik eristada välismaalaste vastuvõtte kõikidest taastusravi haiglates tehtud vastuvõttudest. Taastusravi aruande põhjal moodustasid 2005.-2008. aastatel taastusravi asutuste välismaalastest laekunud tulud 51-69% kõikidest ravi eesmärgil majutatud inimeste tuludest. See tähendab, et uue metoodika järgi arvatud andmed võivad olla oluliselt ülehinnatud.

**11) Ambulatoorsete patsientide taastusravi taastusravihaiglates (Tabel 4.3: K<sub>24</sub>)**

Käesolev metoodika ei võimalda eristada statsionaarset taastusravi ambulatoorsest. Seega on kõik taastusravi kulutused klassifitseeritud hospitaliseeritud patsientide taastusraviks (*HC.2.1*). Uue metoodika järgi kuulub ambulatoorse taastusravi alla see osa taastusravi haiglates tehtud kuludest, mis vastab taastusravi haiglate ambulatoorsete vastuvõttude osakaalule kõikide taastusravi haiglate vastuvõttude ning ravivoodipäevade summast. Uue metoodika järgi hinnatud summa võib erineda tegelikest kuludest järgmiste asjaolude tõttu:

- Sarnaselt paljude teiste teenustega on taastusravi ravipäeva suhteline hind võrreldes teiste teenustega teadmata, ning seetõttu on ainult taastusravihaiglates kokkukulutatud summa täpne, kuid selle jaotamine taastusravihaiglates osutatud teenuste vahel (ambulatoorne ja statsionaarne taastusravi ning ühe taastusravi haigla puhul ka hooldusravi) on arvestuslik.
- Majandusaruande esitajate hulka ei kuulu kõik taastusraviasutused, kes on SA aruandega hõlmatud. See võib põhjustada seda, et uue metoodika järgi arvutatud tulemused on alahinnatud. See kas asutuste ringi tuleb laiendada SAle taastusravi aruande esitanud asutustega või mitte on metoodika edasiste edasiarenduste küsimus.

**12) Ambulatoorsete patsientide taastusravi ambulatoorsetes taastusraviasutustes (Tabel 4.3: K<sub>25</sub>)**

Nii nagu varem oli mainitud, ei erista käesolev metoodika statsionaarset taastusravi ambulatoorsest. Seega asuvad kõik taastusravi kulutused hospitaliseeritud patsientide taastusravi all (*HC.2.1*). Uue metoodika järgi kuulub ambulatoorse taastusravi alla ainult see osa ambulatoorsetele taastusraviasutustele (füsioterapeutide juures või sanatooriumites) füüsiliselt isikutelt laekunud vahenditest, mis vastab taastusraviasutustes osutatud taastusravi teenustele. Ambulatoorsele ravile tehtud hinnang võib olla moonutatud seetõttu, et ambulatoorse taastusravi suhteline hind on võrreldes teiste teenustega (antud juhul võrreldes hambaraviga) teadmata, ning seetõttu

on ainult taastusravi ambulatoorsetes asutustes kulutatud summa täpne, kuid selle jaotamine teenuste vahel on arvestuslik.

### **13) Hospitaliseeritud patsientide hooldusravi haiglates (Tabel 4.3: K<sub>26-27</sub>)**

Käesolev meetodika ei võimalda eristada hooldusravile tehtud kulutusi haiglates, kuid uue meetodika abil on neid võimalik hinnata, kasutades hooldusravi ravivoodipäevade osakaalu kõikidest haiglaravi voodipäevadest ning haiglates tehtud ambulatoorsete vastuvõttude summast. Sarnaselt teiste kulutustega võib uue meetodika järgi tehtud kulutus olla moonutatud, kuna kõik haiglateenused korrigeeriti ühe hinnaga, eristamata seejuures, kuivõrd hooldusravi voodipäev on teistest haiglaravi ning päevaravi voodipäevadest kallim või odavam.

### **14) Hospitaliseeritud patsientide hooldusravi hooldus- ja põetusraviasutustes (Tabel 4.3: K<sub>28</sub>)**

Nii käesoleva kui ka uue meetodika andmed sotsiaalhoolekande kulutuste kohta küsitakse otse Sotsiaalministeeriumist, kuna sotsiaalhoolekande asutused ei ole kohustatud esitama TAIle majandustegevuse aruannet.

Sotsiaalministeeriumilt saadud andmetel on mitu nõrkusi, mis teevad nõrgemaks mõlemate meetodikate abil saadud hinnanguid:

- Kuna puudub võimalus teada saada, kui suur osa sotsiaalhoolekande kuludest on suunatud tegelikult tervishoiule, on otsustatud kasutada sotsiaalhoolekande tervishoiukuludena asutuste tervishoiutöötajate palgakulu.
- Sotsiaalhoolekande asutuste tervishoiule tehtud kulude jaotamisel finantseerimisallikate lõikes kasutatakse sotsiaalhoolekande tuluallikate osakaalu kogutuludest (sotsiaalhoolekannet finantseeritakse läbi riigi ning KOVide eelarve ning läbi inimeste kaasmaksete), ning seega on tervishoiule tehtud leibkondade kulude osa arvestuslik.



### **15) Kliinilised laboratoorsed uuringud meditsiini- ja diagnostikalaboratooriumites (Tabel 4.3: K<sub>29</sub>)**

Käesoleva meetoodika järgi hinnatakse kulutusi kliinilistele laboratoorsetele uuringutele kasutades LEU hinnangut tasulistele analüüsidele (*COICOP. 621102*). Uue meetoodika järgi on kõik uuringud klassifitseeritud kliiniliste laboratoorsete uuringute alla, mis on tehtud meditsiini- ja diagnostikalaboratooriumites. Uuel meetoodikal on kaks puudujääki:

- Uue meetoodika järgi arvatud hinnang kliinilistele uuringutele tehtud kulutustele on oluliselt alahinnatud, kuna sisaldab endas ainult meditsiini- ja diagnostikalaboratooriumites tehtud uuringuid. Samas tuleb pidada silmas, et tegelikult uuringuid teostatakse mitte ainult antud asutustes, vaid ka haiglates<sup>38</sup> ja teistes ambulatoorse ravi asutustes.
- Samuti on uue meetoodika järgi saadud hinnang ülehinnatud kliinilistele uuringutele tehtud kulutuste osas selle tõttu, et sisaldab endas ka radioloogiliste uuringute eest meditsiini- ja diagnostikaasutustes tehtud kulutusi.

### **16) Radioloogilised uuringud meditsiini-ja diagnostikalaboratooriumites (Tabel 4.3: K<sub>30</sub>)**

Käesoleva meetoodika järgi hinnatakse kulutusi radioloogilistele uuringutele kasutades LEU hinnangut meditsiinilaborite ja röntgenikeskuste teenustele (*COICOP.623101*). Uus meetoodika ei võimalda hinnata radioloogilisi uuringuid ning need kulutused sisalduvad kliiniliste laboratoorsete uuringutele tehtud kulutustes. Käesoleva meetoodika nõrkuseks on see, et selles loetakse kõiki meditsiinilaborite ja röntgenikeskuste teenuseid radioloogilisteks uuringuteks, kuigi meditsiinilaborites tehakse ka kliinilisi laboratoorseid uuringuid, mistõttu võib LEU järgi saadud hinnang olla ülehinnatud.

### **17) Retseptiravimitele tehtud kulutused apteekides (Tabel 4.3: K<sub>31</sub>)**

Käesolevas meetoodikas hinnatakse retseptiravimitele tehtud kulutusi kasutades LEU hinnangut kõikidele ravimitele tehtud kulutustele ning Raviamietti apteegistatistika andmeid retseptiravimite osakaalu kohta koguravimite käibest. Uue

---

<sup>38</sup> Haiglates teostatud uuringud võivad olla arvestatud raviteenuste hindade sisse, ning patsientide endi kulutusi uuringutele haiglates pole võimalik nendest eristada.

metoodika järgi saadakse retseptiravimitele tehtud kulutused lahutades EHK ning RA andmete kombineerimisel saadud hinnangust retseptiravimitele kulutatud vahenditele välismaalaste ning keskvalitsuse kulud retseptiravimitele.

Uue metoodika järgi arvatud kulutused retseptiravimitele kahanesid 2005.-2008. aastatel käesoleva metoodikaga võrreldes 5% kuni 22%. Erinevusi võivad põhjustada järgmised algandmete ning metoodikate iseärasused:

- Selleks, et jagada LEU hinnangut ravimitele retsepti- ja käsimüügiravimite vahel kasutatakse Ravimiameti andmete põhjal arvatud retsepti- ja käsimüügiravimite osakaalu koguravimite käibest. Samas ravimite käive koosneb lisaks leibkondade poolt tehtud kulutustest ka keskvalitsuse, tööandjate ning teiste rahastajate kuludest, seega on kasutatud osakaal moonutatud ning see moonutab ka retseptiravimitele tehtud hinnangut.
- Oma kulutuste kirjapanemisel võivad inimesed mitte arvestada nendele EHK või tööandjate poolt kompenseeritavate summadega (näiteks ravimihüvitis) ning seega võib olla leibkondade osa ülehinnatud.

#### **18) Käsimüügiravimitele tehtud kulutused apteekides (Tabel 4.3: K<sub>32</sub>)**

Käesolevas metoodikas hinnatakse käsimüügiravimitele tehtud kulutusi kasutades LEU hinnangut kõikidele ravimitele tehtud kulutustele ja RA apteegistatistika andmeid käsimüügiravimite osakaalu kohta koguravimite käibest. Nendele hinnangutele lisatakse LEUst saadud hinnangud leibkondade kulutustele vitamiinidele (*COICOP.611102*) ning sotsiaalhoolekande asutustes viibivate inimeste kulud käsimüügiravimitele. Uue metoodika järgi saadakse käsimüügiravimitele tehtud kulutused lahutades kõikidest ravimitele tehtud kuludest kõikide teiste rahastajate ravimitele tehtud kulud ning eelnevalt uue metoodikaga hinnatud leibkondade kulutused retseptiravimitele.

Uue metoodika järgi arvatud kulutused käsimüügiravimitele kasvasid 2005.-2008. aastatel käesoleva metoodikaga võrreldes 15% kuni 55%. Erinevused võisid olla põhjustatud järgmiste algandmete ning metoodikate iseärasustega:

- Sarnaselt retseptiravimitele tehtud kulutuste hindamisega kasutatakse käsimüügiravimitele tehtud kulutuste arvutamiseks käsimüügiravimite osakaalu koguravimite käibest. Kuna ravimite

käive koosneb lisaks inimeste poolt tehtud kulutustest ka keskvalitsuse, tööandjate ning teiste rahastajate kuludest, siis on kasutatud osakaal ning selle abil arvutatud hinnang moonutatud.

- Uue meetoodika järgi käsimüügiravimitele tehtud kulutused arvutatakse jääkliikmena ning saadud hinnang sisaldab lisaks leibkondade kulutustele ka eraettevõtete kulusid.

### **19) Kulutused muudele meditsiinilistele mittekestvuskapadele apteekides (Tabel 4.3: K<sub>33</sub>)**

Käesoleva meetoodika järgi arvutatakse kulutused muudele meditsiinilistele mittekestvuskapadele liites kokku LEU hinnanguid sidumismaterjalidele (*COICOP.612101*), süstaldele (*COICOP.612102*) ning kondoomidele (*COICOP.612103*) ja sotsiaalhoolekandeesutustes viibivate inimeste kulud muudele meditsiinilistele mittekestvuskapadele. Uue meetoodika järgi hinnatakse kulutusi jääkliikmena, lahutades apteekide muude kaupade käibest eelnevalt arvutatud teiste rahastajate kulud.

Uue meetoodika järgi arvutatud kulutused käsimüügiravimitele kasvasid 2005.-2008. aastatel käesoleva meetoodikaga võrreldes 2055% kuni 4652%. Selline vahe võib olla seletatav järgmiste asjaoludega:

- Käesolev meetoodika suudab hõlmata ainult sidumismaterjalidele, süstaldele ning kondoomidele tehtud kulutusi, samas kui uus meetoodika võtab arvesse kogu apteekide muude kaupade käibe. Käesoleva meetoodika abil saadud hinnang on seega alahinnatud.
- Kuna uue meetoodika puhul hinnatakse kulutused jääkliikmena, siis on selle abil saadud andmed ülehinnatud, kuna sisaldavad eraettevõtete kulusid muudele mittekestvuskapadele.

### **20) Kulutused prillidele ning muudele nägemistarvetele optikapoodides (Tabel 4.3: K<sub>34</sub>)**

Käesolevas meetoodikas hinnatakse prillidele ning muudele nägemistarvetele tehtud kulutusi kasutades LEU hinnangut prillidele tehtud kulutustele (*COICOP.613101*) ning andmeid sotsiaalhoolekandeesutustes viibivate inimeste

prillidele tehtud kulutuste kohta. Uues metoodikas lähtutakse rahvamajanduse arvepidamise andmetest terapeutilistele kaupadele ning seadmetele (*COICOP.613*) tehtud kulutuste kohta, mida jaotatakse laiali kasutades LEU struktuuri.

Prillidele ja muudele nägemistarvetele kulutasid inimesed uue metoodika järgi 19% kuni 102% rohkem, kui käesolevale metoodikale toetudes. Erinevused võivad olla põhjustatud järgmistest asjaoludest:

- Käesolevas metoodikas võetakse prillide ning nägemistarvete gruppi arvesse ainult prillidele tehtud kulutused, kuid mitte teistele nägemistarvetele tehtud kulutused (näiteks läätsed), mis võib olla alahinnangu põhjuseks.
- Rahvamajanduse arvepidamise alusel jagamine tervishoiukaupade kategooriate lõikes on arvestuslik ning võib põhjustada tulemuse alavõi ülehinnangu.

#### **21) Kulutused ortopeedilistele ning muudele abivahenditele teiste vahendite varustajate juures (Tabel 4.3: K<sub>35</sub>)**

Käesolevas metoodikas hinnatakse ortopeedilistele ning muudele abivahenditele tehtud kulutusi kasutades LEU hinnangut muudele terapeutilistele seadmetele (*COICOP.612103*) ning liites sellega sotsiaalhoolekandeesutustes viibivate inimeste kulud ortopeedilistele abivahenditele. Uues metoodikas lähtutakse rahvamajanduse arvepidamise andmetest terapeutilistele kaupadele ning seadmetele tehtud kulutustest (*COICOP.613*), mida jaotatakse kasutades LEU struktuuri.

Uue metoodika järgi arvutatud hinnang kasvas võrreldes käesoleva metoodikaga -5% kuni 41%. Kasvu põhjuseks võivad olla sarnaselt prillidele tehtud kulutustega rahvamajanduse arvepidamise andmete kasutamisega seotud andmete üle- või alahinnang ning kasutatud klassifikaatorite kategooriate ebapiisav vastavus teineteisele.

#### **22) Kulutused kuulmisaparaatidele kuulmisvahendite varustajate juures (Tabel 4.3: K<sub>36</sub>)**

Käesolevas metoodikas loetakse kuulmisaparaatidele tehtud kulutusteks ainult sotsiaalhoolekandeesutustes tehtud kulutused kuulmisaparaatidele, mille kohta saadakse teavet Sotsiaalministeeriumist, kuna LEU ei sisalda kulutusi, mida saaks kohandada

vastava *ICHA-HC* klassifikaatoriga. Uue meetodika järgi saadakse kuulmisaparaatidele tehtud kulutuste hinnangu inter- või ekstrapoleerides 2006. aasta LEU tervisemooduli hinnangut kuulmisaparaatidele.

Uue meetodika järgi arvatud hinnang kahanes võrreldes käesoleva meetodikaga 44% kuni 54%. Hinnangute erinevuste põhjused võivad olla järgmised:

- Uue meetodika puhul toetutakse mitte tegelikele andmetele vaid interpoleeritud või ekstrapoleeritud andmetele, mis võib moonutada tegelikkust mõlemas suunas.
- Käesoleva meetodika puhul hinnatakse inimeste kulud kuulmisvahenditele ainult sotsiaalhoolekandeesutustes, samas ülejäänud inimeste kulud jäävad katmata. Seega alahindab käesolev meetodika tulemusi.
- Uue meetodika järgi arvatud kulude kahanemise põhjuseks võrreldes käesoleva meetodikaga võib olla see, et LEU TM ei küsi sotsiaalhoolekande asutustes viibivatelt inimestelt andmeid nende kulutuste kohta.

### **23) Kulutused meditsiinilis-tehnilistele seadmetele muude varustajate juures (Tabel 4.3: K<sub>37</sub>)**

Käesolevas meetodikas loetakse meditsiinilis-tehnilistele seadmetele tehtud kulutusteks ainult sotsiaalhoolekandeesutustes tehtud kulutused, mille kohta saadakse teavet Sotsiaalministeeriumist. Uue meetodika järgi saadakse meditsiinilis-tehnilistele seadmetele tehtud kulutuste hinnang inter- või ekstrapoleerides 2006. aasta LEU tervisemooduli hinnangut meditsiinilis-tehnilistele seadmetele.

Uue meetodika järgi arvatud hinnang kasvas võrreldes käesoleva meetodikaga 6% kuni 71%. Hinnangute erinevuste põhjused on samad, mis ka kuulmisaparaatidele tehtud kulutuste puhul.

### **24) Kulutused muudele meditsiinilistele kestvuskapadele apteekides (Tabel 4.3: K<sub>38</sub>)**

Käesolevas meetodikas hinnatakse muudele meditsiinilistele kestvuskapadele tehtud kulutusi kasutades LEU hinnangut muudele meditsiinitoodetele

(*COICOP.612104*) ning liites sellega sotsiaalhoolekandeasutustes viibivate inimeste kulud muudele meditsiinilistele kestva kaupadele. Uues meetodikas lähtutakse rahvamajanduse arvepidamise andmetest muudele meditsiiniliste toodetele (*COICOP.612*), mida jaotatakse kasutades LEU struktuuri.

Uue meetodika järgi arvutatud hinnang kasvas võrreldes käesoleva meetodikaga 17% kuni 91%. Kasvu põhjuseks võivad olla sarnaselt prillidele ning ortopeediliste kaupadele tehtud kulutustega rahvamajanduse arvepidamise andmete kasutamise seotud andmete üle- või alahinnang ning kasutatud klassifikaatorite kategooriate ebapiisav vastavus teineteisele.

Saadud tulemustest tuleneb, et enamike tervishoiukulude osas suudab uus meetodika kirjeldada inimeste tervishoiukulusid käesoleva meetodikaga võrreldes paremini. Uue meetodika kõige tähtsam eelis on selles, et see suudab anda võrreldes käesoleva meetodikaga täpsemat hinnangud leibkondade tervishoiuteenustele tehtud kuludele kokku, kuna kasutab *top-down* lähenemist, samuti on nii tervishoiuteenuste kui ka -kaupade puhul kasutatud paremaid allikaid, mis võimaldavad hinnata kulusid täpsemalt. Viimane tähendab, et tervishoiu kogukulude aruande abil konstrueeritavad indikaatorid nagu THKK osakaal SKPst ning leibkondade omaosaluse osakaal THKKst on uue meetodikaga hinnatud täpsemini.

Kuna käesoleva meetodika kulutuste arvutamist alustatakse teenustele tehtud kuludest (*ICHA-HC*) ja uue meetodika puhul teenuseosutajate kuludest (*ICHA-HP*), siis peaksid olema käesoleva meetodika puhul täpsemad tulemused teenuste lõikes, ning uue meetodika puhul täpsemad tulemused teenuseosutaja lõikes. Samas, tulenevalt *COICOP* ja *ICHA-HC* klassifikaatorite erinevusest on käesoleva meetodika puhul teenuste järgi jaotus tihti nõrgem, kui uue meetodika puhul. Autori hinnangul on käesolev meetodika võrreldes uue meetodikaga tugevam ainult kahe kulutuste arvutamisel - meetodika suudab eristada radioloogilisi ning kliinilisi laboratoorseid uuringuid ning anda nendele võrreldes uue meetodikaga täpsema hinnangu.

Kokkuvõtteks, peab tõdema, et uus meetodika annab võrreldes käesoleva meetodikaga paremate allikate tõttu terviklikuma ning täpsema hinnangu leibkondade kulutuste üldsummale ning selle jaotusele teenuse ning teenusteosutajate lõikes. Uue meetodika kasutuselevõtt parandaks oluliselt tervishoiu kogukulude aruande kvaliteeti,

kuid uute andmete kasutajatel tuleb kindlasti arvestada asjaoluga, et üksikutele tervishoiuteenustele tehtud kulutused on uue meetodika puhul hinnatud võrreldes käesoleva meetodikaga puudulikumat ja seega on uuel meetodikal veel edasiarendamisvõimalusi.

## KOKKUVÕTE

Tänapäevase tervishoiu- ning ravikindlustussüsteemi ees seisavad mitmed väljakutsed, mis panevad proovile selle jätkusuutlikkuse. Selleks, et tagada elanikkonnale ka pikas perspektiivis piisavas koguses kvaliteetsete ja kättesaadavate tervishoiuteenuste ning -kaupade olemasolu on tarvis omada head ülevaadet tervishoiusüsteemi kui terviku kohta. Antud ülevaadet võimaldavad teha Tervise Arengu Instituudi poolt kogutavad tervishoiustatistilised aruanded, millest üheks on tervishoiu kogukulude aruanne. Viimase aruande abil on võimalik jälgida tervishoiusüsteemis ringlevaid vahendeid ning saadud teabe abil planeerida tervishoiusüsteemi rahalisi ressursse.

Üheks tähtsaks tervishoiupoliitiliseks näitajaks, mille alusel võrreldakse erinevate riikide tervishoiusüsteeme on inimeste omaosalus riigi tervishoiusüsteemi rahastamisel. Selle abil on võimalik teha kindlaks, kui suur on inimeste enda panus tervishoiuteenuste ning -kaupade eest maksmisel, ning kui suur osa finantseeritakse teiste rahastajate, enamasti riigi poolt. Tervise Arengu Instituudi poolt koostatud andmetel on Eesti inimeste roll tervishoiuteenuste ja-kaupade finantseerimisel võrreldes teiste EL riikidega kõrge.

Leibkondade omaosaluse arvutamisel kasutatakse hetkel Leibkonna Eelarve Uuringu andmeid, kuigi toetudes mõnedes rahvusvahelistes uuringutes saadud andmetele on alust arvata, et LEU abil arvutatud leibkondade tervishoiukulutuste suurus võib olla alahinnatud. Viimane tähendab, et Eesti leibkondade tegelik panus tervishoiu kogukuludesse võib olla veelgi suurem, kui käesoleva meetoodikaga arvutatud hinnangud.

Käesoleva töö eesmärgiks oli TAI poolt väljatöötatud alternatiivmeetoodika täiendamine, leibkondade tervishoiukulutuste ümberarvutamine aastate 2005-2008 kohta vastavalt uuele meetoodikale ning kahe meetoodikaabil saadud tulemuste võrdlus. Uue meetoodika aluseks on võetud Tervise Arengu Instituudi poolt välja töötatud lähenemine, mis põhineb tervishoiuteenuste osutajate poolt deklareeritud kulutustel, erinevatel tervishoiuteenuste kasutamist iseloomustavatel aruannetel ja Eesti



Haigekassa, Eesti Statistikaameti ning Ravimiameti andmetel. Lähtudes käesoleva ning uue meetodikate andmete iseloomust oli töös püstitatud hüpotees:

*Uue meetodika järgi arvatatud leibkondade tervishoiukulutuste tase ületab hetkel kehtiva meetodika järgi leitud leibkondade tervishoiukulutuste taset ka 2005., 2007. ja 2008. aastal.*

Hüpoteesi kontrollimiseks arendas töö autor edasi uue Tervise Arengu Instituudi poolt välja töötatud leibkondade arvutamise meetodikat ning arvutas välja leibkondade tervishoiukulutused teenuste ning teenustepakkujate lõikes aastatel 2005-2008 toetudes uuele meetodikale. Töö käigus oli detailselt kirjeldatud käesolev ja uus leibkondade kulude arvutamise meetodika ning teostatud nende allikate ning tulemuste võrdlev analüüs.

Autori panuseks oli edasiarendatud meetodika haiglates ambulatoorsetele teenustele kulutatud leibkondade vahendite hindamiseks. Samuti olid vaadeldud erinevad edasiarendamisvõimalused taastusravi, kliiniliste laboratoorsete ning radioloogiliste uuringute hinnangute andmiseks. Kahjuks viimaste puhul ei osutunud autori poolt välja töötatud arvutamismeetodid usaldusväärsemaks, kui eelnevalt TAI poolt väljatöötatud ning neid ei kasutatud koondtabelite koostamisel.

Töö käigus leidis püstitatud hüpotees kinnitust. Aastatel 2005-2008 olid leibkondade kulutused tervishoiule uue meetodika järgi arvatuna oluliselt kõrgemad kui käesoleva meetodika järgi arvatud. Aastate lõikes olid uue meetodika järgi arvatud leibkondade tervishoiukulutused järgmised (sulgudes on näidatud kasv võrreldes eelmise meetodikaga):

- 2005. aastal 2,7 miljardit krooni (49%),
- 2006. aastal 3,1 miljardit krooni (18%),
- 2007. aastal 3,7 miljardit krooni (31%),
- 2008. aastal 4,1 miljardit krooni (36%).

Kuna uus meetodika lähtub enamikel juhtudel teenusepakkujate otse leibkondadelt saadud vahenditest, siis on alust arvata, et nii leibkondade kulude üldsumma, kui ka enamik tervishoiuteenuste ning pakkujate kategooriatest on uue meetodika järgi hinnatud võrreldes käesoleva meetodikaga täpsemini. Samuti on

tervishoiuteenuste ja -pakkujate kategooriad eristatud võrreldes käesoleva metoodikaga detailsem. Võrreldes käesoleva metoodikaga on ainult kaks tervishoiuteenuste kategooriat - kliinilised laboratoorsed ja radioloogilised uuringud - hinnatud käesolevaga metoodikaga täpsemalt.

Kuigi uus metoodika annab paremaid tulemusi võrreldes käesoleva metoodikaga, on sellel ka rida edasiarendamisvajadusi. Eelkõige vajavad edasist uurimist kulutused kliinilistele laboratorsetele ja radioloogilistele uuringutele, taastusravile, kuulmisaparaatidele ning meditsiinilis-tehniliste seadmetele. Samuti vajavad täpsustamist haiglas tehtud teenuste kulud.

Kuna leibkonnad moodustavad olulise tervishoiukulude rahastamisallika, siis uue metoodika järgi saadud tulemused mõjutasid nii tervishoiu kogukulude üldsummat, kui ka tähtsaid tervishoiukulude abil konstrueeritavaid indikaatoreid.

Leibkondade kulude osakaal tervishoiu kogukuludes kasvas uue metoodika järgi arvatuna 3-7 protsendipunkti 2005.–2008. aastatel, olles kõige kõrgemal tasemel 2005. ja 2006. aastatel, mil leibkondade kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludes moodustas 28%. 2008. aastaks kahanes see indikaator 25%ni.

Tänu kasvanud leibkondade kulutustele kasvasid tervishoiu kogukulud võrreldes uue metoodikaga 4% kuni 8%. Tervishoiu kogukulude osakaal SKPst suurenes 2008. aastal 6,5%ni, ületades käesoleva metoodika järgi arvatud indikaatorit 0,4% protsendipunkti võrra. Selle näitajaga muutus ka Eesti positsioon tervishoiu kogukulude finantseerimisel võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega: kui enne oli Eesti viimasel või eelviimasel kohal, siis 2008. aastaks oli Eesti tervishoiu kogukulude tase kahest EL riigist, Rumeeniast ja Leedust, kõrgem.

Kokkuvõtteks näitas käesolev uuring, et uue metoodika kasutamine õigustab end, kuna parandab oluliselt tervishoiu kogukulude andmete kvaliteeti. Tervishoiu kogukulude aruande andmete usaldusväärsuse tõstmiseks on soovitatav üle minna uuele metoodikale, kuna selle metoodika kasutamine annab täpsema hinnangu leibkondade kulutustele, kui tervishoiusüsteemi tähtsale rahastamisallikale ning seetõttu suudab kajastada ka tervishoiusüsteemis toimuvaid muutusi võrreldes käesoleva metoodikaga täpsemalt ning õigemini.

## VIIDATUD ALLIKAD

2008. aasta riiklike statistiliste vaatluste loetelu. (2007). *RTL*, 2007, 102, 1708. (jõust 30.10.2008)

Carmen M., Matilde, A. (2003). Econometric models of private and public health expenditure in OECD countries, 1970-96. - *Applied Econometrics and International Development*. 3, 3 49-60.

Eesti Haigekassa arengukava 2006–2008. [WWW]  
[http://veeb.haigekassa.ee/files/est\\_haigekassa\\_otsused\\_2006\\_13/nr13arengukava.pdf](http://veeb.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_otsused_2006_13/nr13arengukava.pdf). (02.09.2010).

Eesti Haigekassa kodulehekül. [WWW] [www.haigekassa.ee](http://www.haigekassa.ee) (22.09.2010).

Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2009. (2008). Eesti Haigekassa kodulehekül.

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. (2005). - *RT I* 2005, 4, 13. (kõik redaktsioonid alates 23.01.2005 kuni 21.07.2008).

Eesti tervishoiukulude analüüs 2007. (2009). Tallinn: Tervise Arengu Instituut. [WWW]  
[http://www2.tai.ee/TAI/TSO/EST/AA\\_EKT/TH\\_kogukulud/THKK\\_2007.pdf](http://www2.tai.ee/TAI/TSO/EST/AA_EKT/TH_kogukulud/THKK_2007.pdf) (11.10.2010).

Eesti tervisestatistika raamat 2005-2008. (2010). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. - *Social Science & Medicine*. 58, 237–246.

Jedomskihh-Eigo, N. (2006). Eesti tervishoiukulude arvestus. Tallinn: Tallinna Tehnikaülikool. [WWW]  
[http://www2.tai.ee/TSO/TSO/www.sm.ee/est/HtmlPages/Eestitervishoiukulud/\\$file/Eesti%20tervishoiukulud.pdf](http://www2.tai.ee/TSO/TSO/www.sm.ee/est/HtmlPages/Eestitervishoiukulud/$file/Eesti%20tervishoiukulud.pdf) (02.09.2010).

Habicht J., Xu K., Couffinal A., Kutzin J. (2005). Out-of-pocket payments in Estonia – an object or a concern? World Health Organisation [WWW]  
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Patsiendi\\_tervishoiukulud.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Patsiendi_tervishoiukulud.pdf) (05.11.2010).

- Habicht J. Xu K., Couffinal A., Kutzin J. (2006). Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. – *Health Policy and Planning*. 21, 6, 421-431.
- Habicht, J. (2010). Health care utilisation in Estonia: socioeconomic determinants and financial burden of out-of-pocket payments. Tartu  
[WWW] <http://dspace.utlib.ee/dspace/handle/10062/15043> (05.11.2010).
- Health, labour and social sector in 2007.(2008). Tallinn: Ministry of Social Affairs.
- Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika. (2007). *RTL* 2007, 8, 135. (jõust. 29.01.2007).
- Koppel A., Kahur K., Habicht T., Saar P., Habicht J. van Ginneken E. (2008). Eesti tervisesüsteemi ülevaade. Tartu: Tervishoiu instituut.
- Linno T. (2007). Meetodikaülevaade, tulemused ja ettepanekud tervisemooduli parandamiseks (avaldamata).
- Matteo L. (2000). The determinants of the public–private mix in Canadian health care expenditures: 1975–1996. - *Health Policy* 52, 87–112.
- Mällo M. (2009). Tervishoiule tehtavate kodumajapidamiste kulutuste arvutuse rahvamajanduse ja tervishoiukogukulude meetodika võrdlus (avaldamata).
- Omaosaluse alusmäär ja ravimihüvitise maksimaalmäär. (2002). - *RTL* 2002, 111, 1617.
- Ravikindlustuse seadus. (2002). - *RT I* 2002, 62, 377 (kõik redaktsioonid alates 18.11.2005 kuni 01.10.2008).
- Ravimiameti kodulehekülj. [WWW] [www.ravimiamet.ee](http://www.ravimiamet.ee) (22.09.2010).
- Sakkeus, L., Jedomskihh-Eigo, N. (2009). New methodology of estimation of household expenditures in Estonian health accounts (avaldamata).
- Statistikaameti andmebaas. [WWW] [www.stat.ee](http://www.stat.ee) (20.07.2010).
- A System of Health Accounts. Version 1.0. (2000). Paris: OECD.
- Thomson S., Võrk A., Habicht T., Rooväli L., Evetovits T., Habicht J. (2010). Võimalused Eesti jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon. [WWW] [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne\\_EST\\_2010color.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf) (02.09.2010).
- Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut. [WWW] [www.tai.ee/tstua](http://www.tai.ee/tstua) (20.10.2010).

- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (2001). *RT I* 2001, 50, 284 (jõust. 28.01.2008 ja 01.03.2005).
- Tiit, E-M. (2010). Loeng LEU prognoosimise kohta. Kohtumine Tervise Arengu Instituudi tervisestatistikaosakonnaga. 10. veebruar.
- Täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitise määrad, maksmise kord ning hambaravihüvitise saamiseks vajalike dokumentide loetelu, neis sisalduvate andmete koosseis ja dokumentide esitamise kord. (2002). - *RTL* 2002, 144, 2116. (kõik redaktsioonid alates 01.08.2004 kuni 31.07.2008).
- Villsaar, K. (2008). Private households' out-of-pocket health expenditure: comparison of currently used methodology of EHA and economic activity report of health care providers. National Institute for Health Development (avaldamata).
- Villsaar, K., Jedomskihh-Eigo, N. (2007). Overview of the present situation with private household out-of-pocket expense data quality and availability. National Institute for Health Development (avaldamata).
- Võrk. A., Habicht J., XU K., Kutzin J. (2010). Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000. Maailma Terviseorganisatsioon [WWW] [http://ee.euro.who.int/E94130\\_HFPP\\_EST\\_2010-3\\_.pdf](http://ee.euro.who.int/E94130_HFPP_EST_2010-3_.pdf) (05.11.2010).
- Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry Analysis. – *The Lancet*, 362, July 12, 111-116.
- Xu K., Ravndal F., Evans D, Carrin G. (2009). Assessing the reliability of household expenditure data: results of the World Health Survey. - *Health Policy*, 91, 297–305.
- WHO Health for All* andmebaas. [WWW] <http://data.euro.who.int/hfad/> (15.11.2010).
- World Health Report 2008. (2008). World Health Organisation.

## **RÉSUMÉ**

### **A comparison of households` out-of-pocket health expenditures in Estonia in the comparison of two methodologies in 2005-2008**

**Alyona Karlysheva**

The economical prosperity of each state depends on the well-being of its population. One of the most important determinants of individuals' well-being is their health. The latest depends highly on people individual behaviour, but nevertheless, the health policy and the principles of financing of the health system are not of lesser importance, and the government of the state has control over it.

In the context of state it is of high significance to gain the overview of the health system financing in order to have better perspectives for planning the resources directed to health care. One of the appropriate means to get such overview is the total health expenditure report. This report distinguishes the costs of health care, which are financed from different financial sources, and also gives the opportunity to find out which services have been delivered to the population and who was the provider of these services. The data from this report is needed for the policymakers, when planning the changes in health systems, and also is used for the international comparisons.

One of the most important indicators, which can be calculated by the health expenditure data, is the share of household out-of-pocket expenditure in total health expenditure. This share shows what role play individuals in financing the health care system.

In Estonia the data on the household health care expenditure as a part of total health care expenditure is compiled by the National Institute for Health Development. The share of out-of pocket health expenditure in Estonia is quite high, when comparing

to the data of the other states of European Union. In the period 2005-2008 it constituted up to 25% of the total health expenditure.

The main source for compilation of household health care expenditure data in Estonia is the Household Budget Survey carried out by Estonian Statistics. However, the quality of data, gained from Household Budget Survey is often low, and there is an assumption which relies on the finding of the World Health Organisation that the data provided by the survey in case of health care might be underestimated. Therefore the team of Estonian health accountants had been searching for the data source for compilation the household health expenditure, which could substitute the Household Budget Survey.

In 2007 the National Institute for Health Development launched the Eurostat project „Implementation of the system of health accounts“. In terms of this project different alternative sources for calculating the out-of-pocket health expenditure have been investigated and a new methodology has been proposed. The new methodology relies mostly on data provided by the health care providers and also data of Estonian Insurance Fund, Estonian Statistics and State Agency of Medicines. However, the data was compiled only for the year 2006 and had some shortcomings which had to be compensated.

The aim of current study was to continue the development of the new methodology for estimation the household expenditure and compare the outcomes for the both methodologies for the years 2005-2008 in terms of the reliability of results and the sources used.

The following hypothesis has been set in order to attain this goal:

*The estimations for household's health expenditure calculated by the new methodology is higher than the previous estimations for the years 2005, 2007 and 2008.*

In order to achieve the goal, the following work had to be done:

- the investigation of the methodology elaborated during the Eurostat project and its development,
- the accounting for the out-of-pocket expenditure for the years 2005-2008 using the new methodology,

- the detailed description of both the currently used and proposed methodology in terms of its sources and the methods used for estimations,
- the comparative analysis of the household expenditure data accounted using the current and new methodologies.

The results of this study validated the hypothesis: the out-of-pocket expenditures have risen in respect to the currently for all the accounting years. The new estimations as well as the growth of household out-of-pocket expenditures on health in comparison to previous methodology (in brackets) are presented below:

- 2005 - 2,7 billion kroons (49%),
- 2006. - 3,1 billion kroons (18%),
- 2007. - 3,7 billion kroons (31%),
- 2008. - 4,1 billion kroons (36%).

The overall estimation of the household's health expenditure is believed to be more precise due to the better data sources than before. The new methodology also shows better results in distributing the costs over the different types of health care services and health care providers, because some new types of health care providers and health care services were covered when using the new methodology. When comprising the results of two methodologies, there have been found only two types of health care services, the estimation of which is believed to be better in the currently used methodology. These are the expenditures on clinical laboratory and diagnostic imaging.

In the course of the study the author improved the methodology of the estimation of the health care expenditure on out-patient and dental care services in hospitals. Also the different opportunities for capturing the costs on clinical laboratory, diagnostic imaging and rehabilitative care services were explored, but unfortunately, the new estimations were not reliable enough to include them into the results, and therefore the methods previously elaborated during the Eurostat project were used for estimation of such services. Therefore the methods of estimation the expenditures on these goods and services and also on hearing aids and medico-technical devices need improvement in the future.



The new estimations for household expenditure have influenced the important indicators which are constructed with the help of health care expenditure data.

The share of household health expenditure in total health expenditure has increased by 3-7 percentage points compared to the currently used methodology. This indicator was the highest in 2005 and 2006 amounting to 28% of total health expenditure. During the following years the share has fallen up to 25% in 2008.

The increase in out-of-pocket household expenditure on health has influenced the total health expenditure, which has risen by 4%-8% in comparison with the currently used methodology. The share of the health expenditure in GDP has risen up to 0,4 percentage points. For the year 2008 this meant the rise of this indicator from 6,1% to 6,5% from GDP. The latter is the highest indicator during the whole history of health care accounting in Estonia.

In conclusion, the overall quality of households' health care expenditure estimation and its distribution over the health care services and providers is believed to be better when using the new methodology. Therefore it is strongly recommended to implement the new methodology into the current system of health care accounts in Estonia in order to get more reliable estimations of the total health expenditure in Estonia.

**LISAD**

## **Lisa 1. Kasutatud lühendite loetelu**

COICOP – Tarbimiskulutuste klassifikatsioon

*(Classification of Individual Consumption by Purpose)*

EHK - Eesti Haigekassa

EL - Euroopa Liit

Eurostat – Euroopa Liidu Statistikaamet

ICHA Tervishoiukulutuste rahvusvaheline klassifikatsioon

*(International Classification for Health Accounts)*

KOV - Kohalik omavalitsus

LEU – Leibkonna Eelarve Uuring

LEU TM – Leibkonna Eelarve Uuringu Tervishoiu lisamoodul

MTÜ - Mittetulundusühing

OECD - Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon

*(Organisation for Economic Cooperation and Development)*

OOP – leibkondade tervishoiukulutused

*(Out-of-pocket expenditures)*

RA – Raviamet

RKS – Ravikindlustuse seadus

RJ – Ravijuht

RTA - Riiklik Tervishoiukulude Arvestus

*(System of Health Accounts – SHA või National Health Accounts – NHA)*

SA - Statistikaamet

SKP - Sisemajanduse koguprodukt

*(Gross Domestic Product – GDP)*

SOM - Sotsiaalministeerium

TAI - Tervise Arengu Instituut

THKK - Tervishoiu kogukulud

TSO – Tervisestatistika osakond

TTL – Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu

WHO - Maaailma Terviseorganisatsioon

*(World Health Organisation)*

## Lisa 2. ICHA-HC klassifikatsioon

<i>ICHA-HC</i>	Tervishoiuteenused ja -kaubad
<i>HC.1</i>	Raviteenused
<i>HC.1.1</i>	Hospitaliseeritud patsientide ravi
<i>HC.1.2</i>	Päevapatsientide ravi
<i>HC.1.3</i>	Ambulatoorne ravi
<i>HC.1.3.1</i>	Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused
<i>HC.1.3.2</i>	Ambulatoorsete patsientide hambaravi
<i>HC.1.3.3</i>	Kõik muud erialased tervishoiuteenused
<i>HC.1.3.9</i>	Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi
<i>HC.1.4</i>	Kodune ravi
<i>HC.2</i>	Taastusravi
<i>HC.2.1</i>	Hospitaliseeritud patsientide taastusravi
<i>HC.2.2</i>	Päevapatsientide taastusravi
<i>HC.2.3</i>	Ambulatoorsete patsientide taastusravi
<i>HC.3</i>	Pikaajaline hooldusravi
<i>HC.3.1</i>	Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi
<i>HC.3.2</i>	Päevapatsientide pikaajaline hooldusravi
<i>HC.3.3</i>	Pikaajaline koduhooldusravi
<i>HC.4</i>	Tervishoiu tugiteenused
<i>HC.4.1</i>	Kliinilised laboratoorsed uuringud
<i>HC.4.2</i>	Radioloogilised uuringud
<i>HC.4.3</i>	Patsiendi transport ja päästetegevus
<i>HC.4.9</i>	Kõik muud tugiteenused
<i>HC.5</i>	Meditsiinitooted ambulatoorsetele patsientidele
<i>HC.5.1</i>	Ravimid ja muud meditsiinilised mittekestvuskauad
<i>HC.5.1.1</i>	Retseptiravimid
<i>HC.5.1.2</i>	Käsimüügiravimid
<i>HC.5.1.3</i>	Muud meditsiinilised mittekestvuskauad
<i>HC.5.2</i>	Terapeutilised seadmed ja muud meditsiinilised kestvuskauad
<i>HC.5.2.1</i>	Prillid ja muud nägemistarbed
<i>HC.5.2.2</i>	Ortopeedilised ja muud abivahendid
<i>HC.5.2.3</i>	Kuulmisaparaadid
<i>HC.5.2.4</i>	Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sh ratastoolid
<i>HC.5.2.9</i>	Kõik muud meditsiinilised kestvuskauad

## Lisa 2. (järg)

<i>ICHA-HC</i>	Tervishoiuteenused ja -kaubad
<i>HC.6</i>	Preventsioon ja elanikkonna tervishoid
<i>HC.6.1</i>	Ema ja lapse tervishoid; pereplaneerimine ja nõustamine
<i>HC.6.2</i>	Koolitervishoid
<i>HC.6.3</i>	Nakkushaiguste tõkestamine
<i>HC.6.4</i>	Mittenakkushaiguste tõkestamine
<i>HC.6.5</i>	Töotervishoid
<i>HC.6.9</i>	Kõik muud tervishoiuteenused
<i>HC.7</i>	Tervishoiu administreerimine ja ravikindlustus
<i>HC.7.1</i>	Tervishoiusüsteemi haldamine üldvalitsuse tasandil
<i>HC.7.2</i>	Erakindlustus
<b><i>HC.1-HC.7</i></b>	<b>Tervishoiu jooksvad kulud kokku</b>
<b><i>HC.R.1-</i></b>	
<b><i>HC.R.7</i></b>	<b>Tervishoiuga seotud funktsioonid</b>
<i>HC.R.1</i>	Kapitalikulud
<b><i>HC.1-HC.R.1</i></b>	<b>Tervishoiu kogukulud kokku</b>
<i>HC.R.2</i>	Tervishoiupersonali õpetamine ja koolitus
<i>HC.R.3</i>	Tervishoiualane uurimis- ja arendustöö
<i>HC.R.4</i>	Toidu, hügieeni, ja joogivee kontroll
<i>HC.R.5</i>	Keskkonnatervis
<i>HC.R.7</i>	Tervishoiuga seotud rahaliste hüvitiste süsteemi administreerimine ja hüvitiste maksmine

Allikas: A systems... 2000, 115.

### Lisa 3. ICHA-HP klassifikatsioon

<i>ICHA-HP</i>	Tervishoiuteenuste pakkujad
<i>HP.1</i>	Haiglad
<i>HP.1.1</i>	Üldhaiglad
<i>HP.1.2</i>	Vaimse tervise ja psühhoaktiivsete ainetega seotud haiglad
<i>HP.1.3</i>	Erihaiglad
<i>HP.2</i>	Hooldus- ja põetusraviasutused
<i>HP.2.1</i>	Hooldusraviasutused
<i>HP.2.2</i>	Vaimse alaarengu, vaimse tervise ja psühhoaktiivsete ainetega seotud asutused
<i>HP.2.3</i>	Ühisteenuste asutused
<i>HP.2.9</i>	Kõik muud residentraviasutused
<i>HP.3</i>	Ambulatoorse ravi pakkujad
<i>HP.3.1</i>	Arstikeskused
<i>HP.3.2</i>	Hambaarstikeskused
<i>HP.3.3</i>	Muud ravikeskused
<i>HP.3.4</i>	Ambulatoorse ravi keskused
<i>HP.3.5</i>	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid
<i>HP.3.6</i>	Koduraviteenuste pakkujad
<i>HP.3.9</i>	Muud ambulatoorse ravi pakkujad
<i>HP.4</i>	Jaemüük ja teised meditsiinitoodete pakkujad
<i>HP.4.1</i>	Apteegid
<i>HP.4.2</i>	Jaemüük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad
<i>HP.4.3</i>	Jaemüük ja teised kuulmisaparaatide ja muude kuulmisvahendite varustajad
<i>HP.4.4</i>	Teiste vahendite varustajad

### Lisa 3. (järg)

<i>ICHA-HP</i>	Tervishoiuteenuste pakkujad
<i>HP.5</i>	Rahvatervise programmide korraldus
<i>HP.6</i>	Üldine tervishoiu administreerimine
<i>HP.6.1</i>	Tervishoiu administreerimine valitsuse tasandil
<i>HP.6.2</i>	Sotsiaalkindlustusfondid
<i>HP.6.4</i>	Erakindlustus (v.a sotsiaalkindlustus) administreerimine
<i>HP.7</i>	Muud tegevusharud
<i>HP.7.1</i>	Asutustes osutatavad töotervishoiuteenused
<i>HP.7.9</i>	Muud mittepõhitegevusena tervishoiuteenust pakkuvad asutused (koolid, kaitsevägi, vanglad)
<i>HP.9</i>	Välismaailm

Allikas: A systems... 2000, 136.

**Lisa 4. Eesti THKK peamised rahastajad aastatel 2005-2008 (käesolev metoodika), tuhat krooni**

THKK peamised rahastajad	Aasta			
	2005	2006	2007	2008
THKK	8 787 430	10 511 344	12 973 089	15 388 077
Avalik Sektor	6 740 324	7 699 942	9 805 077	11 973 934
Haigekassa	5 819 515	6 526 737	8 325 790	9 974 952
Erasektor	2 021 863	2 748 169	3 020 599	3 177 236
Leibkonnad	1 794 269	2 637 453	2 841 909	3 024 758
Välismaa	25 244	63 233	147 413	236 907

Allikas: Tervisestatistika... (kasut. 10.09.2010).



**Lisa 5. Eesti ja teiste Euroopa Liidu riikide avaliku sektori kulude osakaal THKKst aastatel 2005-2008, %**

EL liikmesriik	2005	2006	2007	2008
Eesti (käesolev leibkondade kulutuste arvutamise meetoodika)	0.77	0.73	0.76	0.78
EL	0.75	0.76	0.76	0.77
EL liikmesriigid enne 2005. aastat	0.76	0.77	0.77	0.78
EL liikmesriigid peale 2004. või 2007. aastat	0.72	0.72	0.73	0.73

Allikas: WHO... - andmed EL kohta (kasut. 15.11.2010), Tervisestatistika... - andmed Eesti kohta (kasut 10.09.2010).

**Lisa 6. Eesti ja Euroopa Liidu riikide omaosaluse osakaal THKKst aastatel 2005-2008, %**

Riik	2008
Luksemburg	6.2
Holland	6.3
Prantsusmaa	6.8
Iirimaa	9.2
Suurbritania	10.8
Saksamaa	13.1
Taani	13.6
Tšehhi	13.7
Sloveenia	13.9
EL riigid enne 2004	14.5
Austria	15.3
Rootsi	15.9
Euroopa Liit	16.4
Rumeenia	18.7
Soome	18.8
Itaalia	19.4
Belgia	19.6
Eesti	19.7
Malta	20.1
Hispaania	20.3
Portugal	23.1
EL riigid peale 2004 või 2007	23.4
Poola	24.2
Ungari	25.2
Slovakkia	26.2
Leedu	26.6
Bulgaaria	36.5
Kreeka	37.0
Läti	39.0
Küpros	46.4

Allikas: WHO... - andmed EL riikide kohta (kasut. 15.11.2010), Tervisestatistika... (kasut. 10.09.2010)

## Lisa 7. COICOP 6. jao klassifikaator

<i>COICOP</i> kood	<i>COICOP</i> 'i koodide seletus
<i>COICOP.6</i>	Tervishoid
<i>COICOP.61</i>	Meditsiinitooted, -vahendid ja seadmed
<i>COICOP.611</i>	Farmaatsiatooted
<i>COICOP.6111</i>	Farmaatsiatooted
<i>COICOP.611101</i>	Ravimid
<i>COICOP.611102</i>	Vitamiinid
<i>COICOP.612</i>	Muud meditsiinitooted
<i>COICOP.6121</i>	Muud meditsiinitooted
<i>COICOP.612101</i>	Sidumismaterjalid
<i>COICOP.612102</i>	Süstlad
<i>COICOP.612103</i>	Kondoomid
<i>COICOP.612104</i>	Muud meditsiinitooted (kraadiklaas, kuumavee- ja jääkotid)
<i>COICOP.613</i>	Terapeutilised vahendid ja seadmed
<i>COICOP.6131</i>	Terapeutilised vahendid ja seadmed
<i>COICOP.613101</i>	Prillid
<i>COICOP.613102</i>	Hambaproteesid
<i>COICOP.613103</i>	Muud terapeutilised seadmed, varustus (proteesid, tugivahendid invakärud)
<i>COICOP.62</i>	Ambulatoorsed teenused
<i>COICOP.621</i>	Meditsiiniteenused
<i>COICOP.6211</i>	Meditsiiniteenused
<i>COICOP.621101</i>	Arsti konsultatsioon
<i>COICOP.621102</i>	Tasulised analüüsid (protseduurid)
<i>COICOP.621103</i>	Visiiditasu
<i>COICOP.621104</i>	Meditsiiniline massaaž (õlavöö / kaela)
<i>COICOP.622</i>	Hambaraviteenused
<i>COICOP.622100</i>	Hambaraviteenused
<i>COICOP.622101</i>	Hamba plombeerimine
<i>COICOP.622102</i>	Hambaproteeside valmistamine
<i>COICOP.622103</i>	Muud hambaravi teenused
<i>COICOP.623</i>	Parameditsiiniteenused
<i>COICOP.623100</i>	Meditsiinilaborite ja röntgenikeskuste teenused
<i>COICOP.623101</i>	Meditsiinilaborite ja röntgenikeskuste teenused

## Lisa 7. (järg)

<i>COICOP</i> kood	<i>COICOP</i> 'i koodide seletus
<i>COICOP.6232</i>	Meditsiinilise abipersonali teenused
<i>COICOP.623201</i>	Nõelravi, kõneteraapeutide jne. teenused
<i>COICOP.623202</i>	Arsti poolt määratud ravivõimlemine
<i>COICOP.623203</i>	Muud meditsiini abitöötajate teenused
<i>COICOP.6233</i>	Muud liiki haiglavälised teenused
<i>COICOP.623301</i>	Muud haiglavälised teenused
<i>COICOP.63</i>	Haiglateenused
<i>COICOP.631</i>	Haiglateenused
<i>COICOP.6311</i>	Haiglateenused
<i>COICOP.631101</i>	Haiglateenused
<i>COICOP.631102</i>	Sanatooriumiteenused

Allikas: TAI.

**Lisa 8. Käesolevas metoodikas kasutatav üleminek COICOP klassifikaatorist ICHA-HC klassifikaatorile**

<i>COICOP</i> kood	<i>COICOP</i> 'i koodide seletus	<i>ICHA-HC</i> kood	<i>ICHA-HC</i> koodide seletus
<i>COICOP.611101</i>	Ravimid	<i>HC.5.1.1,</i> <i>HC.5.1.2</i>	Ravimid ja muud meditsiinilised mittekestvuskauad
<i>COICOP.611102</i>	Vitamiinid	<i>HC.5.1.2</i>	Käsimüügiravimid
<i>COICOP.612101</i>	Sidumismaterjalid	<i>HC.5.1.3</i>	Muud meditsiinilised mittekestvuskauad
<i>COICOP.612102</i>	Süstlad	<i>HC.5.1.3</i>	Muud meditsiinilised mittekestvuskauad
<i>COICOP.612103</i>	Kondoomid	<i>HC.5.1.3</i>	Muud meditsiinilised mittekestvuskauad
<i>COICOP.612104</i>	Muud meditsiinitooted (kraadiklaas, kuumavee- ja jääkotid)	<i>HC.5.2.9</i>	Kõik muud meditsiinilised kestvuskauad
<i>COICOP.613101</i>	Prillid	<i>HC.5.2.1</i>	Prillid ja muud nägemistarbed
<i>COICOP.613102</i>	Hambaproteesid	<i>HC.1.3.2</i>	Ambulatoorsete patsientide hambaravi
<i>COICOP.613103</i>	Muud terapeutilised seadmed, varustus (proteesid, tugivahendid, invakärud)	<i>HC.5.2.2</i>	Ortopeedilised ja muud abivahendid
<i>COICOP.621101</i>	Arsti konsultatsioon	<i>HC.1.3.1</i>	Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused
<i>COICOP.621102</i>	Tasulised analüüsid (protseduurid)	<i>HC.4.1</i>	Kliinilised laboratoorsed uuringud
<i>COICOP.621103</i>	Visiiditasu	<i>HC.1.3.1</i>	Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused
<i>COICOP.621104</i>	Meditsiiniline massaaž (õlavöö / kaela)	<i>HC.1.3.9</i>	Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi
<i>COICOP.622101</i>	Hamba plombeerimine	<i>HC.1.3.2</i>	Ambulatoorsete patsientide hambaravi
<i>COICOP.622102</i>	Hambaproteeside valmistamine	<i>HC.1.3.2</i>	Ambulatoorsete patsientide hambaravi
<i>COICOP.622103</i>	Muud hambaravi teenused	<i>HC.1.3.2</i>	Ambulatoorsete patsientide hambaravi

## Lisa 8. (järg)

<i>COICOP</i> kood	<i>COICOP</i> 'i koodide seletus	<i>ICHA-HC</i> kood	<i>ICHA-HC</i> koodide seletus
<i>COICOP.623101</i>	Meditsiinilaborite ja röntgenikeskuste teenused	<i>HC.4.2</i>	Radioloogilised uuringud
<i>COICOP.623201</i>	Nõelravi, kõneterapeutide jne. teenused	<i>HC.1.3.9</i>	Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi
<i>COICOP.623202</i>	Arsti poolt määratud ravivõimlemine	<i>HC.1.3.9</i>	Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi
<i>COICOP.623203</i>	Muud meditsiini abitöötajate teenused	<i>HC.1.3.9</i>	Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi
<i>COICOP.623301</i>	Muud haiglavälised teenused	<i>HC.1.3.9</i>	Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi
<i>COICOP.631101</i>	Haiglateenused	<i>HC.1.1</i>	Hospitaliseeritud patsientide ravi
<i>COICOP.631102</i>	Sanatooriumiteenused	<i>HC.2.1</i>	Hospitaliseeritud patsientide taastusravi

Allikas: TAI.

## Lisa 9. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2005. aastal (käesolev meetodika), tuhat krooni

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Tervishoiuteenuste pakkujad kokku (HP.1-HP.4)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemüük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemüük ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	35 598	35 598									
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	47 676					47 676					
Ambulatoorse patsientide hambaravi (HC.1.3.2)	308 453				308 453						
Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi (HC.1.3.9)	1 192						1 192				
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	198 883		198 883								
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	37 954			37 954							
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	29 136						29 136				
Radioloogilised uuringud (HC.4.2)	1 911						1 911				
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	723 728							723 728			
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	260 577							260 577			
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)	11 744							11 744			
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	88 654								88 654		
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	22 433										22 433
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)	4 045									4 045	
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)	2 613										2 613
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)	18 673							18 673			
<b>Kõik tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>1 793 269</b>	<b>35 598</b>	<b>198 883</b>	<b>37 954</b>	<b>308 453</b>	<b>47 676</b>	<b>32 239</b>	<b>1 014 722</b>	<b>88 654</b>	<b>4 045</b>	<b>25 045</b>

Allikas: Tervisestatistika... (kasut. 20.10.2010).

## Lisa 10. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2006. aastal, (käesolev metoodika) tuhat krooni

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Tervishoiuteenuste pakkujad kokku (HP.1-HP.4)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemütik ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemütik ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	27 796	27 796									
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	72 973					72 973					
Ambulatoorsete patsientide hambaravi (HC.1.3.2)	534 746				534 746						
Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi (HC.1.3.9)	13 676					13 676					
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	187 166		187 166								
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	130 274			65 137							
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	80 715						80 715				
Radioloogilised uuringud (HC.4.2)	4 088						4 088				
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	964 821							964 821			
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	407 953							407 953			
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)	24 726							24 726			
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	160 664								160 664		
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	53 969										53 969
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)	4 019									4 019	
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)	3 266										3 266
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)	31 738							31 738			
<b>Kõik tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>2 702 590</b>	<b>27 796</b>	<b>187 166</b>	<b>65 137</b>	<b>534 746</b>	<b>86 650</b>	<b>84 804</b>	<b>1 429 237</b>	<b>160 664</b>	<b>4 019</b>	<b>57 234</b>

Allikas: Tervisestatistika... (kasut. 20.10.2010).



**Lisa 11. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2007. aastal (käesolev metoodika), tuhat krooni**

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Tervishoiuteenuste pakkujad kokku (HP.1-HP.4)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemüük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemüük ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	37 319	37 319									
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	57 129					57 129					
Ambulatoorsete patsientide hambaravi (HC.1.3.2)	543 880				543 880						
Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi (HC.1.3.9)	16 226					16 226					
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	286 400		286 400								
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	59 446			59 446							
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	80 157						80 157				
Radioloogilised uuringud (HC.4.2)	1 788						1 788				
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	1 054 794							1 054 794			
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	405 544							405 544			
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)	15 495							15 495			
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	212 014								212 014		
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	34 634										34 634
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)	4 487									4 487	
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)	4 859										4 859
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)	27 738							27 738			
<b>Kõik tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>2 841 909</b>	<b>37 319</b>	<b>286 400</b>	<b>59 446</b>	<b>543 880</b>	<b>73 355</b>	<b>81 945</b>	<b>1 503 570</b>	<b>212 014</b>	<b>4 487</b>	<b>39 493</b>

Allikas: Tervisestatistika... (kasut. 20.10.2010).

## Lisa 12. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2008. aastal (käesolev metoodika), tuhat krooni

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Tervishoiuteenuste pakkujad kokku (HP.1-HP.4)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemüük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemüük ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	23 590	23 590									
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	54 072					54 072					
Ambulatoorsete patsientide hambaravi (HC.1.3.2)	468 616				468 616						
Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi (HC.1.3.9)	33 062					33 062					
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	233 557		233 557								
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	112 261			112 261							
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	75 868						75 868				
Radioloogilised uuringud (HC.4.2)	5 324						5 324				
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	1 269 075							1 269 075			
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	449 846							449 846			
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)	14 645							14 645			
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	216 093								216 093		
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	38 163										38 163
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)	5 760									5 760	
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)	6 124										6 124
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)	18 701							18 701			
<b>Kõik tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>3 024 758</b>	<b>23 590</b>	<b>233 557</b>	<b>112 261</b>	<b>468 616</b>	<b>87 134</b>	<b>81 192</b>	<b>1 752 267</b>	<b>216 093</b>	<b>5 760</b>	<b>44 287</b>

Allikas: Tervisestatistika... (kasut. 20.10.2010).

**Lisa 13 . Leibkondade tervishoiukulutused ning SKP jooksvates ning reaalses hindades 2004.-2008. aastatel, miljonit krooni**

Näitaja	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008
Leibkondade kulutused tervishoiule jooksvates hindades (käesolev metoodika)	1 659	1 795	2 638	2 842	3 025
Leibkondade kulutused tervishoiule püsivhindades (käesolev metoodika)	1 183	1 445	2 115	2 120	1 811
Leibkondade kulutused tervishoiule jooksvates hindades (uus metoodika)	-	2 667	3 113	3 725	4 102
Leibkondade kulutused tervishoiule püsivhindades (uus metoodika)	-	1 854	2 115	2 372	2 455
SKP jooksvates hindades	151 542	174 956	209 520	247 646	252 015
SKP püsivhindades	129 004	141 170	156 080	166 880	158 430

Allikas: Tervisestatistika... - leibkondade tervishoiukulutused käesoleva metoodika järgi (kasut. 20.10.2010)., autor - leibkondade tervishoiukulutused uue metoodika järgi), Statistikaameti... - SKP, leibkondade kulutuste deflaator (kasut. 20.07.2010).

## Lisa 14. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2005. aastal (uus metoodika), tuhat krooni

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Tervishoiuteenuste pakkujad kokku (HP.1-HP.4)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Vaimse tervise ja psüühhoaktiivsete ainete seotud haiglad (HP.1.2)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Arstikeskused (HP.3.1)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Muud ravikeskused (HP.3.3)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Koduraviteenuste pakkujad (HP.3.6)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemüük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemüük ja teised kuulmisaparatuuride jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)	
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	116 592	100 882	5 980	9 730												
Päevapatsientide ravi (HC.1.2)	9 302	4 468		3 861					974							
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	16 554					16 554										
Ambulatoorse ravi hambaravi (HC.1.3.2)	418 720	3 684		78			401 133	613	13 212							
Kõik muud erialased tervishoiuteenused (HC.1.3.3)	164 279	45 918	1 494	10 269		28 301	601		77 696							
Kodune ravi (HC.1.4)	418										418					
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	2 457			2 457												
Ambulatoorse ravi taastusravi (HC.2.3)	74 550			55				74 494								
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	68 860	14 514		16 391	37 954											
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	774									774						
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	688 157											688 157				
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	403 869											403 869				
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)	450 108											450 108				
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	179 235												179 235			
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	31 603															31 603
Kuulmisaparatuurid (HC.5.2.3)	1 875													1 875		
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)	4 474															4 474
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)	35 666											35 666				
<b>Kõik tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>2 667 493</b>	<b>169 465</b>	<b>7 474</b>	<b>42 840</b>	<b>37 954</b>	<b>44 855</b>	<b>401 734</b>	<b>75 107</b>	<b>91 882</b>	<b>774</b>	<b>418</b>	<b>1 577 801</b>	<b>179 235</b>	<b>1 875</b>	<b>36 077</b>	

Allikas: autori arvutused.

## Lisa 15. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2006. aastal (uus metoodika), tuhat krooni

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Tervishoiuteenuste pakkujad kokku (HP.1-HP.4)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Vaimse tervise ja psüühohaaktiivsete ainete seotud haiglad (HP.1.2)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Arstikeskused (HP.3.1)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Muud ravikeskused (HP.3.3)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Koduraviteenuste pakkujad (HP.3.6)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemütik ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemütik ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	131 703	108 072	8 389	15 241											
Päevapatsientide ravi (HC.1.2)	12 611	4 612		5 903					2 096						
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	20 626					20 626									
Ambulatoorse ravi hambaravi (HC.1.3.2)	516 186	3 456		985			495 610	1 181	14 953						
Kõik muud erialased tervishoiuteenused (HC.1.3.3)	200 200	38 260	1 803	12 185		35 523	425		112 005						
Kodune ravi (HC.1.4)	457										457				
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	2 968			2 968											
Ambulatoorse ravi taastusravi (HC.2.3)	69 202			94				69 108							
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	101 975	15 191		21 646	65 137										
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	788									788					
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	759 951											759 951			
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	470 040											470 040			
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)	532 819											532 819			
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	190 417												190 417		
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	53 343														53 343
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)	2 148													2 148	
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)	5 124														5 124
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)	42 076											42 076			
<b>Kõik tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>3 112 634</b>	<b>169 592</b>	<b>10 193</b>	<b>59 023</b>	<b>65 137</b>	<b>56 149</b>	<b>496 035</b>	<b>70 289</b>	<b>129 054</b>	<b>788</b>	<b>457</b>	<b>1 804 885</b>	<b>190 417</b>	<b>2 148</b>	<b>58 467</b>

Allikas: autori arvutused.

## Lisa 16. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2007. aastal (uus metoodika), tuhat krooni

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Tervishoiuteenuste pakkujad kokku (HP.1-HP.4)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Vaimse tervise ja psüühohaaktiivsuse ainetega seotud haiglad (HP.1.2)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Arstikeskused (HP.3.1)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Muud ravikeskused (HP.3.3)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Koduraviteenuste pakkujad (HP.3.6)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemüük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemüük ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)	
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	159 722	131 757	9 650	18 315												
Päevapatsientide ravi (HC.1.2)	16 940	5 710		7 595					3 636							
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	26 464					26 464										
Ambulatoorsete patsientide hambaravi (HC.1.3.2)	657 199	3 851		881			629 603	2 095	20 769							
Kõik muud erialased tervishoiuteenused (HC.1.3.3)	249 824	46 660	1 871	15 144		27 112	732	101	158 204							
Kodune ravi (HC.1.4)	168										168					
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	4 244			4 244												
Ambulatoorsete patsientide taastusravi (HC.2.3)	95 668			171				95 497								
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	109 050	20 586		29 017	59 446											
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	642									642						
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	884 317											884 317				
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	520 180											520 180				
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)	643 350											643 350				
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	277 024												277 024			
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	33 048															33 048
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)	2 512													2 512		
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)	5 993															5 993
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)	38 265											38 265				
<b>Kõik tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>3 724 611</b>	<b>208 564</b>	<b>11 521</b>	<b>75 367</b>	<b>59 446</b>	<b>53 576</b>	<b>630 335</b>	<b>97 693</b>	<b>182 608</b>	<b>642</b>	<b>168</b>	<b>2 086 113</b>	<b>277 024</b>	<b>2 512</b>		<b>39 041</b>

Allikas: autori arvutused.

## Lisa 17. Leibkondade kulutused tervishoiuteenuste ja –pakkujate lõikes 2008. aastal (uus metoodika), tuhat krooni

Tervishoiuteenus (ICHA-HC)/Tervishoiuteenuse pakkuja (ICHA-HP)	Tervishoiuteenuste pakkujad kokku (HP.1-HP.4)	Üldhaiglad (HP.1.1)	Vaimse tervise ja psüühhoaktiivsete ametega seotud haiglad (HP.1.2)	Erihaiglad (HP.1.3)	Hooldus- ja põetusraviasutused (HP.2)	Arstikeskused (HP.3.1)	Hambaarstikeskused (HP.3.2)	Muud ravikeskused (HP.3.3)	Ambulatoorse ravi keskused (HP.3.4)	Meditsiini- ja diagnostika laboratooriumid (HP.3.5)	Koduraviteenuste pakkujad (HP.3.6)	Apteegid (HP.4.1)	Jaemütük ja teised prillide jm nägemisvahendite varustajad (HP.4.2)	Jaemütük ja teised kuulmisaparaatide jm kuulmisvahendite varustajad (HP.4.3)	Teiste vahendite varustajad (HP.4.4)	
Hospitaliseeritud patsientide ravi (HC.1.1)	167 674	133 235	8 163	26 275												
Päevapatsientide ravi (HC.1.2)	26 925	7 999		15 049					3 877							
Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused (HC.1.3.1)	27 743					27 743										
Ambulatoorse ravi hambaravi (HC.1.3.2)	751 383	4 078		699			723 368	2 375	20 864							
Kõik muud erialased tervishoiuteenused (HC.1.3.3)	268 458	54 358	1 586	24 575		25 533	3 298	238	158 870							
Kodune ravi (HC.1.4)	257										257					
Hospitaliseeritud patsientide taastusravi (HC.2.1)	5 117			5 117												
Ambulatoorse ravi patsientide taastusravi (HC.2.3)	90 346			240				90 105								
Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi (HC.3.1)	167 475	24 465		30 749	112 261											
Kliinilised laboratoorsed uuringud (HC.4.1)	1 352									1 352						
Retseptiravimid (HC.5.1.1)	990 489											990 489				
Käsimüügiravimid (HC.5.1.2)	535 247											535 247				
Muud meditsiinilised mittekestvuskaubad (HC.5.1.3)	695 930											695 930				
Prillid ja muud nägemistarbed (HC.5.2.1)	305 837												305 837			
Ortopeedilised ja muud abivahendid (HC.5.2.2)	36 485															36 485
Kuulmisaparaadid (HC.5.2.3)	2 711													2 711		
Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sealhulgas ratastoolid (HC.5.2.4)	6 468															6 468
Kõik muud meditsiinilised kestvuskaubad (HC.5.2.9)	21 953											21 953				
<b>Kõik tervishoiuteenused kokku (HC.1-HC.5)</b>	<b>4 101 852</b>	<b>224 135</b>	<b>9 749</b>	<b>102 705</b>	<b>112 261</b>	<b>53 276</b>	<b>726 666</b>	<b>92 718</b>	<b>183 611</b>	<b>1 352</b>	<b>257</b>	<b>2 243 619</b>	<b>305 837</b>	<b>2 711</b>	<b>42 953</b>	

Allikas: autori arvutused.

**Lisa 18. Tervishoiu kogukulud ning leibkondade kulutused 2005.-2008. aastatel (uus meetoodika), tuhat krooni**

Näitaja	2005	2006	2007	2008
THKK	9 483 514	10 933 917	13 744 405	16 385 292
Leibkondade tervishoiukulutused	2 667 493	3 112 634	3 724 611	4 101 852

Allikas: Tervisestatistika... - THKK teiste rahastajate andmed (kasut. 20.10.2010), autori arvutused - leibkondade tervishoiukulutused uue meetoodika järgi.



**Lisa 19. Tervishoiu kogukulude osakaal SKPst Eestis ja Euroopa Liidu riikides 2008. aastal, %**

Riik	2008
Rumeenia	4.7
Leedu	6.2
EL riigid peale 2004 või 2007	6.4
Estonia	6.5
Läti	6.5
Poola	6.6
Küpros	6.7
Tšehhi	6.8
Luksemburg	7.2
Bulgaaria	7.3
Ungari	7.4
Malta	7.5
Slovakkia	7.8
Sloveenia	7.8
Soome	8.4
Iirimaa	8.7
Hispaania	8.7
Itaalia	9.0
Suurbritannia	9.0
Euroopa Liit	9.0
Holland	9.1
Rootsi	9.1
EL riigid enne 2004	9.7
Belgia	9.7
Kreeka	9.7
Taani	9.9
Austria	10.1
Portugal	10.1
Saksamaa	10.4
Prantsusmaa	11.1

Allikas: WHO... (kasut. 16.11.2010).

## Lisa 20. Käesoleva ja uue metoodika leibkondade tervishoiukulutuste arvutamise jaoks kasutatavad allikad

ICHA-HC kood	Tervishoiuteenus või -kaup	Käesolev metoodika*	Uus metoodika
			<p><i>Peamised allikad**:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Ravivoodid ja hospitaliseerimine"</p>
HC.1.1	Hospitaliseeritud patsientide ravi	SA LEU: COICOP.631101 SA: Eesti rahvaarv	<p><i>Lisaallikad***:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded : "Päevaravi", "Hambaravi", "Arsti vastuvõetud ja koduvisiivid" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>
			<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Päevaravi"</p>
HC.1.2	Päevapatsientide ravi	-	<p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded : "Ravivoodid ja hospitaliseerimine", "Hambaravi", "Arsti vastuvõetud ja koduvisiivid" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>
			<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Arsti vastuvõetud ja koduvisiivid"</p>
HC.1.3.1	Põhilised meditsiini- ja diagnostikateenused	SA LEU: COICOP.621101, 621103 SA: Eesti rahvaarv	<p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded : "Ravivoodid ja hospitaliseerimine", "Päevaravi", "Hambaravi" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>

## Lisa 20. (järg)

ICHA-HC kood	Tervishoiuteenus või -kaup	Käesolev metoodika	Uus metoodika
			<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Hambaravi"</p>
HC.1.3.2	Ambulatoorsete patsientide hambaravi	LEU: COICOP.622101, 622102, 622103	<p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded: "Ravivoodid ja hospitaliseerimine", "Päevaravi", "Arsti vastuvõtud ja koduviisiidid" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>
HC.1.3.3	Kõik muud erialased tervishoiuteenused	-	<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Arsti vastuvõtud ja koduviisiidid"</p> <p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded: "Ravivoodid ja hospitaliseerimine", "Päevaravi", "Hambaravi" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>
HC.1.3.9	Kõik muu ambulatoorsete patsientide ravi	SA LEU: COICOP 623201, 623202, 623203, 623301	<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Arsti vastuvõtud ja koduviisiidid"</p>
HC.1.4	Kodune ravi	-	<p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded: "Ravivoodid ja hospitaliseerimine", "Päevaravi", "Hambaravi" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>

## Lisa 20. (järg)

ICHA-HC kood	Tervishoiuteenus või -kaup	Käesolev metoodika	Uus metoodika
HC.2.1	Hospitaliseeritud patsientide taastusravi	SA: aruanne "Taastusravi aruanne": taastusraviasutuste tulud Eesti elanike ravi eesmärgil majutusest kokku	<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Ravivoodid ja hospitaliseerimine"</p> <p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded: "Päevaravi", "Hambaravi", "Arsti vastuvõetud ja koduvisiidid" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>
HC.2.3	Ambulatoorsete patsientide taastusravi	-	<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Hambaravi"</p> <p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded: "Ravivoodid ja hospitaliseerimine", "Päevaravi", "Arsti vastuvõetud ja koduvisiidid" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>
HC.3.1	Hospitaliseeritud patsientide pikaajaline hooldusravi	SOM: sotsiaalhoolekande asutuste personalikulud	<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Ravivoodid ja hospitaliseerimine" SOM: sotsiaalhoolekande asutuste personalikulud</p> <p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded : "Päevaravi", "Hambaravi", "Arsti vastuvõetud ja koduvisiidid" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>
HC.4.1	Kliinilised laboratoorsed uuringud	SA LEU: COICOP.621102	<p><i>Peamised allikad:</i> TAI TSO: aruanded "Tervishoiualane majandustegevus" (tulud füüsilistelt isikutelt), "Arsti vastuvõetud ja koduvisiidid"</p> <p><i>Lisaallikad:</i> TAI TSO: tervishoiuasutuste statistilise register, majandusaruande esitamise ülevaated, aruanded : "Ravivoodid ja hospitaliseerimine", "Päevaravi", "Hambaravi" EHK: keskmine ravil viibimine päevades, ambulatoorsete vastuvõttude arv ravijuhu kohta, ambulatoorse ning statsionaarse abi ravijuhu keskmine maksumus</p>

## Lisa 20. (järg)

ICHA-HC kood	Tervishoiuteenus või -kaup	Käesolev metoodika	Uus metoodika
HC.4.2	Radioloogilised uuringud	SA LEU: COICOP.623101 SA: Eesti rahvaarv	-
HC.5.1.1	Retseptiravimid	SA LEU: COICOP.611101 RA apteegistatistika: retseptimüügi ravimite osakaal ravimite käibest kokku (välja arvatud veterinaarravimid) SA: Eesti rahvaarv	EHK: EHK kulu soodusretseptiravimite kompenseerimiseks, inimeste soodusretseptiravimite omaosalus, välismaalaste poolt ostetud retseptisoodusravimid RA apteegistatistika: Kulud retseptiravimitele (välja arvatud soodusretseptiravimid) TAI TSO THKK****: Keskkvalitsuse kulutused retseptiravimitele
HC.5.1.2	Käsimüügiravimid	SA LEU: COICOP.611101, 611102 RA apteegistatistika: käsimüügi ravimite osakaal ravimite käibest kokku (välja arvatud veterinaarravimid) SOM: Sotsiaalhoolekande asutuste kulud SA: Eesti rahvaarv	<i>Peamised allikad:</i> RA apteegistatistika: Ravimite käive kokku (välja arvatud veterinaarravimid) TAI TSO THKK: Keskkvalitsuse, KOVide, EHK ja erakindlustuste ja eraettevõtete kulud ravimitele.  <i>Lisaallikad:</i> kõik retseptiravimite arvutamiseks kasutatavad allikad
HC.5.1.3	Muud meditsiinilised mittekestvuskabud	SA LEU: COICOP.612101, 612102, 612103 SOM: Sotsiaalhoolekande asutuste kulud SA: Eesti rahvaarv	RA: üldapteekide muude kaupade käive TAI TSO THKK: keskkvalitsuse, KOVide, EHK kulud muudele kaupadele
HC.5.2.1	Prillid ja muud nägemistarbed	SA LEU: COICOP.613101 SA: Eesti rahvaarv SOM: Sotsiaalhoolekande asutuste kulud	Rahvamajanduse arvepidamine: COICOP.613 SA LEU: COICOP.613101, 613102, 613103
HC.5.2.2	Ortopeedilised ja muud abivahendid	SA LEU: COICOP.613103 SA: Eesti rahvaarv SOM: Sotsiaalhoolekande asutuste kulud	Rahvamajanduse arvepidamine: COICOP.613 SA LEU: COICOP.613101, 613102, 613103
HC.5.2.3	Kuulmisaparaadid	SOM: Sotsiaalhoolekande asutuste kulud	SA LEU TM, 2006. a - küsimus TL.3, andmed 2005, 2007-2008. aastate jaoks on ekstra- ja interpoleeritud, kasutades uue metoodika järgi arvatud HC.5 kasvu.

## Lisa 20. (järg)

<i>ICHA-HC</i> kood	Tervishoiuteenus või -kaup	Käesolev meetoodika	Uus meetoodika
<i>HC.5.2.4</i>	Meditsiinilis-tehnilised seadmed, sh ratastoolid	SOM: Sotsiaalhoolekande asutuste kulud	SA LEU TM, 2006.a - küsimus TL.3, andmed 2005, 2007-2008. aastate jaoks on ekstra- ja interpoleeritud, kasutades uue meetoodika järgi arvutatud HC. 5 kasvu.
<i>HC.5.2.9</i>	Kõik muud meditsiinilised kestva-kaupad	SA LEU: <i>COICOP.612104</i> SA: Eesti rahvaarv SOM: Sotsiaalhoolekande asutuste kulud	Rahvamajanduse arvepidamine: <i>COICOP.612</i> SA LEU: <i>COICOP.612101, 612102, 612103, 612104</i>

Allikas: autor

Märkused:

\* Käesoleva meetoodika puhul 2008. aasta andmete koostamisel toetuti prognoosidele

\*\* Peamised allikad: allikad, mida kasutatakse otse antud kulutuse arvutamiseks

\*\*\* Lisaallikas: kuna enamik arvutustest on omavahel seotud, siis lisaallikateks nimetatakse siin neid allikaid, mis mõjutavad tulemusi, kuid mida ei kasutata otseselt antud teenuse/kaupade arvutamiseks.

\*\*\*\* Andmed pärinevad juba koostatud THKK tabelitest