



EESTI TERVISHOIU RAHASTAMISSÜSTEEMI JÄTKUSUUTLIKKUSE ANALÜÜS

Andres Vörk
Maris Jesse
Indrek Roostalu
Tarmo Jüristo

Tallinn 2005
Poliitikauuringute Keskus PRAXIS

LÜHIKOKKUVÕTE

Tervishoiu rahastamissüsteem on jätkusuutlik, kui ühiskond on majanduslikult ja sotsiaalselt võimeline katma tulevikus kulud, mis on vajalikud ühiskonna vajadusi rahuldava tervishoiuteenuste taseme saavutamiseks. Jätkusuutlikuks arenguks on vajalik nii majanduslik jätkusuutlikkus (majanduse võime piisavaid ressursse luua) kui ka sotsiaalne jätkusuutlikkus (ühiskonna rahulolu tervishoiu rahastamise jaotuse, viiside ja tasemega).

Eesti tervishoiu praeguse rahastamissüsteemi jätkusuutlikkust mõjutab tuginemine peamiselt otsesele tööjõu maksustamisele. Eestis tuleb 2/3 kogu tervishoiu rahastamisest sihtotstarbelisest tööjõu maksustamisest läbi sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, mis on Euroopa kõrgeim näitaja. Minevikus on küll tööjõu maksustamisele tuginemine taganud suhteliselt stabiilse rahastamise, kuid tulevikus seab tervishoiuteenuste taseme säilimise surve alla tingituna tööjõu osakaalu vähenemisest rahvastikus. Oht sotsiaalsele jätkusuutlikkusele tuleneb rahulolematusest rahastamise jaotusega, kus peamist koormust kandev tööealine elanikkond tunnetab, et panustab süsteemi rahastamisse otsese maksu kaudu oluliselt rohkem, kui sellest teenustena arstiabivajaduse tekkides "tagasi saab".

Aastatel 1998-2003 on Eesti tervishoiu rahastamine püsinud suhteliselt stabiilsena vahemikus 5,1-6,1% SKPst. Enamus rahast tuleb sihtotstarbelisest maksust, mis konkureerimata teiste kulutustega riigieelarves, on üldiselt taganud tervishoiu stabiilse rahastamise. Muu riigieelarve ja kohalike omavalitsuste eelarvete osakaal tervishoiu rahastamisel on viimastel aastatel vähenenud, mida on kompenseerinud inimeste omaosaluse tõus (moodustas 21% tervishoiu kogukuludest 2003. a). Omaosaluse suurenemise tõttu on samas tõusnud suurte tervishoiukuludega leibkondade osakaal (2002. aastaks 7,4% leibkondadest) ja vaesusriskis olevate leibkondade osakaal (2002. aastal 1,4% leibkondadest).

Hoolimata tervishoiu kogukulude suurest nominaalkasvust ligi 60% aastatel 1998-2003, oli tervishoiuteenuste reaalkasv tingituna tervishoiuteenuste hindade tõusust hinnanguliselt enam kui kaks korda väiksem.

Avaliku sektori tervishoiukulude osakaal valitsussektori kogukuludest on langenud 16%-lt 1996. aastal 11%-le 2003. aastal, kuid võrdluses teiste uute Euroopa Liidu liikmesriikidega on Eesti avaliku sektori kulude osakaaluga valitsussektori kuludest keskmisel tasemel.

Ostujõuga korrigeeritud tervishoiu kogukulud isiku kohta on Eestis ühed madalamad, olles uute liikmesriikide EL10 keskmisest tasemest 80%, kuid vanade liikmesriikide EL15 keskmisest tasemest isiku kohta kõigest veerandi. Meiega samal arengutasemel oleva Läti ja Leeduga võrreldes on Eesti tervishoiusüsteemis isiku kohta suhteliselt rohkem raha.

Meie prognoosi kohaselt (eeldusel et säilib 2003. aasta tööturu olukord, rahvastikuprotsessides toimub mõõdukas paranemine ja ei toimu muutusi maksubaasi definitsioonis ega sotsiaalmaksu määra ravikindlustuse osas), peaks ravikindlustus säilitama 4,4%-lise taseme SKPst. Reaalne ravikindlustuse laekumine inimese kohta

lähematel aastatel prognoositavalt suureneb, kuid ligi kümne aasta pärast hakkab langema tingituna töötava elanikkonna vähenemisest.

Suurem hõive, nt Euroopa Liidu poolt eesmärgiks seatud 70% hõivatute osakaalu saavutamine vanusrühmas 15-64 aastaks 2030 (ehk ligikaudu 7 protsendipunkti kõrgem hõivemäär kui 2003. aastal), toob kaasa reaalse kogutulude kasvu ligi kümnendiku ehk tänastes hindades ca 650 miljonit krooni aastas. Sama suurusjärku mõjuga on ligilähedaselt ka sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa tõstmine ühe protsendi võrra 14%ni.

Selleks, et säiliks tervishoiu kogukulude tänane tase ligikaudu 5,5% SKPst peaks lisaks ravikindlustustulude laekumise kasvule suurendama oma tervishoiukulusid SKP kasvutempoga samas tempos nii erasektor, keskvalitsus ja kui kohalikud omavalitsused. Säilitamiseks tervishoiu kogukulude taset inimese kohta 2003. aasta tasemel, peab lähema kümne aasta jooksul lisanduma ravikindlustusele suurenenud finantseerimine kas erasektorist või mujalt valitsussektorist.

Et nii Eesti kui ka rahvusvaheline kogemus näitab, et erasektori omaosaluse suurendamine suurendab oluliselt ebavõrdsust ja vaesusriski, saab ilmselt tervishoiukulutuste kasv tulla kas keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuse tervishoiukulutuste kasvust või ravikindlustuse maksubaasi laiendamisest. Kui esimesel juhul väheneb teiste avalike teenuste kättesaadavus, siis teisel juhul suureneb erasektori mõne osa maksukoormus. Analüüs, milline võiks olla parem variant nii efektiivsuse kui ebavõrdsuse seisukohast ühiskonna jaoks, jäi käesoleva uurimuse eesmärkidest välja.

Lõpetuseks tahame rõhutada, et tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse mõjutamise vahendid on väga mitmetasandilised: rahva tervise parandamine, sündimuse tõstmine, tööhõive suurendamine, tervishoiusüsteemi efektiivsuse suurendamine, tervishoiu finantseerimise suurendamine läbi maksubaasi mitmekesistamise, riigieelarve ja kohalike omavalitsuste panuse suurendamise või omaosaluse muutmise. Tervishoiukulude suurendamine on siiski õigustatud üksnes juhul, kui täiendav lisaressurs suudab toota inimestele tervist ja rahulolu. Kulude suurendamine iseenesest ei saa olla eesmärk, kui see ei taga paremat tervishoiuteenuste kättesaadavust, paremat tervist ning elanikkonna ootustele vastamist.

SISUKORD

SISSEJUHATUS	5
1. TERVISHOIU RAHASTAMISE ÜLDNÄITAJAD	6
1.1. Tervishoiu rahastamise süsteemi jätkusuutlikkuse mõiste	6
1.2. Kasutatavad võrdlusnäitajad ning Eesti tervishoiu rahastamine rahvusvahelises võrdluses	7
1.2. Kasutatavad võrdlusnäitajad ning Eesti tervishoiu rahastamine rahvusvahelises võrdluses	7
1.2.1. Tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist.....	7
1.2.2. Avaliku sektori osakaal tervishoiu kogukuludes	9
1.2.3. Tervishoiu kogukulu elaniku kohta	10
1.3. Ohud tervishoiukulude riikidevahelisel võrdlusel.....	13
2. EESTI TERVISHOIU KOGUKULUD ALLIKATE LÕIKES	15
2.1. Tervishoiukulude struktuuri areng	15
2.2. Avaliku sektori tervishoiukulud	16
2.3. Erasektori tervishoiukulud	18
2.4. Hinnang senisele tervishoiu rahastamissüsteemile.....	23
3. TERVISHOIUTULUDE PROGNOOS AASTANI 2050	24
3.1. Prognoosi põhieeldused	24
3.1.1. PRAXISE sotsiaaleelarve mudeli tutvustus.....	24
3.1.2. Rahvastikuprognosis.....	25
3.1.3. Tööturu prognoosis.....	26
3.1.4. Teiste majandusnäitajate prognoosis.....	27
3.1.5. Kindlustatute arvu ja ravikindlustuse maksubaasi prognoosis	29
3.2. Ravikindlustuse laekumise prognoosis	30
3.3. Teiste tervishoiu rahastamise allikate arengutest	32
3.3.1. Erasektori kulutused.....	32
3.3.2. Kesk- ja kohalike omavalitsuste täiendav finantseerimine	34
3.4. Tervishoiusektori hindade arengutest	34
4. HINNANG TERVISHOIU RAHASTAMISE JÄTKUSUUTLIKKUSELE	37
KASUTATUD KIRJANDUS.....	39

SISSEJUHATUS

Uuringu eesmärk on analüüsida Eesti tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkust aastani 2050. Jätkusuutlikkuse hindamiseks analüüsime tervishoiu seniste rahastamisallikate (ravikindlustus, riigieelarve, kohalike omavalitsuse eelarved, inimeste omaosalus) osakaalu ja dünaamikat Eesti tervishoiu kogukuludes minevikus ja prognoosime seejärel kohustusliku ravikindlustuse laekumist tulevikus, lähtudes rahvastiku- ja tööturuprognosidest.

Analüüs on üles ehitatud nelja osana. Esimeses osas avame jätkusuutlikkuse mõiste tervishoius, tutvustame tervishoiu rahastamise iseloomustamiseks kasutatavaid rahvusvahelisi näitajaid, nende eeliseid ja puuduseid ning võrdleme Eesti näitajate väärtusi teiste riikidega väärtustega.

Teises osas analüüsime detailsemalt Eesti tervishoiu rahastamisallikate dünaamikat, kasutades peamiselt Eesti tervishoiu kogukulude 1998-2003 aastaaruandeid. Lisaks käsitleme teises osas lühidalt omaosaluse mõju erineva sissetulekuga leibkondadele.

Kolmandas osas prognoosime Eesti ravikindlustuse laekumist aastani 2050, kasutades PRAXISE sotsiaaleelarve mudelit, ja käsitleme teiste finantseerimisallikate võimalikke arenguid.

Neljandas osas anname hinnangu tervishoiu praeguse finantseerimissüsteemi suutlikkusele katta tervishoiukulud tulevikus.

Uuringus kasutame Sotsiaalministeeriumi poolt kogutavaid Eesti tervishoiu kogukulude andmeid aastatel 1998-2003, Statistikaameti poolt läbi viidava leibkonna eelarve uuringu andmeid, Haigekassa andmeid kindlustatute jaotuse kohta, Statistikaameti andmeid rahvamajanduse ja tööturu arengute kohta, ning rahvusvahelisi andmebaase (Eurostat, WHO European Health for All Database) riikidevaheliseks võrdluseks.

Esimeses ja teises osas on peamine analüüsimeetod graafiline aegridade dünaamika analüüs ja riikidevaheline võrdlevanalüüs. Kolmandas osas kasutame simulatsioonimeetodeid hindamaks rahvastikuarengute ja tööturuprotsesside mõju ravikindlustuse laekumisele eri stsenaariumide korral.

Uuringu tellis Riigikogu sotsiaalkomisjon ja rahastas Riigikogu majandus-ja sotsiaalinfo osakond.

Uuringu autorid on väga tänulikud Triin Habichtile oluliste täienduste ja kommentaaride eest. Lisaks soovime tänada töö valmimisel kaasa aitamise eest järgmisi inimesi: Tõnu Lillelaid ja Margus Juhkam rahandusministeeriumist, Maie Thetloff Eesti Haigekassast, Ruta Kruuda PRAXISest ja Sotsiaalministeeriumis ning PRAXISes toimunud tööseminaril osalejaid.

1. TERVISHOIU RAHASTAMISE ÜLDNÄITAJAD

1.1. Tervishoiu rahastamise süsteemi jätkusuutlikkuse mõiste

Tervishoiu rahastamissüsteem on jätkusuutlik, kui ühiskond on majanduslikult ja sotsiaalselt võimeline katma tulevikus kulud, mis on vajalikud ühiskonna vajadusi rahuldava tervishoiuteenuste taseme saavutamiseks.

On ilmne, et ühiskonna vajadus tervishoiuteenuste järele on kokkuleppeline, sõltudes küll nii objektiivsetest teguritest, milleks on rahva tervis, kui ka inimeste soovidest ning ootustest tervishoiuteenuste kättesaadavuse kohta.

Tervishoiu rahastamise süsteem on majanduslikult jätkusuutlik, kui majandus suudab luua piisavalt ressursse tervishoiuteenuste kulude katmiseks. Tervishoiu rahastamise süsteem on sotsiaalselt (ja seega ka poliitiliselt) jätkusuutlik, kui ühiskond on rahul tervishoiu rahastamise jaotuse, viiside ja tasemega.

Selleks, et tervishoiu rahastamine saaks olla majanduslikult jätkusuutlik, peavad tulude ja kulude pool olema süsteemselt tasakaalustatud. Jätkusuutlik süsteem peab kohanema demograafiliste protsesside ja majandusarenguga, mis mõjutavad nii tulude poolt läbi ravikindlustuse maksubaasi ja erasektori maksujõu, kui ka kulude poolt läbi areneva tervishoiutehnoloogia, muutuvate tervishoiuteenuste hindade ja tervishoiuteenuste vajaduse.

Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse mõjutamise vahendid on seega mitmetasandilised: rahva tervise parandamine, sündimuse tõstmine, tööhõive suurendamine, tervishoiusüsteemi efektiivsuse suurendamine, tervishoiu finantseerimise suurendamine läbi maksubaasi mitmekesistamise, riigieelarve ja kohalike omavalitsuste panuse suurendamise või omaosaluse muutmise.

Käesolevas uurimuses on fookus majanduslikul jätkusuutlikkusel. Selleks analüüsime Eesti tervishoiu rahastamise seniseid arenguid ja prognoosime, mis juhtuks, kui jätkub praegune peamiselt ravikindlustusele tuginev tervishoiu finantseerimise süsteem.

Käesoleva peatüki järgmistes alapunktides tutvustame tervishoiu finantseerimise iseloomustamiseks kasutatavaid näitajaid, analüüsime üldisi arenguid Eesti tervishoiu finantseerimisel viimastel aastatel ja võrdleme Eestit teiste Euroopa riikidega. Ehkki riikidevahelisel võrdlusel on mitmeid ohte, mida hiljem ka lähemalt tutvustame, on rahvusvaheline võrdlus siiski väga levinud andmaks hinnangut tervishoiu finantseerimise hetkeseisule.

1.2. Kasutatavad võrdlusnäitajad ning Eesti tervishoiu rahastamine rahvusvahelises võrdluses

Kõige sagedasemalt kasutatavad näitajad riikide tervishoiu rahastamise võrdlemisel on järgmised:

- 1) tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist (lühidalt THKK/SKP e. THKK % SKPst);
- 2) avaliku sektori osakaal tervishoiu kogukuludes ning tervishoiukulude osakaal avaliku sektori kogukulutustest;
- 3) tervishoiu kogukulu elaniku kohta, korrigeerituna ostujõu pariteedile (lühidalt THKK per capita PPP) või hinnamuutustele.

1.2.1. Tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist

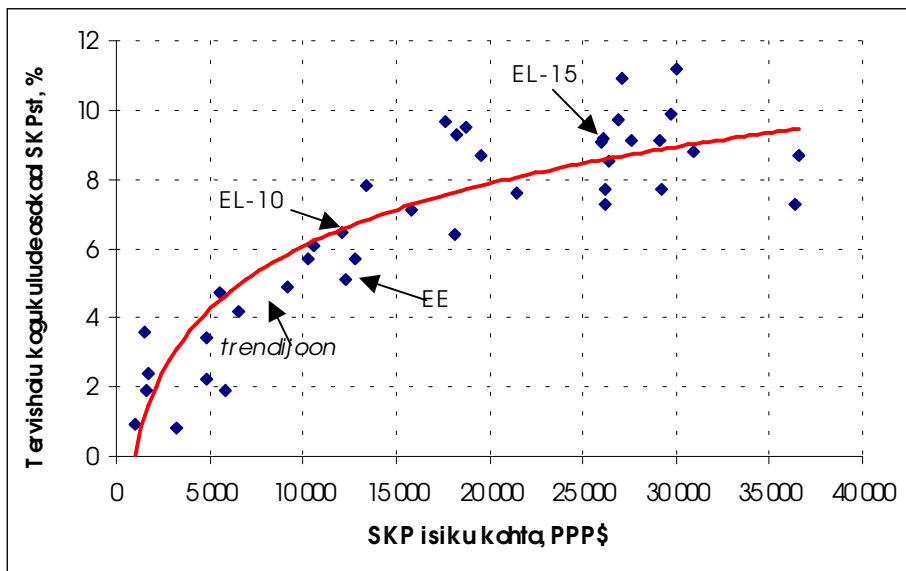
Tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist on kõige üldisem näitaja erinevate riikide tervishoiu rahastamise võrdlemisel ning ka ühe riigi tervishoiu kogukulude jälgimisel üle aastate. Tervishoiu kogukuludena arvestatakse kõiki riigi tervishoiukulusid, hõlmates nii avaliku kui erasektori kulud, samuti välisallikate kulud. Arenenud riikides, kus välisallikate osa tervishoiu finantseerimisel on tühine, sh Eestis, näitab tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist kui suure osa ühe aasta jooksul ühiskonna poolt loodud kogurikkusest kulutab ühiskond tervishoiule.

Enamus uuringuid näitab, et inimesed (nii üksikuna kui ka ühiskonnana) kalduvad sissetulekute kasvades kulutama proportsionaalselt suuremat osa sissetulekust tervishoiule ehk riikidel kõrgema SKP tasemega elaniku kohta on reeglina kõrgem tervishoiu kogukulude tase.

Samas tuleb kohe rõhutada, et tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist iseenesest ei iseloomusta, kas kõrgemad kulud on tingitud kõrgemast tervishoiuteenuste hinnast või enam pakutud teenustest. Samuti ei suuda antud näitaja arvestada muutusi rahvastiku arvus ja vanusstruktuuris. Seega iseloomustab see näitaja mitte niivõrd tervishoiuteenuste kättesaadavust vaid pigem seda, kui suur osa ühiskonna ressursse suunatakse tervishoiuteenuste pakkujatele. See, kas suuremate ressursside eest pakutakse rohkem või paremat teenust, ja veelgi enam, seda milline on nende kulutuste mõju inimese tervisele, tervishoiukulude osakaal SKPst näidata ei suuda.

Joonisel 1.1. (järgmine lk) on võrdlusena välja toodud WHO Euroopa regiooni riikide ostujõu pariteedile kohandatud SKP isiku kohta ja tervishoiu kulude osakaal SKPst, kus eelkirjeldatud positiivne seos riigi rikkuse ja tervishoiukulude osakaalu vahel trendijoonel selgelt välja joonistub. Eestis oli 2002. aastal tervishoiukulude osakaal SKPst madalam, kui teistel samal rikkusastmel riikidel. Samas peab tähelepanu pöörama ka suurele varieeruvusele tervishoiukulude osakaalus SKPst sama SKP-tasemega riikide seas. Näiteks riikidel, mille SKP elaniku kohta on 26-27 000 PPP\$, on tervishoiukulude osakaalud 7,3-11% SKP-st. Seega ühest seost või nn “õiget ehk optimaalset” tervishoiukulu taset riikidevaheline võrdlus välja ei too.

Joonis 1.1. Tervishoiu kogukulude osakaal SKPst Euroopa riikides ning SKP elaniku kohta kohandatud ostujõupariteedile (2002. aastal).

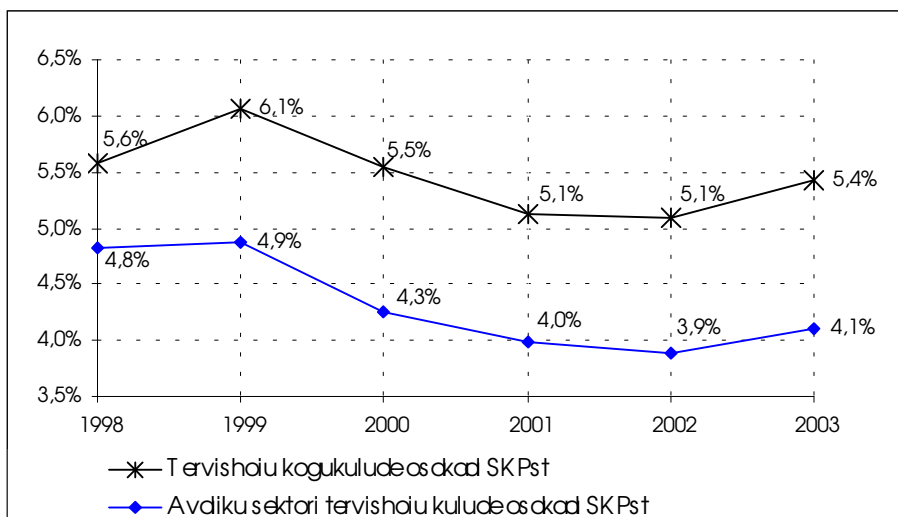


Allikas: WHO European Health for All Database

Eesti tervishoiu kogukulude osakaal SKPst on olnud suhteliselt stabiilne, varieerudes vahemikus 5,1-6,1% SKP-st.¹ 2003. aastal oli kogutervishoiukulu 5,4% SKPst (joonis 1.2). Kõrgeim oli see näitaja 1999. aastal, mis oli osaliselt tingitud majanduse üldisest olukorrast. Venemaa majanduskriisi tulemusena oli sellel aastal SKP reaalkasv negatiivne, kuid samas erakulutused tervishoiule kasvasid ning madal ravikindlustusmaksu laekumine ja sellega kaasnenud haigekassa defitsiit kompenseeriti haigekassa reservide kasutamiseega. See tagas omakorda kõrgema tervishoiu kogukulude taseme osakaaluna SKPst. Järgmistel aastatel (2001-2003) toimunud haigekassa reservide taastamine tõi taas kaasa madalamad tervishoiu kogukulud.

¹ Eestis on süsteemse tervishoiu kogukulude arvestusega tegelenud Sotsiaalministeerium 1998. aastast ning alates 1999.aastast on tervishoiu kogukulude arvestusmetoodika püsinud aastati võrreldavana. Varasemate aastate kohta toodud näitajad on olnud ligikaudsed, mistõttu antud töös neid kasutada.

Joonis 1.2. Tervishoiu kogukulude ja avaliku sektori tervishoiu kogukulude osakaal SKPst aastatel 1998-2003.



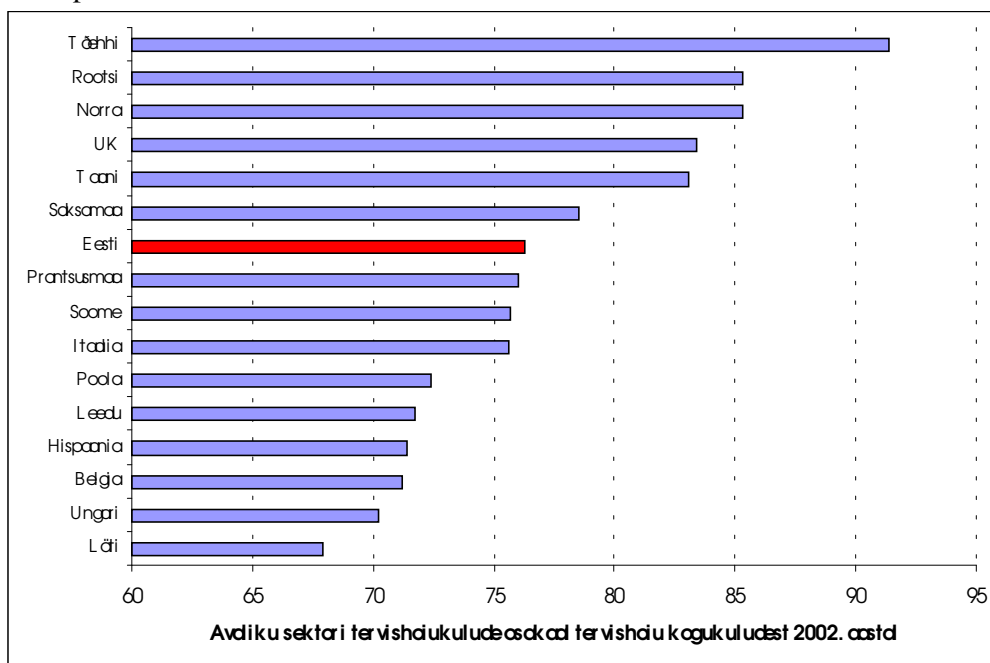
Allikas: WHO European Health for All Database, Sotsiaalministeerium

1.2.2. Avaliku sektori osakaal tervishoiu kogukuludes

Tervishoiusüsteemide iseloomustamisel vaadatakse era- ja avaliku sektori tervishoiukulude osakaalu tervishoiu kogukuludes. Suurem avaliku sektori kulude osakaal tagab inimestele terviseriskide eest ühtlasema ja õiglasema finantskaitse, sest arstiabi kättesaadavus sõltub vähem inimese maksevõimest. Samuti on avaliku sektori kulu see osa tervishoiufinantseeringust, mis on kõige otsesemalt riigi poolt kontrollitav ning seega ka kõige täpsemalt prognoositav ja korrigeeritav.

Euroopa riike iseloomustab avaliku sektori tervishoiukulude suur osakaal – tavaliselt 75-85% kogu tervishoiukuludest on kaetud avalikust sektorist tulevatest vahenditest. (joonis 1.3).

Joonis 1.3. Avaliku sektori tervishoiukulude osakaal tervishoiu kogukuludes valitud Euroopa riikides.



Allikas: WHO European Health for All Database

Kuigi Eesti on võrreldes teiste üleminekeriikidega säilitanud suhteliselt kõrge avaliku sektori tervishoiukulude taseme ja seeläbi elanikkonna terviseriskide ühtlasema finantskaitse, peab ära märkima, et avaliku sektori kulude osatähtsus on aastate lõikes langenud. Kui 1998. aastal moodustasid Eestis avaliku sektori kulud 86% tervishoiu kogukuludest, siis 2003. aastal 75%. Aastal 2003 oli Eestis avaliku sektori tervishoiu kulude osakaal SKPst 4,1%, mis võrreldes 1998. aasta tasemega on 0,7 protsendipunkti võrra madalam (joonis 1.2. eelpool). Samas on avaliku sektori tervishoiukulude juures oluline silmas pidada, et nende osakaalu suurendamisel on sotsiaalne hind läbi teiste avaliku sektori teenuste kättesaadavuse vähenemise.

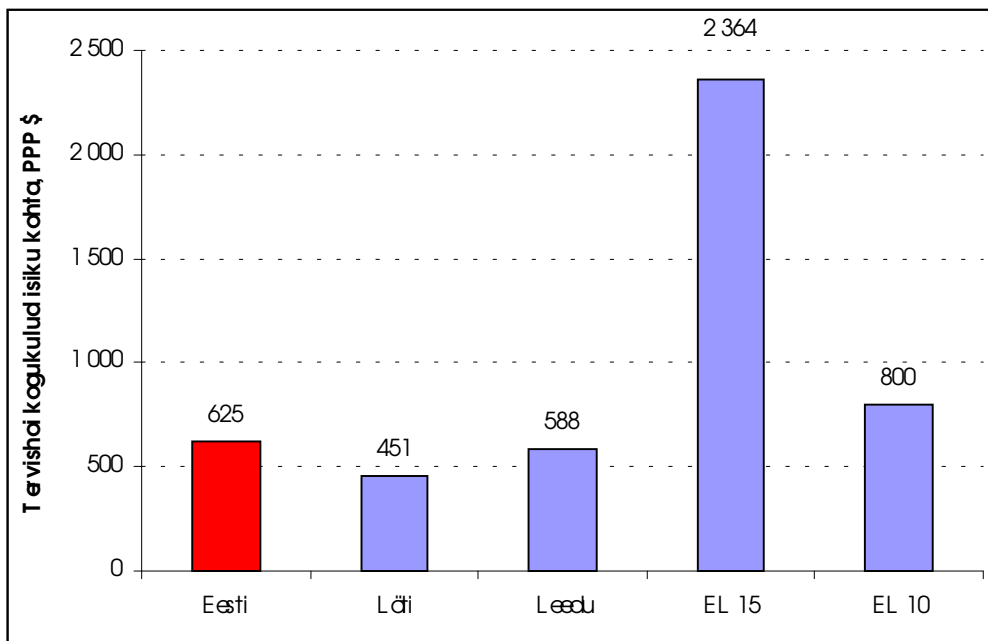
1.2.3. Tervishoiu kogukulu elaniku kohta

Tervishoiukulud inimese kohta näitavad, kui palju rahalises vääringus isiku kohta tervishoiule kulutatakse. Antud indikaator iseloomustab kõige paremini tervishoiuteenuste jaoks kasutada oleva ressursi taset.

Eelnevalt käsitletud näitaja "tervishoiu kogukulude osakaal SKPst" seda teha ei võimalda. Võtmaks arvesse erinevusi tervishoiuteenuste hindades, arvestatakse rahvusvahelisel võrdlemisel riikide erineva hinnatasega ning kasutatakse korrigeerimist ostujõuga. Ühe riigi kulude võrdlemisel aastate lõikes arvestatakse muutustega tervishoiuteenuste hindades.

Joonisel 1.4. on esitatud tervishoiu kogukulud isiku kohta võttes arvesse erinevusi ostujõus Balti riikides ning Euroopa Liidu riikides keskmiselt, vaadeldes eraldi nn vanu (EL15) ja uusi liikmesriike (EL10 ehk 1. mail 2004 liitunud riigid).

Joonis 1.4. Ostujõuga kohandatud tervishoiu kogukulud isiku kohta Eestis, Lätis, Leedus ja EL liikmesriikides keskmiselt 2002. aastal.

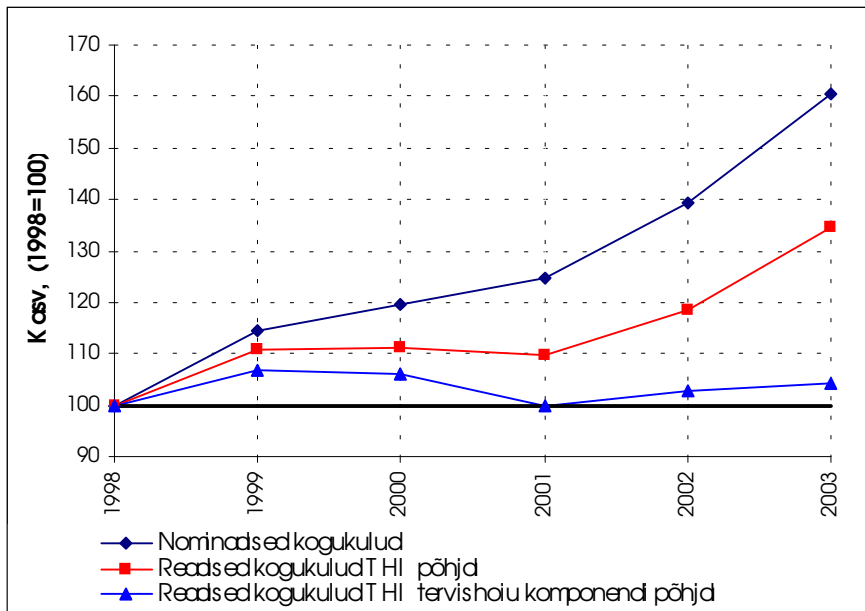


Allikas: WHO European Health for All Database

Kui uute liikmesriikide keskmisest tasemest ei jää Eesti väga kaugelt (EL-10 keskmisest tasemest moodustab Eesti kulude tase ligi 80%), siis vanade liikmesriikide keskmisest tervishoiu kogukulude tasemest isiku kohta moodustas Eesti tervishoiukulude tase kõigest veerandi. Meiega samal arengutasemel oleva Läti ja Leeduga võrreldes on Eesti tervishoiusüsteemis isiku kohta suhteliselt rohkem raha.

Eestis kulutati 2003. aastal tervishoiusüsteemis ligi 5 000 krooni isiku kohta. 1998. aastal oli sama näitaja ligikaudu 3 000 krooni. See tähendab et kuue aastaga on tervishoiukulud isiku kohta kasvanud 2 000 krooni võrra, ehk tervishoiu kogukulude kasv antud perioodil 1998-2003 oli 60%. (joonis 1.5 – nominaalsed kogukulud).

Joonis 1.5. Tervishoiu kogukulude kasv elaniku kohta aastatel 1998-2003.



Allikas: Sotsiaalministeerium; Statistikaamet

Samas ei saa sellest järeldada, et tervishoiusüsteem oli 2003. aastal võrreldes 1998. aastaga 60% võrra „rikkam“, kuna samaaegselt on toimunud ka üldine hinnataseme tõus. Tervishoiu kogukulude suhteliselt kõrge nominaalkasv on osaliselt tingitud tervishoiuteenuste hinnatõusust. Hinnataseme arvestamiseks on meil mitmeid võimalusi.

Kõige lihtsam viis üldist hinnataseme tõusu saab arvesse võtta on kohandades tervishoiu kogukulude kasvu tarbijahinnaindeksi muutusega. Selle tulemusena tervishoiu kogukulude kasv isiku kohta väheneb ligi poole võrra, st perioodil 1998-2003 oli tervishoiu kogukulude reaalkasv isiku kohta 34% (joonis 1.5 – reaalsed kogukulud THI põhjal). Märkimist väärib, et aastatel 2000 ja 2001 tervishoiu kogukuludes isiku kohta reaalkasvu ei toimunud ning 2001. aastal oli reaalkasv isegi negatiivne.

Et tervishoiusektori sisene hinnatõus võib erineda keskmisest hinnatõusust, tuleks kasutada üldise tarbijahinnaindeksi asemel tervishoiusektori spetsiifilist hinnaindeksit. Kuna Eestis ei ole kättesaadav tervishoiusektori hinnaindeks, siis üheks võimaluseks on kasutada tarbijahinnaindeksi tervishoiuteenuste osaindeksit. Viimane kajastab ennekõike inimeste omaosaluse eest ostetavate tervishoiuteenuste ja –toodete kallinemist ja see võib mõnevõrra erineda tervishoiusektori keskmisest hinnatõusust. Kasutades tarbijahinnaindeksi tervishoiuteenuste osaindeksit tuleb vaatlusaluse perioodi reaalkasvuks kõigest 4% (joonis 1.5- reaalsed kogukulud THI tervishoiukomponendi põhjal).

Tervishoiuteenuste kallinemist iseloomustab ka tabelis 1.1 võrreldud nelja erineva tervishoiuteenuse (eriarsti vastuvõtt, haigla voodipäev ja kaks komplekshinnaga operatsiooni) hindade tõusu ajavahemikul 1999-2003. Kõige enam on sel perioodil tõusnud voodipäeva hind kasvades kokku 69%. Eriarsti esmane vastuvõtt on kasvanud

38% ning mõlema kompleksteenuse hind 27%². Kuigi hinnatõusud on olnud suhteliselt erinevad, on kõigi nende teenuste hinnatõusu tase küllaltki kõrge. Võrdluseks võib siin võtta tarbijahinnaindeksi, mis samal perioodil kasvas kõigest 15%. Samas tarbijahinnaindeksi tervishoiu komponendi kasv oli 44%.

Tabel 1.1. Valitud tervishoiuteenuste hinnad 1999-2003, kr

Tervishoiuteenuse hind	02.1999	05.2001	06.2002	09.2002	07.2003	Hinnatõus 1999-2003, %
Normaalne sünnitus	4 500	4 680	4 951	4 951	5 712	27
Apendektoomia e. pimesooleoperatsioon	4 400	4 576	4 841	4 841	5 571	27
Eriarsti esmane vastuvõtt	80	83	90	95	110	38
Uroloogia voodipäev	320	333	360	383	540	69

Allikas: Haigekassa

Seega, kuigi inimese kohta tervishoiukulude nominaalkasv oli aastatel 1998-2003 ligi 60%, läks hinnanguliselt üle poole sellest kasvust hinnatõusu katmiseks tervishoius. Kogu reaalkasv antud perioodil võiks jääda kümnekonna protsendi juurde.

1.3. Ohud tervishoiukulude riikidevahelisel võrdlusel

Kuigi tervishoiu kulude tasemele hinnangu andmiseks võrreldakse enamasti oma riigi taset teiste riikidega, ei saa võrdlusest siiski teha üheseid järeldusi.

Kõige pealt tuleb rõhutada, et tervishoiukulu näitajad ei ütle tingimata midagi kindlat selle kohta, millises riigis on inimesed tervemad, tervishoid kvaliteetsem või isegi seda kas ühes riigis on tervishoid paremini finantseeritud kui teises. Selliste järelduste tegemiseks tuleb lisaks analüüsida inimeste tegelikku tervist, pakutavaid tervishoiuteenuseid ja tervishoiusüsteemide kulusid mõjutavaid tegureid.

Nii tervishoiu kogukulu osakaal SKPst kui ka tervishoiu kogukulu elaniku kohta on suhtelised näitajad, mis ei võimalda eristada seda, kas kõrged kulud on tingitud kõrgetest hindadest või pakutud teenuste suurest hulgast, ehk teisisõnu on raske arvestada riikidevahelisi erinevusi tervisesüsteemi efektiivsuses (The World Bank 2004). Enamasti kasutatakse rahvusvahelise võrreldavuse suurendamiseks kulude kohandamist ostujõu pariteedile. See võimaldab arvesse võtta erinevate toodete hinnaerinevusi riigiti. Kuna aga ostujõu pariteedile kohandamisel lähtutakse üldise ostukorvi hinnaerinevustest ja mitte tervishoiusektori spetsiifilistest hinnaerinevustest, mis võivad olla oluliselt teistsugused, siis võib see viia ekslikele järeldustele (Klavus et al 2004).

Samuti ei arvesta tervishoiu kogukulu osakaal SKPst ja tervishoiu kogukulu elaniku kohta vajadust tervishoiuteenuste järele (rahvastiku vanusstruktuuri, haigestumist jmt).

² Aastal 2003 lisandus tervishoiuteenuste hinnale kapitalikulu, mis mõningal määral avaldab mõju kogu hinnatõusule vaatlusalusel perioodil. Kapitalikulude mõju eemaldamisel oli uroloogia voodipäeva hinnatõus 43%, eriarsti esmase vastuvõtu hinnatõus 26% ning mõlema kompleksteenuse hinnatõus 20%.

Seega võivad riikides, mis on samal tasemel tervishoiukulu näitajaga elaniku kohta või osakaaluga SKPst, olla väga erinevad tervishoiuteenuse kättesaadavuse tasemed.

Jätkusuutlikkuse aspektist vaadates ei võimalda antud näitajad arvestada pikemaajalisi trende. Mitmete arenenud riikide kohta tehtud analüüsid on näidanud, et tänased kõrged tervishoiukulud ei pruugi olla jätkusuutlikud väheneva tööjõu ja vananeva rahvastiku tingimustes. Euroopa Komisjoni raport (European Commission 2001) näeb rahvastiku vananemisest tingitud probleeme just Skandinaavia riikide jaoks, kus hooldusravi kulud on juba praegu suhteliselt kõrged.

Eeltoodud põhjustel tuleb riikidevahelisse tervishoiu kogukulude võrdlusesse suhtuda ettevaatlikkusega ning seetõttu ei peaks langetama tervishoiukulude suurendamise või vähendamise otsuseid üksnes rahvusvahelisele võrdlusele tuginedes. Selleks, et tervishoiusüsteem täidaks oma eesmärgi võimalikult hästi, on kriitilise tähtsusega tagada süsteemi administratiivne efektiivsus – et võimalikult suur osa tervishoidu suunatavast finantseerimisest jõuaks teenuse vormis tarbijani. Tervishoiukulude suurendamise otsust tuleks pigem vaadelda kui investeeringut, mille teostamise otsus tehakse ennekõike oodatava tulususe alusel ehk kui palju lisandväärtust (tervist) suudab täiendav lisaressurss tervisekesektorisse toota.

2. EESTI TERVISHOIU KOGUKULUD ALLIKATE LÖIKES

2.1. Tervishoiukulude struktuuri areng

Tervishoidu rahastatakse Eestis läbi kuue erineva allika: keskvalitsuse eelarve, kohalike omavalitsuste eelarve ja ravikindlustuse eelarve, inimeste omaosaluse, muu erasektori ja välismaailma kaudu. Olulisemateks tervishoiu rahastamise allikateks on ravikindlustuse eelarve (2003. aastal 65% kogukuludest) ja inimeste omaosalus (21% kogukuludest). Erinevate rahastamisallikate vahelised proportsioonid on perioodil 1999-2003 olnud suhteliselt stabiilsed (vt tabel 2.1), kuid kõige enam on proportsionaalselt kasvanud inimeste omaosaluse osakaal kogu tervishoiu kuludest (14%-lt 1999. aastal 21%-ni 2003. aastal).

Tabel 2.1. Tervishoiu kulud erinevate allikate lõikes 1999-2003, milj krooni*

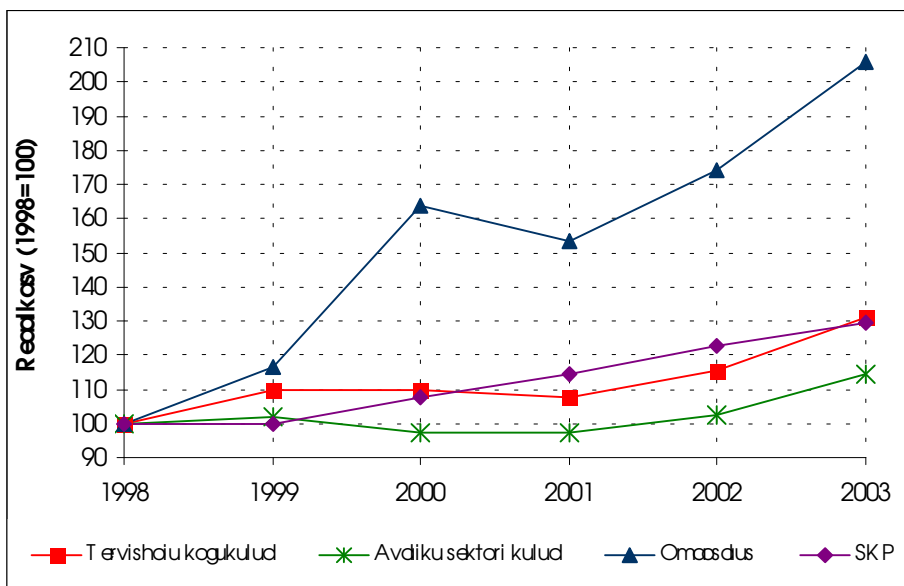
Allikas	1999		2000		2001		2002		2003	
	Kulud	%	Kulud	%	Kulud	%	Kulud	%	Kulud	%
Keskvalitsus	431	9	431	8	439	8	485	8	599	9
Kohalik omavalitsus	107	2	105	2	140	3	151	3	99	1
Ravikindlustus	3263	66	3396	66	3587	67	3910	66	4456	65
Omaosalus	693	14	1015	20	1006	19	1184	20	1416	21
Muu era	278	6	182	4	182	3	227	4	256	4
Välismaailm	175	4	16	0	0	0	0	0	4	0
THKK kokku	4950	100	5146	100	5354	100	5958	100	6831	100

* THKK – tervishoiu kogukulud

Allikas: Sotsiaalministeerium

Tervishoiu kogukulude reaalkasv oli perioodil 1998-2003 34%, mis on samas suurusjärgus SKP reaalkasvuga samal perioodil. Samas avaliku sektori tervishoiukulude reaalkasv oli samal perioodil kõigest 14%. Kõige suurem reaalkasv, rohkem kui 100%, oli isikute omaosalusel (joonis 2.1.) Järelikult püsis tervishoiu kogukulude reaalkasv SKP reaalkasvuga samal tasemel peamiselt läbi omaosaluse tõusu.

Joonis 2.1. Tervishoiukulude reaalkasv (erinevate rahastamisallikate lõikes) ja SKP reaalkasv, 1998=100.



Allikas: WHO European Health for All Database, Sotsiaalministeerium, Statistikaamet, autorite arvutused

Märkus: Tervishoiukulude reaalkasv on leitud THI põhjal.

2.2. Avaliku sektori tervishoiukulud

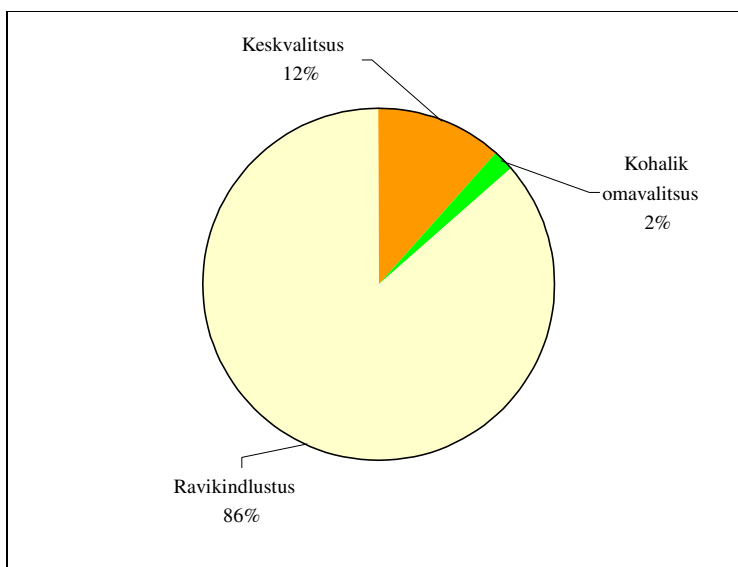
Enamuse tervishoiukuludest moodustavad Eestis avaliku sektori kulud – 2003. aastal 75%. Kuigi 1990ndate alguse kohta puuduvad usaldusväärsed andmed tervishoiu kogukulude kohta, võib eeldada, et siis oli avaliku sektori osatähtsus tänasega võrreldes suurem.

Avaliku sektori tervishoiukuludest omakorda peamise osa moodustab ravikindlustus, s.o 86% kogu avaliku sektori vastavatest kuludest (joonis 2.2). Ravikindlustuse vahendid kogutakse läbi 13% sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, mida peamiselt tasuvad töötajad töötajate palgafondilt. Läbi aastate on ravikindlustuse osakaal nii tervishoiu kogukuludest kui ka avaliku sektori tervishoiu kogukuludest püsinud stabiilsena.

Tähtsuse järgmine avaliku sektori kulude allikas on keskvalitsus, mille osatähtsus võrreldes ravikindlustusega on oluliselt väiksem. Aastal 2003 moodustas keskvalitsuse osa kogu avaliku sektori tervishoiu kuludest 12%. Peamise osa keskvalitsuse kuludest moodustavad kulud kindlustamata isikute vältimatule arstiabile ja kiirabile läbi Sotsiaalministeeriumi eelarve.

Kohalike omavalitsuste osa tervishoiu rahastamisel on vähene moodustades 2003. aastal 2% avaliku sektori tervishoiu kuludest. Kohalikel omavalitsustel seadusega pandud kohustused tervishoiu rahastamisel puuduvad.

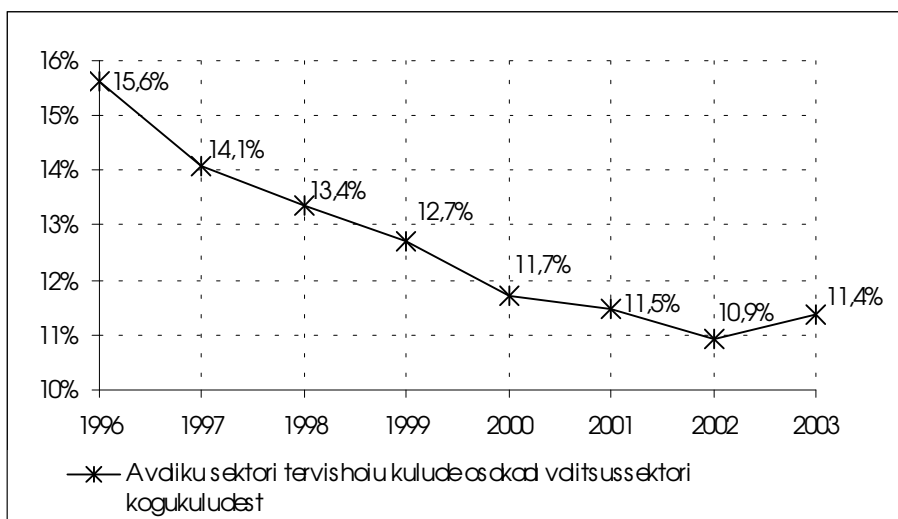
Joonis 2.2. Erinevate allikate osatähtsus avaliku sektori tervishoiu kuludest 2003. aastal.



Allikas: Sotsiaalministeerium

Üks võimalik viis, kuidas hinnata kogu valitsussektori prioriteete, sh tervishoiu olulisust, on vaadata avaliku sektori tervishoiukulude osakaalu valitsussektori kogukuludest. Eestis on see näitaja kuni 2002. aastani pidevalt langenud ning tõusis veidi 2003. aastal. 1996. aasta 16%-lt on avaliku sektori tervishoiukulud kahanenud 11%-le 2003. aastal (joonis 2.3).

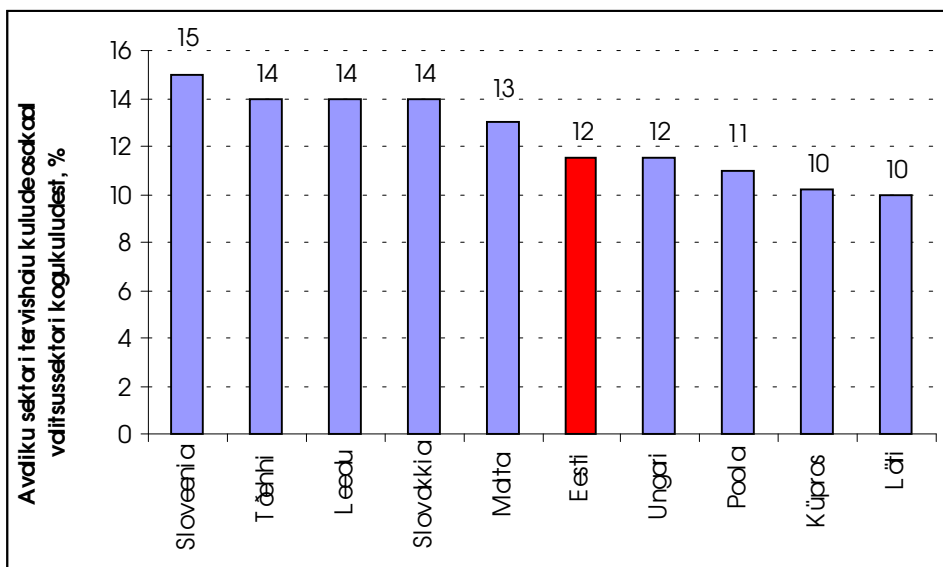
Joonis 2.3. Avaliku sektori tervishoiukulude osakaal valitsussektori kogukuludest.



Allikas: Sotsiaalministeerium, Eesti Pank, autorite arvutused

Kuigi Eesti avaliku sektori tervishoiukulude osakaal kogu valitsussektori kuludest on aja jooksul kahanenud, siis võrdluses teiste uute Euroopa Liidu liikmesriikidega on Eesti keskmisel tasemel (joonis 2.4).

Joonis 2.4. Avaliku sektori tervishoiukulude osakaal avaliku sektori kogukuludest 2002. aastal.



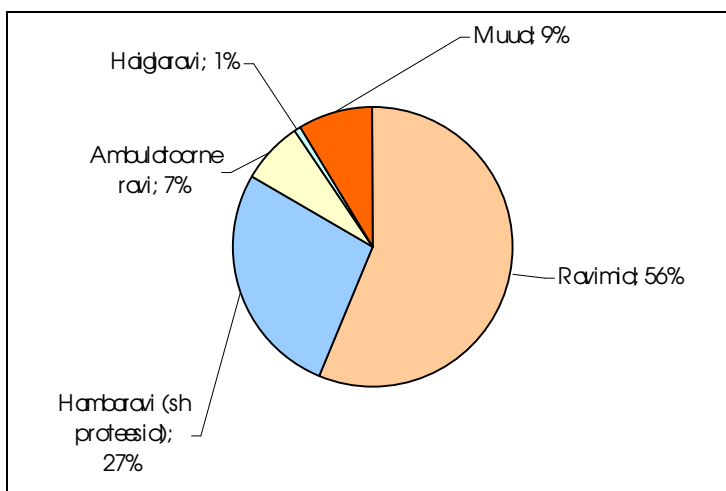
Allikas: WHO/EURO, 2004

2.3. Erasektori tervishoiukulud

Erasektori osakaal tervishoiu rahastamisel oli 2003. aastal 25%. Peamise osa (85%) erasektori rahastamisest moodustab inimeste omaosalus, mis hõlmab erinevaid kaasmakseid ravikindlustussüsteemi kaudu hüvitatavatele teenustele (retseptiravimid, visiiditasud), aga ka tasumist nende teenuste eest, mida ravikindlustus ei kata (nt täiskasvanute hambaravi). Ülejäänud erasektori tervishoiukulud moodustavad tööandja poolt makstav reisi tervisekindlustus, töotervishoiukulud jmt.

Inimeste omaosalusest moodustavad suurima osa ravimikulud, mille hulka kuuluvad retseptiravimite puhul inimese enda poolt tasutav summa ning käsimüügiravimite kulud. Aastal 2003 moodustasid ravimikulud 56% inimeste omaosalusest (joonis 2.5). Teiseks suurimaks omaosaluse põhjuseks on hambaravikulud – 27%. Teiste kululiikide, nagu ambulatoorsete teenuste ja haiglaravi eest tasumine, osatähtsus on oluliselt väiksem.

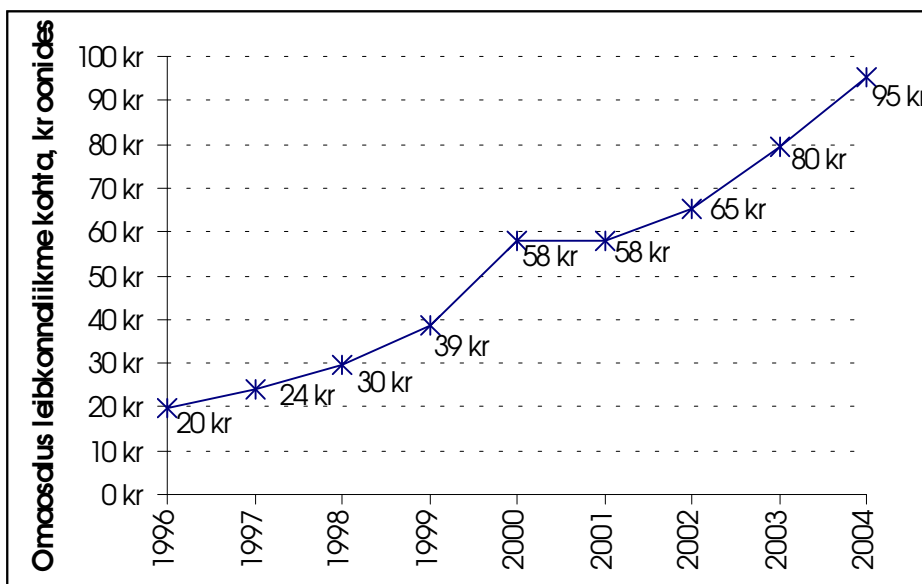
Joonis 2.5. Inimeste omaosalus kululiikide lõikes, 2003.



Allikas: Statistikaamet

Inimeste omaosalus on üheksakümne aastate algusest pidevalt kasvanud. Statistikaameti leibkonnauuringu andmete põhjal oli 1996. aastal inimese kohta keskmine tervishoiule tehtav kulutus kuus 20 krooni, siis 2004. aastal 95 krooni (joonis 2.6). Eriti suur kasv oli inimeste omaosaluses 2003. ja 2004. aastal, mis on põhjendatav muutustega ravikindlustuse seadusandluses (visiidi- ja voodipäevatasude kehtestamine tervishoiuasutuste poolt, täiskasvanute hambaravi tasumise korra muutus).

Joonis 2.6. Omaosalus leibkonnaliikme kohta kuus, 1996-2004.

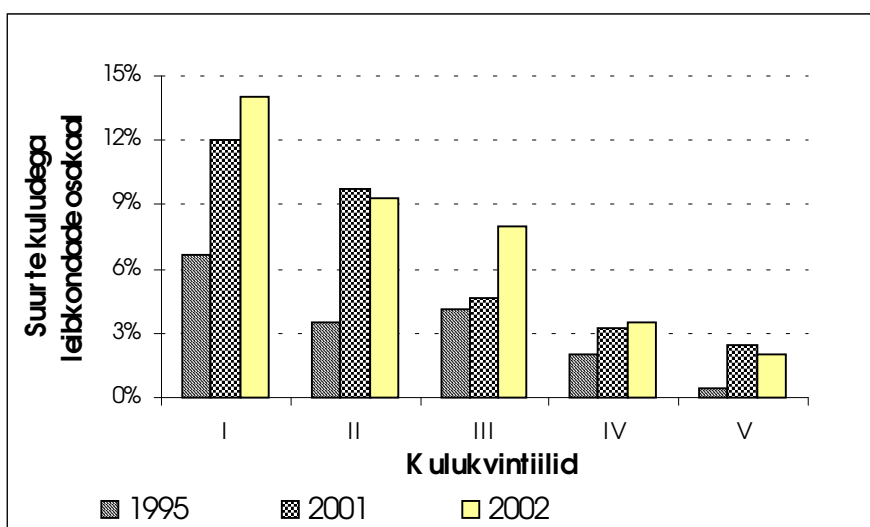


Allikas: Statistikaamet

Omaosaluse mõju hindamisel arstiabi kättesaadavusele ja pere üldisele toimetulekule on oluline analüüsida, kuidas omaosalus jaotub erineva sissetulekuga leibkonnarühmades ning millise osa leibkonnaeelarvest omaosalus moodustab.

Vaadates omaosaluse osakaalu eri kulukvintilidesse kuuluvates leibkondades (joonis 2.7), on näha, et aastatega on tõusnud madalamasse kvintiili kuuluvate leibkondade arv, kus inimeste otsesed kulud tervishoiule ületavad suureks peetavat piiri (moodustavad üle 20% leibkonna sissetulekust, millest on maha arvatud kulutused minimaalsele toidukorvile). 2002. aastal oli niisuguseid leibkondi juba 14% madalaima kvintiili leibkondadest. Kõige kõrgemas kvintiilis on suured omaosaluskulud võrreldes leibkonna sissetulekuga alla 3% leibkondadest.

Joonis 2.7. Suure tervishoiukuluga leibkondade osakaal kulukvintilides, 1995, 2001 ja 2002.

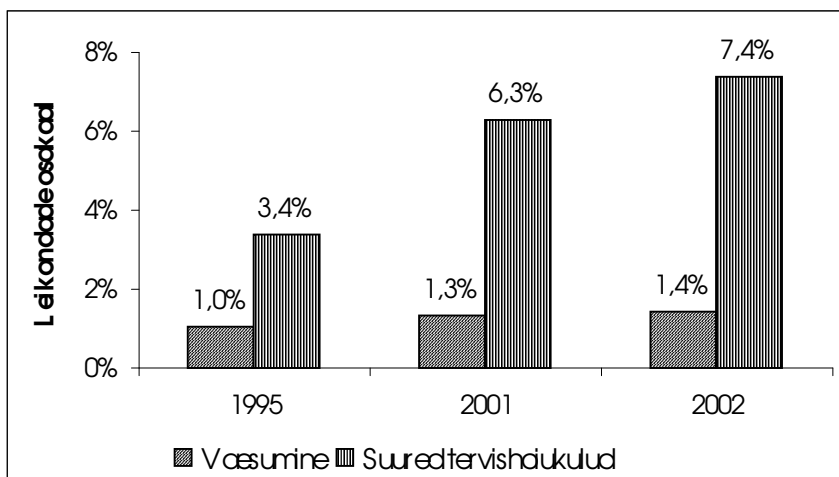


Allikas: Habicht J jt. 2005

Märkus: Tervishoiukulud on suured, kui need moodustavad üle 20% leibkonna sissetulekust, millest on maha arvatud kulutused minimaalsele toidukorvile

Suurte tervishoiukuludega leibkondade osakaal tõusis 2002. aastaks 7,4%-ni leibkondade koguarvust. Vaesusriskis oli tervishoiukulude tõttu 2002. aastal 1,4% leibkondadest (joonis 2.8).

Joonis 2.8. Tervishoiurahastamise suure omaosalusega leibkondade osakaal ja tervishoiukulude tõttu vaesusriski sattunud leibkondade osakaal 1995, 2001 ja 2002.



Allikas: Habicht J jt. 2005

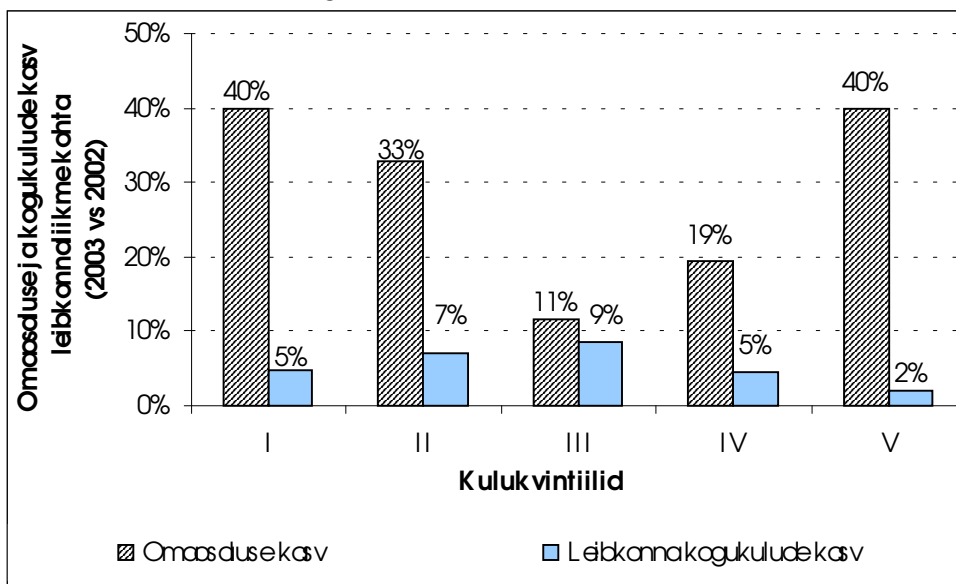
2003. aastal oli vaesemasse ja rikkaimasse kuludetsiili kuuluvates leibkondades tervishoiule tehtavate kulutuste absoluutne vahe rohkem kui kahekümnekordne, st rikkaimad 10% inimestest kulutasid tervishoiule ligi 20 korda rohkem kui vaeseim 10%.

Kuna on teada, et 2003. aastal toimus suur omaosaluse kasv, siis saab vaadata, kuidas viimane avaldas mõju erineva sissetulekuga leibkondadele. Joonisel 2.9. on toodud kulukvintiilide lõikes leibkondade kogukulude ja tervishoiule tehtavate kulude kasv 2003. aastal võrreldes 2002. aastaga.

Kõige kiiremini kasvasid tervishoiukulud esimesesse ja viiendasse kulukvintiili kuuluvates leibkondades. Samas leibkondade kogukulud kasvasid esimeses kulukvintiilis vaid 5% ja viiendas kulukvintiilis 2%, mistõttu tervishoiukulude osakaal leibkondade kogukuludes kasvas (vt ka tagapool joonist 3.9 tervishoiukulude osakaalu kohta leibkondade kogukuludes).

Samas tuleb rõhutada, et kõige vaesemates ja kõige rikkamates elanikkonnakihtides tehakse erinevat tüüpi tervishoiukulusid. Kui vaesemad leibkonnad teevad peamiselt kulutusi ravimitele, siis kõrgema sissetulekuga inimesed kasutavad rohkem hambaravi ning teisi tasulisi tervishoiuteenuseid (Habicht jt 2005, Kunst jt 2002).

Joonis 2.9. Leibkondade omaosaluse ja kogukulude kasv kuluvintiilide lõikes (2003. aasta võrreldes 2002. aastaga)



Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

Seega näitab ülaltoodud analüüs, et tervishoiukulude osakaal leibkondade kogukuludes on kasvanud. Ehkki tervishoiukulude osakaal leibkondade eelarves on keskmiselt veel suhteliselt väike (pisut üle 3%), on kulude suuruse jaotus leibkondades tegelikult väga ebahühtlane, mistõttu osa leibkondi võib sattuda vaesusesse tervishoiukulude tõttu või peavad omaosaluse tõttu loobuma tervishoiuteenuste või ravimite tarbimisest.

2.4. Hinnang senisele tervishoiu rahastamissüsteemile

Eesti tervishoiu rahastamine on püsinud vahemikus 5,1-6,1% SKP-st. Rahastamissüsteem tugineb 2/3 osas sihtotstarbelisele maksule (sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa), mis konkureerimata teiste kulutustega riigieelarves, on taganud üldiselt tervishoiu stabiilse rahastamise. Riigieelarve ja kohalike omavalitsuste eelarvete osakaal tervishoiu rahastamisel on pisut vähenenud, mida on kompenseerinud erasektori kulude tõus tervishoiule ja eriti inimeste omaosaluse tõus (tasemeni 21% tervishoiu kogukuludest 2003. a).

Võrreldes teiste siirdemajandusega riikidega on Eesti suutnud säilitada tervishoiukulude katmise avaliku sektori poolt Euroopa keskmisel tasemel- 75-77% tervishoiu kogukuludest. Samas on Eestis otsesest palgafondi maksustamisest kaetav tervishoiukulude osakaal Euroopa kõrgeim (67%). Veidi üle 60% katavad otsese palgafondimaksuga tervishoiukulusid ka Saksamaa ja Holland, ning teised riigid jäävad alla 50% osakaalu, kasutades enam kogutulu maksustamist või siirdeid riigieelarvest. (Saltman jt 2004). Laialdane toetumine otsesele palgafondimaksule võib ohustada solidaarse tervishoiurahastamise jätkusuutlikkust, sest võib tekitada maksjates (töötajates) tunde, et tervishoiuteenused, mida nad ise saavad, ei ole vastavuses nende panusega süsteemi rahastamisse.

Valdavas osas avaliku sektori kaudu tervishoiu rahastamise tõttu on leibkondade osakaal, mis inimeste otsese tervishoiukulude ehk omaosaluse tõttu vaesusriski on jäänud, senini alla 1,5% leibkondadest. Siiski on oluline märkida, et kõrgete tervishoiukuludega leibkondade osakaal on viimastel aastatel kasvanud. Kõrgete tervishoiukulude riskiga on eelkõige leibkonnad, kus on üle 65-aastased inimesed (Habicht J jt 2005). Probleem on ka ravikindlustusega hõlmamata 6-7% elanikkonnale arstiabi tagamine.

Riigi poolt kontrolli all hoitud kulud tervishoiule on survestanud tervishoiusektorit sisemise efektiivsuse suurendamisele (perearstireform, haiglareform). Elanikkonna ootused arstiabi ulatuse ning tervishoiutöötajate ootused palkade osas on kasvanud, mille rahuldamiseks peab tervishoiusüsteemi sisemist efektiivsust oluliselt tõstma ja/või suurendama tervishoiu rahastamist.

3. TERVISHOIUTULUDE PROGNOOS AASTANI 2050

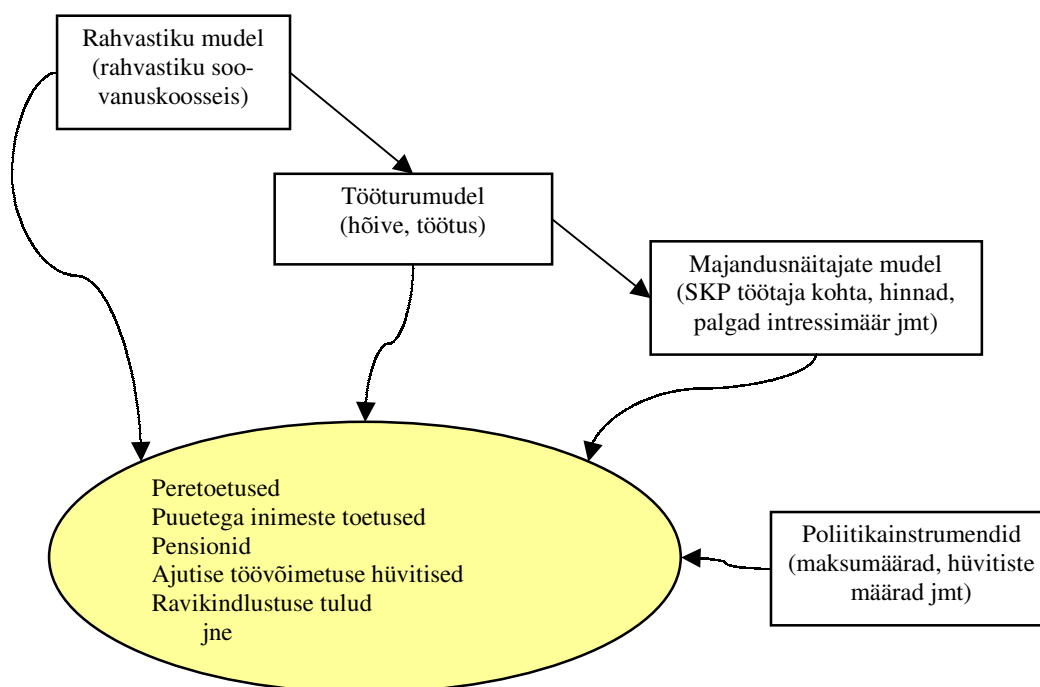
3.1. Prognoosi põhieeldused

3.1.1. PRAXISE sotsiaaleelarve mudeli tutvustus

Tervishoiutulude prognoosimise jaoks arendati käesoleva uurimuse raames PRAXISE sotsiaaleelarve mudelit, mida on varasemalt kasutatud Eesti sotsiaalsektori teiste kulude ja tulude prognoosimiseks (vt pensionikindlustuse kohta Tiit, Leppik, Vörk, Leetmaa 2004; peretoetuste kohta Leetmaa, Vörk 2003).

PRAXISE sotsiaaleelarve mudeli puhul on tegemist niinimetatud ülalt-alla mudeliga, kus antakse ette põhilised rahvastikku, tööturгу ja majandust iseloomustavad näitajad (joonis 3.1). Kasutades mineviku andmete põhjal leitud suhtarve ja poliitikainstrumentide teadaolevaid väärtusi (maksumäärad, hüvitisemäärad jmt) leitakse sotsiaalvaldkonna kulude ja tulude suurused tulevikus. Sotsiaaleelarve mudel võimaldab prognoosida sotsiaalvaldkonna arenguid nii lühi- kui pikaajaliselt ja viia läbi simulatsioone ehk stsenaariumanalüüse erinevate poliitikavalikute kohta alternatiivsete rahvastiku ja majandusarengute taustal.

Joonis 3.1. PRAXISE sotsiaaleelarve mudeli ülesehituse loogiline struktuur.



Käesolevas uurimuses prognoosime, mis juhtuks ravikindlustuse tuludega, kui muutub rahvastiku vanuskoosseis, toimub eeldustekohane majandusnäitajate areng, kuid säilib praegune tööjõu maksustamisel baseeruv ravikindlustuse finantseerimissüsteem.

Suurima tähelepanu pöörasime ravikindlustuse tulevaste laekumiste hindamisele, sest need moodustavad suurima osa tervishoiukuludest (ligi 2/3) ning sõltuvad rohkem rahvastiku ja majandusnäitajate arengust. Täiendavad laekumised riigieelarvest ja kohalike omavalitsuste eelarvest ning ka erasektorist sõltuvad kõik palju poliitilistest otsustest ja on seetõttu raskemini prognoositavad.

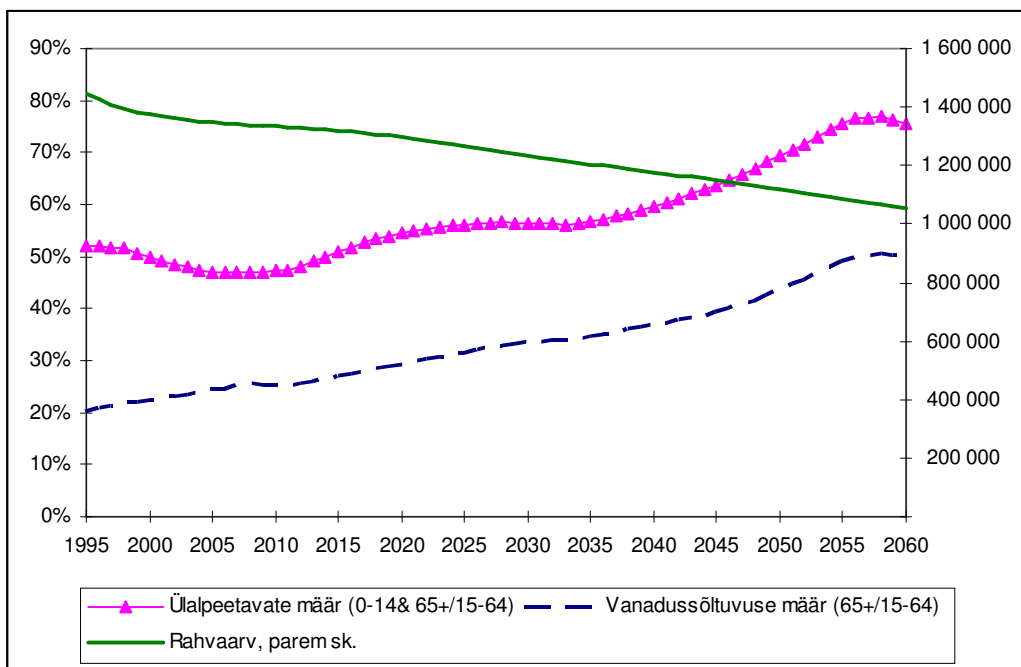
3.1.2. Rahvastikuprognosis

Rahvastiku prognoosimisel eeldame, et 2050. aastaks konvergeeruvad Eesti sündimus- ja suremusnäitajad ligilähedaselt Põhjamaade praeguse muustrini: summaarne sündimuskordaja suureneb väärtuseni 1,80 aastaks 2050, meeste oodatav eluiga tõuseb 75,5 aastani ja naiste oodatav eluiga 81,5 aastani. Antud prognoosid on kooskõlas Eesti rahvastikupoliitika alustes toodud eesmärkidega saavutada sündimuse tõus taastetasemeni ja saavutada nii naiste kui ka meeste keskmise oodatava eluea ja keskmise aktiivse eluea tõus vähemalt Euroopa keskmise tasemeni³. Samuti langeb see prognoos kokku hiljuti ÜRO poolt avaldatud Eesti rahvastikuprognosis keskmise variandiga (United Nations 2005).

Prognoositud rahvastikuprotsesse iseloomustab kokkuvõtvalt joonis 3.2, kus on esitatud rahvaarv ja rahvastiku vanuskoosseisu iseloomustavad ülalpeetavate määr ja vanadussõltuvuse määr. On ilmne, et tööealise elanikkonna (15-64) suhteline vähenemine alates 2015. aastast toob kaasa kasvava surve tervishoiu finantseerimisele läbi tööealise elanikkonna maksustamise või nende omafinantseerimise suurendamise.

³ Rahvastikupoliitika alused. Rahvastikuministri kodulehekülj. <http://www.rahvastikuminister.ee/et/home/poliitika.html>

Joonis 3.2. Prognoositud rahvaarv (parem skaala) ja ülalpeetavate määr ning vanadussõltuvuse määr (vasak skaala).

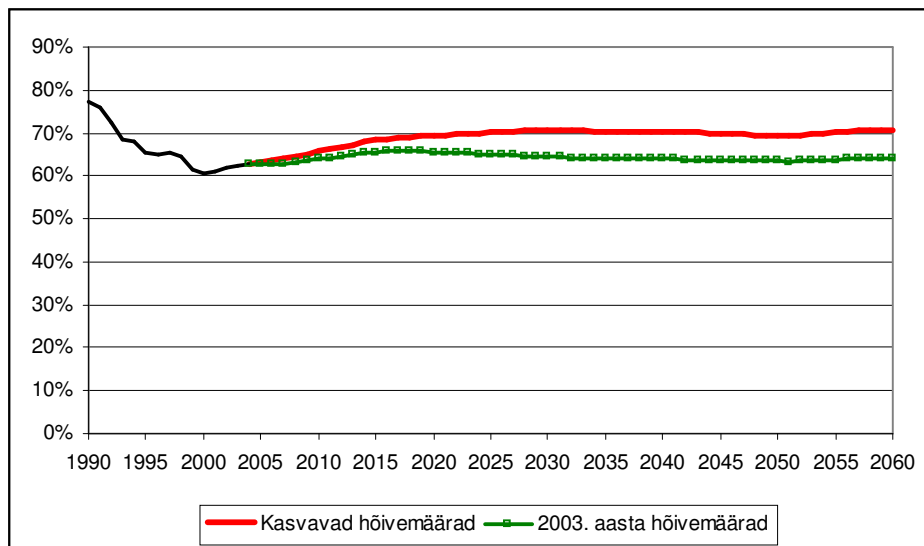


Allikas: Statistikaamet, PRAXISe sotsiaaleelarve mudel, autorite arvutused

3.1.3. Tööturu prognoos

Hõive leidmisel vaadeldakse kahte stsenaariumi. Esiteks, kui jäävad püsima Eesti 2003. aasta hõivemäärad soo-vanusrühmades – seega koguhõive muutus sõltuks üksnes rahvastiku soo-vanuskooresseisu muutusest. Teise stsenaariumi puhul eeldame, et hõivemäärad kasvaksid nooremas ja vanemas eas, nii et 15-64 aastaste seas saavutatakse 2030. aastaks ligikaudu hõivemäär 70% (praeguselt tasemelt 62,6%), mis vastab nii Eesti tööhõive riiklikule tegevuskavale kui ka Euroopa Liidu poolt seatud eesmärkidele. Viimase eesmärgi saavutamist loodetakse juba aastaks 2010, kuid see on ilmselt ebareaalne.

Joonis 3.3. Prognoositud hõivemäärad vanusrühmas 15-64 kahe stsenaariumi korral



Allikas: Statistikaamet, PRAXISE sotsiaaleelarve mudel, autorite arvutused

3.1.4. Teiste majandusnäitajate prognoos

Makromajanduse põhiliste näitajate puhul on eeldatud, et nende juurdekasvutempod konvergeeruvad 2030. aastaks teatud tasemeni ning on sealt edasi konstantsed. Nii tööjõu produktiivsus, millega on võrdsustatud reaalpalka muutus, kui ka THI muutus eeldatakse koonduvat 2030. aastaks suuruseni 2% aastas (mis on arenenud riikide pikaajaline keskmine juurdekasvutempo).

Tabel 3.1. Peamised makromajanduslikud eeldused ja järeldused (aastased muutused, %)

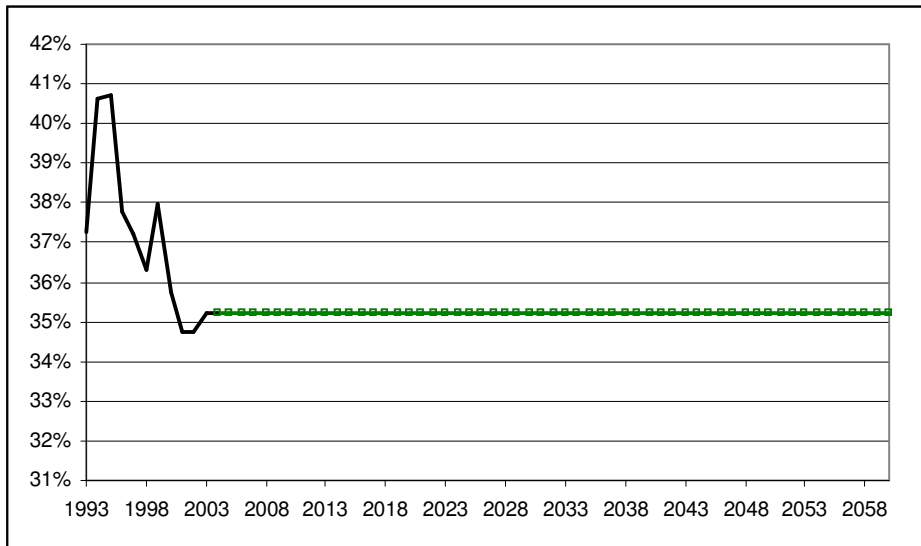
	2005	2010	2030	2050
Eeldused				
Tarbijahinnaindeksi muutus (=SKP deflaatori muutus)	4,0	3,6	2,0	2,0
Tööjõu produktiivsuse muutus (SKP hõivatu kohta) =Reaalpalka muutus	4,9	4,3	2,0	2,0
Hõivatute arvu muutus	0,1	0,1	-0,7	-1,2
Järeldused				
Realse SKP muutus (leitud hõive ja SKP/hõivatud kaudu)	5,3	4,7	1,9	1,4
Keskmise nominaalpalka muutus	8,2	8,1	4,0	4,0

Allikas: Statistikaamet, PRAXISE sotsiaaleelarve mudel, autorite arvutused

Tulenevalt antud meetodikast, säilib palgafondi osakaal SKPst 2003. aasta tasemel 35,2% (joonis 3.4). Ehkki viimastel aastatel on palgafond SKPs alanenud, tuues seetõttu kaasa ka ravikindlustusmaksu laekumise alanemise SKPs, ei ole siiski põhjust arvata, et see peaks alanema edasi, sest võrreldes Eesti tööjõukulude (palgad koos tööjõumaksudega) osakaalu SKPst teiste Euroopa riikidega, selgub, et Eestist

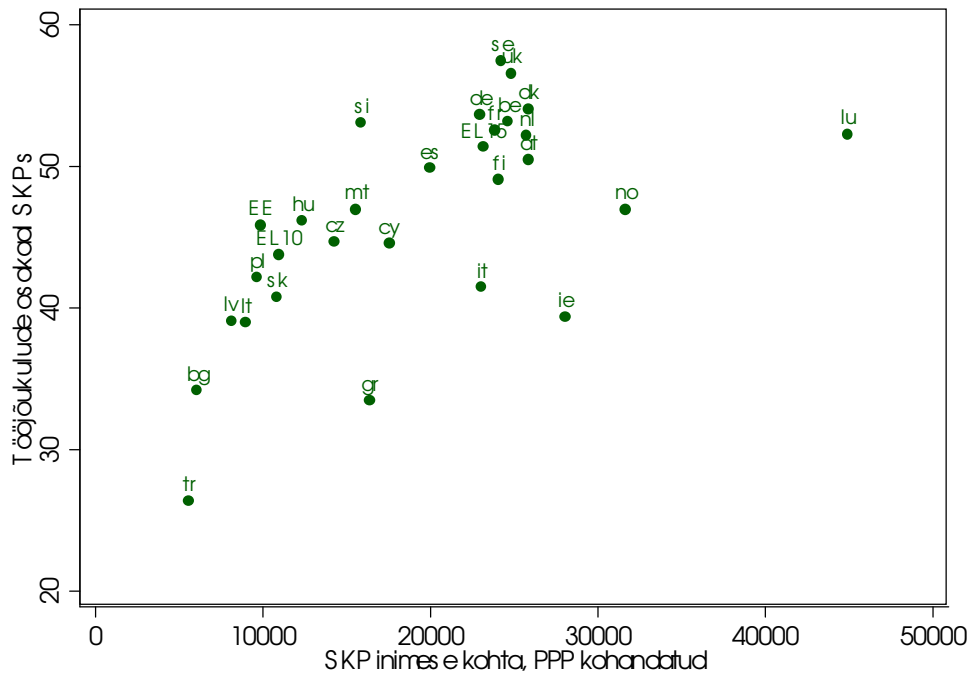
rikkamates riikides on tööjõumaksude osakaal SKPs keskmiselt kõrgem (joonis 3.5) ja võrreldes uute liikmesriikidega on Eesti tööjõukulude osakaal SKPs praktiliselt sama, mis uutel liikmesriikidel keskmiselt.

Joonis 3.4. Palgafondi osakaal SKPst minevikus ja mudelis kasutatud prognoos.



Allikas: Statistikaamet, PRAXISe sotsiaaleelarve mudel, autorite arvutused

Joonis 3.5. Tööjõukulude osakaal SKPst (%) ja ostujõupariteediga kohandatud SKP inimese kohta Euroopa riikides 2002. aastal. (EE- Eesti, EL10- uute liikmesriikide keskmine, EL15- vanade liikmesriikide keskmine.)⁴



Allikas: Eurostati andmebaas

Et ravikindlustuse maksumäär on olnud üle aastate muutumatu, siis palgafondi osakaalu vähenemine SKPs on iseenesest kaasa toonud ravikindlustuse laekumise vähenemise. Kui 2003. aastal oleks palgafond moodustanud SKPst sama osakaalu, mis 1994. aastal, siis oleks 2003. aasta tegeliku maksumäära (12,7%) ja SKP korral olnud ravikindlustuse laekumine arvutuslikult 800 miljonit krooni ehk ca 15% suurem.

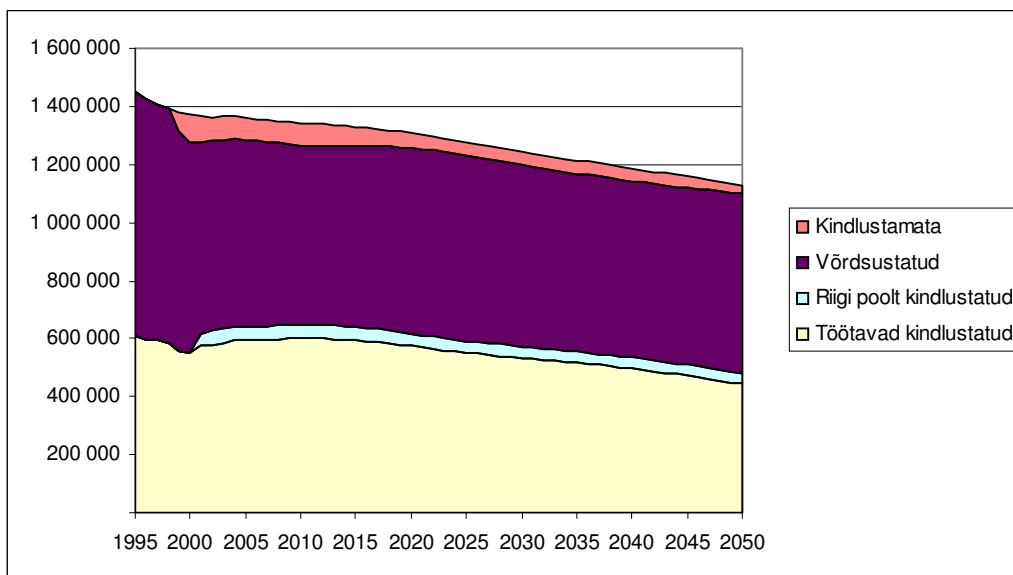
3.1.5. Kindlustatute arvu ja ravikindlustuse maksubaasi prognoos

Kindlustatute arvu prognoosimiseks kasutatakse töötavate inimeste, seaduse alusel võrdsustatud inimeste ja riigi poolt kindlustatud inimeste arvu suhteid vastavasse rahvastikurühma minevikus. Eeldades suhtarvude püsimist on leitud rahvastiku jaotuse prognoos kindlustatuse staatuse alusel (joonis 3.6).⁵

⁴ Riikide lühendid on järgmised: be-Belgia, cz-Tšehhi, dk-Taani, de-Saksamaa, ee-Eesti, gr-Kreeka, es-Hispaania, fr-Prantsusmaa, ie-Iirimaa, it-Itaalia, cy-Küpros, lv-Läti, lt-Leedu, lu-Luksemburg, hu-Ungari, mt-Malta, nl-Holland, at-Austria, pl-Poola, pt-Portugal, si-Sloveenia, sk-Slovakkia, fi-Soome, se-Rootsi, uk-Ühendatud Kuningriigid, is-Island, no-Norra, ch-Šveits, bg-Bulgaaria, hr-Horvaatia, ro-Rumeenia, tr-Türgi.

⁵ Konkreetsed arvutusvalemid on saadaval autoritelt.

Joonis 3.6. Inimeste prognoositud jaotus kindlustatuse seisundi järgi eeldades tulevikus 2003. aasta hõivemäärade säilimist soo-vanusrühmades.



Allikas: Statistikaamet, PRAXISE sotsiaaleelarve mudel, autorite arvutused

Märkus: andmete puudumise tõttu ei ole enne 1999. aastat mittetöötavaid inimesi jaotatud võrdsustatud isikuteks ja kindlustamata isikuteks

Tulenevalt sellest, et lähema kümne aasta jooksul sisenevad tööturule arvukad vanusrühmad (sünniaastad 1980ndate lõpul ja 1990ndate alguses), kelle hõivemäärad on keskmisest kõrgemad, suureneb töötavate inimeste osakaal lühemas perspektiivis. Pikemas perspektiivis hakkab töötavate inimeste osakaal vähenema ja suureneb kindlustatutega võrdsustatud inimeste arv tingituna pensioniealiste arvu kasvust.

Ravikindlustuse laekumise leidmiseks on mineviku andmetel arvatud töötajate keskmine arvestuslik brutokuupalk, millelt tasuti sotsiaalmaksu, ning FIEde keskmine deklareeritud tulu. Nende prognoosi puhul on eeldatud, et need muutuvad samas tempos, mis keskmine palk.

Riigi poolt kindlustatud isikute laekumise aluseks on riigieelarvega kehtestatud summa, millelt tasub riik sotsiaalmaksu. Kuigi summa on kindlustatu kohta on 1999-st aastast püsinud muutumatuna (13% 700 kroonilt kuu kohta), eeldatakse siiski, et see muutub alates 2006. aastast samas tempos kui tarbijahinnad.

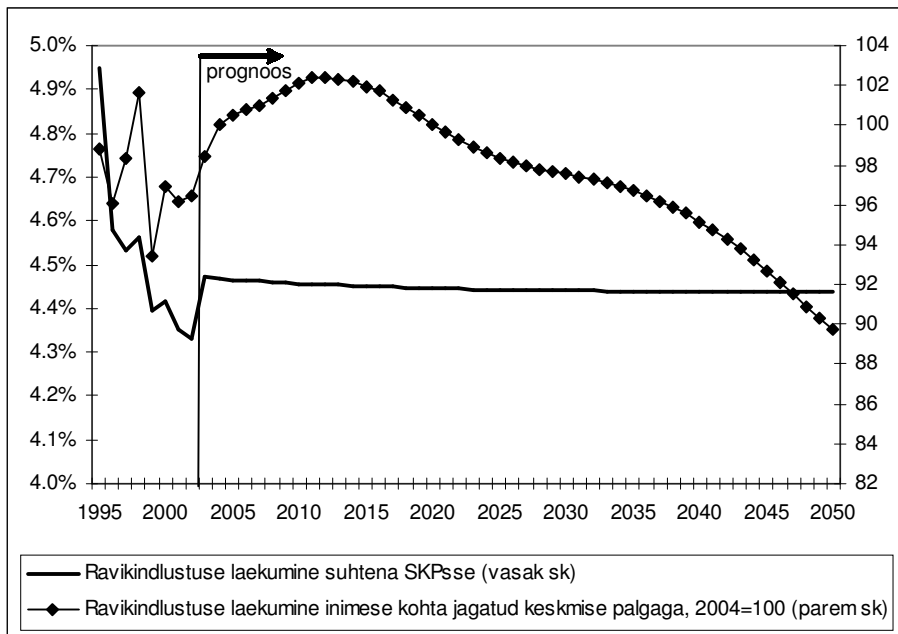
3.2. Ravikindlustuse laekumise prognoos

Ravikindlustuse laekumine suhtena SKPsse ja ravikindlustuse laekumine inimese kohta võrreldes keskmise palga kasvuga on esitatud järgmisel joonisel (joonis 3.7). Märkusena peab lisama, et järgnevas analüüsis kasutatud ravikindlustuse laekumine sisaldab ka ajutise töövõimetuse katmiseks suunatavaid ressursse, seega on tervishoiukulude katmiseks suunatav ravikindlustuse raha orienteeruvalt kuuendiku võrra väikesem tänaste osakaalude juures.

Prognoos näitab, et kui säilib 2003. aasta tööturu olukord ja ei toimu muutusi maksubaasis ega sotsiaalmaksu määra ravikindlustuse osas, siis reaalne ravikindlustuse laekumine inimese kohta lähematel aastatel suureneb, kuid ligi kümne aasta pärast hakkab langema.

Siinkohal on oluline rõhutada, et ravikindlustuse laekumist vaadatakse võrreldes keskmise palga muutumisega. Kui hinnad tervishoius (tööjõud, ravimid, meditsiinitehnika) kasvavad kiiremini kui keskmine palk majanduses, siis teenuste hulk inimese kohta, mida osta saab, on realselt väiksem kui joonisel esitatud. Sarnast lähenemist on eeldatud ka Euroopa Komisjoni uurimuses (European Commission 2001), kus ühe alternatiivse variandina eeldati, et soovitud kulutused inimese kohta kasvavad samas tempos kui SKP töötaja kohta (viimase muutus ongi meie juhul võrdne reaalsel palga muutusega).

Joonis 3.7. Ravikindlustuse prognoositud laekumine osakaaluna SKPs ja inimese kohta võrreldes keskmise palgaga, eeldades 2003. aasta hõivemäärade püsivust soovanusrühmades.



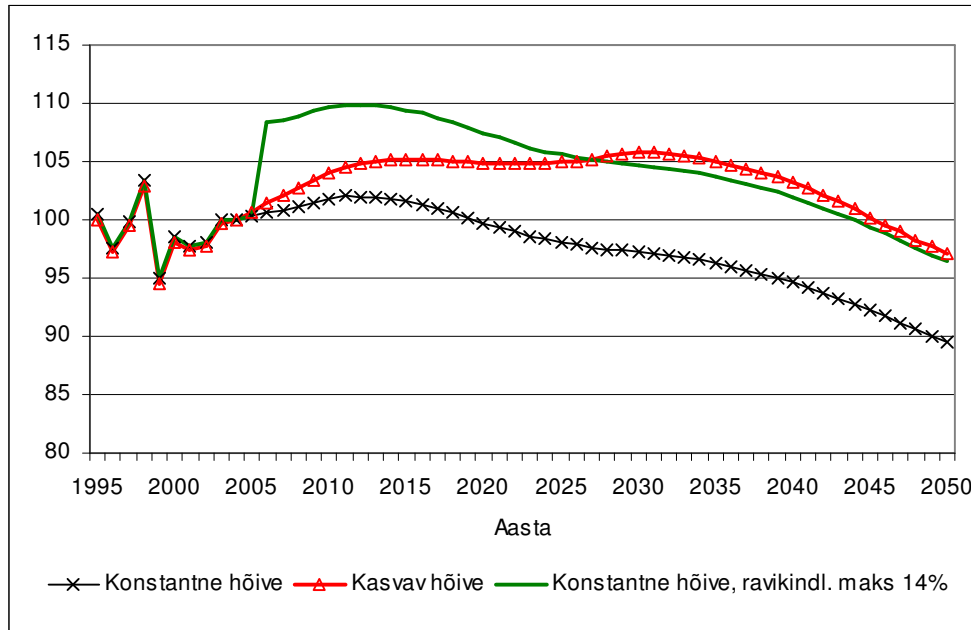
Allikas: PRAXISE sotsiaaleelarve mudel, autorite arvutused

Joonis 3.7 iseloomustab ka seda, miks tervishoiutulud (või –kulud) SKPsse ei ole hea näitaja iseloomustamiseks kasutada olevaid ressursse tervishoiu jaoks. Hõivatute arvu vähenedes väheneb nii SKP kui ka ravikindlustuse laekumine tingituna palgafondi vähenemisest, mistõttu ravikindlustuse laekumine suhtena SKPsse ei muutu. Samal ajal aga ravikindlustuse reaalne laekumine inimese kohta väheneb.

Suurem hõive, nt Euroopa Liidu poolt eesmärgiks seatud 70% hõivatute osakaalu saavutamise vanusrühmas 15-64 aastaks 2030 (ehk ligikaudu 6-7 protsendipunkti kõrgem hõivemäär kui 2003. aastal), toob kaasa reaalsete kogutulude kasvu ligi kümnendiku ehk tänastes hindades ca 650 miljonit krooni aastas. Sama suurusjärku

mõjuga on ligilähedaselt ka sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa tõstmine ühe protsendi võrra 14%ni.

Joonis 3.8. Ravikindlustuse prognoositud laekumine inimese kohta võrreldes keskmise palgaga, erinevate stsenaariumide korral.



Allikas: PRAXISE sotsiaaleelarve mudel, autorite arvutused

Ravikindlustustulude puhul peab meeles pidama, et ravikindlustuse osa, mis läheb ajutise töövõimetushüvitise maksmiseks, ei loeta tervishoiukulude hulka. Et suurem hõive toob teisest küljest kaasa ka potentsiaalselt suuremad töövõimetushüvitiste kulud, siis hõivemäärade tõusu mõju täiendavale ressursile, millega osta tervishoiuteenuseid, on pisut väiksem.

Tehtud prognoos ravikindlustustulude jaoks inimese kohta aastani 2050 ei arvesta asjaolu, et samal ajal rahvastik keskmiselt vananeb, mistõttu nõudlus tervishoiuteenuste järele suureneb. Seega, isegi kui reaalne ravikindlustuse rahaline ressurss inimese kohta võib langeda lähema poole sajandi jooksul üksnes kümnendiku võrra, siis võttes arvesse rahvastiku vananemisest tingitud kasvavat vajadust tervishoiuteenuste järele, on ressursside nappus suurem.

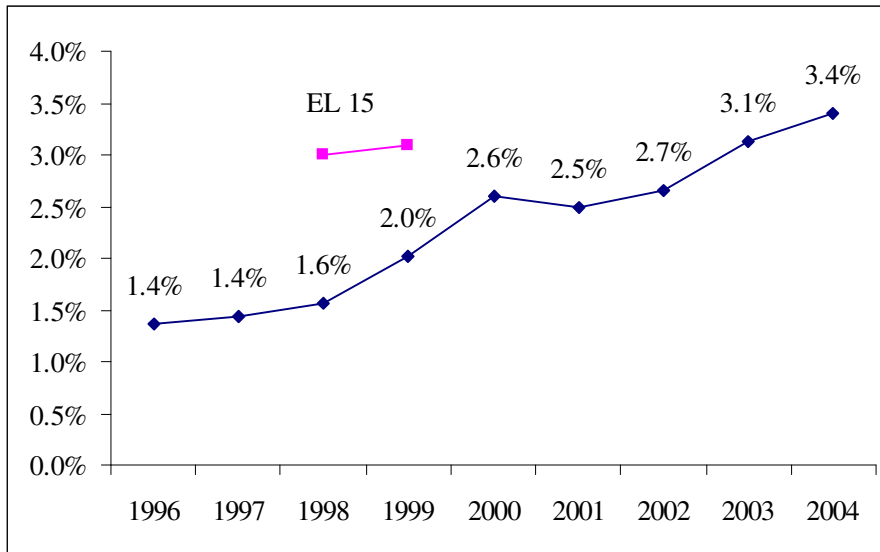
3.3. Teiste tervishoiu rahastamise allikate arengutest

3.3.1. Erasektori kulutused

Erasektori kulutuste prognoosimine on keeruline, sest see sõltub otseselt sellest, kui suur on tervishoiuteenuste eest tasumise kohustuslik omaosalus, milline on avaliku sektori poolt tasutava arstiabi kättesaadavus ning ka leibkondade maksevõime. Alates 1996. aastast on Eestis leibkondade tarbimiskulude struktuuris kulutuste osakaal tervishoiule kasvanud, olles 1996. aastal 1,4% ja 2004. aastal 3,4% (joonis 3.9). Euroopa riikides varieerub tervishoiukulude osakaal leibkonna tarbimiskuludes 1%st

6%ni, kusjuures riikidevahelisel võrdlemisel seos leibkondade kogutarbimise absoluutsuurusega (rikkusega) puudub (joonis 3.10). Eesti viimaste aastate tase ligi 3% vastab ligikaudu Euroopa Liidu vanade riikide keskmisele 1999. aastal. Et see tase ei tõuseks, ei tohiks erasektori kulutused tervishoiule suureneda kiiremini kui erasektori kulutused kokku, mis tähendab, et viimaste aastate tervishoiukulutuste ennaktempo leibkondade eelarves peaks vähenema.

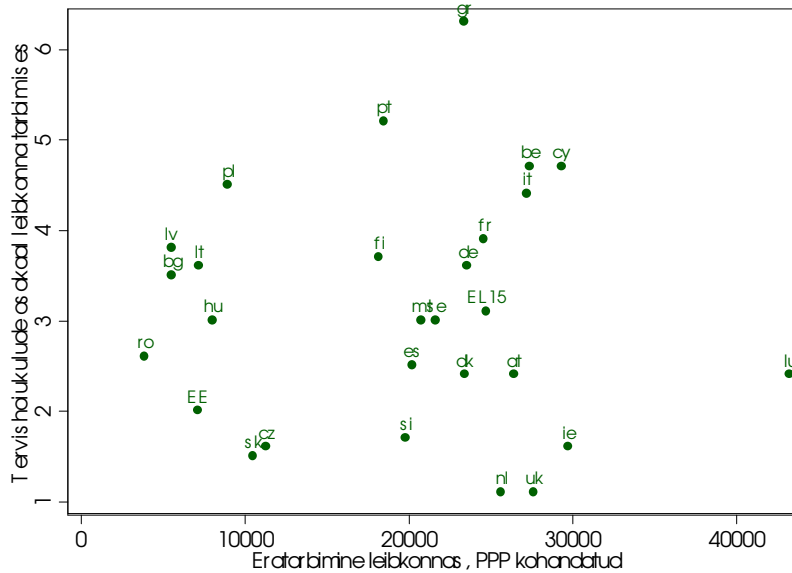
Joonis 3.9. Tervishoiukulude osakaal leibkondade kogukuludes Eestis ja keskmiselt EL15 riikides.



Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

Et erasektori kulutuste puhul on suureks probleemiks ka selle langemine vaesemale elanikkonna kihile (vt uuringu alapunkti 2.2), siis on erasektori kulutuste osakaalu teadlikul tõstmisel oluline jälgida, et see ei suurendaks vaesusesse sattumise riski ega ei muutuks rahaliseks barjääriks arstiabi saamisel. Vältivate meetoditena rakendatakse omaosaluse erandite ja kompensatsioonisüsteemide kehtestamist vastavalt leibkonna sissetulekutele või üldiselt riskis olevatele elanikkonnagruppidele diferentseeritud omaosaluse kehtestamist sõltumata individuaalsest sissetulekust.

Joonis 3.10. Eratarbimine leibkonnaliikme kohta, PPP kohandatud, ja tervishoiukulude osakaal leibkondade kogutarbimises 1999. aastal Euroopa riikides (EE - Eesti).⁶



Allikas: Eurostati andmebaas

3.3.2. Kesk- ja kohalike omavalitsuste täiendav finantseerimine

Keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuste kaudu toimuvat täiendavat avaliku sektori poolse finantseerimise suurust lisaks ravikindlustusele on raske tulevikku prognoosida, sest see sõltub pigem iga-aastastest poliitilistest otsustest ja mitte niivõrd riigi majanduslikest või sotsiaaldemograafilistest arengutest.

Selleks, et säiliks tervishoiu kogukulude tase osakaaluna SKPst peaksid nii keskvalitsus kui kohalik omavalitsus suurendama oma tervishoiukulusid samas tempos kui SKP kasvutempo ehk peaks säilima tervishoiukulude osakaal kogu avaliku sektori kuludes (ligikaudu 10-11%).

3.4. Tervishoiusektori hindade arengutest

Tervishoiu finantseerimise jätkusuutlikkuse analüüsi teeb keerukaks tervishoiuteenuste hindade prognoos. Kui ravikindlustuse laekumine sõltub makromajanduse arengutest, siis tervishoiuteenuste hindade muutust mõjutavad ühest küljest nii sisendite (palk, ravimid, meditsiintehnoloogia, infrastruktuur) hindade muutus kui ka tervishoiusektori üldine korraldus.

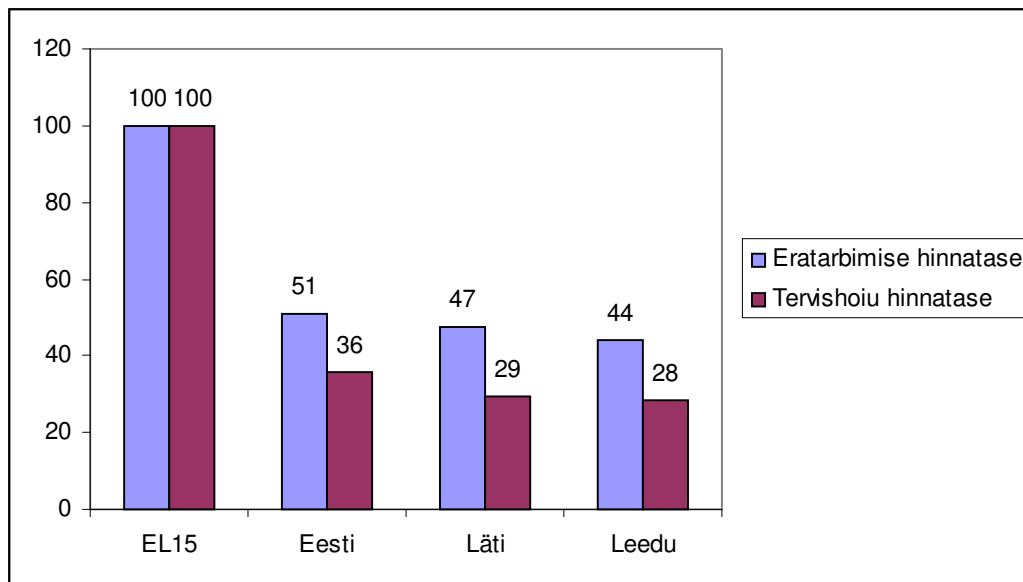
Võib arvata, et palgad tervishoius kasvavad lähiaastatel Eestis kiiremini kui keskmiselt, avaldades seega survet tervishoiuteenuste hindade tõusuks. Palgatõusu mõjutavad tervishoiutöötajate nappus ja ähvardus siirduda tööle välismaale. Samas ravimite ja meditsiintehnoloogia hindade areng on väga raskesti prognoositav. Teiste riikide kogemuse põhjal võib arvata, et hinnad kasvavad kiiremini kui majanduses keskmiselt.

⁶ Riikide lühendite kohta vaata joonise 3.5 juures toodud joonealust märkust.

Samas seda, kui palju kiiremini hinnad tõusevad, on praktiliselt võimatu prognoosida tervistehnoloogia väga kiire arengu tõttu.

Kui võrrelda tervishoiu hindasid rahvusvaheliselt, siis võib järeldada, et Eestis on tervishoiu hinnad eratarbija jaoks veel suhteliselt madalad. Kui eratarbimise jaoks tervikuna moodustasid 2002. aastal Eesti hinnad 51% EL-15 keskmisest tasemest, siis tervishoius üksnes 36%. Seega võib arvata, et surve hindade tõusuks tervishoius on suurem kui majanduses üldiselt (joonis 3.11).

Joonis 3.11. Suhtelised hinnad kogu majanduses ja tervishoius Eestis, Lätis ja Leedus võrreldes EL15 keskmisega 2002. aastal.

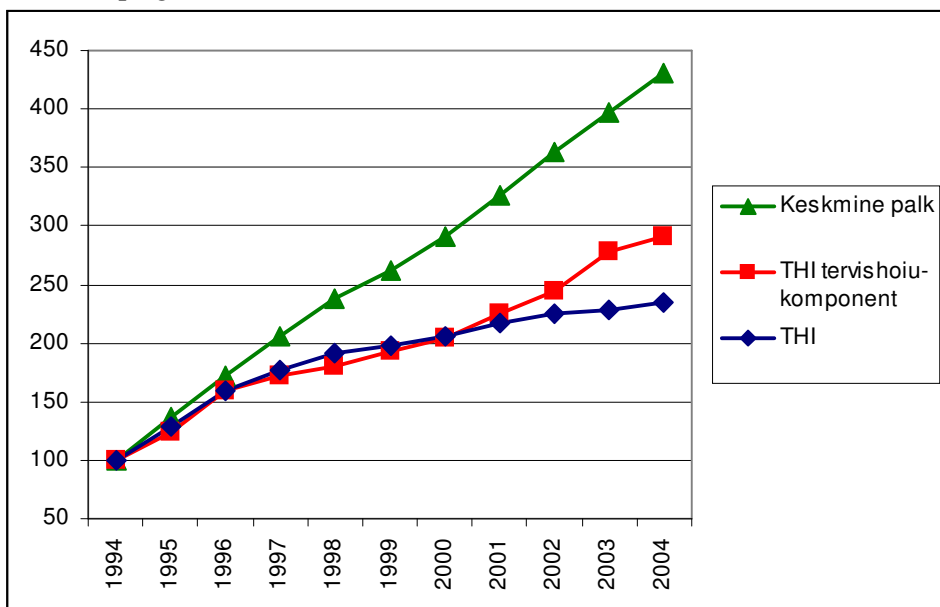


Allikas: Eurostat

Kui alates 1994. aastast on tarbijahinnad kasvanud 2,4 korda, siis hinnad tervishoius on kasvanud 2,9 korda (joonis 3.12). Samas on näha, et kiirem kasv on olnud just viimasel paaril aastal, kui on suurenenud eratarbija jaoks omaosalus. Võrreldes keskmise palga muutusega, on hinnad eratarbijale tervishoius siiski kasvanud aeglasemalt. Kui tervishoiuteenuste hindade tõus jääb madalamaks kui maksubaasi mõjutava keskmise palga tõus, siis võib ravikindlustuse reaalse laekumise prognoos olla optimistlikum, võrreldes meie konservatiivse prognoosiga (kus eeldati, et hinnad tervishoius tõusevad palkade samas tempos).

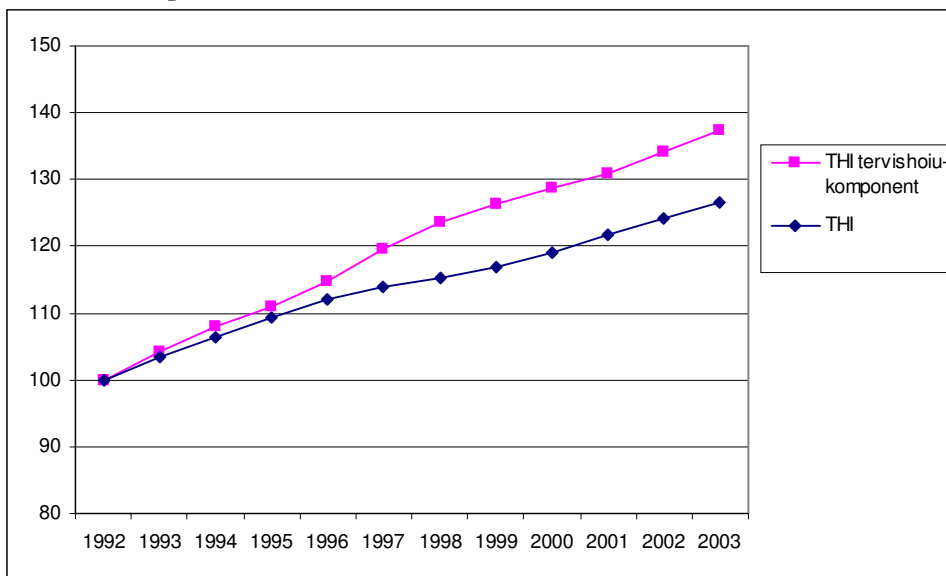
Samas, hinnad tervishoius kasvavad kiiremini kui tarbijahinnad keskmiselt mitte ainult Eestis vaid ka Euroopa Liidu vanades riikides (joonis 3.13). Seega potentsiaalne surve Eesti hindade tõusuks on veelgi suurem.

Joonis 3.12. Tarbijahinnaindeksi (THI), tarbijahinnaindeksi tervishoiukomponendi ja keskmise palga muutus (1994=100)



Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

Joonis 3.13. Tarbijahinnaindeksi (THI) ja tarbijahinnaindeksi tervishoiukomponendi muutus Euroopa Liidu vanades (EL15) riikides keskmiselt.



Allikas: Eurostati andmebaas: "Harmonized indices of consumer prices"; autorite arvutused

4. HINNANG TERVISHOIU RAHASTAMISE JÄTKUSUUTLIKKUSELE

Defineerisime uurimuse alguses, et tervishoiu rahastamissüsteem on jätkusuutlik, kui ühiskond on majanduslikult ja sotsiaalselt võimeline katma tulevikus kulud, mis on vajalikud ühiskonna vajadusi rahuldava tervishoiuteenuste taseme saavutamiseks. Jätkusuutlikuks arenguks on vajalik nii majanduslik jätkusuutlikkus (majanduse võime piisavaid ressursse luua) kui ka sotsiaalne jätkusuutlikkus (ühiskonna rahulolu tervishoiu rahastamise jaotuse, viiside ja tasemega).

Selleks, et tervishoiu rahastamine saaks olla majanduslikult jätkusuutlik, peavad tulude ja kulude pool olema süsteemselt tasakaalustatud. Jätkusuutlik süsteem peab kohanema demograafiliste protsesside ja majandusarenguga, mis mõjutavad nii tulude poolt läbi ravikindlustuse maksubaasi ja erasektori maksujõu, kui ka kulude poolt läbi areneva tervishoiutehnoloogia, muutuvate tervishoiuteenuste hindade ja tervishoiuteenuste vajaduse.

Sotsiaalse jätkusuutlikkuse tagamiseks peab tervishoiu finantseerimise tase vastama ühiskonna ootustele ning omavahel peavad tasakaalus olema tervishoiu finantseerimissüsteemi efektiivsus ja solidaarsus ning õiglus. Kui tervishoiu finantseerimine langeb suures jaos üksnes ühele sotsiaalsele rühmale, siis võib see kaasa tuua rahulolematuse tervishoiu finantseerimise jaotuse ja viisidega.

Andmaks hinnangut tervishoiu finantseerimise jätkusuutlikkusele Eestis, alustame jätkusuutlikkuse teisest poolest – inimeste rahulolust. Avaliku arvamuse küsitlustest teame, et Eestis on elanikkonna hinnang tervishoiu kvaliteedile viimastel aastatel veidi langenud. 2004. aasta sügisel hindas siiski üle poole (59%) elanikkonnast tervishoiu kvaliteeti heaks või pigem heaks. Kätesaadavuse kohta on hinnangud halvemad, napilt pooled (52% elanikkonnast) peab kätesaadavust heaks või pigem heaks ning 11% halvaks (EHK/FAKTUM 2004). Lisaks on meedia vahendusel sageli esile toodud tervishoiu finantseerimissüsteemi ebaõiglust töötavate inimeste seisukohalt, sest hoolimata ravikindlustuse maksmisest ei taga see neile ootustekohast kiiret tervishoiuteenuste kätesaadavust.

Seega on suure osa elanikkonna ootused tervishoiusüsteemile suuremad, kui tänane tervishoiusüsteem pakub.

Tervishoiu kogukulude tase on viimastel aastatel kõikunud vahemikus 5,1-6,1% SKPst ja ravikindlustuse tase olnud vahemikus 4,3-4,9% SKPst. Reaalsed kulud inimese kohta on viimastel aastatel tõusnud vähe, sest vaatamata suurele nominaalsele kasvule on kiiresti tõusnud ka hinnad tervishoius.

Meie prognoosi kohaselt, juhul kui säilib 2003. aasta tööturu olukord, rahvastikuprotsessides toimub mõõdukas paranemine ja ei toimu muutusi maksubaasi definitsioonis ega sotsiaalmaksu määra ravikindlustuse osas, siis ravikindlustus peaks säilitama 4,4%-lise taseme SKPst. Reaalne ravikindlustuse laekumine inimese kohta, mis iseloomustab tervishoiuressursside olemasolu paremini, lähematel aastatel küll

suureneb, kuid ligi kümne aasta pärast hakkab langema tingituna töötava elanikkonna suhtelisest vähenemisest.

Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkust mõjutabki oluliselt rahvastiku vananemine ja tööhõive. Rahvastiku vananemine mõjutab tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkust nii tulude kui kulude poolelt. Ühest küljest väheneb tööjõud, seega väheneb ka tööjõu maksustamisele baseeruv ravikindlustustulude laekumine inimese kohta, mida iseloomustasid ka meie poolt läbi viidud analüüsid. Teisest küljest toob rahvastiku vananemine kaasa ka nõudluse suurenemise tervishoiuteenuste järele.

Et tervishoid on peamiselt finantseeritud läbi tööjõu maksustamise, siis on tööhõive arengud tervishoiu rahastamisel väga olulised. Samas on tööhõive kasvul selged piirid. Isegi kui saavutatakse Eesti tööhõivestrateegias sätestatud eesmärgid (hõivemäära kasv 70%-ni vanusrühmas 15-64), võiksid ravikindlustuse kogutulud suurene da ikkagi üksnes ligikaudselt kümnendiku võrra, mis võiks tähendada kogukulude suurenemist SKPst ligikaudu poole protsendipunkti võrra.

Selleks, et säiliks tervishoiu kogukulude tänane tase ligikaudu 5,5% SKPst peaks lisaks ravikindlustustulude laekumise kasvule suurendama oma tervishoiukulusid SKP kasvutempoga samas tempos nii erasektor, keskvalitsus ja kui kohalikud omavalitsused. Säilitamaks tervishoiu kogukulude taset inimese kohta 2003. aasta tasemel, peab lähema kümne aasta jooksul lisanduma ravikindlustusele suurenenud finantseerimine kas erasektorist või mujalt valitsussektorist.

Seega juhul, kui ei laiene ravikindlustuse maksubaas või ei suurene erasektori või keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuste tervishoiukulutused, ei ole reaalse tervishoiukulutuste kasvu oodata.

Et nii Eesti kui ka rahvusvaheline kogemus näitab, et erasektori omaosaluse suurendamine suurendab oluliselt ebavõrdsust ja vaesusriski, saab ilmselt tervishoiukulutuste kasv tulla kas keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuse tervishoiukulutuste kasvust või ravikindlustuse maksubaasi laiendamisest. Kui esimesel juhul väheneb teiste avalike teenuste kättesaadavus, siis teisel juhul suureneb erasektori mõne osa maksukoormus. Analüüs, milline võiks olla parem variant nii efektiivsuse kui ebavõrdsuse seisukohast ühiskonna jaoks, jääb käesoleva uurimuse eesmärkidest välja.

Lõpetuseks tahame siiski rõhutada, et ehkki käesolevas uurimuses käsitleti põhjalikumalt erinevate finantseerimisallikate dünaamikat, on tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse mõjutamise vahendid väga mitmetasandilised. Alustada saab tervishoiuteenuste vajaduse vähendamisest läbi rahvatervisele suunatud kulutõhusate meetmete rakendamise. Jätkusuutlikkusele aitab oluliselt kaasa tervishoiusüsteemi sisese efektiivsuse tõstmine. Maksubaasi seisukohalt on oluline tööhõive suurendamine. Alles seejärel tulevad operatiivsemad lahendused nagu tervishoiu finantseerimise suurendamine läbi maksubaasi mitmekesistamise, riigieelarve ja kohalike omavalitsuste panuse suurendamise või omaosaluse muutmise. Viimaks peab meeles pidama, et tervishoiu kulude suurendamine on õigustatud eelkõige juhul, kui täiendav lisaresurss suudab toota inimestele tervist ja rahulolu. Kulude suurendamine iseenesest ei saa olla eesmärk, kui see ei taga paremat tervishoiuteenuste kättesaadavust, paremat tervist ning elanikkonna ootustele vastamist.

KASUTATUD KIRJANDUS

Eesti Haigekassa/Faktum (2004) Elanikkonna rahulolu tervishoiuga. Avaliku arvamuse küsitluse aruanne. Avaldatud

http://veeb.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_uuringud/ARUANNE_L.pdf

European Commission (2001). Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances. Economic Policy Committee EPC/ECFIN/655/01-EN.

Habicht J, Xu K, Counffinal A, Kutzin J. (2005) Out-of-pocket payments in Estonia: an object of concern?. HSF Working Document. Health Systems Financing Programme, WHO Regional Office for Europe.

Klavus J, Linna M. International comparisons of health expenditure: a serious policy-tool? Global Forum for Health Research Forum 8, Mexico City, November 2004 [Global Forum for Health Research Forum 8, Mexico City, November 2004]

Kunst A, Leinsalu M, Kasmel A, Habicht J. (2002) Social inequalities in health in Estonia. The World Bank, Ministry of Social Affairs of Estonia.

Leetmaa, R., Võrk, A. (2003). „Peretoetuste mõju pereplaneerimisele ja riigieelarvele.” Poliitikaanalüüs nr 5, Poliitikauuringute keskus PRAXIS.
<http://www.praxis.ee/praxis/admin/texts/peretoetus.pdf>

Tiit, E., Leppik, L., Võrk, A., Leetmaa, R. (2004). „Euroopa Liidu ühiste pensionieesmärkide mõju Eesti pensionisüsteemile”. Toimetised 14/2004, Poliitikauuringute keskus PRAXIS. http://www.praxis.ee/data/toimetised_14_2004.pdf

United Nations (2005). World Population Prospects - The 2004 Revision. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. February 2005

Saltman R, Busse R, Figueras J (2004) Social health insurance systems in western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press.

Sotsiaalministeerium. Tervishoiu kogukulude aruanne. 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003. www.sm.ee

WHO (2005) Health System Financing in Estonia. HSF Working Document. Health Systems Financing Programme. WHO Regional Office for Europe.

WHO/EURO, 10 Health Questions About the 10. 2004 WHO/EURO 2004
[http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20040901_1]

World Bank, 2004. The ICP 2004 Handbook. The World Bank Group, Washington, D.C.[<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/ICPEXT/0,,pagePK:62002243~theSitePK:270065,00.html>]