

Sisekaitseakadeemia

Finantskolledž

Mariann Sööt

**TERVISHOIUSÜSTEEMIDE FINANTSEERIMISE  
MUDELID EUROOPA LIIDU RIIKIDES**

Lõputöö

Juhendaja:

Indrek Saar, PhD

Tallinn 2016

SISEKAITSEAKADEEMIA LÕPUTÖÖ ANNOTATSIOON

Finantskolledž	Juuni 2016
<p>Töö pealkiri eesti keeles: „Tervishoiusüsteemide finantseerimise mudelid Euroopa Liidu riikides“</p> <p>Töö pealkiri võõrkeeles: „Financing Models of Health Systems in the European Union Countries“</p> <p>Lõputöö on kirjutatud eesti keeles ja koosneb 42 leheküljest. Lõputöö koostamisel on kasutatud 50 allikat. Teema on aktuaalne, kuna Eestis on lähiaastatel toimumas mitmed poliitilised muudatused, mis puudutavad sotsiaalvaldkonda laiemalt, aga ka konkreetsemalt tervishoiu valdkonna rahastamist. Haigekassa tulude ja kulude arenguprognosist aastaks 2030 selgub, et tulude ja kulude vahe võib ulatuda kahekordseks.</p> <p>Lõputöö eesmärgiks on analüüsida tervishoiusüsteemi finantseerimise mudeleid Euroopa Liidu riikides. Töö eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgnevad uurimisülesanded:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antakse ülevaade tervishoiuteenuste olemusest ja nõudlusest.</li> <li>2. Antakse ülevaade tervishoiuteenuste finantseerimise mudelitest.</li> <li>3. Võrreldakse Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide finantseerimise taset ja allikaid.</li> <li>4. Analüüsitakse Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse seost finantseerimise taseme ja mudelitega.</li> </ol> <p>Töös antakse teoreetiline ülevaade tervishoiusüsteemi olemusest ja nõudlusest ning tervishoiuteenuste finantseerimise mudelitest. Töö empiirilises osas kasutatakse kvantitatiivset uurimismeetodit, mille raames kasutatakse andmete analüüsimiseks kirjeldavat statistikat, sealhulgas uuritakse seoseid lineaarsete regressioonmudelitega. Lõputöö kirjutamisel jõudis autor järeldusele, et tervishoiu rahastamise mudelite ja inimeste tervisenäitajate ning süsteemiga rahulolu vahel esineb erinevaid seoseid. Eesti riik peaks teiste Euroopa Liidu riikide näitel muutma oma tervishoiusüsteemi rahastamist jätkusuutlikumaks, näiteks laiendama tulubaasi, panustama SKP-st suurema osa tervishoiule kui praegu ja vähendama omaosaluse suurust.</p>	
Võtmesõnad: finantseerimine, tervishoiusüsteem, sotsiaalkindlustus, maksud, Euroopa Liidu riigid	
Võõrkeelsed võtmesõnad: <i>financing, health system, social insurance, taxes, European Union countries</i>	
Lõputöö seos riiklike arengukavade ja prioriteetidega: Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020, Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2015-2018.	
Säilitamise koht: Sisekaitseakadeemia raamatukogu	
<p>Töö autor: Mariann Sööt</p> <p>Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik lõputöö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, seisukohad, kirjalikest allikatest ja mujal allikates saadud info on nõuetekohaselt viidatud. Olen nõus oma lõputöö avaldamisega elektroonilises keskkonnas.</p> <p>Allkiri:</p>	
Vastab lõputöö nõuetele	Allkiri:
Juhendaja:	
Kaitsmisele lubatud	Allkiri:
Kolledži direktor: Uno Silberg	

# SISUKORD

SISSEJUHATUS .....	4
1. TERVISHOIUTEENUSTE OLEMUS JA FINANTSEERIMINE .....	6
1.1 Tervishoiuteenuste olemus ja nõudlus .....	6
1.2 Tervishoiuteenuste finantseerimise mudelid .....	10
2. TERVISHOIUSÜSTEEMIDE FINANTSEERIMINE JA TULEMUSLIKKUS EUROOPA LIIDU RIIKIDES .....	16
2.1 Tervishoiusüsteemide finantseerimise tase ja allikad Euroopa Liidu riikides.....	16
2.2 Tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse seos finantseerimise taseme ja mudelitega Euroopa Liidu riikides .....	25
KOKKUVÕTE .....	32
SUMMARY .....	35
VIIDATUD ALLIKATE LOETELU .....	37
TABELITE JA JOONISTE LOETELU .....	42

## SISSEJUHATUS

Tervis on inimese üks olulisemaid väärtusi, seega on oluline, et kõik riigid suudaksid pakkuda oma rahvale võimalikult jätkusuutlikku tervishoiusüsteemi. Igal riigil on võimalus ise otsustada, millisel moel tagada tervishoiusüsteemi kvaliteet ja selle jätkusuutlikkus. Euroopa Liidu liikmesriikides on kasutusel mitmeid erinevaid süsteeme, tagamaks elanike hea tervis ja pikk eluiga. Kuna tervishoiusüsteemide ülalpidamine on väga kulukas, vajab see detailselt läbimõeldud ja toimivat rahastamise süsteemi.

Teema on aktuaalne, kuna Eestis on lähiaastatel toimumas mitmed poliitilised muudatused, mis puudutavad sotsiaalvaldkonda laiemalt, aga ka konkreetsemalt tervishoiu valdkonna rahastamist. Haigekassa tulude ja kulude arenguprognosis aastaks 2030 selgub, et tulude ja kulude vahe võib ulatuda kahekordseks. Seetõttu on uurimisteemad, mis pakuvad sellele olukorrale lahendusi, aktuaalsed.

Teema on uudne, kuna autorile teadaolevalt ei ole varasemates teadustöodes võrreldud Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide rahastamise mudeleid ja leitud seoseid riigi elanike tervisenäitajate ning rahastamismudelite vahel. Töö tulemusena tehakse ettepanekud Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikumaks muutmiseks.

Lõputöö teema probleem seisneb selles, et Eesti ravikindlustuse eelarve on defitsiidis ning poliitiline arengueesmärk on maksukoormuse vähendamine, mis ei võimalda suurendada sotsiaalmaksu laekumist. Üheks probleemiks on vanemaealiste osakaalu kasv ühiskonnas, mis ühtlasi vähendab tööealiste osakaalu. Kuna Eesti tervishoiusüsteemi rahastatakse peamiselt palgalt makstava maksu kaudu, siis tööealise elanikkonna vähenedes tekib oht, et süsteemi ei suudeta piisavalt rahastada. Analüüsides võimalikke alternatiive, on oluline teada alternatiivsete mudelite tulemuslikkust. Uurimisprobleemiks on küsimus, et millised on seosed alternatiivsete rahastamismudelite ja riigi tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kvaliteedi vahel. Uuringu tulemusel on võimalik teha ettepanekuid, kuidas võiks ja saaks Eesti riik teiste Euroopa Liidu riikide näitel oma tervishoiusüsteemi jätkusuutlikumaks muuta.

Lõputöö eesmärgiks on analüüsida tervishoiusüsteemide finantseerimise mudeleid Euroopa Liidu riikides. Töö eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgnevad uurimisülesanded:

1. Antakse ülevaade tervishoiuteenuste olemusest ja nõudlusest.
2. Antakse ülevaade tervishoiuteenuste finantseerimise mudelitest.
3. Võrreldakse Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide finantseerimise taset ja allikaid.
4. Analüüsitakse Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse seost finantseerimise taseme ja mudelitega.

Uurimismeetoditest kasutatakse lõputöö koostamisel kvantitatiivset uurimismeetodit. Andmete analüüsimiseks kasutatakse kirjeldavat statistikat, sealhulgas uuritakse seoseid lineaarsete regressioonmudelitega. Regressioonanalüüsi abil uuritakse tervishoiusüsteemide tulemusnäitajate seoseid rahastamise taseme ja allikatega. Andmeid kogutakse Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) koduleheküljelt ja Euroopa Liidu Statistikaameti (Eurostat) koduleheküljelt. Teoreetilisest osast ülevaate andmiseks kasutatakse eesti- ja inglise keelset erialakirjandust ja inglise keelseid uurimusi. Töös analüüsitakse Põhja- ja Lääne- Euroopa riikide (Euroopa Liidu riigid) tervishoiusüsteemide mudeleid. Nende riikide valiku põhjuseks on kultuuride sarnasused, millest lähtuvalt tervishoiusüsteemid on üles ehitatud.

Lõputöö koosneb kahest peatükist, mille esimene peatükk koosneb omakorda kahest alapeatükist ja teine peatükk samuti kahest alapeatükist. Esimeses peatükis käsitletakse lõputöö teoreetilist osa, kus antakse ülevaade tervishoiuteenuste olemusest ja nõudlusest ning tervishoiusüsteemide erinevatest finantseerimise mudelitest.

Teises peatükis keskendutakse tervishoiusüsteemide analüüsimisele. Esimeses alapeatükis analüüsitakse Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide finantseerimise taset ja allikaid. Sama peatüki teises ja ühtlasi viimases alapeatükis analüüsitakse tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse seoseid finantseerimise taseme ja mudelitega.

# 1. TERVISHOIUTEENUSTE OLEMUS JA FINANTSEERIMINE

## 1.1 Tervishoiuteenuste olemus ja nõudlus

Tervishoiusüsteemid seisavad liikmesriikide sotsiaalkindlustussüsteemi osana silmitsi mitmete väljakutsetega, näiteks tervishoiukulude kasv, süsteemide universaalse kättesaadavuse tagamine ja vananev rahvastik, mis omakorda suurendab tervishoiu nõudlust. Tervishoiuteenuste puhul on tegemist teenusega, millega kaasnevad erinevad turutõrked ja seega on valitsuse sekkumine tervishoiusüsteemide korraldamisel igati vajalik ning õigustatud.

Tervis on üks põhieeldustest, mis võimaldab inimestel anda ühiskondlikku ellu omapoolse panuse, seega on rahvatervis ühiskonna väärtussüsteemi osa ning selle hoidmine on ühiskonna üks olulisemaid ülesandeid. (Euroopa Liidu Teataja, 2005) Investeerimine tervisesse suurendab tootlikkust ja vähendab ravi- ja hoolduskulusid ning seega parandab majandusarengut (Euroopa Parlament, 2015). Tervishoiu valdkond on otseselt seotud majanduskasvu ja säästva arenguga. Seetõttu ei ole tervishoiusüsteemi finantseerimine ainult kulufaktor, vaid tulemuslik investeering, mida on võimalik realiseerida tõhusa tervishoiupoliitika abil. (Euroopa Liidu Teataja, 2005)

Tervishoiuteenuste nõudlus on inimeste terviseseisundist tulenev vajadus tervishoiuteenuste kasutamiseks. Nõudlus muutub läbi aegade tulenevalt patientide ealise ja soolise koosseisu muutusest, meditsiinitehnoloogia arengust ning tervishoiukorralduse muutumisest. (Eesti Haigekassa, 2016) Nõudlus näitab, kui palju on tarbija nõus maksma mingi kauba või teenuse eest ja kui palju nad seda teatud hinnaga tarbiksid või ostaksid. Nõudlust mõjutavad: kauba hind, sissetulek, teiste kaupade hinnad, tarbijate arv ning tarbijate maitse ning eelistused. (Saar, 2010) Sissetulekute kasvades kasvab ka ressursside hulk, mida patsient tervishoidu maksab. Näiteks, kui inimesed teenivad rohkem raha, siis nad kulutavad ka tervishoiule suurema summa, et püsida tervemana ja olla seetõttu produktiivsemad. Kui inimene on produktiivne, suudab ta seega teenida rohkem raha. Tegemist on positiivset tüüpi suletud ringiga, mis juhib tervishoiu nõudlust. (Zeleny & Bencko, 2015)

Tervishoiuteenused sisaldavad kõiki teenuseid, mis keskenduvad haiguste diagnoosimisele, ravimisele või tervise edendamisele ja säilitamisele ning taastamisele. (World Health Organization, 2016) Maailmas on palju erinevaid tervishoiusüsteeme, mis peegeldavad ühiskonna erinevaid valikuid. Sõltumata korralduslikest ja finantsilistest erinevusest, tuginevad tervishoiusüsteemid ühistel väärtustel, milleks on universaalsus, kvaliteetse ravi kättesaadavus ning võrdsus ja solidaarsus. (Euroopa Komisjon, 2014)

Tervishoiuteenustega hõlmatus on peaaegu universaalne kõigis Euroopa Liidu liikmesriikides. Kaetuse sügavus ehk millistele teenustele on kodanikel õigus, sõltub iga riigi tervishoiusüsteemist. Tervisekindlustus läbi avaliku või erasektori soodustab juurepääsu meditsiinilistele toodetele ja teenustele ning annab rahalise tagatise ootamatu või tõsise haiguse korral. Enamik Euroopa Liidu riike on suutnud tagada tervishoiu kulude katvuse põhilistele teenustele. Need teenused sisaldavad tavaliselt konsultatsiooni arstide ja spetsialistidega, teste ja uuringuid ning kirurgilisi ja terapeutilisi protseduure. (OECD, 2015) Hambaravi, silmaraviteenused ja mõned uuemad ravivisiidid on ravikindlustusega kaetud vaid üksikutes riikides. (Euroopa Komisjon, 2014) See, milline on mõistlik kogus ja valik erinevaid tervishoiuteenuseid, tehnoloogiaid ja spetsialiseerumisi, sõltub poliitilistest, sotsiaalsetest ning kultuurilistest ja majanduslikest teguritest. Igal juhul peab tervishoiupoliitika rahuldama mitmesuguseid tervise vajadusi. (Abbing, 2010)

Hea juurdepääs tervishoiule on väga oluline. Kättesaadavuse parandamine, süsteemi kaetus (st kellel on õigus tervishoiuteenustele) ja teenuste kvaliteet, sõltuvad eelkõige ressursside kättesaadavusest ja sellest, kuidas teenused on korraldatud ja juhitud. (World Health Organization, 2016) Selleks, et vajalikke teenuseid saada, peavad inimesed sageli rahaliselt osalema, kas kulude jagamise või omaosaluse kaudu. See aitab tagada tervishoiuteenuste vastutustundliku kasutamise. Samas ei tohi see saada takistuseks vajaliku ravi saamisel. Tervishoiusüsteemide kulude piiramise meetmed ei tohiks vähendada juurdepääsu kvaliteetsetele tervishoiuteenustele. Iga riik peab vastutama selles eest, et teenused oleksid kõigile kättesaadavad ja õiglaselt jaotatud. (Euroopa Komisjon, 2014)

Juurdepääs tervishoiule võib osutada võimatuks ka mitmetel muudel põhjustel, näiteks tervishoiusüsteemi toimimisega seonduvatel põhjustel (arsti visiidi või ravi maksumus,

raviasutuse kaugus või ravijärjekorrad) või isiklikel põhjustel (hirm olla arsti poolt mitte mõistetav või pole aega arsti juurde minekuks). Inimesed, kes loobuvad arstiabist, kui nad seda vajavad, võivad ohustada oma tervislikku seisundit. Iga tervishoiu rahuldamata vajadus võib põhjustada vaesemate inimeste tervisliku seisundi halvenemist ja suurendada ebavõrdsust. (OECD, 2015)

Inimese üks põhilistest sotsiaalsetest õigustest on õigus tervishoiule. Kindel teadmine, et vajadusel on tervishoiuteenused kättesaadavad, tagab isiku eduka toimimise ühiskonnas. Euroopa Liidu liikmesriikide tervishoiusüsteemid toimivad võrduse ja solidaarsuse põhimõttel. See näeb ette, et kvaliteetne ja pikaajaline hooldus on kättesaadavad kõigile ning kohandatud vastavalt inimese vajadustele. Kättesaadavus ei sõltu isiku vanusest ega majanduslikust olukorrast. (Euroopa Liidu Teataja, 2005)

Riik on elanikkonna tervise eest vastutav, kuid see ei tähenda, et tervishoiuteenuste osutamine peaks kuuluma ainult riigi ülesannete hulk. Kui riik otsustab usaldada tervishoiusüsteemi ka erasektori kätte, peab siiski riik vastutama tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse eest. Asjakohase ravi kvaliteedi nõue ei tähenda ainult arstiabi osutamist turvalises keskkonnas ja vastavatel kutseoskustel, vaid see tähendab ka seda, et tervishoiuteenused peavad olema võimelised pakkuma lahendusi väga erinevate olukordade puhul. (Abbing, 2010)

Tervishoiuteenuste puhul ei ole tegemist tavalise kaubaga, vaid majandusteooria kohaselt on see väärtuskaup. Väärtuskaubad on kaubad või teenused, millel on olulised välised kasud ühiskonnale, kui neid toodetakse ja tarbitakse. Seevastu paljud inimesed ühiskonnas ei tarbi neid kaupu, sest erasektori hinnad on liiga kõrged ja nad ei saa seda endale lubada või ei ole nõus selle eest kõrget hinda maksma. Kui need teenused ja kaubad jäetakse erasektori alla, võib tekkida olukord, et need teenused ja kaubad on ala toodetud ja vähe tarbitud. Sellisel juhul tekib valitsusel seoses välismõjudega õigustus ja vajadus sekkuda ning seega pakutakse neid kaupu/teenuseid tasuta või osalise toetusega nii, et kõik saaksid neid tarbida. (Musgrave & Musgrave, 1989, pp. 55-57)

Peale välismõjude on valitsusel veel kaks põhjust sekkumiseks, need on pakkujate vaheline puudulik konkurents ehk konkurentsitõrked ja tarbijate puudulik informeeritus ehk infotõrked. (Stiglitz, 1988, pp. 287-289) Konkurentsitõrked seisnevad eelkõige selles, et kuna turul ei toimi täielik konkurents, on osadel ettevõtetel võimalik määrata oma toodangu hinda suhteliselt vabalt, ilma et tuleks arvestada konkurentidega. Selleks,



et antud olukorda tervishoiu puhul ei tekiks, on valitsuse sekkumine äärmiselt oluline. Tervishoiuteenuse puhul tekivad konkurentsitõrked seoses heterogeense teenusega, mis tähendab, et haigused millega tegeleda tuleb, on erinevad. Seda olukorda võimendab puudulik informatsioon, sest heterogeensete teenuste puhul on keeruline hinnata, kas teenuse hind ja kvaliteet on kooskõlas. Tervishoiuteenuseid ei saa võrrelda mõne tavapärase hüvisega, sest tegemist on teenusega, mille puhul on olulisem teenuse kvaliteet, mitte selle hind. (Saar, 2014) Soetades mõnda ebakvaliteetset tavapärast hüvist ei ole tagajärjed sageli nii halvad või eluohtlikud, kui ebakvaliteetset tervishoiuteenust ostes. Ebakvaliteetse tervishoiuteenuse osutamisel võivad sageli tagajärjed olla parandamatud. Kui mõni arst osutab samu teenuseid odavamaga kui teine, paneb see inimesi paratamatult kahtlema, kas tegemist on ikka pädeva arsti ja kvaliteetse teenusega. Seetõttu on tervishoiuvaldkonnas avaliku sektori sekkumine olulise tähtsusega.

Raviteenuste eesmärgiks pole mitte kulude minimeerimine ja kasumi maksimeerimine, vaid raviteenuste kvaliteedi maksimeerimine, mis omakorda mõjutab kulude suurust. (Kommer, 2004) Tervishoiuteenuste puhul on oluline, et olemas olevate kuludega suudetakse kvaliteeti maksimeerida. Tervishoiuteenused on luksuskaup, kus sissetuleku kasvades nõudlus teenuse järgi kasvab proportsionaalselt rohkem kui sissetulek. Näiteks, kui tulu kasvab 2%, siis nõudlus teenuse järgi kasvab üle 2%-i, see tähendab, et nõudlus on sissetuleku suhtes elastne. (Saar, 2014)

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi aluseks on vajalikul hulgal tervishoiutöötajate olemasolu. Nad on tervishoiusüsteemi üheks olulisemaks osaks. Ilma vajaliku arvu personalita, ei ole võimalik pakkuda kvaliteetset ja õigeaegset tervishoiuteenust. Riigi ülesanne on koolitada vajalik arv meditsiinipersonali ja seeläbi tuleb tagada ka ressursi efektiivne kasutamine. Kuna arstide koolitamine on väga kulukas ja pikaajaline protsess, ei suuda turumajanduslikud mehhanismid seda valdkonda reguleerida ning riigi seisukohalt on väga oluline selle õige planeerimine. (Eesti Riigikontroll, 2005)

Tervishoiutöötajate puhul tekib infotõrge. Kuna inimestel pole tavaliselt piisavalt informatsiooni, siis tegelikult ostetakse teenusena arsti teadmisi. Tervishoiu kvaliteeti mõjutab olulisel määral just tervishoiutöötajate haridustase ja täiendav koolitamine. (Euroopa Liidu Teataja, 2005) Arst on see, kes otsustab, millist raviviisi kasutada ja

millised on kõige efektiivsemad ravimid. Seega on väga oluline, et meditsiinitöötajad oleksid pädevad ja oma ala professionaalid. Selleks, et tagada ainult kompetentsete tervishoiutöötajate olemasolu, on vaja riigi sekkumist ja pidevat kontrolli arstide litsentseerimise ja ravitegevuse üle. (Kommer, 2004)

Kokkuvõtvalt on tervis üks põhieeldustest, mis võimaldab inimestel anda ühiskondlikku ellu omapoolse panuse, seega ei ole tervishoiusüsteemi rahastamine ainult kulufaktor, vaid tulemuslik investeering. Majandusteooria kohaselt kaasnevad tervishoiuteenuste osutamisega mitmed turutõrked ja seetõttu on valitsuse sekkumine teenuste korraldamisel äärmiselt oluline. Samuti on oluline hea juurdepääs tervishoiuteenustele ja selle tagamine sõltub eelkõige ressursside kättesaadavusest ja süsteemi korraldusest. Riigi ülesanne on tagada kvaliteetsete tervishoiuteenuste juurdepääs kõikidele patsientidele, olenemata isiku vanusest ja majanduslikust olukorrast. Maailmas on palju erinevaid tervishoiusüsteeme, mis peegeldavad ühiskonna erinevaid valikuid. Sõltumata korralduslikest ja finantsilistest erinevusest, tuginevad tervishoiusüsteemid ühistel väärtustel, milleks on universaalsus, kvaliteetse ravi kättesaadavus ning võrdus ja solidaarsus.

## **1.2 Tervishoiuteenuste finantseerimise mudelid**

Hea ja kvaliteetse tervishoiusüsteemi olemasolu on suureks eelduseks riigi edukaks toimimiseks. Iga riik otsustab ise, kuidas tagada toimiv tervishoiusüsteem. Selleks on mitmeid erinevaid võimalusi ja kindlaks määratud üle maailma tuntuid süsteeme. Üldiselt erinevad riikide tervishoiusüsteemid korralduse ja finantseerimise poolest. Kuna tervishoiuteenuste näol on tegemist kuluka teenusega, on riikide peamiseks probleemiks vajalikul hulgal rahastamise allikate leidmine.

Tervishoiusüsteem moodustab ühe osa tervest sotsiaalsüsteemist, mis hõlmab erinevaid meetmeid, institutsioone, organisatsioone ja tegevusi, mille eesmärk on ravida ja ennetada haigusi ning parandada ühiskonna tervist. Tervishoiusüsteemid erinevad riigiti olulisel määral. Peamiselt omandivormide, riigi sekkumise, rahastamise korraldamise ja organisatsiooni juhtimise poolest. Üheks oluliseks erinevuseks on patsientide omafinantseerimise suurus. Need erinevused on tingitud erinevatest traditsioonidest,

ajaloolisest arengust, poliitilistest süsteemidest ja riigi jõukuse tasemest. (Tučkova, *et al.*, 2012, p. 298)

Jätkusuutlik tervishoiusüsteem on üles ehitatud inimese, kapitali ja tarbivate ressursside usaldusväärsele juurdepääsule. Nende sisendite kindlustamine nõuab rahalisi vahendeid, et investeerida hoonetesse ja seadmetesse, et kompenseerida tervishoiutöötajate tööd ja nende aega, ning maksta ravimite ja muude tarbekaupade eest. See, kuidas need rahalised vahendid on loodud ja juhitud, tulu kogumise protsess ning vahendite ühendamine tõstatab olulise probleemi poliitikutele ja planeerijatele. Nad on silmitsi rahastamise süsteemi projekteerimisega, mis vastaksid sotsiaalpoliitika, poliitika ja majanduse kindlatele eesmärkidele. Enamik riike tunneb pidevat survet, sest kulud on kasvamas ja vahendeid napib. Poliitikutel on kolm võimalust: kas vähendada kulusid, suurendada rahastamist või teha mõlemat. (Mossialos, *et al.*, 2002, p. 18)

Kaasaegset tervishoiusüsteemi ei ole võimalik rahastada üksnes patsientide sissemaksetest. Ebakõla individuaalsete ressursside ja tervishoiu vahel ütleb, et individuaalse ravi kulud peaksid suuresti olema täidetud mitmete gruppide poolt. Põhimõtteliselt võivad need grupid või kolmandad isikud esineda mitmel kujul, näiteks vabatahtlikud ühendused, ettevõtte- ja sotsiaalkindlustus programmid ning riik riiklikul või piirkondlikul tasandil. (Wagstaff, *et al.*, 1999)

Vajalike tervishoiuteenuste rahaline kättesaadavus on kõigile oluline. Riigid on silmitsi tervishoiukulude kasvuga, mis on peamiselt tingitud elanikkonna vananemisest ja meditsiini pidevast arengust. Selleks, et tagada tervishoiu taskukohasus, kasutavad Euroopa Liidu riigid peamiselt kahte lähenemisviisi. Üheks võimaluseks on riiklik tervishoiusüsteem, kus rahaline vastutus on peamiselt avalik õiguslikel asutustel. Süsteemi rahastamine tugineb maksudel, pakkudes patsientidele tasuta juurepääsu riigi poolt rahastatud tervishoiuteenustele. Teiseks võimaluseks on kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem ehk lisatasul põhinev haigekassa. Selle süsteemi puhul on eraravikindlustus ettevõtetel rahaline vastutus tervishoiu kättesaadavuse osas. Praktikas on Euroopa riikide tervishoiusüsteemid kombineeritud eelpool toodud süsteemidest. (Abbing, 2010) Vaid jõukad riigid saavad toetuda põhiliselt eraravikindlustusele. Enamik arenenud ja arengumaad finantseerivad oma tervishoiusüsteemi läbi maksude ja tööjõu panuse (Liaropoulos & Goranitis, 2015).

Põhiline esmatasandi tervishoiu katvus, kas avaliku või erasektori kindlustus, hõlmab määratletud hulka hüvesid. Mõnes riigis saab lisaks põhilisele tervishoiu teenuste pakstile osta täiendava kindlustuse. See kindlustus katab kulud, mis ei ole kaetud põhipaketiga. Lisaks täiendavale kindlustusele on võimalik soetada lisakindlustus, millega on juurdepääs lisateenustele. Peale lisa- ja täiendavat kindlustust on olemas kahekordne kindlustus, mis võimaldab kiiremat juurepääsu tervishoiuteenustele ja suuremat pakkujate valikut. (OECD, 2015)

Maailmas on umbes 200 riiki ja iga riik püüab toimetada nii, et nende tervisehoiusteemi kolm peamist eesmärki oleks tagatud. Kolm peamist eesmärki on: rahva tervise hoidmine, inimeste ravimine ja kallite ravikulude kompenseerimine. Ei ole vaja tunda kõiki 200 erinevat süsteemi, et aru saada, kuidas teised riigid oma tervisehoiusteemi korraldavad. (PNHP, 2015) Analüüsid olemasolevaid tervisehoiusteeme Euroopa Liidu riikides, on märgata süsteemide märkimisväärset mitmekesisust, kuid kõik süsteemid on inspireeritud kahest suurest tervishoiumudelist, mis on tuntud kui *Beveridge* ja *Bismarck* mudelid. (Busol, 2010, p. 5)

*Beveridge*´i mudeli puhul rahastab tervishoidu riik läbi maksude, nii nagu teisi avalik õiguslikke asutusi. See on riiklikult organiseeritud süsteem. Paljud haiglad ja kliinikud kuuluvad riigile. Arstid on enamasti riigitöötajad, kuid on olemas ka eraarstid. Sellel süsteemil on tavaliselt madalad kulud, sest valitsus ainsa maksjana kontrollib kulude jaotamist. (PNHP, 2015) *Beveridge*´i tervishoiumudeli puhul on kõikidel inimestel õigus tervishoiuteenustele, ilma formaalse kohustuseta midagi vastu panustada. Osutatavad tervishoiuteenused, millele patsiendil on õigus, ei ole seotud patsiendi poolt teenitud palga suurusega (Busol, 2010). Riikliku süsteemi suur risk on alarahastamine. Tervishoid peab konkureerima teiste riiklikult rahastatud süsteemidega nagu haridus ja infrastruktuur (Van der Zee & Kroneman, 2007). Riigid, kes kasutavad *Beveridge*´i süsteemi või selle variatsioone on: Suurbritannia, Rootsi, Norra, Soome, Taani, Hispaania, Portugal, Itaalia, Kreeka, Hispaania (PNHP, 2015).

*Bismarcki* süsteem sarnaneb vaatamata Euroopa kultuuripärandile Ameeriklaste omaga. Selles mudelis kasutatakse peamiselt kindlustuse süsteemi. Tavaliselt rahastatakse seda läbi tööandja ja töötajate palgafondi. (PNHP, 2015) Selle mudeli puhul eksisteerib nii avalikke kui ka erapakkujaid. *Bismarcki* mudel võimaldab paindlikumat tervishoiu rahastamist. Selles mudelis toimub rahastamine peamiselt sotsiaalkindlustuse kaudu,

mis on kõigile kohustuslik. (Lameire, *et al.*, 1999, p. 3) Erinevalt *Beveridge*’i süsteemist, ei ole *Bismarcki* süsteem riigi kontrolli all ja selle süsteemi toime ja ravikindlustus vahendid ei ole parlamendi poolt kontrollitud (Busol, 2010). Süsteemi nõrkus on võimu keskuse puudumine ja kulude kontroll on keeruline (Van der Zee & Kroneman, 2007). Seda mudelit kasutatakse nt: Saksamaal, Hollandis, Prantsusmaal, Austrias, Šveitsis (Lameire, *et al.*, 1999, p. 3).

Valitsuse juhitud riiklik tervishoiuteenus (*Beveridge*) võimaldab pakkuda teenust kõigile mõistliku hinnaga, kuid seejuures pole võimalik vältida halva kvaliteediga kaasnevaid ohte. Kindlustuslepingul põhineva süsteemi (*Bismarck*) puhul on võimalik saavutada teenuse kõrge kvaliteet, kuid seejuures pole võimalik arstiabi pakkuda kõigile taskukohase hinnaga. (Cichon & Normand, 1994) *Bismarcki* süsteemi eesmärk on tagada elatustase kuid *Beveridge*’i süsteemi põhirõhk on kindlustada toimetulekupiir. (Ifo Institute, 2008)

Maksudel põhineva süsteemi (*Beveridge*) ressursside kogumise eelisteks on lai tulubaas, lihtne administreerimine ja universaalne kindlustusega kaetus. Otsesed maksud on tavaliselt progresseeruvad ja edendavad solidaarsust. Eeliseks on ka see, et süsteem võimaldab kompromisse teiste valdkondadega. Peamiseks puuduseks on see, et tulude jaotamiseks on vajalikud poliitilised läbirääkimised. Puuduseks on ka võimalikud maksumoonutused. (Figueras, *et al.*, 2004)

Sotsiaalkindlustussüsteemi (*Bismarck*) abil ressursside kogumise eelisteks on konkreetne eraldatud tulu tervisele, kogutud tulu on eraldi teistest riigi tuludest ja on nähtav tuluallikas (ametlik palk). Tugevaks küljeks on fondide iseseisev juhtimine ja parem kaitstud poliitiliste mõjutuste eest. Suurimaks puuduseks on kitsas tulubaas (põhineb ainult sissetulekul) ja suurenenud kulutused tööjõule, mis võib vähendada rahvusvahelist konkurentsivõimet. Kitsaskohaks on tulu sõltuvus majandustsüklist ja tugev reguleeriv raamistik. Tööjõumaksudel põhinev sotsiaalkindlustussüsteem võib piirata mittetöötava elanikkonna (pensionärid, töötud ja ülalpeetavad) ligipääsu tervishoiuteenustele. Vajalikud on teised mehhanismid, et teha nende eest fondissemakseid. (Figueras, *et al.*, 2004)

Erinevate mudelite kirjeldustest nähtub, et rahastamisesüsteeme on mitmeid, kuid enamasti on nende süsteemide rahastamisallikad kombineeritud erinevatest maksutuludest. Maksustamine on heterogeenne – see tähendab, et on olemas erinevaid

allikaid (otsene või kaudne), erinevatel tasanditel (riiklikul või kohalikul tasandil) ja erinevat liiki (üldised või hüpoteegitud). Kõikidel maksuliikidel on erinev mõju võrdusele ja tõhususele. Mitmetes Euroopa Liidu riikides on kasutusel erinevad maksutulu liigid, millega tervishoidu rahastatakse. Tervishoiusüsteemide rahastamisel kaustatakse otseseid makse, hüpoteegilt või eraldi saadud tulumaksu, samuti kasutatakse osaliselt sigarettide müügi pealt saadud maksutulu. Üheks rahastamise allikaks on ka piirkondlikud või kohalikud maksud ja erinevad riiklikud maksud. (Mossialos, *et al.*, 2002)

On olemas erinevaid poolt ja vastuargument, milliste maksudega oleks kõige efektiivsem tervishoidu rahastada. Näiteks finantseeritakse tervishoiud nii otsetest kui ka kaudsetest maksudes. Otseseid makse maksavad inividid nagu majapidamised või ettevõtted ning nende maksude hulka kuuluvad, näiteks üksikisiku tulumaks, ettevõtte kasumi maksud ja kinnisvara maksud. Üksikisiku tulumaks on tavaliselt progresseeruv ja selle eesmärk on jagada tulu rikaste ning vaeste vahel. Mitmed institutsionaalsed otsese maksustamise tunnused võivad luua ebavõrdsust. Näiteks kui tulumaksu määrad varieeruvad geograafiliselt, kui mõned tulu vormid on tulumaksuvabad, või kui mõned kulutused on maksuvabad (eluasemelaenu intressid, eraravikindlustus või otsesed sissemaksed tervishoidu). (Van Doorslaer, *et al.*, 1999)

Kaudsed maksud on tehingutel ja kaupadel ning nende hulka kuuluvad näiteks müügi maks, käibemaks, aktsiisid ja impordi ja ekspordi maksud. Mõnel juhul arvatakse, et kaudsed maksud on regressiivsed, sest: kõrgema sissetulekuga inimesed säästavad rohkem ja säästud ei ole kaudsete maksude subjektiks; madalama sissetulekuga inimesed kulutavad proportsionaalselt rohkem oma tulu maksustatud kaupadele nagu tubakas; paljud kaudsed maksud on seotud ühekordsete maksetega. Samas kui erinevaid maksu määrasid rakendatakse tervist kahjustavatele kaupadele, näiteks sigaretid ja tubakas, võib see piirata tarbimist, soodustades seega inimeste tervise hoidmist. (Mossialos, *et al.*, 2002)

Tervishoidu rahastatakse ka riiklikest ja kohalikest maksudest. On olemas mitmeid argumente, mis räägivad kohalike maksude kasuks. Arvatakse, et see maksustamise süsteem on läbipaistvam, sest sellisel juhul tervishoiu kogukuludest moodustavad põhiosa kohalikud eelarved ja seos tasutud kohalike maksude ning tervishoiule kulutatud summa vahel on otsesem. Teiseks argumendiks on see, et poliitikud on

valijatele lähemal ja seega on otsused raha kulutamise osas ilmsemad. Samuti saab tervishoiu kulutuste osas juhendada kohaliku elanikkonna vajadustest. Oluline on ka see, et tervis võib olla peamiseks prioriteediks kohalikul tasandil, kus on vähem konkureerivaid prioriteete. Vastuargumendiks on see, et kohalikud maksud võivad põhjustada ebavõrdsust, kui erinevates piirkondades on kohaldatud erinevad maksumäärad. Samas on ebaõiglane ka see, et ühtne maksumäär võib tuua enam tulu rikkastesse piirkondadesse, vastavalt eri piirkondade rikkusele. (Mossialos, *et al.*, 2002)

Kokkuvõtvalt on vajalike tervishoiuteenuste taskukohasus kõigile oluline. Kaasaegset tervishoiusüsteemi ei ole võimalik rahastada üksnes patsientide sissemaksetest. Ebakõla individuaalsete ressursside ja tervishoiu vahel ütleb, et individuaalse ravi kulud peaksid suuresti olema täidetud mitmete gruppide poolt. Selleks, et tagada tervishoiu rahaline kättesaadavus, kasutavad Euroopa Liidu riigid peamiselt kahte lähenemisviisi. Üheks võimaluseks on riiklik tervishoiusüsteem (*Beveridge*), kus süsteemi rahastamine põhineb maksudel. Teine võimalus on kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem (*Bismarck*), mida rahastatakse peamiselt läbi tööjõu panuse. Praktikas on Euroopa Liidu riikides kasutusel süsteemid, mis on kombineeritud nendest mõlemast võimalusest. Mõlema süsteemi rahastamisel kasutatakse erinevaid maksutulu liike, näiteks otseseid makse, hüpoteegilt või eraldi saadud tulumaksu ning aktsiisi tulusid. Suureks rahastamise allikaks on ka piirkondlikud ja kohalikud maksud ning erinevad riiklikud maksud. Mõlema süsteemi puhul esineb nii eeliseid kui ka puuduseid.

## 2. TERVISHOIUSÜSTEEMIDE FINANTSEERIMINE JA TULEMUSLIKKUS EUROOPA LIIDU RIIKIDES

### 2.1 Tervishoiusüsteemide finantseerimise tase ja allikad Euroopa Liidu riikides

Peaaegu kõikides arenenud riikides on suurem osa tervishoiust rahastatud kas valitsuse või sotsiaalkindlustus institutsioonide poolt. Valitsuse vahendid on hangitud erinevatest maksustamise vormidest ja sotsiaalkindlustus institutsioonid määravad enamikule elanikkonnast kohustusliku lõivu. Finantseerimisel mängib olulist rolli ka finantseerimise tase, näiteks tervishoiukulude osakaal SKP-st.

Nii nagu eelpool mainitud, ei ole üldjuhul Euroopa Liidu riikides kasutusel süsteemi, mis vastaks täpselt *Beveridge'i* või *Bismarcki* mudeli kriteeriumitele. Euroopa Liidu riikides kasutatakse kombineeritult mõlemat süsteemi. Lähtudes sellest, millises riigis on kasutusel sotsiaalkindlustusel põhinev süsteem ja millises maksutuludel põhinev süsteem, on tabelis 1 olevad riigid jaotatud vastavalt *Bismarck* ja *Beveridge'i* mudeliteks.

Tabel 1. Põhja- ja Lääne- Euroopa riikide tervishoiusüsteemide rahastamise mudelite jaotus (sulgudes riikide rahvusvahelised tähised) (OECD, 2015; autori koostatud)

<i>Beveridge</i>	<i>Bismarck</i>
Taani (DK)	Eesti (EE)
Rootsi (SE)	Läti (LV)
Soome (FI)	Leedu (LT)
Suurbritannia (UK)	Austria (AT)
Iirimaa (IE)	Belgia (BE)
	Prantsusmaa (FR)
	Saksamaa (DE)
	Luksemburg (LU)
	Holland (NL)



Arenenud riikides näitab tervishoiu kogukulude osakaal sisemajanduse koguproduktist, kui suure osa ühe aasta jooksul ühiskonna poolt loodud kogurikkusest kulutab ühiskond tervishoiule. Väga palju uuringuid on näidanud, et nii inimesed, kui ka ühiskond tervikuna kalduvad sissetulekute kasvades kulutama proportsionaalselt suuremat osa sissetulekust tervishoiule. Riikidel kõrgema SKP tasemega elaniku kohta on reeglina tervishoiu kogukulude tase kõrgem. (Vörk, *et al.*, 2005)

Tabelist 2 on näha, et riikliku tervishoiusüsteemiga riikidest kõige enam kulutab SKP-st tervishoiule Taani (10,6%). Sellisel juhul peab Taani puhul paika väide, et kõrgema SKP tasemega elaniku kohta on tervishoiukulude tase kõrgem, kuna Taani SKP elaniku kohta on 20-30% kõrgem, kui Euroopa Liidu keskmine (Eurostat, 2012). Tabelist 2 nähtub, et sama väide ei kehti Iirimaa kohta, kuna valitud *Beveridge'i* mudeli riikide seas on tervishoiu kogukulud SKP-st kõige madalamad (8,9%). Seevastu on Iirimaa SKP elaniku kohta Euroopa Liidu keskmisest 20-30% kõrgem. Üldiselt nähtub tabelist 2, et need riigid ei panusta SKP-st rohkem tervishoiule, kui *Bismarcki* mudeli riigid, pigem jääb see protsent väiksemaks.

Tabel 2. Tervishoiu kogukulud SKP-st 2013. aastal ja SKP inimese kohta *Beveridge'i* mudelit rakendavates riikides 2011. aastal (WHO, 2013; Eurostat, 2012; autori koostatud)

Riigid	Tervishoiukulud (% SKP-st)	SKP inimese kohta (EU 27 = 100)
Suurbritannia	9,1	109
Iirimaa	8,9	129
Taani	10,6	125
Soome	9,4	114
Rootsi	9,7	127

Väide, et kõrgema SKP tasemega elaniku kohta on tervishoiukulude tase kõrgem, kehtib ka mitmetel juhtudel *Beveridge'i* mudeli riikides. Tabelist 3 on näha, et valitud riikidest kõige kõrgem tervishoiukulude protsent SKP-st on Hollandil (12,9%), järgnevad Prantsusmaa, Saksamaa, Belgia ja Austria. Nendel riikidel on SKP elaniku kohta 20-30% kõrgem, kui Euroopa Liidu keskmine. Väide peab paika ka Eesti, Läti ja Leedu puhul, kuna tabelist 3 nähtub, et nende tervishoiu kogukulud SKP-st on peaaegu poole madalamad, kui teistes valitud riikides. Samuti on nende SKP elaniku kohta (Eestis ja

Leedus üks kolmandik ja Lätis 40%) madalam Euroopa Liidu keskmisest. Riik, kelle puhul see teooria paika ei pea, on Luksemburg. Nimelt on Luksemburg riik, kellel on kõige kõrgem SKP elaniku kohta, see on kaks ja pool korda kõrgem kui Euroopa Liidu keskmine. Kuid tervishoiu kogukulud SKP-st on võrdlemisi madalad, vaid 7,1%, mis on kõrgem vaid Eesti, Läti ja Leedu näitajatest.

Tabel 3. Tervishoiu kogukulud SKP-st 2013. aastal ja SKP inimese kohta 2011. aastal *Bismarcki* mudelit rakendavates riikides (WHO, 2013; Eurostat, 2012; autori koostatud)

Riigid	Tervishoiukulud (% SKP-st)	SKP inimese kohta (EU 27 = 100)
Eesti	5,1	67
Läti	5,7	58
Leedu	6,2	66
Austria	11	129
Belgia	11,2	119
Prantsusmaa	11,7	108
Saksamaa	11,3	121
Luksemburg	7,1	271
Holland	12,9	131

Tervishoiusüsteemide iseloomustamiseks vaadeldakse era- ja avaliku sektori osakaalu tervishoiu kogukuludes. Suurem avaliku sektori kulude osakaal tagab tervishoiu ühtlasema ja õiglasema finantskaitse, sest arstiabi kättesaadavus sõltub vähem inimese maksevõimest. Avaliku sektori kulu on kõige otsesemalt riigi poolt kontrollitav ja prognoositav ning korrigeeritav. (Vörk, *et al.*, 2005, p. 9) Riigid, kus on kasutusel *Beveridge'i* mudel, kasutavad tervishoiu rahastamisel peamiselt riigi maksutulu. Tervishoiu rahastamise osakaal avalikest allikatest on suhteliselt kõrge Suurbritannias, näiteks 2013. aastal kaeti 83,5% tervishoiu kogukuludest avalikest allikatest. Avalikest allikatest suurima osa moodustab maksutulu. Maksutulude alla kuuluvad: tulumaks, käibemaks, ettevõtte tulumaks ja aktsiisid. Lisaks üldisele maksutulule kogutakse süsteemi rahastamiseks tulu ka tööandjatelt, töötajatelt ja füüsilisest isikust ettevõtjalt, kuid võrreldes maksutuluga moodustab see väikese osa süsteemi rahastamisest. (Cylus, *et al.*, 2015, pp. 1-48)

Iirimaa rahastatakse tervishoidu peamiselt maksudest ja tegemist on *Beveridge'i* rahastamismudeliga. Tabelist 4 on näha, et Aastal 2013 kaeti 67,7% kogu tervishoiukuludest (nii avalikus, kui erasektoris) maksutuludega, sealhulgas palgaga seotud sotsiaalkindlustusmaksed (0,2%) ja muud valitsuse tulud nagu näiteks aktsiisid. (McDaid, *et al.*, 2009, pp. 17-76) Taanis on samuti kasutusel riiklik tervishoiusüsteem, mis on peaaegu täielikult rahastatud, planeeritud ja juhitud riigiasutuste poolt. (Jakubowski & Busse, 1998) Süsteemi rahastatakse peamiselt sihtotstarbelisest tulumaksust. Inimeste sissetulekust 8% läheb tervishoiu kulude katteks. (Mossialos, *et al.*, 2015, p. 34) Valitsus rahastab umbes 85,4% (2013. aastal) kogu tervishoiu kulutusest. (Olejaz, *et al.*, 2012, p. 60)

Tabel 4. Avaliku sektori osakaal tervishoiu rahastamisel *Beveridge'i* mudelit rakendavates riikides 2013. aastal (protsent kogukuludest) (WHO, 2013; autori koostatud)

Riigid	Avaliku sektori osakaal
Suurbritannia	83,5
Iirimaa	67,7
Taani	85,4
Soome	75,3
Rootsi	81,5

Soomes jaguneb tervishoiusüsteem kolmeks erinevaks osaks, mida rahastatakse avalikest vahenditest. Need osad on: munitsipaaltervishoid, eratervishoid ja töötervishoid. Suurim osa tervishoiuteenusest pakutakse munitsipaaltervishoiu süsteemi poolt ja seda rahastatakse peamiselt kohalikest maksudest, riigi toetusest ja kasutaja tasudest. Tabelist 4 nähtub, et avalik sektor kattis 2013. aastal 75,3% tervishoiu kuludest. (Vuorenkoski, 2008, pp. 1-44) Rootsis kaetakse ligikaudu 71% tervishoiu kogukuludest maksudega. Avaliku sektori kulutused moodustavad 81,5% (2013. aastal) kogukuludest. Riik vastutab üldise tervishoiu eest, kuigi rahastamine ja teenuse osutamine on suures osas maavalitsuste ja regioonide vastutusalas. (Anell, *et al.*, 2012, p. 49) Tabelis 4 olev informatsioon annab kokkuvõtva ülevaate avaliku sektori osakaalust valitud riikides, kus on kasutusel *Beveridge'i* mudel.

Riigid, kus on kasutusel *Bismarcki* mudel, kasutavad tervishoiu rahastamisel peamiselt sotsiaalkindlustussüsteemi. Eestis on tervishoiu sissemaksed seotud eelkõige tööhõivega. Pikemas perspektiivis on väidetud, et süsteemile on ohuks finantsiline jätkusuutmatumus, kuna kitsas tulubaas on seotud peamiselt palkadega. Süsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori vahenditest, millest põhiosa tuleb sihtotstarbelisest ravikindlustusmaksust, moodustades üle 86% kogu tervisesüsteemi rahastamisest. (Lai, *et al.*, 2013) Tabelist 5 nähtub, et 2013. aastal moodustas avaliku sektori panusest maksutulu 11,7% ja sotsiaalkindlustusmaksed 86,6%. Lätis katab riik ligikaudu 61,14% tervishoiu kogukuludest. Toon näitena riigi maksutulu laekumise proportsiooni 2012. aastal: sotsiaalkindlustusmaks 34%, üksikisiku tulumaks 23%, käibemaks 25%, aktsiisid 14% ja ettevõtte tulumaks 3,3%. (Mitenbergs, *et al.*, 2009, pp. 17-78)

Tabel 5. Avaliku sektori osakaal tervishoiu rahastamisel *Bismarcki* mudelit rakendavates riikides 2013. aastal (protsent kogukuludest) (WHO, 2013; autori koostatud)

Riigid	Avaliku sektori osakaal	Sotsiaalkindlustuse osakaal avaliku sektori panusest
Eesti	77,9	86,6
Läti	61,9	34,2
Leedu	66,6	85,1
Austria	75,7	55,1
Belgia	75,8	85,5
Prantsusmaa	77,5	95,1
Saksamaa	76,8	88,9
Luksemburg	83,7	83,6
Holland	79,8	92,7

Leedus rahastatakse tervishoidu läbi kohustusliku tervisekindlustuse. Riiklik rahastamine on tervishoiusektoris alates 2004. aastast järk-järgult kasvanud. Süsteem on eelkõige rahastatud tööandjate ja töötajate sissemaksetest. Need sissemaksed moodustavad sotsiaalkindlustussüsteemi. Avalik sektor katab umbes 72,9% kogukuludest (2010. aastal). Avaliku sektori panusest 60,9% moodustab kohustuslik

ravikindlustusfond ja 12% riigieelarve. (Murauskiene, *et al.*, 2013) Austrias on tervishoiusüsteem umbes 75% ulatuses rahastatud sotsiaalkindlustusmaksetest ja maksudest. Koos tervisekindlustusega annab maksusüsteem märkimisväärse panuse tervishoiu rahastamiseks. Tegemist on sega mudeliga, millesse sotsiaalkindlustus ja riik panustavad peaaegu võrdselt, kuid sotsiaalkindlustus sissemaksed moodustavad veidi suurema osakaalu. (Hofmarcher, 2013) Tabelist 5 on näha, et aastal 2013 kattis avalik sektor 75,7% kogu tervishoiu kuludest. Sotsiaalkindlustuse sissemaksed moodustasid avaliku sektori panusest 55,1%.

Belgias põhineb tervishoiusüsteemi finantseerimine progressiivsetel otsetel maksudel, proportsionaalsel sotsiaalmaksul ja alternatiivsel finantseerimisel, mis on seotud kaupade ja teenuste tarbimisega (käibemaks). Alternatiivse rahastamise eesmärk on piirata valitsuse toetuseid ja vähendada tööhõive panust. Tööjõu maksustamise asemel püüab valitsus kasutada alternatiivseid vahendeid, millest rahastada kogu sotsiaalkindlustussüsteem. Alternatiivseteks vahenditeks on käibemaks, aktsiisid tubakalt ja alkoholilt. (Gerkens & Merkur, 2010) Tabelist 5 nähtub, et avaliku sektori osakaal oli 2013. aastal 75,8% kogukuludest. Sellest 85,5% moodustas sotsiaalkindlustuse sissemaksed.

Kuigi Prantsuse tervishoiusüsteem on sotsiaalkindlustussüsteem, on ajalooliselt olnud tugev roll ka riigil, mitte nii nagu teiste *Bismarcki* süsteemide puhul. Tervishoiukulutuse riiklik rahastamine on üks paremaid Euroopas. Sotsiaalkindlustust rahastatakse töötaja ja tööandja sissemaksetest. Riigi täiendavad tulud pärinevad konkreetsetest maksudest, näiteks tubaka ja alkoholi aktsiis. (Chevreul, *et al.*, 2015) Tabelist 5 on näha, et avaliku sektori osakaal kogu tervishoiukuludest 2013. aastal moodustas 75,8%, millest 85,5% oli sotsiaalkindlustuse osakaal. Saksamaal on samuti peamine tervishoiu rahastamise allikas kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem, millega on hõlmatud umbes 85% elanikkonnast (Busse & Blümel, 2014). Aastal 2013 kattis avalik sektor 76,8% (vt tabel 5) kogu tervishoiu kuludest. Avaliku sektori panusest 88,9% moodustab sotsiaalkindlustuse sissemaksed.

Luksemburgi sotsiaalkindlustussüsteemis 40% kulutusest katab riik, ülejäänud 60% on jagatud kindlustatud elanike ja tööandjate vahel. Avaliku sektor kattis 2013. aastal 83,7% tervishoiukuludest. Sotsiaalkindlustussüsteemi osakaal sellest oli 83,6%. (Berthet, *et al.*, 2015) Hollandi ravikindlustuse puhul on inimestel võimalik valida, kas

nad maksavad kindla suurusega tasu, niinimetatud nominaalse kindlustusmaks või sõltub nende sissemaks tööandja panusest, mis toimub läbi palgafondi ja haigekaasa. Tabelis 5 nähtub, et avaliku sektori osakaal aastal 2013 oli 79,8%, millest 92,7% moodustas sotsiaalkindlustus. (Schäfer, *et al.*, 2010)

Erasektori kulutused sõltuvad sellest, kui suur on tervishoiuteenuste kohustuslik omaosalus, milline on avaliku sektori poolt tasutav arstiabi kättesaadavus ja leibkondade maksevõimest. (Vörk, *et al.*, 2005) Kui võrrelda tabelit 6 ja 7, siis on näha, et *Beveridge'i* süsteemides on erasektori osakaal veidi väiksem kui *Bismarcki* süsteemide puhul. Näiteks tabelist 6 on nähtub, et Suurbritannias moodustab erasektori roll tervishoiusüsteemi rahastamisel 16,5%, (2013. aastal) millest 56,4% on inimeste omaosalus ja 17,1% erakindlustus. Omaosalus tervishoius moodustab vaid 9,3% kogukuludest. Eraravikindlustust omab 11% elanikkonnast. Iirimaal on 32,3% (2013. aastal) tervishoiukuludest kaetud eraallikatest. Inimeste omaosalus moodustab sellest 52,1% ja erakindlustuse osakaal 41,3%, mis on suhteliselt suur protsent võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega. Inimeste omaosalus tervishoiu kogukuludest moodustab 16,8%. (McDaid, *et al.*, 2009)

Taanis on erasektori roll tervishoiu rahastamisel 14,6% kogukuludest (2013. aastal), millest 85,4% moodustab inimeste omaosalus ja 12,1% erakindlustus. Erakindlustust omab umbes 40% elanikkonnast, see katab kulud, mis ei ole tavalise kindlustusega kaetud ja tagab parema juurdepääsu erapakkujate juurde. (Mossialos & Wenzel, 2015) Tabelist 6 on näha, et inimeste omaosalus moodustab kogukuludest 12,8% (2013. aastal), mis on üks madalamatest, võrreldes teiste valitud *Beveridge'i* mudelit rakendavate riikidega.

Soomes on 24,7% (2013. aastal) tervishoiukuludest kaetud erasektori allikatest. Erasektori panusest 75% moodustab inimeste omaosalus ja eraravikindlustuse panus on 8,4%. Tabelist 6 nähtub, et inimeste omaosalus tervishoiu kogukuludest moodustab 18,5%, mis on valitud *Beveridge'i* mudelit rakendavatest riikidest kõrgeim protsent. Rootsis on erasektori roll tervishoiu rahastamisel 18,5% (2013. aastal). Sellest moodustab inimeste omaosalus (*out-of-pocket*) 88,1% ja eraravikindlustus moodustab kõigest 1,7% kogu erasektori panusest. Inimeste omaosalus moodustab kogukuludest 16,3%.

Tabel 6. Erasektori tervishoiukulude jaotus *Beveridge'i* mudelit rakendavates riikides 2013. aastal (WHO, 2013; autori koostatud)

Riigid	Erasektori osakaal	Omaosalus (% erasektorist)	Erakindlustus (% erasektorist)	Omaosalus (% kogukuludest)
Suurbritannia	16,5	56,4	17,1	9,3
Iirimaa	32,3	52,1	41,3	16,3
Taani	14,6	87,4	12,1	12,8
Soome	24,7	75	8,4	18,5
Rootsi	18,5	88,1	1,7	16,3

Nagu eelnevalt selgus, siis *Bismarcki* süsteemides on erasektori osakaal tervishoiu kulutustest üldises plaanis veidi suurem, kui *Beveridge'i* süsteemides. Eestis moodustavad erasektori kulud, mis on peamiselt omaosaluse vormis, ligikaudu neljandiku tervishoiu kogukuludest. (Lai, *et al.*, 2013) Tabelist 7 on näha, et aastal 2013 kattis erasektor 22,1% tervishoiu kogukuludest. Sellest protsendist 85,4% moodustas inimeste omaosalus (*out-of-pocket*). Erakindlustuse roll on Eestis väga väike, 2013. aastal moodustas see kõigest 1,2% erasektori panusest. Lätis katavad inimeste otsesed maksed tervishoidu suure osa tervishoiu kogukuludest. Tabelist 7 nähtub, et aastal 2013 oli see 36,5% kogukulust. See on üks kõrgemaid protsente võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega. Erasektori osakaal tervishoiu kogukuludest moodustab 38,1% (2013. aastal).

Nii nagu Lätis, on ka Leedus inimeste otseste sissemaksete osakaal suur. Tabelist 7 on näha, et aastal 2013 kaeti 32,6% kuludest otseste sissemaksetega. Erasektor katab 33,4% tervishoiu kogukuludest (2013. aastal) ja sellest 97,6% moodustab inimeste omaosalus ehk otsesed sissemaksed. Leedus moodustab erakindlustus 2,3% erasektori panusest, mis on suhteliselt väike võrreldes teiste *Bismarck* mudelit rakendavate riikidega. Austrias jaguneb avaliku ja erasektori panus vastavalt 75% ja 25%. Aastal 2013. moodustas erasektori panus 24,3%, sellest suurima osa moodustab omaosalus ehk kasutajate sissemaksed, 2013. aastal oli see 65,2%. Austrias on riiklik ravikindlustus domineeriv, kuid märkimisväärne on ka erakindlustuse roll. Erakindlustuse osakaal moodustas 2013. aastal 18,5% erasektori panusest.

Tabel 7. Erasektori tervishoiukulude jaotus *Bismarcki* mudelit rakendavates riikides 2013. aastal (WHO, 2013; autori koostatud)

Riigid	Erasektori osakaal	Omaosalus (% erasektorist)	Erakindlustus (% erasektorist)	Omaosalus (% kogukuludest)
Eesti	22,1	85,4	1,2	18,9
Läti	38,1	95,7	4,3	36,5
Leedu	33,4	97,6	2,3	32,6
Austria	24,3	65,2	18,5	15,8
Belgia	24,2	82,3	16,9	19,9
Prantsusmaa	22,5	32,9	58,7	7,4
Saksamaa	23,2	55,6	40,3	12,9
Luksemburg	16,3	66,2	26,9	10,8
Holland	12,9	41,7	38,4	5,4

Belgias kaetakse umbes 20% kogu tervishoiukulutustest patsientide otseste sissemaksetega. (Gerkens & Merkur, 2010) Tabelist 7 nähtub, et erasektor katab 24,2% kogukuludest. Omaosalus moodustab 82,3% ja eraravikindlustus 16,9% erasektori panusest. Prantsusmaal moodustab inimeste omaosalus sissemaksed tervishoidu väga väikse osa. Aastal 2013. oli see kogukuludest 7,4%. See eest on umbes 90% elanikkonnast kaetud vabatahtliku erakindlustusega (Mossialos, *et al.*, 2015, p. 6). Tabelist 7 on näha, et erasektori panuse (22,5%, 2013. aastal) moodustavad inimeste omaosalus (32,9%) ja erakindlustus (58,7%). Saksamaal katab erasektor 23,2% kogutervishoiukuludest. Erasektori panus jaguneb inimeste otsesteks sissemakseteks (55,6%) ja erakindlustuseks (40,3%). Inimeste omaosalus katab 12,9% tervishoiukuludest.

Tabelist 7 nähtub, et Luksemburgis on erasektori osakaal suhteliselt väike võrreldes teiste riikidega, kus on kasutusel *Bismarcki* rahastamise mudel. Erasektor katab 16,3% tervishoiukuludest (2013. aastal). Erasektor jaguneb inimeste otsesteks sissemakseteks (66,2%) ja vabatahtlikus kindlustuseks (26,9%). Hollandis on erakindlustuse osakaal suur, näiteks 2013. aastal moodustas see 38,4% erasektori panusest. Omaosalus moodustas sellest 41,7% mis on suhteliselt väike osa võrreldes teiste Euroopa Liidu



riikidega. Inimeste omaosalus kattis 5,4% tervishoiu kuludest 2013. aastal, mis on valitud riikide seas väikseim protsent.

Kokkuvõtvalt selgus, et Euroopa Liidu riikides on kasutusel erinevad tervishoiusüsteemid, mis on rahastatud erinevate rahastamise allikatega. Valitud riikide seast domineerib tervishoiusüsteemide rahastamisel *Bismarcki* mudel, mis põhineb sotsiaalkindlustussüsteemil ja mida rahastatakse peamiselt töötajate ja tööandjate sissemaksetest. Teise süsteemina on Euroopa Liidu riikides kasutusel *Beveridge'i* mudel, mis põhineb peamiselt maksutuludel. Avaliku sektori osakaal on suhteliselt suur nii *Bismarcki* kui ka *Beveridge'i* mudeli alla kuuluvates riikides. Kuid arvesse tuleb võtta, et *Bismarcki* riikides moodustab avaliku sektori panusest suurema osa sotsiaalkindlustussüsteemi sissemaksed. Erasektori osakaal on kõrgem riikides, kus on kasutusel *Bismarcki* mudel. Erasektori moodustavad inimeste omaosalus ja erakindlustuse roll. Sisemajanduse koguproduktist kulutavad tervishoiusüsteemile rohkem raha riigid, kellel on suurem SKP elaniku kohta.

## **2.2 Tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse seos finantseerimise taseme ja mudelitega Euroopa Liidu riikides**

Selleks, et teada saada, millised tervishoiusüsteemid on paremad ja edukamad kui teised, on vaja analüüsida nende tulemuslikkust. Tulemuslikkuse hindamiseks kasutatakse tervisenäitajaid nagu keskmine eluiga ja tervena elatud aastad ning leitakse seoseid rahastamise allikate ja mahu vahel. Samuti on võimalik süsteemi hindamiseks kasutada inimeste üldise rahulolu näitajat tervishoiusüsteemiga. Tulemuslikkuse hindamisel tervisenäitajate kaudu tuleb arvesse võtta, et tervist mõjutavad lisaks tervishoiuteenuste kättesaadavusele ka muud tegurid, näiteks füüsiline keskkond ja inimese individuaalsed omadused ning käitumine.

Tervena elatud aastad on indikaator, mis on töötatud välja selleks, et välja selgitada, kas eluea pikenemisega suureneb hea tervisega elatud aeg või pikeneb halva tervisega elatud aeg. Seega jaguneb keskmine eeldatav eluiga tervena elatud aastate alusel erinevateks perioodideks heast kuni halva terviseseisundini. Tervena elatud aastad annavad keskmise eluea näitajale juurde tähenduse, millise kvaliteediga need aastad elatakse. Tervena elatud aastad ei sõltu rahvastiku suurusest ega selle vanusejaotusest,

seega saab seda kasutada erinevate sotsiaal-demograafiliste tunnustega rahvastiku rühmade võrdlemisel, samuti Euroopa riikide vaheliste erinevuste analüüsimisel. (Robine, *et al.*, 2003) Indikaatorit kasutatakse selleks, et hinnata tervishoiuteenuste juurdepääsu ja kvaliteeti ning jätkusuutlikkust.

Inimeste eluea pikkust mõjutavad paljud tegurid. Eeldatav eluiga on üks lihtsamini hoomatav ja seega ka kõige levinum rahvastiku tervise indikaator maailmas. See indikaator näitab aastate arvu, mida inimene võiks teoreetiliselt elada, kui suremus rahvastikus jääb tulevikus muutumatuks. (Lai, 2010) Rahuldamata vajadusi mõõdetakse indikaatoriga *unmet needs* (rahuldamata vajadused). Rahuldamata vajaduste all käsitletakse erinevaid tegureid, näiteks valitakse üheks rahulolematuse põhjustajaks ravi ooteaeg (*waiting list*). Ooteajaga rahulolematust mõõdetakse protsendina ehk kui suur % inimestest pole rahul ravi ooteajaga. Üldise rahulolu mõõtmisel kasutatakse indikaatorit *no unmet needs to declare* ehk rahuldamata vajadusi pole täheldatud. Tabel 8 annab ülevaate indikaatoritest ja rahastamise allikatest ning mahust, mille vahel hakatakse regressioonmudelitega seoseid uurima. Analüüs teostatakse tabelarvutusprogrammis MS Excel, kasutades punktdiagrame, kus riike tähistatakse tabelis 1 esitatud rahvusvaheliste lühenditega.

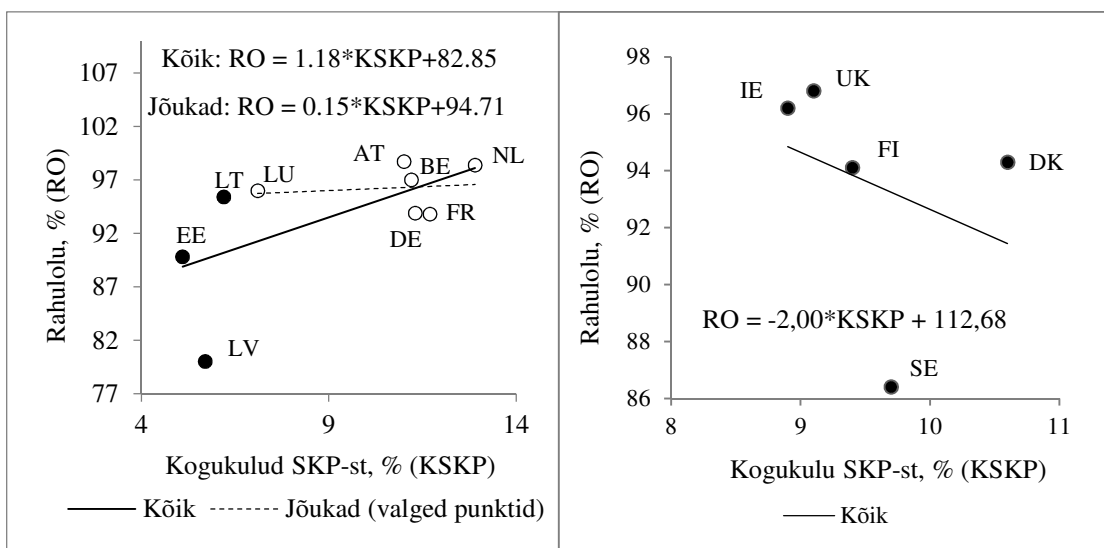
Tabel 8. Uuritavad seosed erinevate indikaatorite ja rahastamise allikate ning mahu vahel (autori koostatud)

Indikaator	Rahastamise allikad ja maht
Rahulolu	Tervishoiu kogukulud SKP-st
Rahulolematust: pikk ooteaeg	Tervishoiu kogukulud SKP-st
Tervena elatud aastad	Erakindlustus
Keskmine eluiga	Omaosalus

Tervishoiu jätkusuutlikuks arenguks on vajalik nii majanduslik kui ka sotsiaalne jätkusuutlikkus. Sotsiaalse jätkusuutlikkuse all kujutatakse ühiskonna rahulolu tervishoiu rahastamise jaotusega, viiside ja tasemega. (Vörk, *et al.*, 2005) Järelikult võib leida seoseid tervishoiu kogukulude taseme ja süsteemiga rahulolu vahel. Jooniselt 1 vasakpoolsest graafikult nähtub, et antud juhul tekib tugev positiivne seos kogukulude taseme ja süsteemiga rahulolu vahel, kuid see tuleneb eelkõige Balti riikide madalast kulude ja rahulolu tasemest. Teistes valitud *Bismarcki* mudeli riikides on seos samuti

nähtav ja positiivne, kuid see on palju nõrgem. Kui kaasata analüüsi kõik riigid, nähtub jooniselt 1 vasakpoolsest graafikust, et riikides, kus kogukulude osakaal SKP-st on 1%-punkti võrra kõrgem (võrreldes teistega), kaldub teenustega rahul olevate inimeste osakaal olema 1,1841%-punkti võrra kõrgem.

Jooniselt 1 parempoolsest graafikult nähtub, et *Beveridge'i* mudeli riikide puhul esineb suhteliselt tugev negatiivne seos, mis tähendab, et nendes riikides, kus kogukulude osakaal SKP-st on 1%-punkti võrra kõrgem, on teenustega rahul olevate inimeste osakaal 2,0045%-punkti võrra madalam. Sellest võib järeldada, et riigid, kes on teinud suuremaid kulutusi, ei ole suutnud kõrgemat rahulolu saavutada.

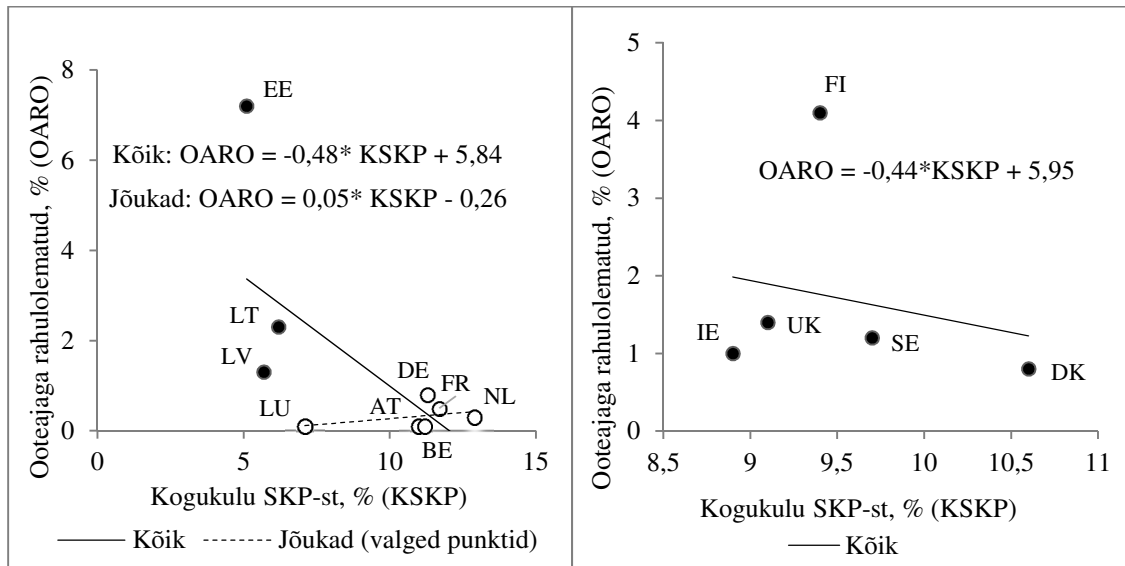


Joonis 1. Seos tervishoiu kogukulude (suhtena SKP-sse) ja teenusega rahulolu vahel 2013. aastal (Eurostat, 2016b; autori koostatud)

Jooniselt 2 vasakpoolsest graafikult on näha, et tervishoiu kogukuludel suhtena SKP-sse on seos ravi ooteajaga. Jooniselt nähtub, et seos on tugevalt negatiivne, mis tähendab, et riikides, kus kogukulude osakaal SKP-st on 1%-punkti võrra kõrgem, on rahulolematuse ooteajaga 0,4852%-punkti võrra madalam. Tugev negatiivne seos tekib järjekordselt eelkõige Balti riikide tõttu, kuna seal on rahulolematuse ravijärjekordadega kõrge ja kulutused SKP-st tervishoiule madalad. Vaadates trendijoont, kuhu ei ole kaasatud Balti riigid, on näha, et seos on suhteliselt nõrk ja positiivne. Samuti on probleem ravijärjekordadega teistes riikides suhteliselt olematu, võrreldes Balti riikidega.

Jooniselt 2 parempoolsest graafikult on näha, et seos kehtib ka *Beveridge'i* mudeli riikides. Parempoolsest graafikult nähtub, et tegemist on tugeva negatiivse seosega. See tähendab, et riikides, kus kogukulude osakaal SKP-st on 1%-punkti võrra kõrgem, on

rahulolematus ooteajaga 0,4458%-punkti võrra madalam. Järelikult on seos tervishoiu kogukulud SKP-st ja pikkade ravijärjekordade vahel olemas. See tähendab, et riikides, kus panustatakse SKP-st suurema osa tervishoiule, on pikkade ravijärjekordade probleem väga väike või olematu. Antud juhul võib järeldada, et ravijärjekordade lühendamiseks peaksid riigid panustama suurema osa SKP-st tervishoiule.

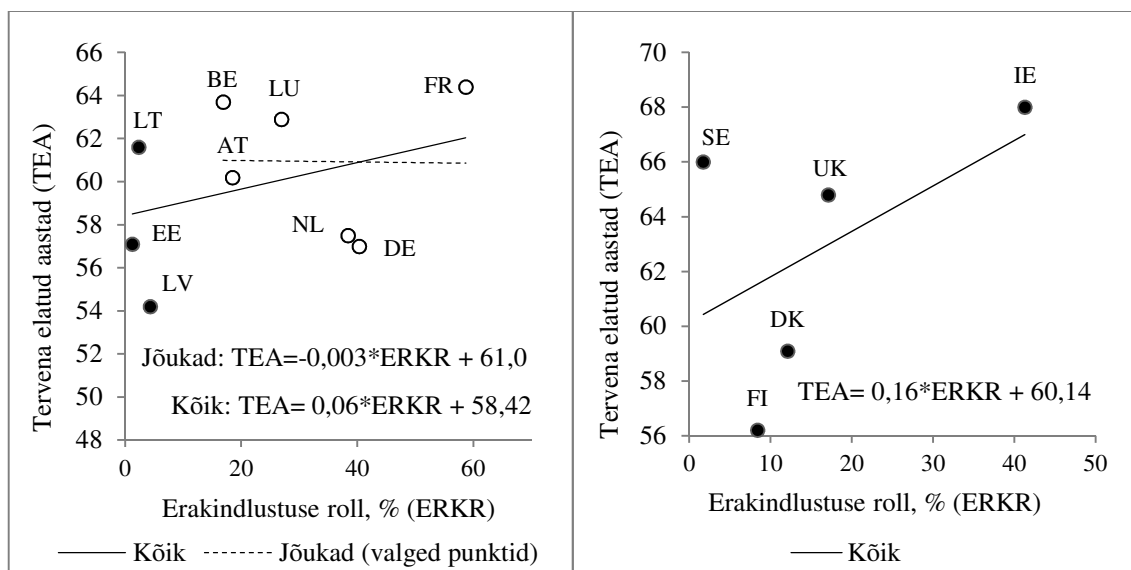


Joonis 2. Seos tervishoiu kogukulude (suhtena SKP-sse) ja ravi ooteajaga rahulolematuse vahel 2013. aastal (Eurostat, 2016b; autori koostatud)

Sageli võib leida seoseid eraravikindlustuse ja tervena elatud aastate vahel, kuna üldiselt katab eraravikindlustus kulud, mis ei ole kaetud tavalise kindlustuspaketiga. Tihti annavad erakindlustus paketid parema juurdepääsu tervishoiuteenustele ja suurema valiku teenusepakkujaid. Seega peaks kehtima seos, et riikides, kus on suur roll erakindlustusel, on inimesed kauem terved, kui riikides, kus eraravikindlustuse roll on väike või olematu. Jooniselt 3 vasakpoolselt graafikult on näha, et kui vaadata kõiki *Bismarcki* mudelit rakendavaid riike terviklikult, on nõrk seos olemas. Seos on positiivne, mis tähendab, et kui erakindluste roll suureneb, siis suurenevad ka tervena elatud aastad. Analüüsi tulemust täpsemalt kirjeldades selgus, et riikides, kus erakindluste roll on 1%-punkti võrra kõrgem, on inimeste tervena elatud aastad 0,0616%-punkti võrra kõrgemad. Kui analüüsida seost ilma Balti riikideta, selgub, et seos on suhteliselt olematu, mis tähendab, et erakindlustuse ja tervena elatud aastate vahel otsest seost ei ole.

Analüüsides *Beveridge'i* mudelit rakendavaid riike ja seost eraravikindlustuse ja tervena elatud aastate vahel selgub jooniselt 3 parempoolselt graafikult, et esineb tugev

positiivne seos. Analüüsisist selgus, et riikides, kus eraravikindluste roll on 1%-punkti võrra kõrgem, on inimeste tervena elatud aastad 0,1661%-punkti võrra kõrgemad. Järelikult eraravikindluste ja tervena elatud aastate seos on *Beveridge'i* mudeli riikide puhul väga selgelt olemas, kuid valitud *Bismarcki* riikides nii tugevat seost ei ilmnenud. Antud juhul võib olla valitud *Bismarcki* riikide tervena elatud aastate näitaja olla kõrge mingite muude tegurite tõttu. Kui kaasata analüüsi suuremal hulgal ja madalama arengutasemega *Bismarcki* mudelit rakendavaid riike, oleks tõenäoliselt esinenud tugevam seos ka *Bismarcki* riikide puhul.



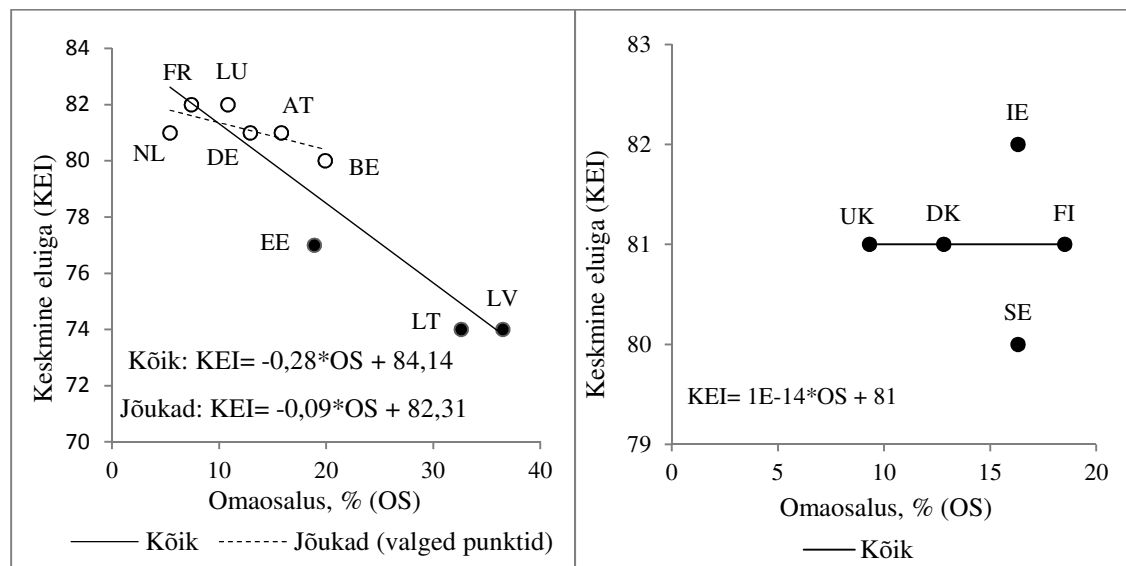
Joonis 3. Seos erakindlustuse osakaalu ja tervena elatud aastate vahel 2013. aastal (Eurostat, 2016a; autori koostatud)

Selleks, et vajalikke teenuseid saada, peavad inimesed sageli rahaliselt osalema, sest riigi poolt pakutavad kindlustuspaketid pakuvad vaid kindlaid teenuseid. Kahjuks ei ole kõikidel inimestel võimalik rahaliselt osaleda ja seetõttu jäävad nad vajalikest raviteenustest ilma. Seega peaks kehtima seos, et riikides, kus omaosaluse protsent on kõrge, nende elanikkonna keskmine eluiga on madalam, kui riikides, kus omaosaluse osakaal on väike. Vaadates joonist 4 vasakpoolset graafikut on näha, et omaosaluse ja keskmise eluea vahel on tugev negatiivne seos, mis tähendab, et riikides, kus omaosaluse protsent on suur, on inimeste keskmine eluiga madalam. Kui tulemust rohkem süvitsi uurida, selgub, et seos on tugevalt positiivne just Balti riikide tõttu. Nendes riikides on omaosaluse protsent võrreldes teiste riikidega väga kõrge, näiteks Lätis 36,5% ja Leedus 32,6%. Samuti on keskmine eluiga nendes riikides madal. Teistes valitud *Bismarcki* mudeli riikides on arengutase võrreldes Balti riikidega

suhteliselt kõrge, ning nendes on omaosaluse suurus tervishoiusüsteemide rahastamisel väga vähesel määral seotud keskmise elueaga.

Vaadates joonise 4 parempoolset graafikut, nähtub, et *Beveridge'i* riikides omaosaluse ja keskmise eluea vahel puudub seos. Nendes riikides on omaosaluse protsent suhteliselt väike ja keskmine eluiga kõrge. Valitud *Beveridge'i* mudelit rakendavad riigid on kõrgema arengutasemega ja järelikult on inimestel võimalik tervishoiuteenuste eest otse maksta ning inimesed ei jää tervishoiuteenustest kõrvale seetõttu, et neil pole võimalik rahaliselt osaleda. Vastasel juhul väljenduks tõenäoliselt tervishoiuteenuste kättesaamatus keskmise eluea vähenemises.

Üldiselt võib järeldada, et riik peaks suutma tagada võimalikult paljude tervishoiuteenuste kättesaadavuse, et ära hoida olukorda, kus inimestel pole võimalik teatud teenuseid raha puudumise tõttu kasutada. Kui riik soovib, et elanikkonna keskmine eluiga suureneks, siis tuleks hoida omaosaluse protsent võimalikult madal. Kuna tihti väljendab selle suurus madalama elatustasemega riikides seda, et paljud teenused ei ole teistmoodi kättesaadavad. Teenuste kättesaamatus võib langetada elanikkonna keskmist eluiga.



Joonis 4. Seos omaosaluse ja keskmise eluea vahel 2013. aastal (Eurostat, 2016a; autori koostatud)

Tuginedes teiste Euroopa Liidu riikide võrdlusele on näha, et Eesti kulutab tervishoiule SKP-st kaks korda vähem. Analüüsi põhjal saab järeldada, et rahulolu tõstmiseks ja ravijärjekordade probleemi vähendamiseks peaks Eesti suund tervishoiusüsteemi

rahastamisel olema kulude suurendamine. Samuti võiks suurendada erakindlustuse rolli, mis on Eesti tervishoiusüsteemis peaaegu olematu. Riik peaks suutma vähendada tervishoiu rahastamisel inimeste omaosaluse suurust. Selleks, et süsteemi rahastamist jätkusuutlikumas muuta tuleks laiendada tulubaasi. Tulubaasi laiendamiseks võiksid tervishoiu kogukulud olla kaetud enam-vähem võrdselt sotsiaalkindlustussüsteemi sissemaksetest ja üldisest maksutulust.

Kokkuvõtvalt selgus, et seosed alternatiivsete rahastamismudelite ja riigi tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kvaliteedi vahel on olemas. Analüüsi käigus selgus suhteliselt tugevaid seoseid, aga ka mõningaid nõrgemaid seoseid. Näiteks ilmnnes, et kõik uuritud seosed *Bismarcki* mudelit rakendavates riikides kehtisid eelkõige Balti riikide tõttu, sest sealne arengutase on veidi madalam võrreldes teiste valitud riikidega. Üldiselt selgus analüüsi käigus, et inimeste rahulolu tervishoiusüsteemiga sõltub mingil määral sellest, kui suure osa SKP-st kulutab riik tervishoiule. *Beveridge'i* mudeli riikide puhul oli see seos vastupidine, mis võib tähendada seda, et riigid, kes on teinud tervishoiule suuremaid kulutusi, ei ole suutnud rahulolu suurendada. Samuti selgus analüüsi käigus, et pika ooteaja ja kulutustega SKP-st vahel on tugev negatiivne seos, mis tähendab, et riikides, kus on kogukulud SKP-st kõrgemad, on pikkade ravijärjekordadega rahulolematuid inimesi vähem. Seos esines ka erakindlustuse ja tervena elatud aastate vahel, kuid järjekordselt *Bismarcki* mudelit rakendavate riikide puhul oli tugeva seose tekitajaks eelkõige Balti riigid. Seos omaosaluse ja keskmise eluea vahel oli olemas *Bismarcki* riikides, kuid *Beveridge'i* mudelit rakendavates riikides seda seost ei esinenud.

# KOKKUVÕTE

Euroopa Liidu riikides on kasutusel mitmeid erinevaid süsteeme tagamaks elanike hea tervis ja pikk eluiga. Kuna tervishoiusüsteemi ülalpidamine on väga kulukas, vajab see detailselt läbimõeldud, jätkusuutlikku ja toimivat rahastamise süsteemi.

Teema aktuaalsus seisnes selles, et Eestis on lähiaastatel toimumas mitmed poliitilised muudatused, mis puudutavad sotsiaalvaldkonda laiemalt, aga ka konkreetsemalt tervishoiu valdkonna rahastamist. Samuti on Haigekassa tulude ja kulude arenguprognosist aastaks 2030 selgunud, et tulude ja kulude vahe võib ulatuda kahekordseks.

Teema uudsus seisnes selles, et autorile teadaolevalt ei ole varasemates teadustöodes võrreldud Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide rahastamise mudeleid ja leitud seoseid riigi elanike tervisenäitajate ning rahastamismudelite vahel. Töö tulemusena tehakse ettepanekud Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikumaks muutmiseks.

Probleemiks oli asjaolu, et Eesti ravikindlustuse eelarve on defitsiidis ning poliitiline arengueesmärk on maksukoormuse vähendamine, mis ei võimalda suurendada sotsiaalmaksu laekumist. Probleemiks on ka vanemaealiste inimeste kasv ühiskonnas, mis vähendab tööelist elanikkonda, millega kaasneb oht, et tervishoiusüsteemi ei suudeta piisavalt rahastada.

Lõputöö eesmärgiks oli analüüsida tervishoiusüsteemide finantseerimise mudeleid Euroopa Liidu riikides.

Töö eesmärgi saavutamiseks püstitati neli uurimisülesannet. Esimeseks uurimisülesandeks oli anda ülevaade tervishoiuteenuste olemusest ja nõudlusest. Tervishoiuteenuste nõudlus on inimeste terviseseisundist tulenev vajadus tervishoiuteenuste kasutamiseks ja see muutub läbi aegade tulenevalt patientide ealise ja soolise koosseisu muutusest, meditsiinitehnoloogia arengust ning tervishoiukorralduse muutumisest. Tervis on üks põhieeldustest, mis võimaldab inimestel anda ühiskondlikku ellu omapoolse panuse ja seega ei ole tervishoiusüsteemi rahastamine ainult kulufaktor, vaid tulemuslik investeering. Majandusteoori kohaselt



kaasnevad tervishoiuteenuste osutamisega mitmed turutõrked, mille tõttu on valitsuse sekkumine teenuste korraldamisel oluline ja vajalik.

Teiseks uurimisülesandeks oli anda ülevaade tervishoiuteenuste finantseerimise mudelitest. Selleks, et tagada tervishoiu rahaline kättesaadavus, kasutavad Euroopa Liidu riigid peamiselt kahte lähenemisviisi. Üheks võimaluseks on riiklik tervishoiusüsteem (*Beveridge*), kus süsteemi rahastamine põhineb maksudel. Teiseks võimaluseks on kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem (*Bismarck*), mida rahastatakse läbi tööjõu panuse. Praktikas on Euroopa Liidu riikides kasutusel süsteemid, mis on kombineeritud mõlemast võimalusest. Mõlema süsteemi rahastamiseks kasutatakse erinevaid maksutulu liike.

Kolmas uurimisülesanne oli võrrelda Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide finantseerimise taset ja allikaid. Euroopa Liidu riikides on kasutusel erinevad tervishoiusüsteemid, mis on rahastatud erinevate rahastamise allikatega. Valitud riikide seas domineerib tervishoiusüsteemide rahastamisel *Bismarcki* mudel, mida rahastatakse peamiselt tööandja ja töötajate sissetulekust. Teise süsteemina on kasutusel *Beveridge'i* mudel, mis põhineb peamiselt maksutuludel. Avaliku sektori osakaal on suhteliselt suur nii *Bismarcki* kui ka *Beveridge'i* mudelit rakendavates riikides, kuid *Bismarcki* mudeli puhul moodustab avaliku sektori panusest suurema osa sotsiaalkindlustussüsteemi sissetulekud.

Neljandaks uurimisülesandeks oli analüüsida Euroopa Liidu riikide tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse seost finantseerimise taseme ja mudelitega. Kokkuvõtvalt selgus, et seosed alternatiivsete rahastamismudelite ja riigi tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kvaliteedi vahel on olemas. Analüüsist selgus nii tugevaid kui ka nõrgemaid seoseid. Kõik uuritavad seosed *Bismarcki* mudeli riikides kehtisid eelkõige Balti riikide tõttu. Üldiselt selgus, et inimeste rahulolu tervishoiusüsteemiga sõltub mingil määral sellest, kui suure osa SKP-st kulutab riik tervishoiule. Samuti selgus, et pika ooteaja ja kogukulude (suhtena SKP-sse) vahel on tugev negatiivne seos. Seos esines ka erakindlustuse ja tervena elatud aastate vahel. Seos keskmise eluea vahel oli olemas *Bismarcki* mudelit rakendavates riikides, kuid *Beveridge'i* mudeli riikides seost ei esinenud. Selleks, et Eesti tervishoiusüsteemi rahastamist jätkusuutlikumaks muuta, peaks riik võtma suuna tervishoiukulutuste suurendamise poole. Praeguse tulubaasi laiendamiseks võiks tervishoiukulud olla

kaetud enam-vähem võrdselt sotsiaalkindlustus sissemaksetest ja üldisest maksutulust. Samuti võiks suurendada erakindlustuse rolli ja püüda vähendada inimeste omaosaluse protsenti.

Edaspidi, selleks, et paremini ja tugevamaid seoseid tuvastada, vajab seoste uurimine edasist ja sügavamat analüüsi, kus oleks hõlmatud suurem hulk tegureid, mis näitaksid tervishoiusüsteemide edukust ja tulemuslikkust. Süsteemide hindamisel tervisenäitajate alusel tuleb arvesse võtta ka seda, et esineb teisigi tegureid, mis inimeste tervist mõjutavad. Süsteemi korraldatus, rahastamise allikad ja maht on vaid üks osa tervisenäitajate mõjuteguritest.

## SUMMARY

European Union countries have a number of different systems to ensure the good health and long-life of the residents. As the maintenance of health care systems is very expensive, it needs to be thought through in detail to ensure a sustainable and effective financing system.

The title of this thesis is „Financing Models of Health Systems in the European Union Countries”. It is written in Estonian and it has 42 pages and 50 cited sources.

The problem of this thesis lies in the fact that the budget of the Estonian health insurance is in deficit and the goal of the political development is to reduce the tax burden, which does not allow to increase social security tax contributions. Another problem is the increasing percentage of the elderly in society, which also reduces the percentage of the working population. A decrease in the working class population is causing the risk that the system cannot be sufficiently financed.

The aim of this thesis is to analyse the financing models of health systems in the European Union countries. In order to achieve the purpose of the thesis, the author has set the following research tasks:

1. To give an overview of nature and demand of health services.
2. To give an overview of the financing models of health services.
3. To compare levels and sources of funding health systems of the European Union countries.
4. To analyse the association of effectiveness of the health systems of European Union countries with the level and sources of funding

Regression analysis was employed to examine health systems and their financing models. The result of the analysis showed that there are different connections between the financing models of health systems, public health indicators and satisfaction with the system. Based on the result of the analysis it can be concluded that in order to enlarge satisfaction and reduce the problem with waiting lists, Estonia should focus on increasing costs to finance the healthcare system. The role of private insurance could also be increased, which currently in the Estonian health system is almost non-existent. The country should be able to reduce the amount of out-of-pocket payments. In order to

make the financing of the system more sustainable the country should broaden the revenue base. To expand of the revenue base the total health expenditure should be covered more or less equally from the contributions of the social security system and general tax revenue.

## VIIDATUD ALLIKATE LOETELU

- Abbing, R., 2010. Social Justice and Healthcare Systems in Europe. *European Journal of Health Law*, 17(3), pp. 217-222. Leitav: EBSCO Host [10.03.2016]
- Anell, A., Glenngard, A. H. & Merkur, S., 2012. Sweden: Health system review. *Health System in Transition*, 14(5), pp. 1-187.
- Berthet, F., Calteux, A., Wolter, M., Weber, L., van Ginneken, E. & Spranger, A., 2015. Luxemburg: Health system review. *Health system in Transition*, pp. 1-18.
- Busol, C., 2010. Health Systems in the European Union. An overview. *Fiziologia - Physiology*, 20(2), pp. 5-7. Leitav: EBSCO Host [04.12.2015]
- Busse, R. & Blümel, M., 2014. Germany: Health system review. *Health System in Transition*, 16(2), pp. 1-129.
- Chevreur, K., Brigham, K. B., Durand-Zaleski, I. & Hernández-Quevedo, C., 2015. France: Health system review. *Health System in Transition*, 17(3), pp. 1-251.
- Cichon, M. & Normand, C., 1994. Between Beveridge and Bismarck: options for health care financing in central and eastern Europe. *World health forum*, 15(4), pp. 323-328.
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O`neill, C. & Steel, D., 2015. United Kingdom: Health system review. *Health System in Transition*, 17(5), pp. 1-155.
- Eesti Haigekassa, 2016. *Tervishoiuteenuste nõudluse hindamine 2016. aastaks*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/tervishoiuteenuste-noudluse-hindamisest-ja-ravi> [Kasutatud 22 märts 2016].
- Eesti Riigikontroll, 2005. *Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus*. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://www.digar.ee/arhiiv/et/raamatud/11521> [Kasutatud 3 aprill 2015].
- Euroopa Komisjon, 2014. *Tulemuslike, kättesaadavate ja paindlike tervishoiusüsteemide kohta*. [Võrgumaterjal] Leitav: [http://ec.europa.eu/health/systems\\_performance\\_assessment/docs/com2014\\_215\\_final\\_et.pdf](http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_et.pdf) [Kasutatud 10 aprill 2015].

Euroopa Liidu Teataja, 2005. *Sotsiaalkaitse ja kvaliteetne tervishoid*. [Võrgumaterjal] Leitav: [http://publications.europa.eu/resource/cellar/849788e1-2f78-4b84-a7bd93ebab97016e.0008.02/DOC\\_1](http://publications.europa.eu/resource/cellar/849788e1-2f78-4b84-a7bd93ebab97016e.0008.02/DOC_1) [Kasutatud 12 märts 2016].

Euroopa Parlament, 2015. *Tervishoiuteenuste võrdse kättesaadavuse edendamine ja toetamine on ELi arengukoostöös kesksel kohal*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://europa.eu/eyd2015/et/eu-european-parliament/posts/promotion-and-support-equitable-access-health-care-focus-eu-development> [Kasutatud 19 märts 2016].

Eurostat, 2012. *GDP per capita varied by one to six across the Member States in 2011*. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5155842/2-13122012-AP-EN.PDF/8b57a550-fa06-46fd-9d68-9d75d1147bd1> [Kasutatud 7 aprill 2016].

Eurostat, 2016a. *Healthy life years and life expectancy at birth*. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Kasutatud 8 aprill 2016].

Eurostat, 2016b. *Self reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reasons and income quintile*. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database> [Kasutatud 8 aprill 2016].

Figueras, J., McKee, M., Cain, J. & Lessof, S., 2004. Health systems in transition: learning from experience. *Health System in Transition*, 16(2), pp. 1-156.

Gerken, S. & Merkur, S., 2010. Belgium: Health system review. *Health System in Transition*, 12(5), pp. 1-131.

Hofmarcher, M. M., 2013. Austria: Health system review. *Health System in Transition*, 15(7), pp. 1-331.

Ifo Institute, 2008. *Bismarck versus Beveridge: A Comparison of Social Insurance Systems in Europe*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.cesifo-group.de/ifoHome/facts/DICE/Social-Policy/Pensions/General-Structure/bismarck-beveridge-dicereport408-db6.html> [Kasutatud 17 märts 2016].

Jakubowski, E. & Busse, R., 1998. Health care systems in EU a comparative study. *Public Health and Consumer Protection Series*. Luxembourg: European Parliament, pp. 1-130.

- Kommer, A., 2004. *Avaliku sektori ökonomika*. [Võrgumaterjal]  
Leitav:<https://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/15987/9985671007.pdf?sequence=1> [Kasutatud 5 aprill 2015].
- Lai, T., 2010. *Teel taaskaalustatud ühiskonda*. Tallinn: Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium.
- Lai, T. Habicht, T., Kahur, K., Reinap, M., Kiivet, R. & von Ginneken, E., 2013. Estonia: Health system review. *Health System in Transition*, 15(6), pp. 1-227.
- Lameire, N., Jeffe, P. & Wiedermann, M., 1999. *Healthcare systems - an international review: an overview*. [Võrgumaterjal] Leitav:  
[http://ndt.oxfordjournals.org/content/14/suppl\\_6/3.full.pdf+html](http://ndt.oxfordjournals.org/content/14/suppl_6/3.full.pdf+html) [Kasutatud 10 veebruar 2015].
- Liaropoulos, L. & Goranitis, I., 2015. Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), pp. 1-4.
- McDaid, D., Wiley, M., Maresso, A. & Mossialos, E., 2009. Ireland: Health system review. *Health System in Transition*, 11(4), pp. 1-298.
- Mitenbergs, U., Taube, M., Misins, J., Mikits, E., Martinsons, A., Raurane, A. & Quentin, W., 2009. Latvia: Health system review. *Health System in Transition*, 14(8), pp. 1-219.
- Mossialos, E., Dixon, A., Fiqueras, J. & Kutzin, J., 2002. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Mossialos, E. & Wenzel, M., 2015. *International Profiles Of Health Care Systems, 2014*. [Võrgumaterjal] Leitav:  
[http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2014\\_v7.pdf?la=en](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf?la=en) [Kasutatud 18 aprill 2015].
- Mossialos, E., Wenzel, M., Osborn, R. & Anderson, C., 2015. *International Profiles Of Health Care Systems, 2014*. s.l.: The Commonwealth Fund.
- Murauskiene, L., Janoniene, R., Veniute, M., van Ginneken, E. & Karanikolos, M., 2013. Lithuania: Health system review. *Health System in Transition*, 15(2), pp. 1-179.

Musgrave, R. & Musgrave, P., 1989. *Public finance in theory and practice*. 5 toim. New York: McGraw-Hill book company.

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

Olejaz, M., Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Birk, H., Krasnik, A. & Hernandez-Quevedo, C., 2012. Denmark: Health system review. *Health System in Transition*, 14(2), pp. 1-219.

PNHP - Physicians for a National Health Program, 2015. *Health Care Systems - Four Basic Models*. [Võrgumaterjal]

Leitav:[http://www.pnhp.org/single\\_payer\\_resources/health\\_care\\_systems\\_four\\_basic\\_models.php](http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php) [Kasutatud 10 veebruar 2015].

Robine, J-M., Jagger, C., Mathers, C., Grimmins, E. & Suzman, R., 2003. *Determining Health Expectancies*. Chichester: Wiley.

Saar, I., 2010. *Mikroökonomika*. [Võrgumaterjal] Leitav: [http://www.cs.tlu.ee/filcore/wp\\_content/uploads/2012/05/Mikro%C3%B6konomika.-Konspekt-2010..pdf](http://www.cs.tlu.ee/filcore/wp_content/uploads/2012/05/Mikro%C3%B6konomika.-Konspekt-2010..pdf) [Kasutatud 20 märts 2016].

Saar, I., 2014. *Avaliku sektori ökonomika*. [Võrgumaterjal] Leitav:[https://moodle.hitsa.ee/pluginfile.php/873834/mod\\_resource/content/1/Avaliku\\_sektori\\_%C3%B6konomika.\\_Konspekt\\_2014\\_%28I.Saar%29.pdf](https://moodle.hitsa.ee/pluginfile.php/873834/mod_resource/content/1/Avaliku_sektori_%C3%B6konomika._Konspekt_2014_%28I.Saar%29.pdf) [Kasutatud 30 aprill 2015].

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van der Berg, M., Westert, G., Deville, W. & van Ginneken, E., 2010. The Netherlands: Health system review. *Health System in Transition*, 12(1), pp. 1-267.

Stiglitz, J. E., 1988. *Ühiskondliku sektori ökonomika*. 2 toim. London: W.W.Norton & Company.

Zeleny, T. & Bencko, V., 2015. Health care system financing and profits: all that glitters is not gold. *Central European Journal of Public Health*, 23(1), pp. 3-7. Leitav: EBSCO Host [10.03.2016]



- Tučkova, Z., Fialová, S. & Strouhal, J., 2012. Health Care Systems: Some Comparative Analysis from Czech Perspective. *International Journal of Mathematical Models and Methods in Applied Sciences*, Issue 2, pp. 297-304.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. & van der Burg, H., 1999. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, Issue 18, pp. 90-112.
- Van der Zee, J. & Kroneman, M., 2007. *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-94> [Kasutatud 22 märts 2016].
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. & van der Burg, H., 1999. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18(3), pp. 291-314.
- WHO - World Health Organization, 2013. *Health expenditure ratios, by country*. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOIRL?lang=en> [Kasutatud 3 aprill 2016].
- WHO - World Health Organization, 2016. *Health services*. [Võrgumaterjal] Leitav: [http://www.who.int/topics/health\\_services/en/](http://www.who.int/topics/health_services/en/) [Kasutatud 13 märts 2016].
- Vuorenkoski, L., 2008. Finland: Health system review. *Health System in Transition*, 10(4), pp. 1-195.
- Võrk, A., Jesse, M., Roostalu, I. & Jüristo, T., 2005. *Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus PRAXIS.

## TABELITE JA JOONISTE LOETELU

Tabel 1. Põhja- ja Lääne- Euroopa riikide tervishoiusüsteemide rahastamise mudelite jaotus (sulgudes riikide rahvusvahelised tähised ) .....	16
Tabel 2. Tervishoiu kogukulud SKP-st 2013. aastal ja SKP inimese kohta <i>Beveridge</i> ´i mudelit rakendavates riikides 2011. aastal.....	17
Tabel 3. Tervishoiu kogukulud SKP-st 2013. aastal ja SKP inimese kohta 2011. aastal <i>Bismarcki</i> mudelit rakendavates riikides.....	18
Tabel 4. Avaliku sektori osakaal tervishoiu rahastamisel <i>Beveridge</i> ´i mudelit rakendavates riikides 2013. aastal (protsent kogukuludest).....	19
Tabel 5. Avaliku sektori osakaal tervishoiu rahastamisel <i>Bismarcki</i> mudelit rakendavates riikides 2013. aastal (protsent kogukuludest).....	20
Tabel 6. Erasektori tervishoiukulude jaotus <i>Beveridge</i> ´i mudelit rakendavates riikides 2013. aastal.....	23
Tabel 7. Erasektori tervishoiukulude jaotus <i>Bismarcki</i> mudelit rakendavates riikides 2013. aastal.....	24
Tabel 8. Uuritavad seosed erinevate indikaatorite ja rahastamise allikate ning mahu vahel (autori koostatud).....	26
Joonis 1. Seos tervishoiu kogukulude (suhtena SKP-sse) ja teenusega rahulolu vahel 2013. aastal.....	27
Joonis 2. Seos tervishoiu kogukulude (suhtena SKP-sse) ja ravi ooteajaga rahulolematuse vahel 2013. aastal.....	28
Joonis 3. Seos erakindlustuse osakaalu ja tervena elatud aastate vahel 2013. aastal.....	29
Joonis 4. Seos omaosaluse ja keskmise eluea vahel 2013. aastal .....	30