



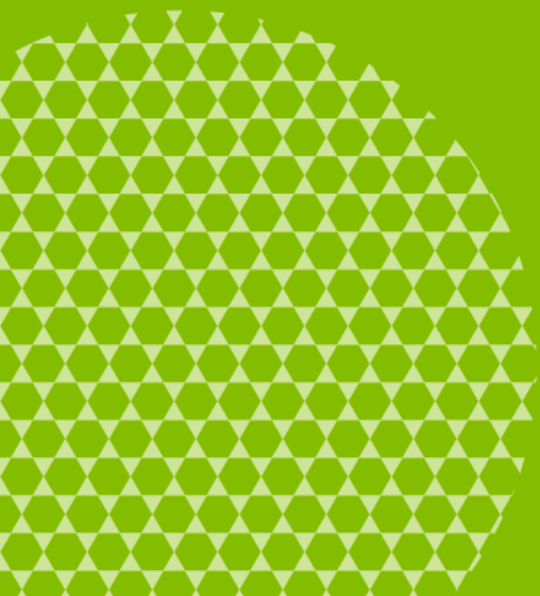
Tervise
Arengu
Instituut



**Sissetulekuga seotud
ebavõrdsus
tervishoiuteenuste
kasutamisel ja
omaosaluse mõju
vaesusriskile**

Raport

Tallinn 2024



Sissetulekuga seotud ebavõrdsus tervishoiuteenuste kasutamisel ja omaosaluse mõju vaesusriskile

Raport

Diana Sokurova, Mare Ruuge

Tallinn 2024

Tervise Arengu Instituudi **missioon** on olla teaduspõhiste tervislike valikute kujundaja.

Retsensent: Andres Võrk

Väljaande andmete kasutamisel viidata allikale.

Soovitatav viide käesolevale väljaandele: Sokurova D, Ruuge M. Sissetulekuga seotud ebavõrdsus tervishoiuteenuste kasutamisel ja omaosaluse mõju vaesusriskile. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2024.

ISBN 978-9949-666-43-0 (pdf)

Sisukord

Joonised	4
Tabelid.....	5
Mõisted	6
Lühendid	7
Lühikokkuvõte	8
Summary.....	9
Заключение.....	11
Sissejuhatus.....	13
1 Andmed ja metoodika.....	14
1.1 Analüüsis kasutatud tunnused.....	14
1.2 Analüüsi meetodid.....	16
1.2.1 Üldkogum ja kaalud	16
1.2.2 Meetodid	16
2 Tulemused.....	22
2.1 Tervishoiuteenuste kasutamine.....	22
2.2 Kätesaadavusprobleemide ülevaade.....	24
2.3 Kätesaadavusprobleemide regressioonanalüüsi tulemused	35
2.4 Sissetulekuga seotud ebavõrdsus tervishoiuteenuse kasutamisel	41
2.5 Omaosalus.....	46
2.6 Omaosaluse mõju vaesusriski suurenemisele.....	58
Kokkuvõte.....	62
Kasutatud kirjandus.....	66
LISA 1.....	68
Kätesaadavuse probleemi selgitavate logistiliste regressioonimudelite tulemused	68

Joonised

Joonis 1. Näited kontsentratsioonikõverast.....	19
Joonis 2. Erinevate tervishoiuteenuste kasutajate osakaalud soo ja vanuserühma järgi, ETeU2019, %.....	22
Joonis 3. Erinevate tervishoiuteenuste kasutajate osakaalud soo, vanuserühma ja leibkonna sissetuleku kvintiili järgi, ETeU2019, %.....	23
Joonis 4. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal kõikidest inimestest põhjuste järgi, ETeU2014 ja ETeU2019, %.....	25
Joonis 5. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja soo järgi, ETeU2019, %.....	26
Joonis 6. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja vanuserühma järgi, ETeU2019, %.....	27
Joonis 7. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja majandusliku aktiivsuse järgi, ETeU2019, %.....	28
Joonis 8. Saamata jäänud tervishoiuteenusega abivajanud inimeste osakaal põhjuse ja maakonna järgi, ETeU2019, %.....	29
Joonis 9. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja asula tüübi järgi, ETeU2019, %.....	30
Joonis 10. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja tervise enesehinnangu järgi, ETeU2019, %.....	30
Joonis 11. Saamata jäänud tervishoiuteenusega abivajanud inimeste osakaal põhjuse ja igapäevategevuste piiratuse järgi, ETeU2019, %.....	31
Joonis 12. Saamata jäänud tervishoiuteenusega abivajanud inimeste osakaal põhjuse ja hariduse järgi, ETeU2019, %.....	32
Joonis 13. Kättesaadavuse probleemid isiku sissetuleku järgi, ETeU2019, %.....	33
Joonis 14. Kättesaadavuse probleemid leibkonna sissetuleku kvintiili järgi, ETeU2019, %..	34
Joonis 15. Seosed järjekorra tõttu tervishoiuteenuse mittesaamisega, ETeU2019.....	36
Joonis 16. Seosed transpordi tõttu tervishoiuteenuse mittesaamisega, ETeU2019.....	37
Joonis 17. Seosed rahalistel põhjustel tervishoiuteenuse mittesaamisega, ETeU2019.....	38
Joonis 18. Seosed rahalistel põhjustel hambaraviteenuse mittesaamisega, ETeU2019.....	39
Joonis 19. Seosed rahalistel põhjustel retseptiravimi mittesaamisega, ETeU2019.....	40
Joonis 20. Seosed rahalistel põhjustel vaimse tervise teenuse mittesaamisega, ETeU2019.....	41
Joonis 21. Kontsentratsioonikõverad leibkonna ekvivalentsissetuleku ja tervishoiuteenuse kasutamise kohta inimeste endi ütluse põhjal, ETeU2019.....	42
Joonis 22. Kontsentratsioonikõverad ekvivaliseeritud leibkonna sissetuleku ja tervishoiuteenuse kohta Tervisekassa andmetel, 2019.....	44
Joonis 23. Tavalised ja kohandatud kontsentratsiooniindeksid tervishoiuteenuse järgi koos 95%-lise usaldusvahemikuga, ETeU2019.....	45
Joonis 24. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja soo järgi, ETeU2019, eurot.....	47
Joonis 25. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja vanuserühma järgi, ETeU2019, eurot.....	48
Joonis 26. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja küsitluse aegse majandusliku aktiivsuse järgi, ETeU2019, eurot.....	50

Joonis 27. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja isiku tulu järgi, ETeU2019, eurot	51
Joonis 28. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja leibkonna sissetuleku kvintiili järgi, ETeU2019, eurot.....	52
Joonis 29. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja maakondade järgi, ETeU2019, eurot	53
Joonis 30. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja asula tüübi järgi, ETeU2019, eurot.....	53
Joonis 31. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja tervise enesehinnangu järgi, ETeU2019, eurot	54
Joonis 32. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja hariduse järgi, ETeU2019, eurot	55
Joonis 33. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja isiku igapäevase elu piiratuse järgi, ETeU2019, eurot.....	55
Joonis 34. Leibkonna ekvivalentsissetuleku tihedusfunktsioon suhtelise vaesuse piiri järgi, ETeU2019	58
Joonis 35. Leibkonna ekvivalentsissetuleku tihedusfunktsioon enne ja pärast omaosalust, ETeU2019.....	59

Tabelid

Tabel 1. Üldkogumi ja valimi mahud kihiti, ETeU2019.....	16
Tabel 2. Absoluutse ja suhtelise vaesuse piirid aastas ja kuus, 2019, eurot	20
Tabel 3. Saamata jäänud tervishoiuteenustega inimeste osakaal põhjuse kaupa, ETeU2019, %	24
Tabel 4. Saamata jäänud tervishoiuteenustega inimeste osakaal abivajajatest põhjuse kaupa, ETeU2014 ja ETeU2019, %.....	25
Tabel 5. Rahuldamata nõudlus tervishoiuteenuste järele kokku koos 95%-lise usalduspiiriga, ETeU2019	26
Tabel 6. Erinevate tervishoiuteenuste omaosaluse kogusumma eelneval aastal koos standardveaga ja keskmine omaosalus inimese kohta, ETeU2019, eurot	46
Tabel 7. Erinevate tervishoiuteenuste keskmine omaosalus eelneval aastal kõikide inimeste seas ja nende seas, kes maksid, ETeU2019, eurot	56
Tabel 8. Absoluutse ja suhtelise vaesuse määr enne ja pärast tervishoiuteenuste omaosalust, ETeU2019, %	60
Tabel 9. Omaosaluse mõju vaesusele ETeU2019 järgi.....	61

Mõisted

Absoluutne vaesus	inimese sissetulek jääb allapoole absoluutse vaesuse piiri [1]
Absoluutse vaesuse määr	elanike osatähtsus, kelle ekvivalentnetosissetulek on allpool absoluutse vaesuse piiri [1]
Absoluutse vaesuse piir	arvestuslik elatusmiinimum, mis väljendab miinimumvajaduste rahuldamise rahalist maksumust [1]
Ekvivalentsissetulek	(ing. k <i>equivalised disposable income</i>) leibkonna netosissetulek, mis on jagatud leibkonnaliikmete tarbimiskaalude summaga [2]
Kihtvalik	valimi võtmise meetod valikueva vähendamiseks, mil üldkogum jaotatakse kihitunnuse väärtuse järgi osadeks (kihtideks) ja igast kihist moodustatakse sõltumatu eeskirja järgi valim [3]
Kontsentratsiooniindeks	numbriline väärtus, mis näitab huvipakkuva tunnuse kohta sissetulekuga seotud ebavõrdsust
Kontsentratsioonikõver	graafikufunktsioon, mis näitab huvipakkuva tunnuse kumulatiivset jaotust võrreldes sissetuleku kumulatiivse jaotusega. Näitab kõrvalekallet sissetulekuga seotud võrdsusest
Logistiline regressioon	binaarse sõltuva tunnuse kohta koostatud regressioonimudel, mis prognoosib sõltuva tunnuse valitud kategooria tõenäosust [3]
Majanduslik aktiivsus	hõiveseisund, mis põhiliselt iseloomustab inimest küsitluse hetkel
Omaosalus	leibkondade ehk inimeste endi kulutused tervishoiuteenustele. Põhineb Eesti tervise-uuringu vastustel küsimustele makstud summa kohta viimase 12 kuu jooksul vastava teenuse eest
Rahvatervishoid	sektorite vaheline valdkond, mis hõlmab kõiki rahvastiku tervist parandavaid ning ebasoovitavat tervisemõju ennetavaid ja vähendavaid organiseeritud tegevusi eesmärgiga pikendada elanike eluiga, parandada nende elukvaliteeti ja vähendada tervisealast ebavõrdsust [4]
Regressioonimudel	matemaatiline mudel, mida kasutatakse regressioonanalüüsis sõltuva tunnuse väärtuste prognoosimiseks [3]
Sissetuleku kvintiilid	viieks võrdseks osaks jaotatud ekvivalentnetosissetuleku alusel järjestatud inimeste rühmad. Esimesse ehk madalaimasse kvintiili kuulub kõige väiksemat ekvivalentnetosissetulekut saav viiendik, teise järgmine viiendik jne
Standardviga	iseloomustab hinnangu lähedust hinnatava parameetri õigele väärtusele [3]
Suhteline vaesus	inimese sissetulek jääb allapoole suhtelise vaesuse piiri [5]

Suhtelise vaesuse määr	elanike osatähtsus, kelle ekvivalentnetosissetulek on allpool suhtelise vaesuse piiri [5]. Kasutatakse ka mõistet vaesusrisk
Suhtelise vaesuse piir	arvutatakse ekvivalentnetosissetuleku alusel, mis leitakse kui leibkonna kogusissetulek jagatuna leibkonnaliikmete tarbimiskaalude summaga. Suhtelise vaesuse piir on 60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalent-netosissetuleku mediaanist [5]
Šanss	sündmuse esinemise tõenäosuse ja sündmuse mitteesinemise tõenäosuse suhe
Šansside suhe	näitab, kui mitu korda erineb uuritava sündmuse toimumise šanss eksponeerituil võrreldes mitteeksponeeritutega
Tarbimiskaal	ehk ekvivaliseerimiskaal, mis leiab leibkonna-liikmele tema vanusest ja järjekorranumbrist sõltuvana kaalu, mis võtab arvesse leibkonna ühist tarbimist. Suhtelise vaesuse määra arvutamisel on kasutusel järgmised kaalud: esimese täiskasvanud liikme kaal 1, iga järgmise vähemalt 14-aastase liikme kaal 0,5 ja kõigi alla 14-aastaste kaal 0,3 (ing. k <i>OECD-modified scale</i>). Absoluutse vaesuse määra arvutamisel on vastavad kaalud: 1, 0,7 ja 0,5 (ing. k <i>OECD equivalence scale</i>) [6]
Tervishoiuteenused	tervishoiutöötajate (arsti, hambaarsti, õe, ämmaemanda) tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks, et leevendada inimese vaevusi, ära hoida tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. Meditsiiniline abi ja arstiabi on kasutatud samas tähenduses
Tihedusfunktsioon	pideva juhusliku suuruse jaotuse iseloomustaja, jaotusfunktsiooni tuletis [3]
Usaldusvahemik	ühemõõtmelise parameetri usalduspiirkond vahemiku kujul. Vahemiku piire nimetatakse alumiseks ja ülemiseks usalduspiiriks. Antud vahemik katab üldkogumi parameetri väärtuse etteantud tõenäosusega [3]
Vähenenud töövõime	osaline või puuduv töövõime

Lühendid

EMO	Erakorralise meditsiini osakond
ETeU	Eesti terviseuuring
SA	Statistikaamet
TAI	Tervise Arengu Instituut
TerK	Tervisekassa (kuni märtsini 2023 – Eesti Haigekassa)

Lühikokkuvõte

Käesoleva töö eesmärk on uurida sissetulekuga seotud ebavõrdsust tervishoiuteenuste kasutamisel. Tervishoiuteenuste kasutamisele lisaks kirjeldatakse kättesaadavuse probleeme, kui pika ravijärjekorra, transpordi puudumise või rahaliste põhjuste tõttu ei saadud vajadusel meditsiinilist abi. Rahalistel põhjustel teenuste mittesaamise kõrval vaadeldakse inimeste omaosalust tervishoiuteenuse kasutamisel ja seda, kas omaosaluse maksmine viib inimesed vaesusesse.

Antud analüüs kasutab Eesti terviseuuringu 2019. a andmeid [7] ja kõik tulemused iseloomustavad koroonapandeemia eelset perioodi. Töö metoodika kordab uuringu eelmise laine põhjal tehtud Sotsiaalministeeriumi raporti „Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuse kättesaadavuse ning kasutamisega Eesti Terviseuuringu 2014 andmetel“ metoodikat [8].

Pikk ravijärjekord on ainus mõõdik, mis viie aastaga halvenes. Kui 2014. aastal väitis 14% inimestest, et neil jäi meditsiiniline abi saamata pika järjekorra tõttu, siis 2019. aastal kinnitas 18% inimestest sedasama. Abivajanute hulgast ei saanud 2014. aastal 19% nõutud abi pika järjekorra tõttu, 2019. aastal veerand vajanutest. Pikk järjekord oli suurem takistus töötute (36%), linnaelanike (28%), oluliste tegevuspiirangutega (30%) ja halvema tervise enesehinnanguga (30%) inimeste hulgas. Teenuste mittesaamine sõltub haridusest, asula tüübist, tervise enesehinnangust, leibkonna sissetulekust ja soost – mida halvem tervis enda hinnangul, kõrgem haridus ja suurem leibkonna sissetulek, seda rohkem on tulnud ette olukordi, kui arstiabi on jäänud saamata järjekorra probleemi tõttu. Samuti on linnaelanikel ja naistel esinenud raskusi arstiabi saamisel pika järjekorra tõttu.

Pikk vahemaa ja transpordiprobleemid on suuremaks takistuseks vanemaealistel (kuni 7%), oluliste tegevuspiirangutega (9%), halvema tervise enesehinnanguga (13%), külaelanikel (8%) ja vähenenud töövõimega inimestel (9%).

Hambaravi mittesaamine rahalistel põhjustel on vähenenud võrreldes 2014. aastaga, kuid on jäänud levinumaks kättesaadavuse probleemiks. 2019. a ei saanud hambaravi rahalistel põhjustel neljandik seda vajanud inimestest, 2014. a – kolmandik. Rahalise probleemi vähenemist hambaravis võib seostada 2017. a juulist kehtestatud hambaravihüvitisega [9]. Suuremad probleemid hambaravi saamisel on keskealistel (kuni 30%), töötutel (45%), vähenenud töövõimega (48%) ja muudel mitteaktiivsetel (35%), oluliste tegevuspiirangutega (30–35%), halva tervise enesehinnanguga (kuni 40%) ja väiksema sissetulekuga (kuni 35%) inimeste hulgas. Hambaravi mittesaamine on sõltuv kõikidest uuritud tunnustest.

Rahalistel põhjustel retseptiravimeid ostmata jätnute osakaal on viie aastaga langenud kahe protsendipunkti võrra ja moodustas 2019. aastal 3% kõikidest inimestest ja 4% ravimeid vajanutest. Probleeme esines rohkem töötutel (15%), vähenenud töövõimega (16%), oluliste piirangutega (12%), halva ja väga halva tervise enesehinnanguga (20%) ravimeid vajanute hulgas. Retseptiravimite ostmata jätmise ei sõltu haridustasemest, kuid sõltub teistest tunnustest. Ilmnes, et 70–79-aastatel oli vähem probleeme kui 40–49-aastatel, mis viitab erinevatele soodustuste protsentidele pensionäridel ja tööelistel või vajadusega maksta rohkem teiste leibkonnaliikmete eest. Rohkem maksid retseptiravimite eest oluliste tegevuspiirangutega, halvema tervise enesehinnanguga inimesed, naised, vanemaealised, vähenenud töövõimega inimesed ja pensionärid ning tõenäoliselt eelnimetatud tunnustest tulenevalt ka madalama isiku ja leibkonna sissetulekuga inimesed.

Vaimse tervise abi mittesaamine rahalistel põhjustel ei muutunud võrreldes 2014. aastaga ja sellist abi vajanuid oli 3%. Suuremaid probleeme oli vähenenud töövõimega ja töötute puhul, kelle hulgast ei saanud abi 10%. Eeldada võib aga, et neil rühmadel on suurem vajadus selle teenuse järele.

Ülejäänud, eelnevalt nimetamata **tervishoiuteenuseid rahalistel põhjustel** mittesaanute osakaal ei muutunud perioodil 2014–2019 ja moodustas 10% abivajavatest. Suurem osakaal rahalisel põhjusel abi mittesaanuid st oli 20–29-aastaste, töötute, vähenenud töövõimega, muude mitteaktiivsete, oluliste tegevuspiirangutega, halva tervise enesehinnanguga ja esimesse leibkonna sissetuleku kvintiili kuuluvate arstiabi vajanud inimeste hulgas.

Vaadates inimeste **keskmisi aastaseid kulutusi teenustele** ilmneb, et kalleim neist oli statsionaarne õendusabi ja need kulud teenusekasutaja kohta aastas olid keskmiselt 463 eurot, järgnesid kodused hooldusteenused – 320 eurot ja kolmandaks hambaravi – 309 eurot.

Kõikide tervishoiuteenuste ja ravimite omaosaluse eest tasumine viis absoluutsesse **vaesusse** 0,65% vähemalt 15-a inimestest ja muutis absoluutses vaesuses olevatest isikutest 1,53% veelgi enam vaesemaks. Lisaks viis omaosalus suhtelisse vaesusse veel 2% elanikest. Küsitlusele eelneval aastal ei maksnud 8% elanikest ühegi tervishoiuteenuse eest ega ostnud retsepti- ega käsimüügiravimeid.

Sissetulekutega seotud ebavõrdsust tervishoiuteenuste kasutamisel ei esinenud perearstiabi ja EMO teenuste kasutamise puhul. Kahe madalama leibkonna sissetuleku kvintiili inimesed kasutavad võrreldes suuremate sissetulekurühmade inimestega rohkem haiglaravi, päevaravi, kiirabi, koduse hoolduse teenuseid, samuti retseptiravimeid ja meditsiiniseadmeid. Ambulatoorse arstiabi kasutamine naistel ei sõltunud sissetulekutest, kuid vanemaealistel meestel oli jõukamates kvintiilides kasutamine kõrgem. Ka hambaravi ning füsioteraapiat-taastusravi kasutavad jõukamate kvintiilide inimesed sagedamini.

Summary

This work aims to investigate income-related inequality in using health services. In addition to the use of health care services, problems of access to health services are described, when necessary medical care was not received due to a long waiting list for treatment, lack of transport or financial reasons. Besides to financial reasons, the out-of-pocket payments for health services was studied, and whether this payment would lead a person to poverty.

This analysis uses the data from the Estonian Health Interview Survey 2019 [7], and all results characterise the period before the corona pandemic. The methodology of this work repeats the methodology of the Ministry of Social Affairs report based on the same survey previous wave, "The relationship between income and co-payment with the availability and use of healthcare services according to the data of the Estonian Health Interview Survey 2014" [8].

The long queue is the only parameter that worsened in five years. While in 2014, 14% of people claimed that they missed out on medical care due to a long waiting time, in 2019, 18% confirmed the same. Among those in need, 19% did not receive the required care in 2014 due to the long queue, and in 2019 a quarter of those in need. The long queue was a more significant obstacle among the unemployed (36%), urban residents (28%), people with significant health limitations in daily activities (30%), and with worse self-perceived health (30%). Missed medical care due to long waiting time depends on education, type of settlement, the self-perceived health, household income, and gender - the worse self-perceived health, higher education, and higher household income, the more often occur situations when medical care missed due to the problem of queueing. Urban residents and women have also experienced difficulties obtaining medical care due to the long queue..

Long distance and transportation problems are a significant obstacle for older people (up to 7%), those who have significant health limitations (9%), those with worse self-perceived health (13%), people from villages (8%) and people with reduced work ability (9%).

Missed dental care for financial reasons has decreased compared to 2014 but has remained the most common access problem. In 2019, a quarter of people who needed dental care did not receive it for financial reasons, while in 2014 – a third did not receive it. The decrease in the financial problem in dental care can link to the dental benefit established in July 2017 [9]. Among people of middle age (up to 30%), unemployed (45%), with reduced work ability (48%) and other economically inactive (35%), persons with health limitations (30-35%), with self-perceived poor health (up to 40%) and within lower quintiles of income (up to 35%) have significant problems with receiving dental care. Missed dental care depends on all the signs studied.

The share of people who did not buy **prescription medicines for financial reasons** has fallen by two percentage points in five years, accounting for 3% of all people and 4% of those who needed medicines in 2019. The proportion of people who could not buy needed medicine was higher in the following groups: unemployed (15%), reduced work ability (16%), with significant health limitations (12%), with poor and very poor self-perceived health (20%). Non-purchasing prescription medicines does not depend on education level but on other characteristics. The 70-79 years olds had fewer problems than the 40-49 years olds, which refers to different percentages of benefits for pensioners and working age or the need to pay more for other household members. People with significant health limitations, with poorer self-perceived health, women, older people, people with reduced work ability, and in retirement have paid more for prescription medicines than others, as well the people with a lower personal and household income, probably due to the aforementioned characteristics.

Unreceived **mental health care for financial reasons** did not change compared to 2014, making up 3% of those who needed help. Significant problems existed among people with reduced work ability and the unemployed, among whom 10% did not receive needed care. These groups may also have a greater need for this service.

The share of people who did not receive **other health services for financial reasons** remained the same during 2014-2019, accounting for 10% of those in need. The majority of those who did not receive medical care for financial reasons were among those aged 20-29 years, unemployed, persons with reduced capacity for work, other economically inactive persons, persons with health limitations, with poor self-perceived health, and persons belonging to the first quintile of household income.

Looking at the average annual **out-of-pocket payments** of people on health services, it appears that the more expensive service paid for was in-patient nursing care, which average cost per user of the service was 463 euros per year, followed by home care services – 320 euros and third, dental care – 309 euros.

The out-of-pocket payments for all health services and medicines led 0.65% of people aged at least 15 years old to absolute **poverty** and made 1.53% of those in absolute poverty even poorer. In addition, out-of-pocket payments led 2% of the population to relative poverty. In the year preceding the survey, 8% of the population did not pay for healthcare services or buy prescription or over-the-counter medicines.

Income-related inequalities in the use of health services did not occur in the case of family medicine and the use of services of the emergency department. People in the two lower household income quintiles are more likely to use hospital care, daycare, ambulance and home care services, prescription drugs, and medical devices than people in higher income groups. The use of outpatient care among women was not dependent on income, but older men had higher use rates in wealthier quintiles than poorer ones. Dentistry, physiotherapy and rehabilitation are also used more often by people in wealthier quintiles.

Заключение

Целью данной работы является изучение проблем доступности медицинских услуг. По какой из следующих причин человек не получил нужную медицинскую помощь: очередь ожидания на лечение, транспортной проблема и расстояние или финансовая причина. Наряду с финансовыми причинами рассматривалось самофинансирование при оплате медицинских услуг и приводит ли выплата этого самофинансирования к бедности. Также, рассматривался вопрос о наличии неравенства в использовании различных медицинских услуг среди людей с разными доходами.

Данный анализ использует данные исследования «Здоровье населения Эстонии 2019» [7], и все результаты характеризуют период до пандемии коронавируса. Методика этой работы повторяет методологию доклада Министерства социальных дел, сделанного на основании предыдущей волны исследования «Связь доходов и самофинансирования с доступностью и использованием медицинских услуг по данным исследования Здоровье населения Эстонии 2014» [8].

Длинная очередь – единственный показатель, который ухудшился за пять лет. Если в 2014 году 14% людей заявили, что не получили медпомощь из-за длинной очереди, то в 2019 году уже 18% людей подтвердили то же самое. Из числа нуждающихся в помощи в 2014 году 19% не получили требуемую помощь из-за длинной очереди, а в 2019 году – четверть нуждающихся. Длинная очередь была боольшим препятствием среди безработных (36%), горожан (28%), людей со связанными со здоровьем ограничениями (30%) и с худшей самооценкой здоровья (30%). Неполучение услуг зависит от образования, типа населенного пункта, самооценки здоровья, дохода домохозяйства и пола – чем хуже здоровье, по собственной оценке, чем выше образование и доход домохозяйства, тем больше случаев недополученной медицинской помощи из-за проблемы с очередностью. Жители города и женщины также столкнулись с трудностями при получении медицинской помощи из-за длинной очереди.

Дальнее расстояние и проблемы с транспортом больше препятствуют пожилым людям (до 7%), значительно ограниченным в повседневной деятельности (9%), людям с худшей оценкой здоровья (13%), жителям деревень (8%) и людям с пониженной трудоспособностью (9%).

Недополучение **стоматологической помощи по финансовым причинам** сократилось по сравнению с 2014 годом, но остается более распространенной проблемой доступности. В 2019 году по финансовой причине четверть нуждавшихся людей не получала стоматологическую помощь, в 2014 году – треть. Снижение финансовой проблемы в стоматологии может быть связано со стоматологической компенсацией, установленной с июля 2017 года [9]. Наибольшие проблемы с получением стоматологической помощи наблюдаются у людей среднего возраста (до 30%), безработных (45%), у людей с пониженной трудоспособностью (48%) и других экономически неактивных (35%), у людей со связанными со здоровьем ограничениями (30–35%), с плохой самооценкой здоровья (до 40%) и чей доход в нижних квинтилях (до 35%). Недополучение лечения зубов зависит от всех исследуемых признаков.

Доля людей, не купивших **рецептурные лекарства по финансовым причинам**, за пять лет снизилась на 2 процентных пункта и составила в 2019 году 3% от всех людей и 4% от нуждающихся в лекарствах. Боольшая доля проблем среди нуждающихся в лекарствах была у безработных (15%), людей с пониженной трудоспособностью (16%), со связанными со здоровьем ограничениями (12%), с плохой и очень плохой самооценкой здоровья (20%). Невыкуп рецептурных препаратов не зависит от уровня образования, но зависит от других признаков. Оказалось, что в возрастной группе 70–79 лет было меньше проблем, чем в группе 40–49 лет, что указывает на различные

процентные ставки льгот для пенсионеров и лиц трудоспособного возраста или необходимость платить больше за других членов домохозяйства. Больше платили за рецептурные лекарства: люди с существенными ограничениями, с худшей самооценкой здоровья, женщины, пожилые люди, люди с пониженной трудоспособностью и на пенсии, а также по вышеуказанным признакам, вероятно, люди с более низкими доходами и доходами в домохозяйстве.

По сравнению с 2014 годом недополучение **психической помощи по финансовым причинам** не изменилось и составило 3%. Наибольшие проблемы наблюдались у людей с пониженной трудоспособностью и безработных, среди которых помощь не получили 10%. Предполагается, что у этих групп также боольшая потребность в этой услуге.

Доля не получивших остальные **медицинские услуги по финансовым причинам** также не изменилась за период 2014–2019 годов и составила 10% нуждающихся в помощи. Боольшую долю нуждающихся в медицинской помощи и недополучивших ее по финансовой причине, составили люди в возрасте 20–29 лет, безработные, люди с пониженной трудоспособностью, другие экономически неактивные, люди с ограничениями, связанными со здоровьем, люди с плохой самооценкой здоровья и входящие в нижний квинтиль дохода домохозяйства.

Глядя на **среднегодовые расходы людей на услуги**, выяснилось, что самая дорогая оплаченная услуга была стационарная сестринская помощь, расходы на которую в среднем составили 463 евро в год на одного оплачивающего услуги, далее по сумме услуги домашнего ухода - 320 евро, и на третьем месте стоматологические услуги – 309 евро.

Оплата всех медицинских услуг и лекарств из своего кармана привела к абсолютной **бедности** 0,65% людей старше 15 лет, а 1,53% людей, уже находящихся в абсолютной бедности, стали еще беднее. Кроме того, самофинансирование привело к относительной бедности еще 2% жителей. В предшествующем опросу году 8% жителей не платили ни за какие медицинские услуги и не покупали рецептурные или безрецептурные лекарства.

Неравенства в использовании медицинских услуг **среди людей с разными доходами** не было выявлено в случаях семейной медицинской помощи и использования услуг отделения экстренной медицины (ЕМО). Люди из двух нижних квинтилей доходов домохозяйств по сравнению с людьми из групп с более высоким доходом больше пользуются услугами лечения в стационаре, дневном стационаре, услугами скорой помощи, домашнего ухода, а больше покупают рецептурные лекарства и медицинское оборудование. Использование амбулаторной медицинской помощи у женщин не зависело от доходов, однако у мужчин старшего возраста в более высоких квинтилях использование амбулаторной медицинской помощи было выше. Также чаще пользуются стоматологическими услугами, физиотерапией-реабилитацией люди из более состоятельных квинтилов.

Sissejuhatas

Tervis on üks inimese ja rahvastiku heaolu olulisematest näitajatest. Inimesed soovivad elada tervena võimalikult kaua. Haigused ja terviseprobleemid võtavad aga jõudu, aega ja raha, mis mõjutab töövõimet, sissetulekut ja heaolu. Samuti on riik huvitatud rahvatervishoiu parandamisest, kuna töövõimelised maksumaksjad toovad riigile raha, mida saab kasutada sotsiaalsfääri toetamiseks, samuti tulevad nad ise paremini toime ja vajavad vähem toetust. Selleks, et jääda töövõimeliseks ja terveks, on inimesel vaja käia tervisekontrollis ja võimalust õigeaegselt pöörduda oma terviseprobleemi korral spetsialisti poole.

Üksnes tervishoiuteenuste kasutamise uurimine ei näita teenuse kättesaadavust, kuna kasutamine on kättesaadavuse realiseerimine. Mõiste „tervishoiuteenuste kättesaadavus“ hõlmab nii kasutamist kui ka tervishoiuteenuse pakkumise poolseid tegureid [10].

Kui inimese sissetulek mõjutab juurdepääsu tervishoiuteenustele ja ravimitele, toob see kaasa sissetulekutest tuleneva ebavõrdsuse tervishoiuteenuste kättesaadavuses. Takistuste tõttu tervishoiuteenuste kasutamisel võib vajalik ja õigeaegne arstiabi jääda saamata või edasi lükkuda. Võrdne kättesaadavus on enamasti tagatud teenuste puhul, kus inimeste omaosalus teenuse kasutamisel puudub või on väike; see on nii teenuste puhul, mis hüvitatakse ravikindlustuse poolt. Teenuste kasutamisel võivad takistuseks osutuda pikk vahemaa ja transpordiprobleemid. Samamoodi vähendab kättesaadavust teenuste nõudlusest väiksem pakkumine, mis toob kaasa ravijärjekorrad ja pikad ooteajad. Suure omaosalusega teenuste puhul nagu hambaravi võib aga abi jääda rahalistel põhjustel paljudele kättesaamatuks.

Käesolev analüüs on jätk Andres Võrgu analüüsile „Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kasutamisega Eesti Terviseuuringu 2014 andmetel“ [8]. Kasutades viimase 2019. aasta terviseuuringu andmeid võrreldakse ebavõrdsust tervishoiuteenuste kättesaadavuses ja viimase viie aasta muutusi.

Vastust otsitakse küsimustele:

- Kui suur osakaal inimesi väidab, et neil on eri põhjustel jäänud arstiabi saamata või ravimid ostmata ja kuidas see varieerub erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnuste kaupa ja kas see on viie aastaga muutunud?
- Kui suur on inimeste omaosalus tervishoiuteenuste kasutamisel?
- Kui suur on sissetulekuga seotud ebavõrdsus tervishoiuteenuste kasutamisel?
- Kui suur on vaesusrisk tervishoiuteenuse eest maksmisel?

Autorid juhivad tähelepanu sellele, et tulemused on 2019. a kohta ja need kajastavad koroonapandeemia eelseid tulemusi. Analüüs võib olla toeks olukorra võrdlemisel enne ja pärast koroonapandeemiat.

1 Andmed ja meetodika

1.1 Analüüsis kasutatud tunnused

Käesolev analüüs kasutab Eesti terviseuuring (ETeU) 2019 anonüümitud mikroandmeid, kuhu on juurde seotud Statistikaameti poolt teistest registritest täiendavaid tunnuseid küsitletud inimeste ja nende leibkonnaliikmete kohta. ETeU meetodika ja tunnused on välja toodud meetodika ülevaates [11].

Kokku oli andmestikus andmeid 4881 inimese kohta, kelle tervishoiuteenuste kasutamist analüüsiti. Alljärgnevalt on antud ülevaade küsimustest ankeedis ja eri andmefailides, mida analüüsis kasutati. Kuna ETeU2019 ankeet on avaldatud uuringu veebilehel [7] ja mikroandmeid saab Statistikaametilt tellida [12], siis on sulgudes kirjas ka tunnuse nimed.

Kättesaadavust uuriti kasutades järgmisi ankeedi küsimusi:

- saamata jäänud meditsiiniabi viimase 12 kuu jooksul pika ravijärjekorra tõttu (tunnus I10);
- saamata jäänud meditsiiniabi viimase 12 kuu jooksul pika vahemaa või transpordiprobleemide tõttu (tunnus I11);
- saamata jäänud tervishoiuteenused või ravi viimase 12 kuu jooksul raha puudusel (tunnus I12);
- saamata jäänud hambaravi viimase 12 kuu jooksul raha puudusel (tunnus I13);
- saamata jäänud retseptiravimid viimase 12 kuu jooksul raha puudusel (tunnus I14);
- saamata jäänud meditsiiniabi või ravi seoses vaimse tervisega viimase 12 kuu jooksul raha puudusel (tunnus I15).

Sissetuleku tunnused, mida kasutati ebavõrdsuse selgitamiseks, on järgmised:

- leibkonna käsutuses olev sissetulek (tunnus YD18);
- leibkonna käsutuses oleva sissetuleku vahemik juhul, kui eelmine tunnus on vastamata (tunnus YD19);
- inimese keskmine netosissetulek kuus (tunnus L15);
- inimese keskmise netosissetuleku vahemik kuus juhul, kui eelmine tunnus on vastamata (tunnus L15A).

Omaosalust mõõdeti Eesti terviseuuringus inimeste endi öeldud kulutuste alusel, võttes arvesse ka vastaja makstud kulutusi teiste inimeste eest:

- hambaravile kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus O02B);
- perearstiabile kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus O09A);
- ambulatoorsele eriarstiabile kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus O13F);
- füsioterapeudi või liikumisravi spetsialisti teenuste eest tasumiseks kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus O14F);
- psühholoogi, psühhiaatri või psühhoterapeudi teenuste eest tasumiseks kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus O15A);
- koduste hooldusteenuste eest tasumiseks kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus O17A);
- erakorralise abi eest kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus O21A);
- statsionaarse õendusabi eest kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus P08A);
- taastusravile kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus O02B);
- retseptiravimite ostmiseks kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus Q03A);
- käsimüügiravimite ostmiseks kulutatud rahasumma viimase 12 kuu jooksul (tunnus Q10A);

Viimase 12 kuu jooksul tervishoiuteenuse kasutamist uuriti inimeste endi öeldud vastuste põhjal. Tunnused olid järgmised:

- viimase 12 kuu jooksul hambaarsti või ortodondi külastamine (tunnus O01);
- viimase 12 kuu jooksul perearsti poole pöördumine (tunnus O05);
- viimase 12 kuu jooksul eriarsti poole pöördumine (tunnus O10);
- viimase 12 kuu jooksul füsioterapeudi või liikumisravi spetsialisti vastuvõtul käimine (tunnus O14);
- viimase 12 kuu jooksul psühholoogi, psühhiaatri või psühhoterapeudi vastuvõtul käimine (tunnus O15);
- viimase 12 kuu jooksul koduse hooldusteenuse kasutamine (tunnus O17);
- viimase 12 kuu jooksul kiirabi või erakorralise meditsiini osakonna (EMO) / traumapunkti teenuse kasutamine (tunnus O18),
- viimase 12 kuu jooksul haiglaravil viibimine (tunnus P01);
- viimase 12 kuu jooksul viibimine päevaravil või päevakirurgia osakonnas (tunnus PO3);
- retseptiravimi kasutamine viimase 12 kuu jooksul (tunnus Q01).

Seda, mitu korda kasutati tervishoiuteenust viimase 12 kuu või viimase 4 nädala jooksul, mõõdeti nii inimeste endi öeldud vastuste kui ka Tervisekassa ravikindlustuse andmekogu andmete abil. ETeU-st võeti järgmised tunnused:

- viimase 12 kuu jooksul hambaarsti või ortodondi külastamise korrad (tunnus O02A);
- viimase 4 nädala jooksul perearstiga konsulteerimise korrad
 - vastuvõtul (tunnus O06A),
 - koduvisiidil (tunnus O06B),
 - telefoni või e-kirja teel (tunnus O06C);
- viimase 4 nädala jooksul eriarstiga konsulteerimise korrad
 - vastuvõtul (tunnus O11A),
 - telefoni või muu elektroonilise kanali vahendusel (tunnus O11B);
- viimase 12 kuu jooksul kiirabi kasutamise korrad (tunnus O19A),
- viimase 12 kuu jooksul EMO/traumapunkti kasutamise korrad (tunnus O19B),
- viimase 12 kuu jooksul haiglaravil viibitud ööpäevade arv (tunnus P02);
- viimase 12 kuu jooksul päevaravil viibimise korrad (tunnus P04).

Tervisekassa andmetest seoti igale inimesele juurde üksikud arved tervishoiuteenuste kasutamise kohta 2019. aastal, mis agregeeriti kokku järgmistesse kategooriatesse:

- perearstiabi;
- muu ambulatoorne ravi;
- päevaravi;
- haiglaravi;
- hambaravi;
- retseptiravimid;
- retseptiga meditsiiniseadmed.

Sotsiaaldemograafilised tunnused, mida analüüsis kasutati, on järgmised:

- inimese sugu (tunnus YA1);
- inimese vanus (tunnus YX2) 10-aastastes vanuserühmades;
- leibkonna elukoha maakond ja asula tüüp kolmes jaotuses (küla, alev/alevik, linn) (tunnused MAAKOND ja ASULA);
- inimese majanduslik aktiivsus (tunnus YF1) on jagatud rühmadeks: töötab (osaliselt või täistööaeg, sh ajateenija, asendusteenistuja), töötu, õppur ((üli)õpilane, tasustamata praktikant), vähenenud töövõimega (osalise või puuduva töövõimega mittetöötav), pensionär (vanadus-, ennetähtaegsel või sooduspensionil), muu mitteaktiivne (sh kodune, lapsehoolduspuhkusel);
- inimese tervise enesehinnang viiepalli skaalal (tunnus YG1);
- pikaajaliste tervisest tingitud tegevuspiirangute olemasolu skaalaga: oluliselt piiratud, osaliselt piiratud, ei ole piiratud (tunnus YG2);
- inimese haridustase (alg-, põhi-, kesk-, kõrgharidus) (tunnus HARIDUS).

1.2 Analüüsi meetodid

Kuna antud analüüs on jätk eelnevale raportile [8], on kasutatud sama uuringu järgmise laine andmeid ja samasuguseid meetodeid.

1.2.1 Üldkogum ja kaalud

ETeU2019 on valikuuring ning üldkogumit hinnatakse valimi alusel kogutud andmete põhjal. Terviseuuringu üldkogumi moodustasid Eesti alalised elanikud vanuses 15 aastat ja vanemad, kes elasid tavaleibkondades ning olid 01.07.2019 seisuga vähemalt 15-aastased. Kogum jaotati isiku elukoha järgi nelja kihti:

1. Tallinn;
2. Harju (v.a Tallinn), Ida-Viru, Lääne-Viru, Pärnu, Tartu maakonnad;
3. Jõgeva, Järva, Lääne, Põlva, Rapla, Saare, Valga, Viljandi, Võru maakonnad;
4. Hiiu maakond.

Valimi võtmiseks sorteeriti isikud kihis esmalt maakonna, seejärel isikukoodi järgi. Valim võeti süstemaatilise valiku teel, mille käigus valitakse välja isikud igas kihis nende pingerea numbrilise alusel, mis tagab esindusliku valimi igas kihis eraldi. Kasutati eproporsionaalset kihistamist, kuna rahvastiku suurus on maakonniti erinev. [13] Lõplikus andmestikus oli 4881 isiku ankeeti.

Isikupõhilised kaalud arvutati kolmes etapis: disainikaalud (valimi moodustamise hetkel), mittevastamist korrigeerivad kaalud ning sotsiaaldemograafilistele tunnustele kalibreeritud kaalud, mis olid lõppkaalud.

1.2.2 Meetodid

Üldkogum $U = \{1, \dots, i, \dots, N\}$ koosnes neljast mittelõikuvast osakogumist/kihist U_1, U_2, U_3, U_4 vastavalt üldkogumimahtudega N_1, N_2, N_3, N_4 nii, et $N = N_1 + N_2 + N_3 + N_4$ ning valimimahuga n_1, n_2, n_3, n_4 nii et $n = n_1 + n_2 + n_3 + n_4$. ETeU2019 üldkogumi ja valimimahud on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Üldkogumi ja valimi mahud kihiti, ETeU2019

Kiht	Üldkogumi	Valimi
U_1	360 252	1374
U_2	498 390	1924
U_3	240 414	1296
U_4	8331	287
U	1 107 387	4881

Osakaalu arvutamiseks kasutati tunnust y

$$y = \begin{cases} 1, & \text{kui isik kuulub huvipakkuvasse rühma} \\ 0, & \text{muidu} \end{cases}. \quad (1)$$

Arvutati hinnang antud tunnuse kaalutud keskmisele hinnangule, mis kihtvaliku korral oli

$$\hat{Y} = \sum_{h=1}^4 \frac{N_h}{N} \hat{Y}_h, \quad (2)$$

kus \hat{Y}_h on kaalutud keskmine kihis h . Kuna pärast valimi moodustamist tehti kaalude kalibreerimine, siis kihi keskmise hinnanguks kasutati Poissoni valiku arvutust

$$\hat{Y}_h = \frac{1}{N_h} \sum_{i=1}^{n_h} w_i y_i,$$

kus w_i on kihis h oleva isiku i kalibreeritud kaal. [14]

Arvutamaks osakaalu konkreetsetes alarühmas, näiteks teenuste kättesaadavust nende kohta, kes vajasis abi, kasutatakse suhte hinnangut, kus jagatakse omavahel mõlema tunnuse kogusumma hinnangud. Kättesaadavuse arvutamiseks nende kohta, kes vajasis abi pannakse lugejasse võrrandis (1) kirjeldatud tunnuse y kogusumma hinnang \hat{Y} , kus huvipakkuv rühm on „isik vajas abi ja jäi abi saamata“ ja nimetajas on samast võrrandist tuleva tunnuse x kogusumma hinnang \hat{X} , kus huvipakkuv rühm on „isik vajas abi“. Suhte hinnangu valem on järgmine

$$\hat{R} = \frac{\hat{Y}}{\hat{X}}, \quad (3)$$

kus mõlema kogusumma hinnangud arvutatakse sarnaselt

$$\hat{Y} = \sum_{h=1}^4 \frac{N_h}{N} \hat{Y}_h, \quad \hat{X} = \sum_{h=1}^4 \frac{N_h}{N} \hat{X}_h,$$

$$\hat{Y}_h = \sum_{i=1}^{n_h} w_i y_i, \quad \hat{X}_h = \sum_{i=1}^{n_h} w_i x_i.$$

Nii keskmise kui suhte hinnangu 95%-lised usaldusvahemikud arvutati valemiga

$$\hat{\theta} \pm 1,96 \times SE_{\theta},$$

kus $\hat{\theta}$ on hinnang parameetritele (2) või (3) ja SE_{θ} on vastava parameetri standardviga.

1.2.2.1 Logistiline mudel

Logistilisi mudeleid kasutatakse juhul, kui prognoositud tunnus on binaarne ehk tunnusel on ainult kaks võimalikku väärtust (0 või 1). Selleks, et hinnata missugused tunnused mõjutasid tervishoiuteenuse mittesaamist, kasutati logistilist regressiooni, kus uuritavaks tunnuseks oli võrrandis (1) kirjeldatud tunnus y .

Logistilise mudeli prognoosimiseks kasutati Logit seose funktsiooni.

Olgu π tõenäosus, et prognoositud tunnus y on võrdne ühega, siis Logit mudeli korral

$$\pi = \frac{\exp(x^T B)}{1 + \exp(x^T B)},$$

kus x – seletavate tunnuste väärtuste vektor ja B – mudeli koefitsientide vektor.

Logistilise mudeli interpreteerimiseks on tihti kasutusel šanss. Šansiks nimetatakse sündmuse esinemise tõenäosuse ja sündmuse mitteesinemise tõenäosuse suhet $\Pi = \frac{\pi}{1-\pi}$.

Logit mudeli korral $\Pi = \exp(x^T B)$.

Antud töös uuritud sündmus on saamata jäänud meditsiiniabi ja seega sündmuse mitteesinemine, mille tõenäosusega seda võrreldakse, on meditsiinilise abi saamine. Tulemuste kirjelduses on kasutatud matemaatiliselt korrektset sõnastust – šanss, aga kokkuvõttes on kasutatud sõna 'risk' samas tähenduses, et rõhutada meditsiinilise abi mittesaamise negatiivset mõju.

1.2.2.2 Leibkonna ekvivaliseeritud sissetulek

Tervishoiuteenuste kasutamises esineva ja leibkonna sissetulekuga seotud ebavõrdsuse hindamiseks on analüüsis kasutatud rahvusvahelises akadeemilises kirjanduses levinud lähenemist. Kasutatud meetodikat on lähemalt kirjeldatud 2018. aasta A. Võrgu analüüsis [7], mis omakorda tugines peamiselt 2008. a Saluse [15] ja 2004. a van Doorslaer, Masseria et al [16] toodule.

Ebavõrdsuse mõõtmiseks on vaja teada inimeste või nende leibkondade sissetulekut. Selleks, et teha leibkonna sissetulek võrreldavaks erinevate leibkondade suuruse järgi, kasutatakse ekvivalentnetosissetulekut, mis võtab leibkonna sissetuleku ja jagab ekvivalentleibkonna suurusega. Ekvivalentleibkonna suurus on leibkonna liikmete tarbimiskaalude kogusumma, kus kaalud vastavad ekvivaliseerimiskaalule. Leibkonna sissetuleku kvintilide ja suhtelise vaesuse määra arvutamisel kasutati OECD modifitseeritud skaalat – 1:0,5:0,3 ja absoluutse vaesuse määra arvutamisel OECD ekvivalentskaalat – 1:0,7:0,5, kus

- 1,0 on esimese täiskasvanu kaal;
- Teine arv (0,5 või 0,7) on kaal iga järgneva vähemalt 14-aastase leibkonnaliikme jaoks;
- Kolmas arv (0,3 või 0,5) on kaal igale lapsele, kes on noorem kui 14.

Analüüsis on kasutatud leibkondade ekvivalentsissetulekut.

1.2.2.3 Kontsentratsioonikõver

Sissetulekuga seotud ebavõrdsuse ja horisontaalse ebaõigluse (ebavõrdsus tervishoiuteenuste kasutamises sama vajadusega inimeste puhul tulenevalt nende sotsiaalmajanduslikust seisundist, eelkõige sissetulekust) mõõtmiseks on võimalik kasutada ülevaatlikke graafikuid ja statistilisi tabelleid. Tulemustest terviklikuma pildi saamiseks saab neid agregeerida ja kirjanduses on väljapakutud mitmeid moodsikuid, mille on lahti kirjutanud 2008. a Saluse [15], nende hulgas:

- variatsiooniamplituud, mis iseloomustab minimaalse ja maksimaalse kasutamise erinevust;
- Gini koefitsient ja Lorenzi kõver, mis näitavad tervishoiuteenuste kasutamise kontsentratsiooni;
- kontsentratsiooniindeks ja kontsentratsioonikõver, mis seob tervishoiuteenuse kasutamise inimese sissetulekuga.

Kontsentratsioonikõver näitab graafiliselt seost inimeste tarbitud tervishoiuteenuste hulga ja sissetuleku jaotuse positsiooni vahel. Kontsentratsioonikõvera konstrueerimiseks reastatakse esmalt kõik inimesed lähtuvalt leibkonna ekvivalentsissetulekust ja igale inimesele omistatakse järjekorranumber. Kuna antud juhul on inimestel erinevad statistilised kaalud (w_i), siis arvestatakse järjekorranumbri leidmisel ka kaale:

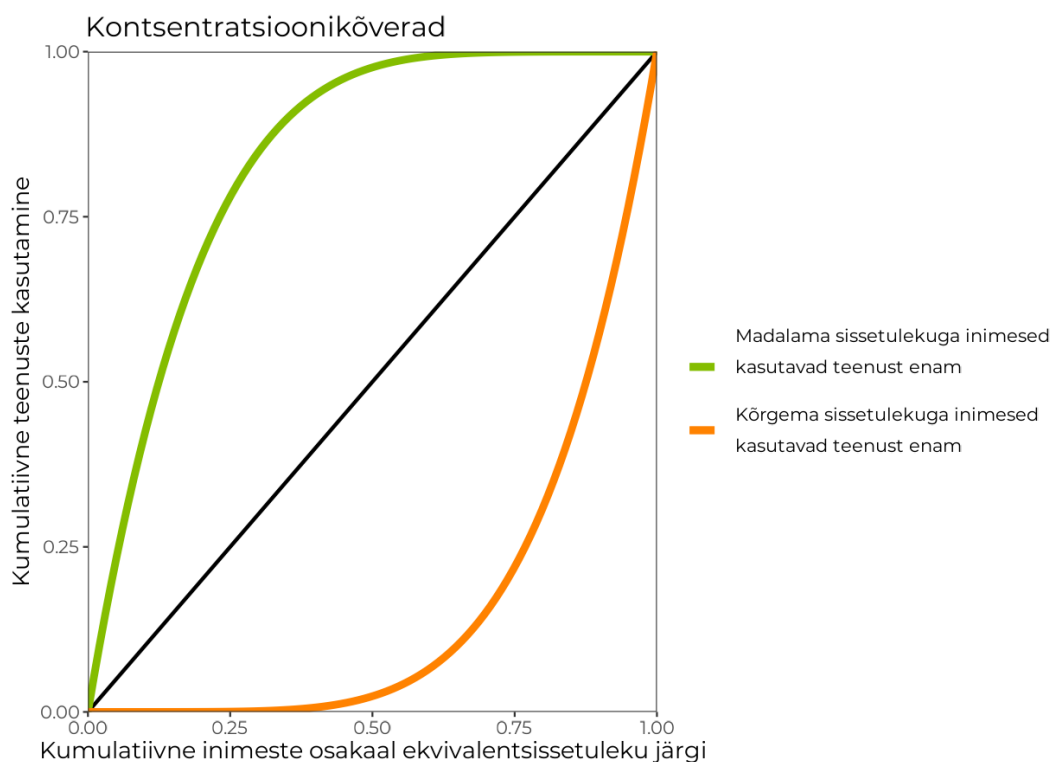
$$R_i = \sum_{j=0}^{i-1} w_j + \frac{w_i}{2},$$

kus i on isik huvipakkuvas järjestuses ja $w_0 = 0$.

Järgnevalt leitakse igale inimesele tema suhteline positsioon jagades selle läbi inimeste koguarvuga (kaalude summaga).

$$F_i = \frac{R_i}{\sum_{j=1}^N w_j}.$$

Kontsentratsioonikõver on graafikufunktsioon, kus x-teljel on suhteline positsioon sissetuleku järjekorras ja y-teljel on suhteline positsioon nii sissetuleku kui ka tervishoiuteenuse kasutamise järjekorras. Graafikusse lisatakse ka võrdeline funktsioon, mis näitab tervishoiuteenuste kasutamisel puuduvat ebavõrdsust sissetuleku seosega. Kui kontsentratsioonikõver on sirgjoonest ülalpool, siis vaesemad kasutavad tervishoiuteenust tihedamini kui jõukamad ning vastupidi – kui kõver on sirgjoonest allpool, siis jõukamad kasutavad tervishoiuteenust tihedamini kui vaesemad. Näited kontsentratsioonikõverast on toodud joonisel 1.



Joonis 1. Näited kontsentratsioonikõverast

1.2.2.4 Kontsentratsiooniindeks

Sissetulekuga seotud ebavõrdsust tervishoiuteenuste kasutamises on mõõdetud kontsentratsiooniindeksiga (*concentration index* – CI). Horisontaalset ebaõiglust (*horizontal inequity*) mõõdeti horisontaalse ebavõrdsuse indeksiga (*horizontal inequity index* – HI), mis on leitud kui kontsentratsiooniindeks peale tervishoiuteenuste järele erineva vajaduse arvesse võtmist. A. Võrgu analüüsis nimetatakse viimast standarditud kontsentratsiooni-indeksiks [8]. Antud analüüsis kasutatakse selle mõiste jaoks väljendit kohandatud kontsentratsiooniindeks (*adjusted concentration index*).

Kontsentratsiooniindeks leitakse üldiselt kui skaleeritud kovariatsioon inimeste tarbitud tervishoiuteenuste ja sissetulekute järgi leitud suhtelise positsiooni vahel:

$$CI = \frac{2}{\bar{y}} cov(y_i, F_i),$$

kus y_i on inimese enda tervishoiuteenuste kasutamine ja \hat{y} on hinnang üleüldise kaalutud keskmise kasutamisele, F_i on inimese suhteline positsioon sissetuleku kumulatiivses jaotuses ja $cov(y_i, F_i)$ on kovariatsioon kahe tunnuse vahel.

Kontsentratsiooniindeksi saab arvutada ka järgmisest regressioonimudelitest tõusuparameetriga β

$$2Var(F_i) \frac{y_i}{\bar{y}} = \alpha + \beta F_i + \varepsilon_i, \quad (4)$$

kus $Var(F_i)$ on suhtelise positsiooni dispersioon.

Sissetulekuga seotud ebavõrdsuse analüüsimisel on oluline arvesse võtta erinevate inimeste erinevat vajadust tervishoiuteenuste järele. Nii näiteks võib olla noorematel inimestel väiksem sissetulek ja ka väiksem tervishoiuteenuste kasutamise vajadus, kuid viimane ei ole tingitud madalamast sissetulekust, vaid hoopis paremast tervisest. Selleks, et arvesse võtta erinevat vajadust tervishoiuteenuste järele, hindame seda järgmise (lineaarse) regressioonimudeli järgi, mis selgitab tervishoiuteenuste kasutamist:

$$y_i = \alpha + \beta inc_i + \sum_k \gamma_k x_{k,i} + \sum_p \delta_p z_{p,i} + \varepsilon_i,$$

kus:

y_i on inimese i poolt kasutatud tervishoiuteenuste kogus,

inc_i – leibkonna ekvivalentsissetulek,
 x_k – tunnused, mis mõjutavad vajadust tervishoiuteenuse järele,
 z_p – võimalikud muud tunnused, mis mõjutavad nõudlust tervishoiuteenuste järele,
 $\alpha, \beta, \gamma_k, \delta_p$ – hinnatavad parameetrid.

Peale ülaltoodud seose hindamist leitakse tervishoiuteenuste kasutamise keskmine hinnang indiviidi i jaoks arvestades tema vajaduse muutujaid x ja hoides sissetuleku ja teised muutujad z keskväärtuse juures.

$$\hat{y}_i^X = \hat{\alpha} + \hat{\beta} \overline{inc} + \sum_k \gamma_k x_{k,i} + \sum_p \delta_p \bar{z}_p.$$

Kohandatud tervishoiuteenuste kasutamine leitakse kui tegeliku kasutamise ja oodatava kasutamise erinevus, millele on liidetud valimi keskmine, et säilitada sama skaala.

$$\hat{y}_i^{IS} = y_i - \hat{y}_i^X + \bar{y}.$$

Kohandatud kontsentratsiooniindeks on arvatud nagu valemis (4), asendades vaid tegeliku kasutamise kohandatud kasutamisega, st kasutamisega, mis jääb üle, kui oleme arvesse võtnud vajaduse tervishoiuteenuste järele.

$$2Var(F_i) \frac{\hat{y}_i^X}{\bar{y}} = \alpha + \beta F_i + \varepsilon_i.$$

Kui peale vajaduse arvesse võtmist, jääb alles seos inimese tervishoiuteenuste kasutamise ja sissetulekujaotuse asukoha vahel, siis saab väita, et esineb sissetulekuga seotud ebavõrdsus.

Kontsentratsiooniindeksi hinnangu standardvea puhul kasutati hetkel robustseid standardvigu, mis ei võta arvesse vaatluste vahelist autokorrelatsiooni (tingituna järjestusest) ja seetõttu võivad standardvigu pigem alahinnata. Lisaks tuleb tähele panna, et kasutame tervishoiuteenuste kasutamise hindamiseks lineaarset regressioonimudelit, isegi kui kasutamine on diskreetne, sh küsitlusandmetest binaarne. Van Doorslaer, Masseria et al 2004. a artiklis [16] toodud viited näitavad, et keerukamad mittelineaarsed mudelid on praktikas andnud sarnaseid kvalitatiivseid tulemusi.

1.2.2.5 Absoluutse ja suhtelise vaesuse määra arvutamine

Arvesse võetakse Statistikaameti arvatud absoluutse ja suhtelise vaesuse piirid [17], mille kuised ja aastased väärtused on toodud tabelis 2.

Tabel 2. Absoluutse ja suhtelise vaesuse piirid aastas ja kuus, 2019, eurot

Vaesuse piiri tüüp	Aastas	Kuus
Absoluutne	2656,32	221,36
Suhteline	7336,82	611,40

Allikas: Statistikaamet [17].

Tervishoiuteenuste kasutamisega seotud kulutuste mõju uurimiseks vaesusele kasutati **leibkonna kuist** ekvivalentsissetulekut. Selle sissetuleku jaotuse näitamiseks vähemalt 15-aastaste inimeste puhul kasutati kaalutud tihedusfunktsiooni.

Edasi arvutati kaalutud absoluutse ning suhtelise vaesuse määrad enne ja pärast tervishoiukulutuste omaosaluse mahaarvamist ehk leiti palju elanikke oli absoluutses või suhtelises vaesuses enne ja pärast omaosaluse maksmist. Selleks, et määrata, kas isikud satuvad vaesusse, lahutatakse leibkonna kuisest ekvivalentsissetulekust 12-ga jagatud tervishoiuteenuste aastane omaosalus ja vaadatakse, kuidas muutuvad vaesuse määrad. Tervishoiuteenuste eest maksnud inimesed jaotatakse viieks rühmaks:

1. Veelgi enam vaesunud absoluutses vaesuses – kelle leibkonna ekvivalentsissetulek oli allpool absoluutset vaesuspiiri ja kes kulutasid raha omaosaluseks ehk omaosalus süvendas nende vaesust;
2. Langes absoluutsesse vaesusesse – kelle leibkonna ekvivalentsissetulek oli absoluutsest vaesuspiirist kõrgem, aga allpool suhtelist vaesuspiiri, ja kes pärast omaosaluse maksmist sattusid allpoole absoluutset vaesuspiiri ehk omaosalus viis leibkonna vaesuspiirist allapoole;
3. Veelgi enam vaesunud suhtelises vaesuses, aga ei langenud absoluutsesse vaesusse – kelle leibkonna ekvivalentsissetulek oli absoluutsest vaesuspiirist kõrgem, aga

allpool suhtelist vaesuspiiri, ja kes pärast omaosaluse maksmist ei langenud allapoole absoluutset vaesusepiiri ning jäid edasi suhtelise vaesuspiiri alla;

4. Langes suhtelisse vaesusesse, aga mitte absoluutsesse vaesusse – kelle leibkonna ekvivalentsissetulek oli ülevalpool suhtelist vaesusepiiri, ja kes pärast omaosaluse maksmist on absoluutse ja suhtelise vaesuspiiri vahel;
5. Ei vaesunud – kelle leibkonna ekvivalentsissetulek oli suhtelisest vaesuspiirist kõrgem, kes maksid omaosalust ja jäid endiselt suhtelisest vaesuspiirist kõrgemasse rühma;
6. Ei maksnud – kes ei maksnud tervishoiuteenuste eest omaosalust ja kelle olukord ei muutunud.

2 Tulemused

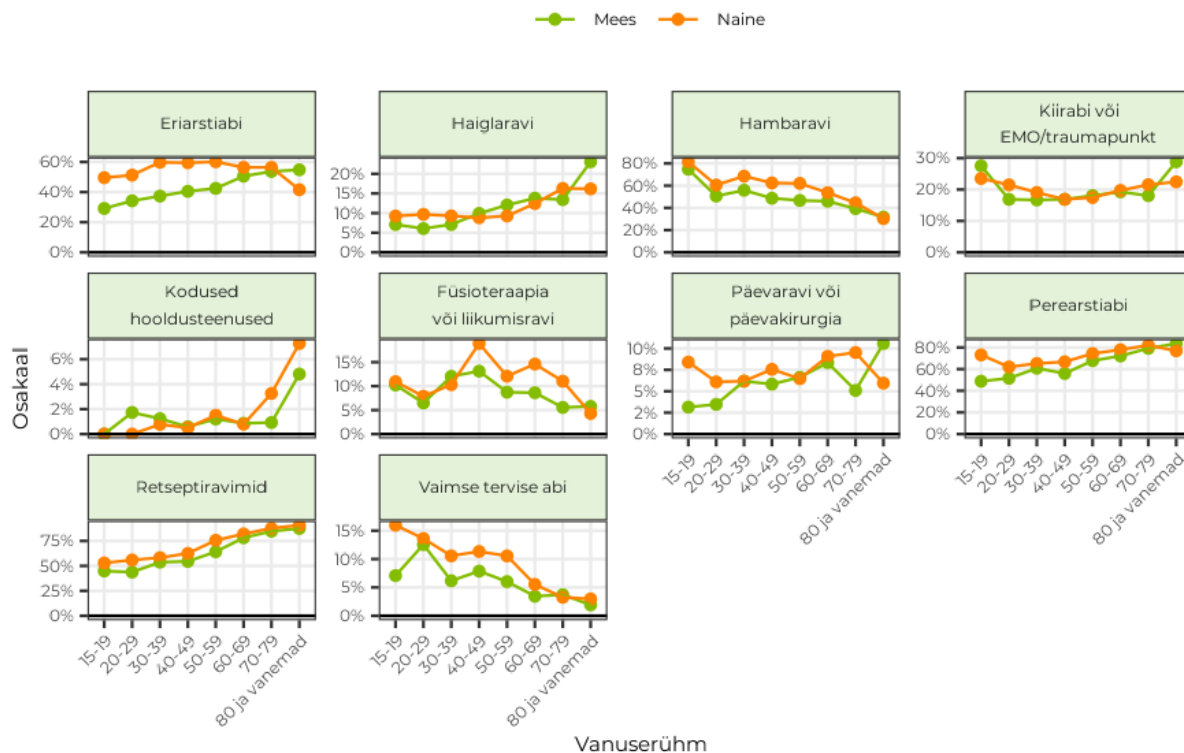
Kõigis alampeatükkides, kui tulemusi võrreldakse 2014. aasta andmetega, on kasutatud ja viidatud eelnevale raportile [8].

2.1 Tervishoiuteenuste kasutamine

Teenuste kasutamise andmed põhinevad 2019. a Eesti terviseuuringus osalenud inimeste vastustel viimase 12 kuu kohta. Kuna inimesed ei pruugi täpselt mäletada vähem olulisi sündmusi, võib vastustes esineda ebatäpsusi.

Mida vanemad inimesed, seda rohkem kasutatakse haiglaravi, koduhooldust, perearstiteenust ja ravimeid – see ei ole võrreldes 2014. aastaga muutunud (joonis 2). Samuti ilmneb langustrend vanuse kasvades hambaravi ja vaimse tervise abi teenuse kasutamisel. Kuigi need trendid olid samad 2014. aastal, on vaimse tervise abi kasutamine viie aastaga tõusnud – naiste puhul neli protsendipunkti, meestel kahe protsendipunkti võrra. Naiste hulgas on tervishoiuteenuste kasutajate osakaal paljude teenuste puhul suurem kui meestel, nt eriarstiabi, hambaravi või perearstiabi. Mõnevõrra on naiste puhul suurem veel retseptiravimite, füsioteraapia ja vaimse tervise teenuste kasutamine. Osade teenuste puhul nagu haiglaravi, kiirabi ja koduhoolduse teenus, soolisi erinevusi ei ole. Siiski varieerub kasutamine vanuserühmades küllaltki palju.

Võrreldes tulemusi 2014. aastaga olid tervishoiuteenuste kasutamise näitajad sarnased kõikide tervishoiuteenuste puhul, v.a vaimse tervise abi kasutamine, kus vanusega kahanev seos jäi samaks, aga kasutajate osakaal oli nüüd kaks korda suurem.



Joonis 2. Erinevate tervishoiuteenuste kasutajate osakaalud soo ja vanuserühma järgi, ETeU2019, %

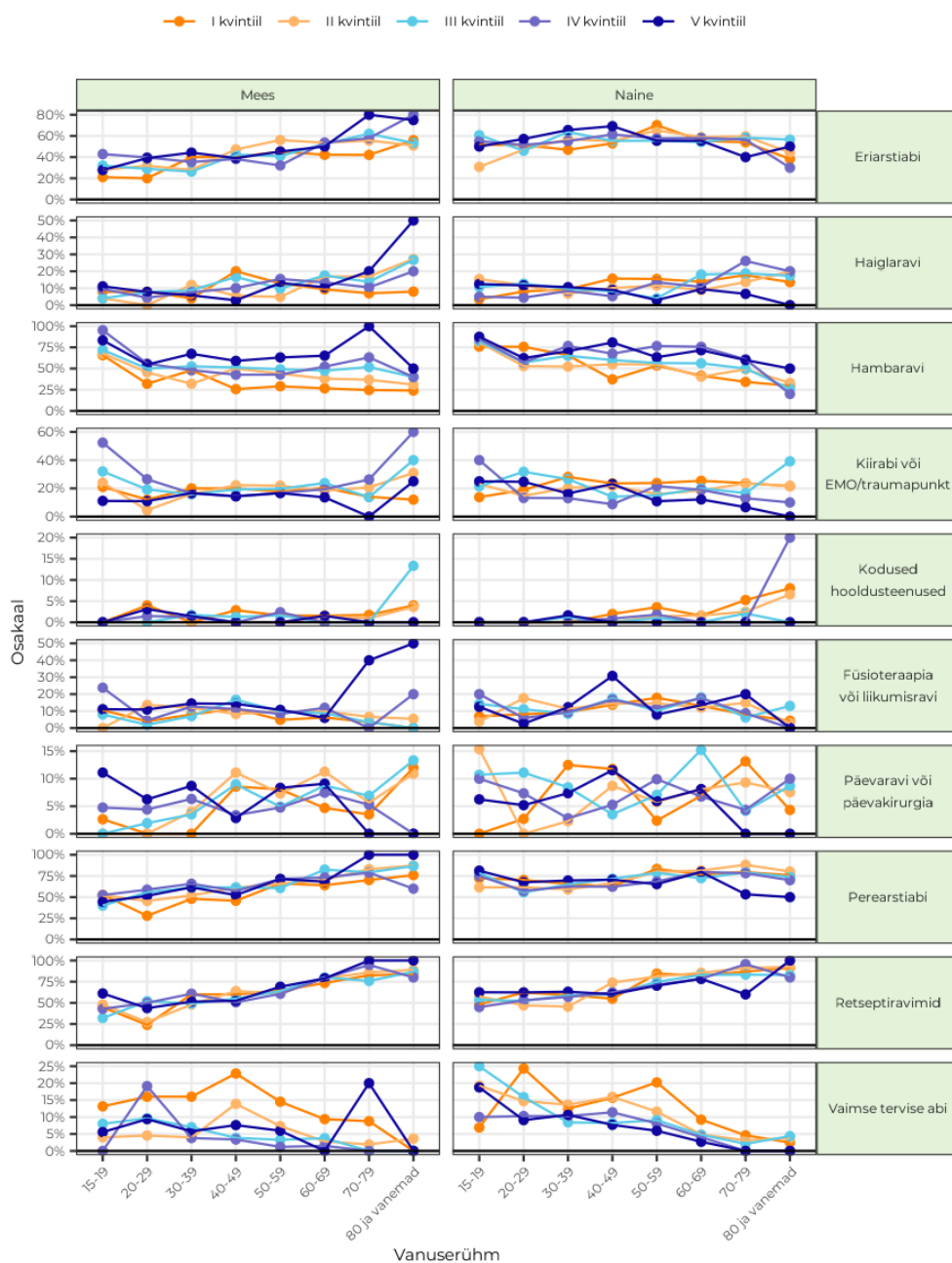
Sissetuleku kvintilide järgi iseloomustas ambulatoorset eriarstiabi suurem kasutamine alates IV kvintiilist kahe vanema vanuserühma meeste puhul, mis ilmnis ka haiglaravi juures (joonis 3).

Hambaravi kasutamine tõusis koos sissetulekute suurenemisega. Pärast kõige noorema vanuserühma kõrgeid kasutamise näitajaid, kui ravikindlustus hüvitab hambaravi kulud kuni 19-aastaseks saamiseni, toimus üsna järsk langus kasutamises. Alates IV sissetuleku kvintiilist oli hambaravi teenuse kasutamise määr vähemalt 40% meestel ja 80% naistel.

Perearstiabi kasutamises paistavad silma I sissetuleku kvintiili mehed, kelle hulgas oli perearsti külastanute osakaal väiksem kui teistes sissetuleku kvintiilides meestel.

Samamoodi oli retseptiravimite kasutamine IV ja V kvintiili puhul madalam, kuid siin oli märgatav juba III kvintiili puhul väiksem kasutamine võrreldes kahe esimese rühmaga.

Koduseid hooldusteenuseid kasutasid I sissetuleku kvintiili inimesed teistest rohkem. Ka vaimse tervise teenuste puhul eristus I kvintiili puhul teistest suurem kasutamine.



Joonis 3. Erinevate tervishoiuteenuste kasutajate osakaalud soo, vanuserühma ja leibkonna sissetuleku kvintiili järgi, ETeU2019, %

Kokkuvõttes nähtub tervishoiuteenuste kasutamisest sissetuleku kvintilide järgi, et madalama sissetulekuga inimesed kasutasid hambaravi vähem. See viitab kättesaadavuse probleemile või et jõukamad saavad endale lubada rohkem ja tihedamini hambaraviteenuseid. Vaimse tervise teenuste suurem kasutamine madalamates sissetulekurühmades viitab suuremale vajadusele teenuste järele neis rühmades. Kuigi ülejäänud üld- ja eriarstiabi kasutamises selgeid erisusi ei ilmnenu, siis kui vaadata kiirabi/EMO teenuste kasutamist, mis on tasuta või väikese omaosalusega ja suurema kasutusega madalama sissetulekuga rühmades, võib eeldada, et põhjuseks on takistused üld- ja eriarstiabi saamisel nende rühmade jaoks. Koduste hooldusteenuste kasutajad olid madalama sissetulekuga inimesed, aga tulemused on pigem seotud sellega, et valimisse sattusid üksikud, kes kasutasid koduseid hooldusteenuseid teistest rohkem.

2.2 Kättesaadavusprobleemide ülevaade

Kättesaadavuse probleemideks on nimetatud olukordi, kui isik ei saanud kasutada tervishoiuteenuseid. Eesti terviseuuringus küsiti saamata jäänud meditsiiniabi kolme põhjuse esinemise kohta: pikk järjekord, pikk vahemaa või transpordiprobleem ning raha puudumine. Viimase kohta täpsustati, missugune abi liik jäi saamata raha puudumise tõttu: kas hambaravi; retseptiravimi ostmise; vaimse tervise seotud ravi või teised eespool nimetatud arstiabi ja tervishoiuteenused (vt peatükk 1.1).

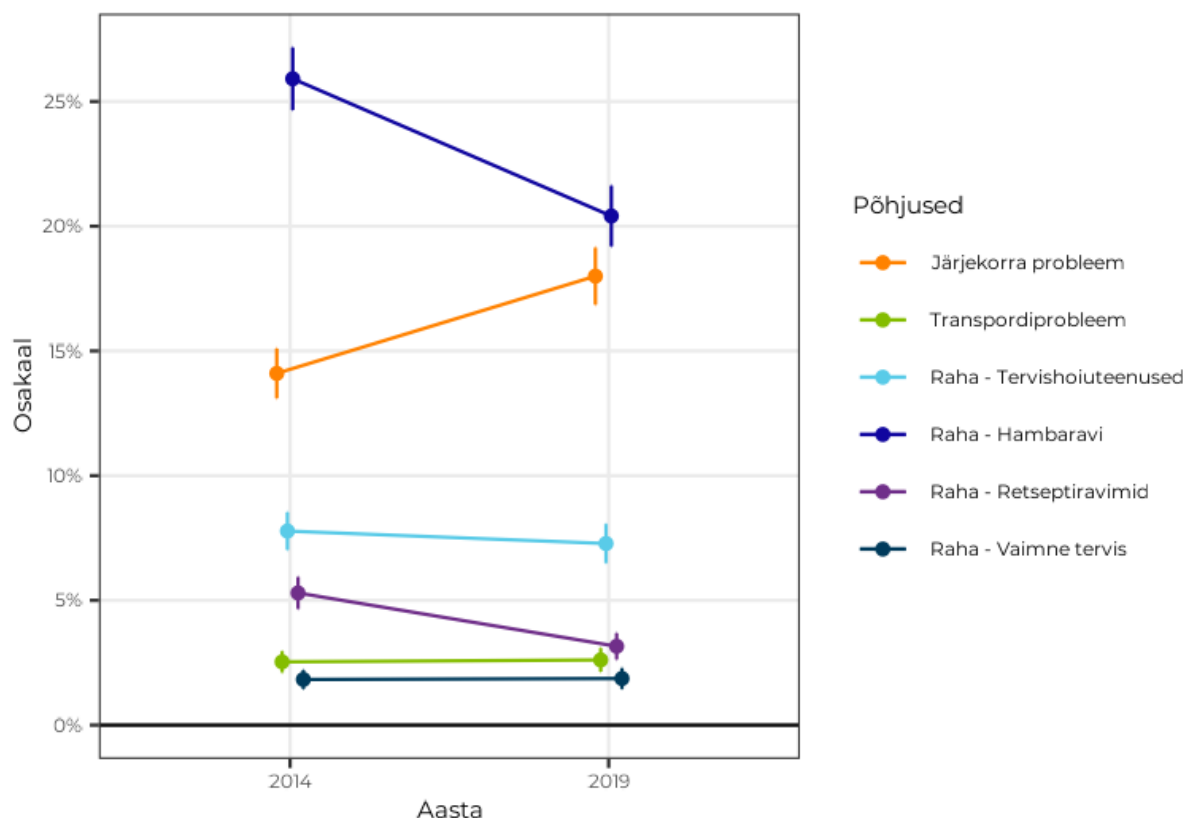
Tabelis 3 on välja toodud vähemalt 15-a inimeste osakaal, kellel jäi 2019. aastal nende endi hinnangul vajalik abi saamata. Pika järjekorra tõttu jäi 18% inimestest meditsiiniline abi saamata, probleeme kohalejõudmisega esines vähem – 3%. Raha puudumise tõttu jäi hambaravi saamata igal viiendal inimesel ja 7% inimestest ei saanud raha puudumise tõttu muud arstiabi.

Samas suur hulk inimesi ei vajanud küsitud perioodil meditsiiniabi: 44% ei vajanud vaimse tervise teenuseid, 22% retseptiravimeid, 19% hambaravi ja 26% muud arstiabi.

Tabel 3. Saamata jäänud tervishoiuteenustega inimeste osakaal põhjuse kaupa, ETeU2019, %

Põhjus Kas jäi saamata	Järjekorra probleem	Transpordi-probleem	Rahalised põhjused			
			Tervishoiuteenused	Hambaravi	Retseptiravimid	Vaimne tervis
Jah	18,0	2,6	7,3	20,4	3,2	1,9
Ei	52,3	68,2	66,9	60,3	75,0	54,2
Puudus vajadus	29,7	29,2	25,8	19,2	21,9	43,9

Võrreldes eelmise 2014. a uuringuga suurenes 2019. aastaks märkimisväärselt vaid järjekorra probleem (joonis 4). Hambaravi kättesaadavus paranes peaaegu samas ulatuses (26%-lt 20%-ni). Samuti paranes inimeste jaoks retseptiravimite kättesaadavus. Nii hambaravi kui retseptiravimite kättesaadavust on parandanud kahe uuringu vahelisel perioodil kasutusele võetud täiendavad Tervisekassa hüvitised. Alates 1. juulist 2017 kehtib täiskasvanute hambaravihüvitis ja alates 2018. aastast täiendav ravimihüvitis. Kuid transpordiprobleemide tõttu ja rahalistel põhjustel tervishoiuteenuse mittaasaamine jäi samale tasemele. Rahalistel põhjustel jäi vaimse tervise teenus saamata alla 2% Eesti elanikest nii 2014. kui ka 2019. aastal.



Joonis 4. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal kõikidest inimestest põhjuste järgi, ETeU2014 ja ETeU2019, %

Kui välja jätta inimesed, kellel puudus vajadus antud aastal küsitud teenuste kasutamiseks, siis saamata jäänud tervishoiuteenustega inimeste osakaal oli suurem (tabel 4). Veerand abi vajanutest ei saanud abi pika järjekorra tõttu 2019. a ja võrreldes 2014. aastaga tõusis nende osakaal 7 protsendipunkti võrra. Veerand inimestest ei saanud lubada endale hambaravi rahalistel põhjustel, kuid nende osakaal langes 6 protsendipunkti võrra võrreldes viie aasta tagase ajaga. Kahenemistrend esines ka retseptiravimite mittesaamisel, mis langes kolme protsendipunkti võrra. Tervishoiuteenuseid ei saanud endale rahalistel põhjustel lubada 10% neist, kes vajasisid abi, nii 2014. kui ka 2019. aastal.

Tabel 4. Saamata jäänud tervishoiuteenustega inimeste osakaal abivajajatest põhjuse kaupa, ETeU2014 ja ETeU2019, %

Põhjus	Järjekorra probleem	Transpordi-probleem	Rahalised põhjused			
			Tervishoiuteenused	Hambaravi	Retseptiravimid	Vaimne tervis
2014	18,6	3,4	10,0	31,0	6,6	3,7
2019	25,6	3,7	9,8	25,3	4,0	3,3
muutus	+7,0	+0,3	+0,2	-5,7	-2,6	-0,4

Pikkade järjekordade probleem puudutas 2019. aastal umbes 197 000 vähemalt 15-a inimest, kes vajasisid abi. Hambaravi kättesaadavust takistas raha puudus 223 000 inimesel (tabel 5). Seega puudutasid need probleemid suurt hulka inimesi.

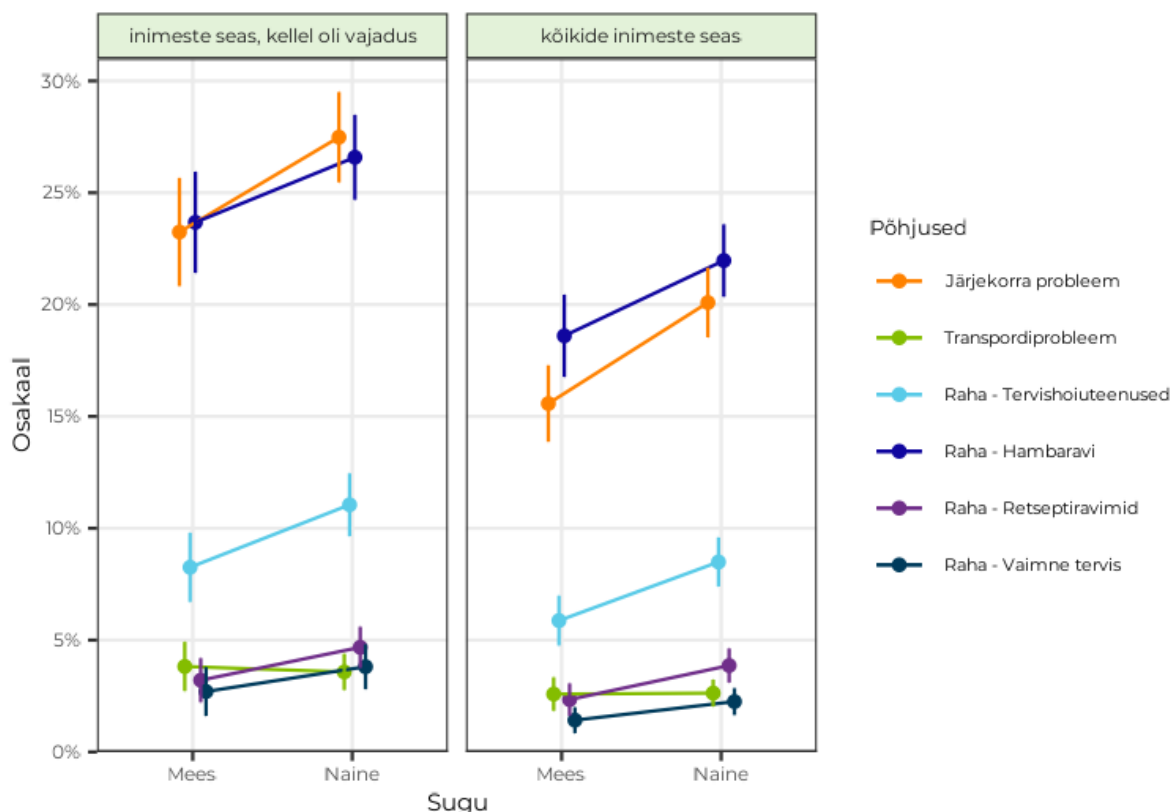
Tabel 5. Rahuldamata nõudlus tervishoiuteenuste järele kokku koos 95%-lise usalduspiiriga, ETeU2019

		Inimesi kokku Eestis	Alumine usalduspiir	Ülemine usalduspiir
Järjekorra probleem		196 904	184 322	209 487
Transpordiprobleem		28 567	23 391	33 743
Rahalised põhjused	Tervishoiuteenused	79 634	71 052	88 215
	Hambaravi	223 277	209 774	236 781
	Retseptiravimid	34 556	28 758	40 354
	Vaimne tervis	20 423	15 848	24 999

Naiste-meeste võrdluses (joonis 4) olid naiste puhul pikad ooteajad arstiabi saamisel ning raha puudumine hambaravi ja teiste tervishoiuteenuste kasutamisel olulisemaks probleemiks võrreldes meestega.

Retseptiravimite ja vaimse tervise teenuste puhul olid vahed teenuste mitteraamisel soo järgi väiksemad ja ebaolulised. Transpordiprobleemide puhul ei esinenud erinevust soo järgi.

Võrreldes viie aasta taguse olukorraga, kui rahaline probleem hambaravi puhul oli oluliselt erinev soo järgi, siis 2019. a jäi hambaravi teenuse mitteraamise üldise osakaalu langemisel naiste hulgas osakaal suuremaks võrreldes meestega, kuid erinevus oli nüüd statistiliselt ebaoluline.

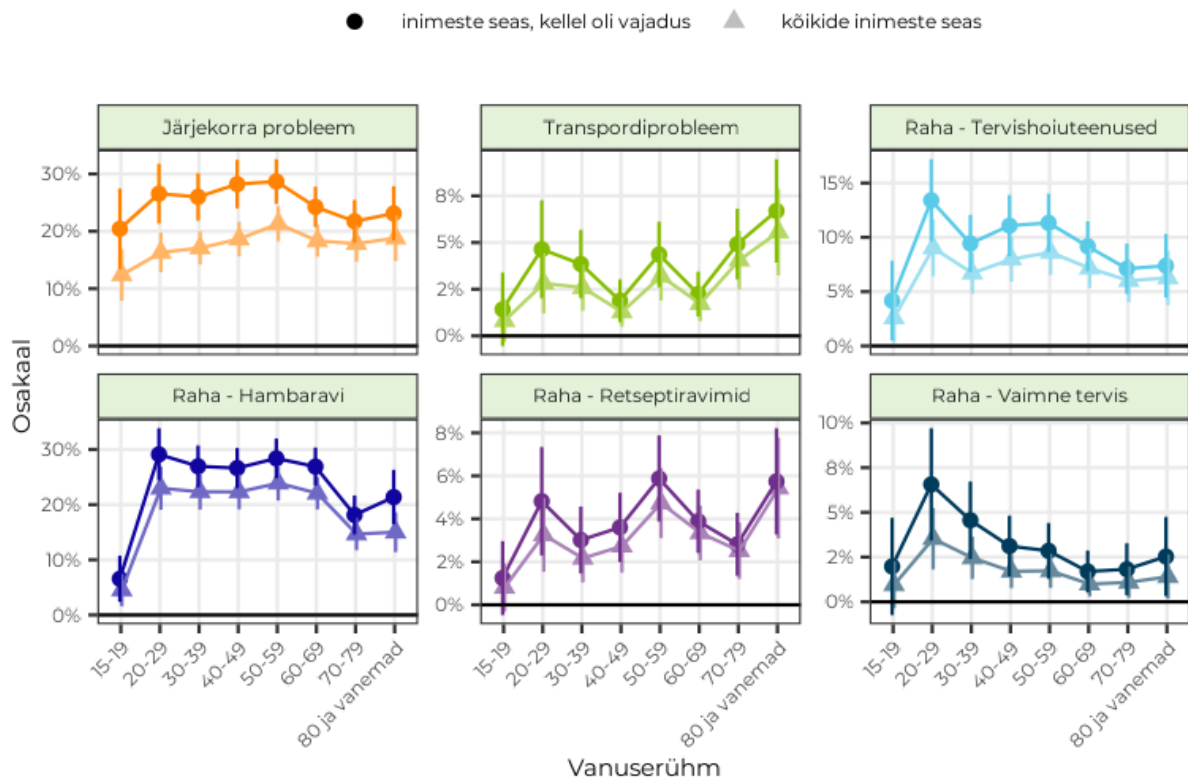


Joonis 5. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja soo järgi, ETeU2019, %

Vaadeldes kättesaadavust vanuse järgi puudutas järjekordade probleem kõige nooremat vanuserühma. 20% 15–19-aastastest abivajanutest puutus sellega kokku, ülejäänud takistuste puhul oli kättesaadavuse probleeme kogenuete osakaal kuni 5% (joonis 6). Võib olla oli see tingitud sellest, et vanemaelised kasutavad rohkem perearstiabi, mille puhul

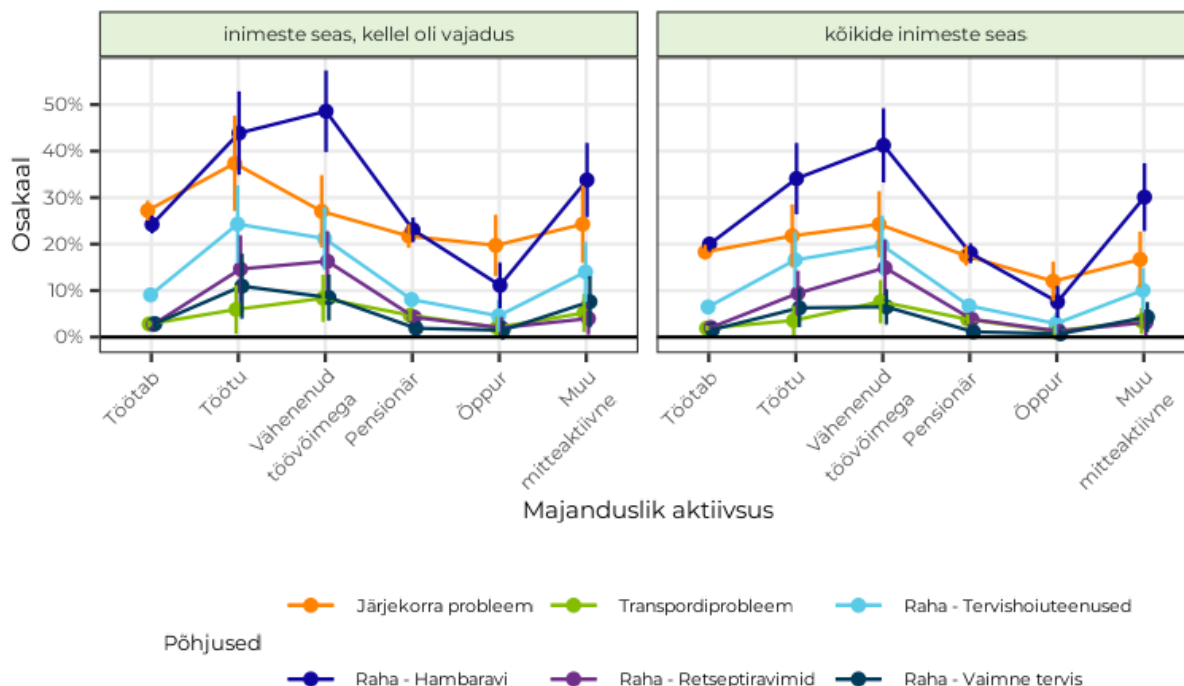
ooteajad on lühemad ja kättesaadavus parem. Sama mõju võib avalduda raha tõttu arstiabi mittesaamise ja vaimse tervise teenuste mittesaamise puhul, kus üle 60-a vanuserühmades probleemid kättesaadavuses vähenevad. Üle 60-aastaste puhul suurenesid seevastu transpordiprobleemid teenuste kasutamist takistava põhjusena. 20–29-aastastel olid rahalised probleemid takistuseks kõigi teenuste puhul. 50–59-a seas oli märgatav nii suuremad transpordiprobleemid kui raha vähesus retseptiravimite kasutamisel võrreldes neist kümme aastat nooremate ja vanemate vanuserühmadega.

2014. aastal oli järjekorra probleeme 15–19-a vanuserühmas tunduvalt vähem. Rahalised probleemid hambaravi mittesaamisel kahanesid viie aastaga vanuserühmas 40–59. Rahalised probleemid vaimse tervise teenuste kasutamise takistusena aga tõusid viie aastaga 20–29-a rühmas.



Joonis 6. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja vanuserühma järgi, ETeU2019, %

Vaadeldes probleeme tervishoiuteenuste kättesaadavusega inimeste majandusliku aktiivsuse järgi (joonis 7) selgus, et töötud, osalise või puuduva töövõimega mittetöötavad ja muud mitteaktiivsed olid riskirühmad teenuste saamisel. Töötajate, õppijate ja pensionäride puhul oli teenuse mittesaamine tunduvalt väiksem probleem.



Joonis 7. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja majandusliku aktiivsuse järgi, ETeU2019, %

Piirkondlikus vaates oli järjekorra probleem kõige suurem Harjumaa ja Ida-Virumaa elanikel, sest kolmandikul Harjumaa ja 28% Ida-Virumaa abivajanutel esines selline olukord 2019. aastal (joonis 8). Saaremaa ja Võrumaa elanikest seevastu oli alla 10% inimesi, kes vajasisid abi, aga ei saanud seda pika järjekorra tõttu, neis maakondades vastas teenuse pakkumine paremini nõudlusele kui teistes.

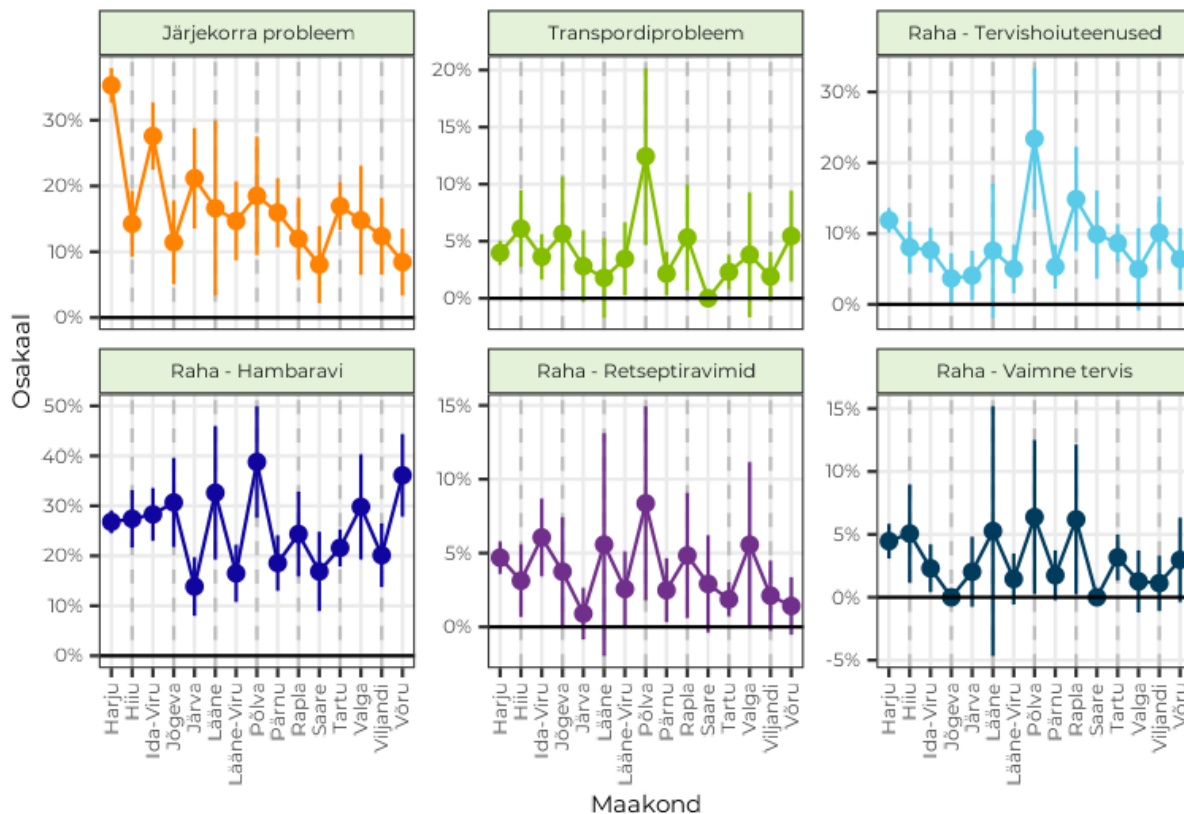
Transpordiprobleemi tõttu saamata jäänud meditsiiniline abi oli tunduvalt teravam Põlva maakonnas – esines 13% abivajanutest.

Rahalistel põhjustel saamata jäänud tervishoiuteenused olid suuremaks probleemiks Harjumaa, Põlvamaal ja Raplomaal, kus tervishoiuteenus jäi saamata rahalisel põhjusel üle 10% seda vajanutest. Hambaraviteenused on inimeste jaoks kulukad, aga neljas maakonnas – Järvamaal, Lääne-Virumaal, Pärnumaal ja Saaremaal – oli vähem kui 20% neid, kes ei saanud hambaravi rahalistel põhjustel endale lubada. Rohkem kui kolmandik Põlva- ja Võrumaa elanikest ei saanud hambaravi raha puudumise tõttu. Rahalistel põhjustel ostmata jäänud retseptiravimite või saamata vaimse tervise teenuste puhul ei olnud maakonniti erinevusi.

Võrreldes 2014. aastaga jäi 2019. aastal järjekorra tõttu arstiabi saamata 15 protsendipunkti võrra rohkem abivajajatel Ida-Virumaal, kuid Saaremaal järjekorra tõttu abi saamata jäänute osakaal langes kaks korda abivajanute hulgas.

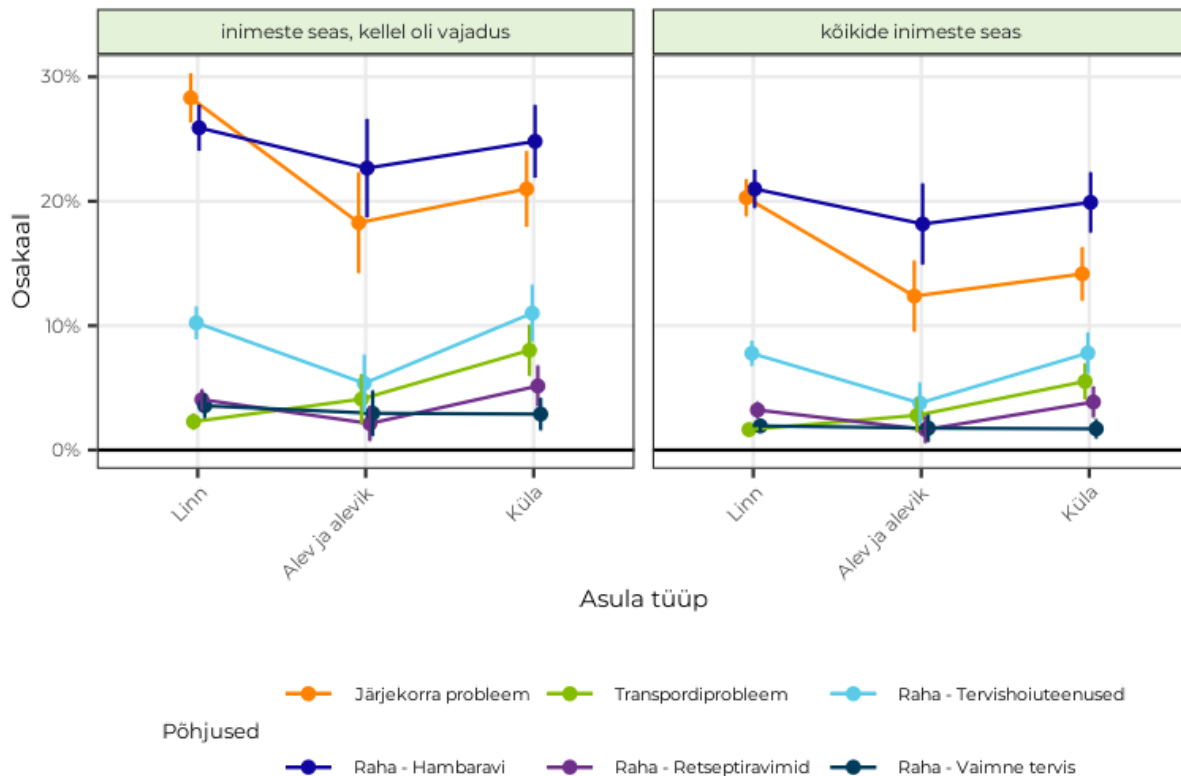
Transpordiprobleemi tõttu abi saamata jäänute erind Põlvamaal paistab joonistel välja nii 2014. kui ka 2019. aastal. Aastal 2014 jäi transpordi tõttu abi saamata rohkem kui 5% abivajavatest veel neljas maakonnas (Läänemaa, Valgamaa, Viljandimaa, Võrumaa), 2019. a oli aga nende maakondade näitaja 5% või selle lähedal.

Samas tasub maakondade võrdluste juures arvestada, et paljudes maakondades on tulenevalt väikesest vastajate arvust suur hajuvus.



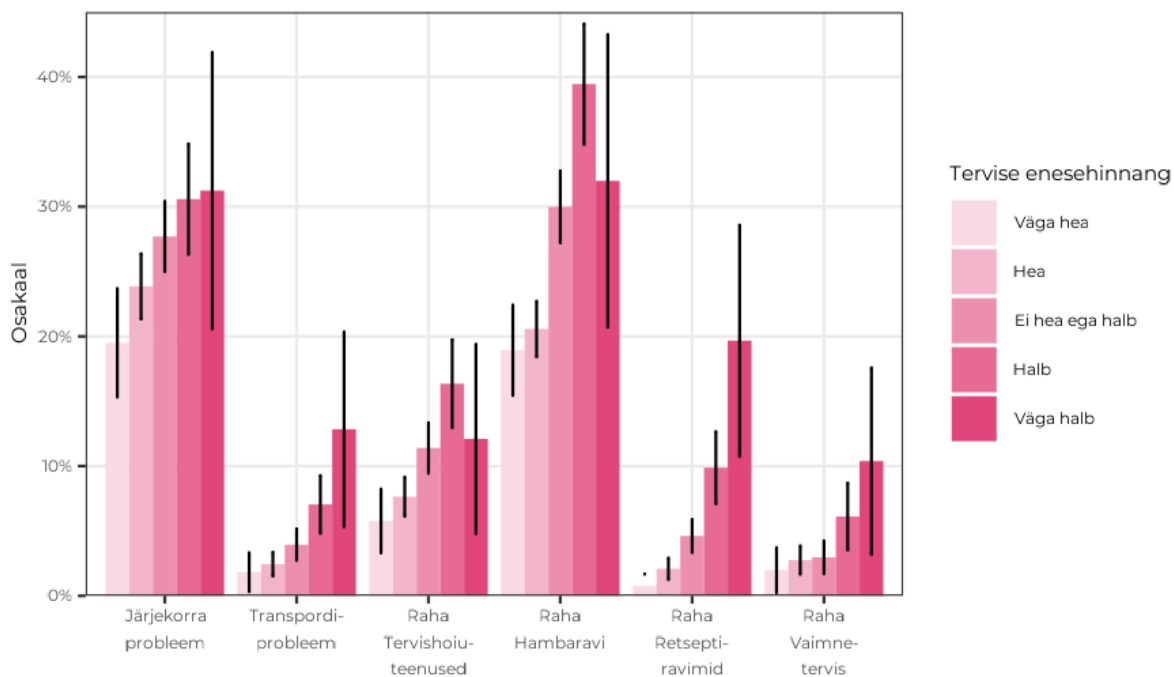
Joonis 8. Saamata jäänud tervishoiuteenusega abivajanud inimeste osakaal põhjuse ja maakonna järgi, ETeU2019, %

Järjekorra probleem oli linnades 10 protsendipunkti võrra suurem kui aleviku- ja külaelanikel, mis võib olla osaliselt seotud näiteks suurtes haiglates eelisjärjekorra rakendamisega teistest, kaugematest piirkondadest pärit patsientidele või linnainimeste suuremate ootustega kiiremale arstiabile (joonis 9). Mida väiksemas haldusüksuses inimene elab, seda suurem on võimalus, et ta ei saa arstiabi just transpordi puudumise tõttu. Seletamata on asjaolu, et alevikus või alevis elamine vähendab võimalust, et tervishoiuteenused jäävad saamata rahalistel põhjustel. Sarnased tulemused olid ka 2014. aastal.



Joonis 9. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja asula tüübi järgi, ETeU2019, %

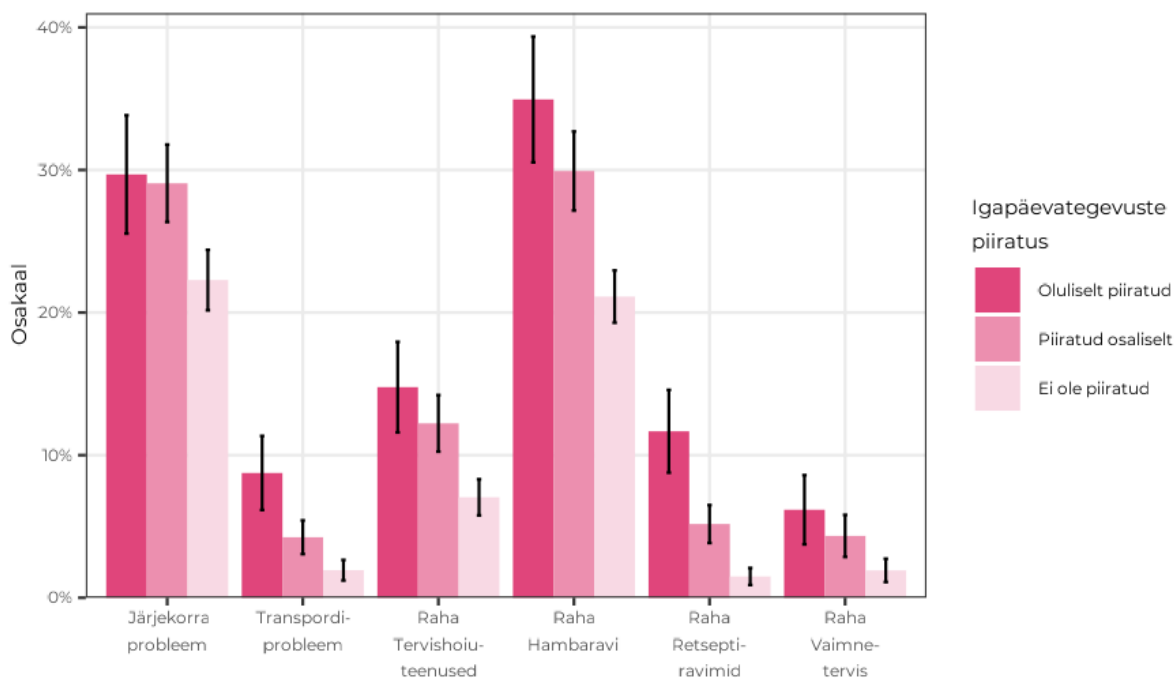
Mida halvem on inimese tervis, seda tõenäolisemad on probleemid tervishoiuteenuse kättesaamisega. Võrreldes hea või väga hea tervise enesehinnanguga olid nii vajadused tervishoiuteenuste järele kui kättesaadavuse probleemid tunduvalt suuremad. Halva tervise enesehinnanguga rühmas hambaravi vajanutest ei saanud seda rahalistel põhjustel endale lubada koguni 40% (joonis 10). Võrreldes 2014. aastaga jätkus sama trend, et mida halvemaks inimene hindas oma tervist, seda tõenäolisemalt oli tal ka teenuse kättesaadavusega probleem.



Joonis 10. Saamata jäänud tervishoiuteenusega inimeste osakaal põhjuse ja tervise enesehinnangu järgi, ETeU2019, %

Arstiabi vajanutel, kes ei ole mõne terviseprobleemi tõttu piiratud, oli meditsiinilise abi kättesaamisega tunduvalt vähem probleeme võrreldes nendega, kelle igapäevaelu tegevused on tervise tõttu pikaajaliselt piiratud (joonis 11). Kuid järjekorrad kõikide teenuste korral ja raha vähesus hambaravi saamiseks puudutas rohkem kui 20% seda abi vajanutest piirangute esinemisele või mitteesinemisele vaatamata.

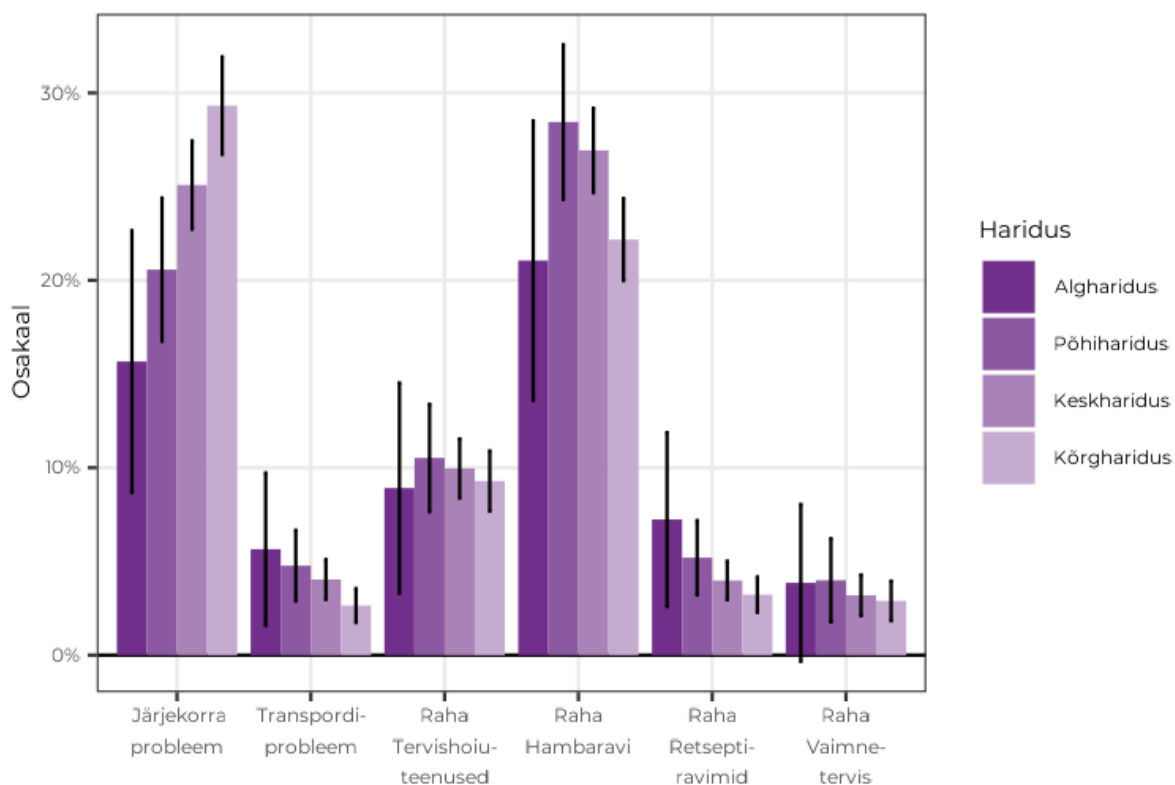
Võrreldes 2014. aastaga oli rahalistel põhjustel retseptiravimi ostmata jätnute osakaal 2019. aastal langenud kaks korda osaliselt piiratud abivajanute hulgas ja neljandiku võrra oluliselt piiratud abivajanute hulgas.



Joonis 11. Saamata jäänud tervishoiuteenusega abivajanud inimeste osakaal põhjuse ja igapäevategevuste piiratuse järgi, ETeU2019, %

Alg- ja põhiharidusega inimesi puudutas järjekorra probleem tunduvalt vähem kui kõrgharidusega abivajanud inimesi (joonis 12). Rahalistel põhjustel jäi hambaravi teenuseid rohkem saamata põhi- ja keskharidusega inimestel kui alg- ja kõrgharidusega inimestel. Retseptiravimi ostmata jätnute ja transpordiprobleemi tõttu arstiabi mittesaanute osakaalud vähenesid sedamööda, mida kõrgem oli inimese haridustase. Inimeste osakaal, kes ei saanud tervishoiu- ja vaimse tervise teenuseid kasutada rahalistel põhjustel, ei sõltunud omandatud haridustasemest.

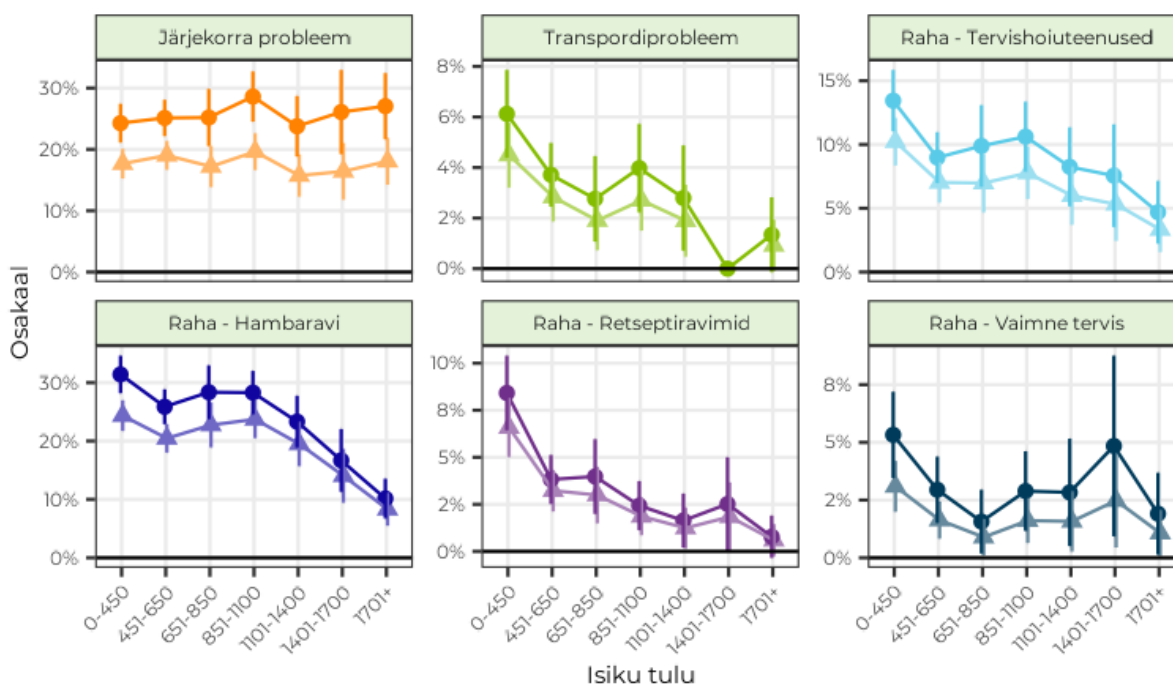
Võrreldes 2014. aastaga osakaal abivajanutest, kellel jäi abi saamata järjekorra probleemi tõttu, kasvas kõikides haridusrühmades ja usaldusvahemikud laienesid. Kui viis aastat varem järjekorra tõttu abi saamata jäänud kõrgharitud abivajanud inimeste osakaal oli oluliselt suurem kui madalama haridustasemega abivajanute oma, siis 2019. aastal need osakaalud ei erinenud keskharidusega abivajanute osakaalust. Samuti laienesid usaldusvahemikud teistel põhjustel abi mittesaamise osakaalude puhul, mis muutis viis aastat varem esinenud seosed ebaolulisteks – rahalistel põhjustel meditsiinilise abi saamine seda vajanutel ei sõltunud 2019. a enam haridustasemest.



Joonis 12. Saamata jäänud tervishoiuteenusega abivajanud inimeste osakaal põhjuse ja hariduse järgi, ETeU2019, %

Rahalistel põhjustel saamata jäänud tervishoiuteenustega inimeste osakaal väheneb koos sellega, mida suurem on isiku sissetulek (joonis 13). Sissetulekuga kuni 450 eurot saajate hulgas on rohkem neid, kes ei saanud meditsiinilist abi just rahalistel põhjustel, võrreldes suurema sissetulekuga inimestega. Kahenev trend on olemas samuti transpordiprobleemi tõttu saamata jäänute osakaalus. Mida suurem on isiku sissetulek, seda väiksem on tõenäosus, et takistuseks teenuse kättesaamisel on transpordiprobleem. Erinev sissetulek ei mõjuta järjekorra probleemi olemust – iga neljas inimene ei saanud pika järjekorra tõttu arstiabi sissetulekust hoolimata. Samad trendid olid ka 2014. aastal.

● inimeste seas, kellel oli vajadus ▲ kõikide inimeste seas

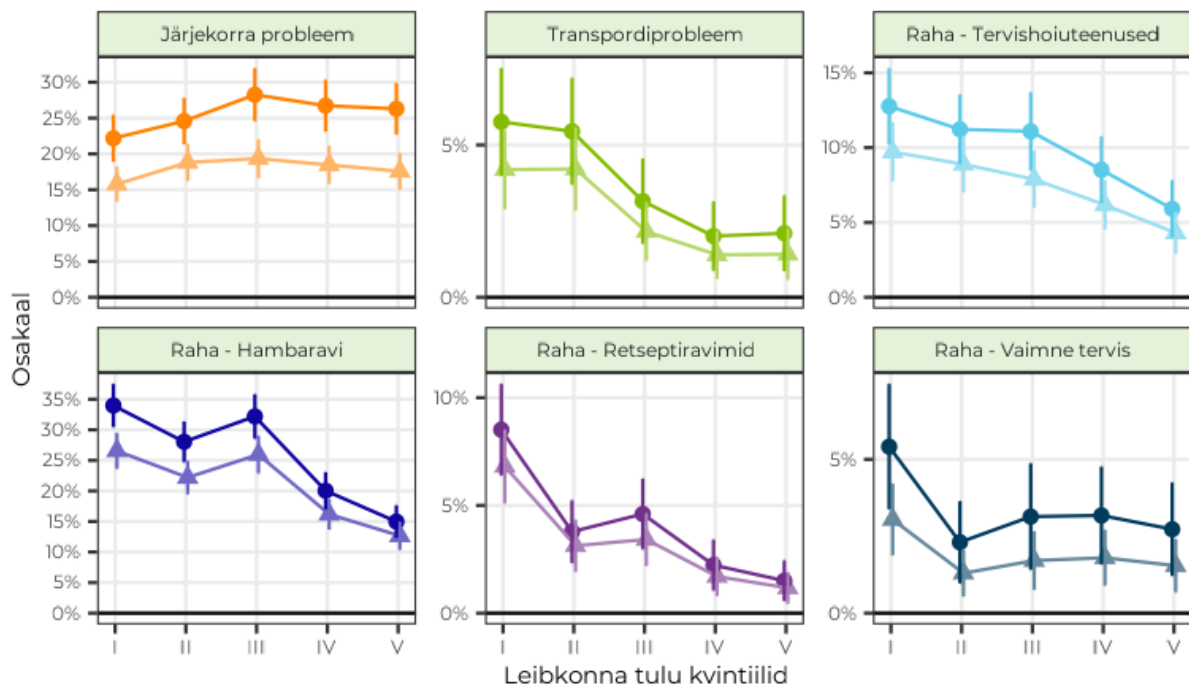


Joonis 13. Kättesaadavuse probleemid isiku sissetuleku järgi, ETeU2019, %

Vaadates kättesaadavust leibkonna sissetuleku kvintilide järgi, siis järjekorra probleemid erinesid alamgruppides, kuid mitte oluliselt (joonis 14). Kahe madalama sissetuleku kvintiili leibkondade hulgas oli vähem neid, kes ei saanud meditsiinilist abi pika järjekorra tõttu. Ülejäänud põhjuste korral vähenesid probleemid kättesaadavusega ja kahanes abi saamata jäänud inimeste osakaal koos sellega, mida kõrgem oli leibkonna sissetulek.

Võrreldes 2014. aastaga langes rahalistel põhjustel hambaravi mittesaamine abivajanutest esimeses leibkonna sissetulekute kvintiilis peaaegu 15 protsendipunkti võrra ja oli 2019. aastal samal tasemel nagu teises ja kolmandas sissetuleku kvintiilis.

● inimeste seas, kellel oli vajadus ▲ kõikide inimeste seas



Joonis 14. Kätesaadavuse probleemid leibkonna sissetuleku kvintiili järgi, ETeU2019, %

Järjekorra tõttu abi mittesaanute osakaal tõusis viie aastaga statistiliselt oluliselt ja tõus abivajavate hulgas oli 7 protsendipunkti. 2019. aastal ei saanud vajalikku abi 25,6% isikutest. Veelgi suurem näitaja oli töötute, linnaelanike, tervisega seotud piirangutega ja halvema tervise enesehinnanguga inimeste hulgas. Väikseimad osakaalud olid Saaremaa ja Võrumaa elanike seas, kus järjekorra tõttu abi mittesaanuid oli vähem kui 10% abivajanutest.

Transpordiprobleemi tõttu abi mittesaanute osakaal ei muutunud ning oli 2019. aastal 3,7% abivajanutest. Kuigi mida vanem, igapäevategevustes piiratum ja halvema tervise enesehinnanguga on inimene, seda olulisem on abivajavate jaoks transpordiprobleem ja abi mittesaanuid oli nende hulgas juba 8%. Sama 8% inimestest koges takistusi küldes elavate abivajavate hulgas. Abi saamata jäänuid kahanes 10%-ni vähenenud töövoimega ja väga halva tervise enesehinnanguga abivajanud inimeste hulgas.

Rahaliste põhjuste tõttu tervishoiuteenuseid mittesaanute osakaal ei muutunud viie aastaga samuti ja moodustas 2019. aastal umbes 10%. Kusjuures üle 10% ulatus antud näitaja järgmistel osarühmadel: 20–29-aastastel, töötutel, vähenenud töövoimega, muudel mitteaktiivsetel, Põlvamaa elanikel, igapäevases tegevuses piiratutel, halva tervise enesehinnanguga ja esimesse leibkonna sissetuleku kvintiili kuuluvate inimeste hulgas. On märgata ka osarühmi, kus abi mittesaanute osakaal oli 5% või vähem abivajanutest – need olid 15–19-aastased, Jõgevamaa, Järvamaa, Lääne-Virumaa ja Pärnumaa elanikud ning alevis või alevikus elavad inimesed.

Rahalistel põhjustel saamata jäänud hambaravi on üks levinum tervishoiuteenuse kätesaadavuse probleem ja positiivseks muutuseks on see, et hambaravi mittesaanud abivajavate osakaal langes võrreldes 2014. aastaga 5,7 protsendipunkti võrra. 2019. aastal jäi rahalisel põhjustel hambaravita veerand abivajanutest. Tervisekassa hambaravihüvitised aitavad kaasa teenuse kätesaadavuse parandamisel, kuna 15–19-aastastest hambaravi vajanutest jäi ilma ainult 5% ning 70-aastastest ja vanematest jäi ilma 20%. Rohkem kui veerand rahalisel põhjustel hambaravi mittesaanuid olid kuni 70-aastaste täiskasvanute vanuserühmades, töötud, vähenenud töövoimega, muud mitteaktiivsed, pikaajaliste

tegevuspiirangutega, halva tervise enesehinnanguga ja vaesemates sissetuleku kvintiilides olevad inimesed.

Retseptiravimeid ostmata jätnud abivajanute osakaal langes viie aastaga ja 2019. aastal puudutas see kättesaadavuse probleem 4% abivajanutest. Kuigi mõnes rühmas tõusis ostmata jäänud ravimitega inimeste osakaal 10%-ni – need olid töötud, vähenenud töövõimega, oluliste pikaajaliste tegevuspiirangutega ja halva tervise enesehinnanguga. Suurim rahaline probleem retseptiravimite ostmisega oli nende hulgas, kes hindasid enda tervist väga halvaks – 20%.

Vaimse tervise abi rahalistel põhjustel saamata jäänute osakaal ei muutunud viie aastaga ja abivajavate hulgast ainult 3,3% ei saanud vaimse tervise abi 2019. aastal. Üle 5% saamata jäänuid olid järgmistes rühmades: 20–29-aastased, töötud, vähenenud töövõimega, muud mitteaktiivsed, pikaajaliste tegevuspiirangutega ja esimesse leibkonna sissetuleku kvintiili kuuluvad ja halva tervise enesehinnanguga inimesed.

2.3 Kättesaadavusprobleemide regressioonanalüüsi tulemused

Edasi uuriti regressioonimudelite abil lähemalt, millised tegurid mõjutavad erinevatel põhjustel meditsiinilise abi mittesaamist (joonis 15) ja arvesse võeti kõik ETeU2019 vastanud.

Mudelid võimaldavad hinnata erinevate tegurite osamõju. Seega, kui arvesse võtta soo, vanuse, tervise enesehinnangu, hariduse ja sotsiaalse seisundi mõju, siis säilivad ka seosed sissetulekute ja tervishoiuteenuste subjektiivse kättesaadavuse vahel. [8]

Selle peatüki joonistel on esitatud šansside suhe koos 95%-liste usalduspiiridega logistilistest regressioonimudelitest. Kättesaadavuse probleemi selgitavate logistiliste regressioonimudelite tulemused on esitatud lisas 1. Kuna šansside suhe on alati nullist suurem ja tulemused vahemikus nullist üheni näitavad šansside langust, siis parema visuaalse selguse huvides on šansside suhte skaala logaritmitud. Mida kaugemal on šansside suhe ühest, seda olulisem on erinevus šanssides jääda ilma abi saamata võrreldes baaskategooriaga.

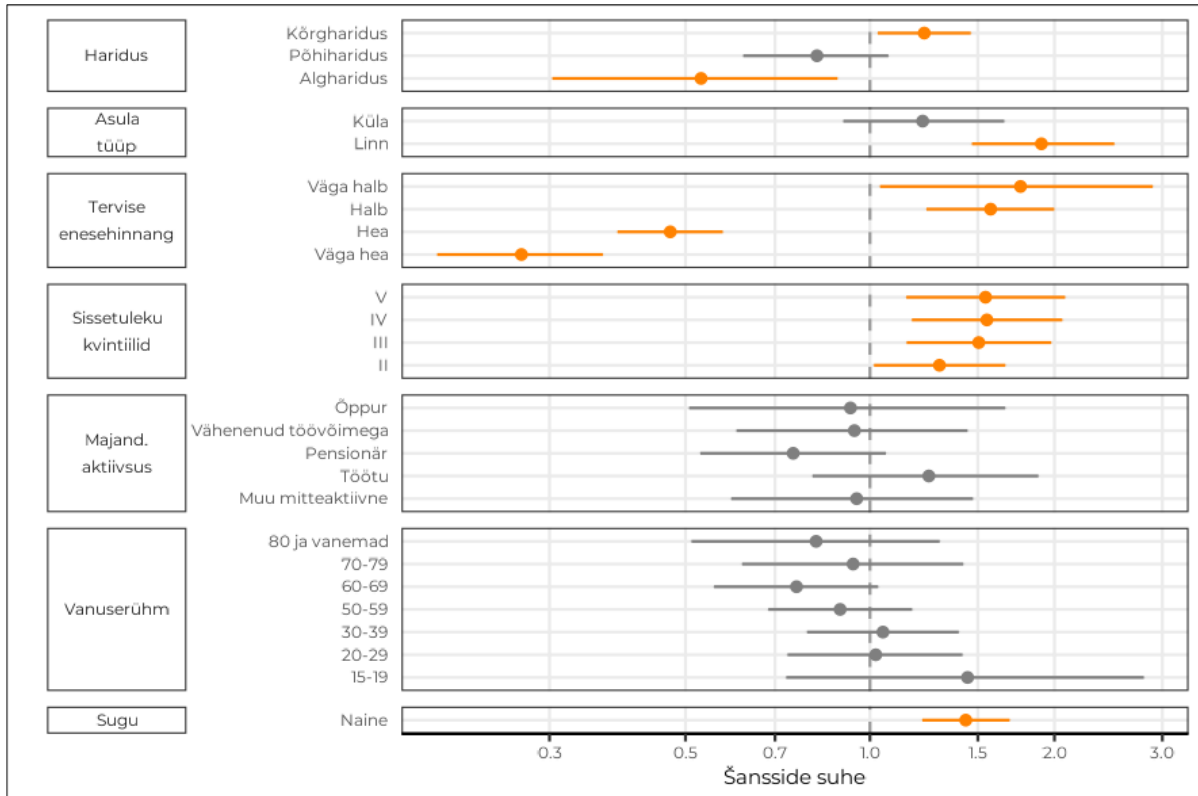
Baaskategooriad on kategoorilistel tunnustel järgmised: meessugu, vanuserühm 40–49, keskharidus, elab alevis või alevikus, leibkonna sissetulek on esimene kvintiil, inimene töötab ja keskmise tervise enesehinnanguga inimesed. Joonistel on olulised erinevused rõhutatud värviliselt.

Majanduslik aktiivsus ja vanus ei mõjuta tervishoiuteenuste saamata jäämist järjekorra tõttu (joonis 15). Naistel on võrreldes meestega suurem šanss ehk suhteline tõenäosus või teiste sõnadega lühidalt risk mitte saada tervishoiuteenust järjekorra probleemi tõttu. Mida suurem on leibkonna sissetulek, seda suurem on šanss kogeda tervishoiuteenuste mittesaamist. Inimestel, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, on šanss teenuseid mitte saada oluliselt väiksem kui nendel, kes hindavad oma tervist halvaks või väga halvaks. Linnaelanikul on šanss teenuseid mitte saada suurem, kui alevi- või alevikuelanikul. Kõrgharitud inimesel on suurem šanss jääda teenust saamata võrreldes keskharidusega inimesega. Samas algharidusega inimesel on väiksem šanss jääda abita kui keskharidusega inimesel.

Võrreldes peatükis 2.2 saadud tulemustega, on erinevused asulatüübi, tervise enesehinnangu, haridustaseme ja leibkonna sissetuleku kvintiilide kaupa leidnud kinnitust ka kohandatud andmetega ning lisaks ilmnes kohandamisel statistiliselt oluline erinevus meeste ja naiste vahel.

Aastal 2014 olid paljud tulemused samad, kuid mõned seosed järjekorra tõttu tervishoiuteenuse mittesaamisel on viie aastaga süvenenud. Näiteks olid 2014. aastal kõikide II–V leibkonna sissetuleku kvintiili kuulunud ja järjekorra tõttu ilma abita jäänud inimeste logistilise regressiooni kordajad kuni 0,5 ehk šansid olid kuni 1,65 korda suuremad

kui esimeses kvintilis ja mõned neist tulemustest olid ebaolulised. 2019. aastal olid need šansside suhted natuke suuremad ja nüüd ka kõik olulised. Nii 2014. kui ka 2019. aastal oli tervise enesehinnangu mõju sama – halvema tervise enesehinnanguga inimestel on suurem šanss jääda ilma abita järjekorra tõttu. Negatiivseks küljeks selle juures on, et löhe antud probleemi puhul tervise enesehinnangu järgi suurenes.

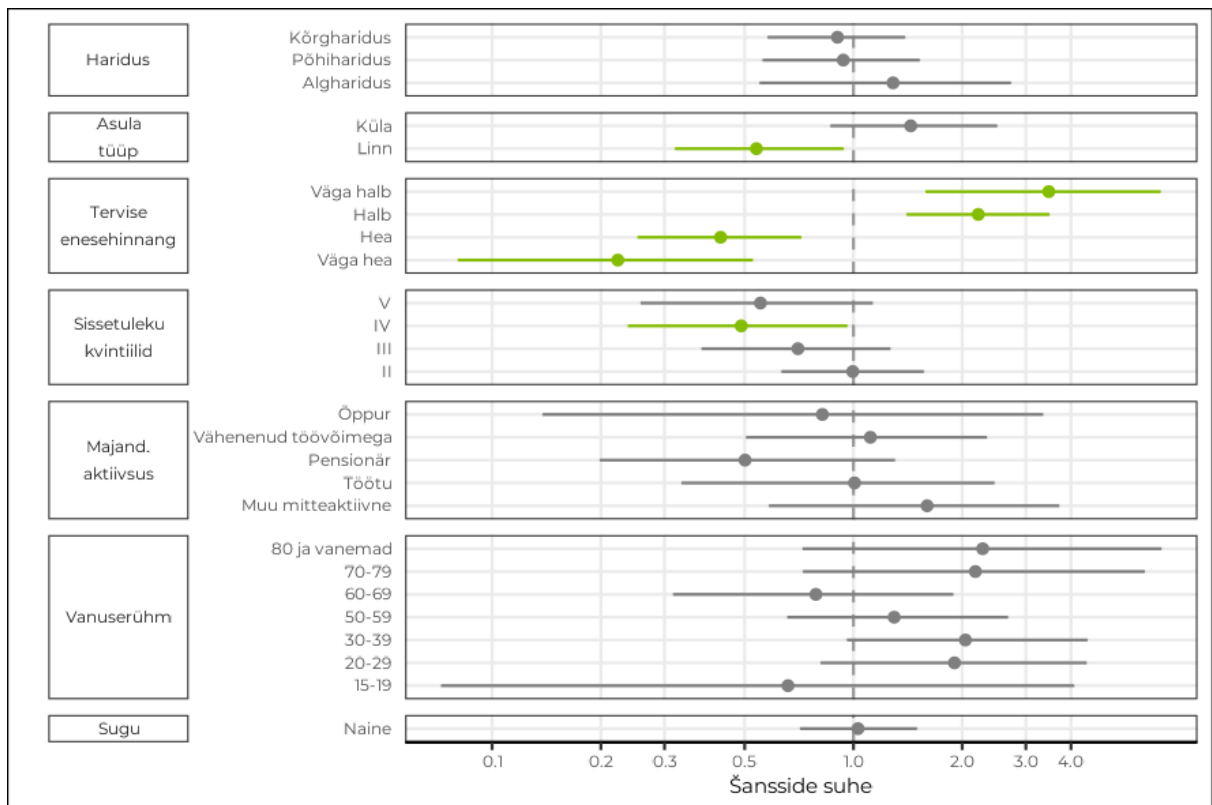


Joonis 15. Seosed järjekorra tõttu tervishoiuteenuse mitta saamisega, ETeU2019

Transpordiprobleemide tõttu tervishoiuteenuste saamist ei mõjutanud sugu, vanus, majanduslik aktiivsus ega haridustase (joonis 16). Linnaelanikel oli väiksem šanss jääda teenusteta transpordiprobleemi tõttu. Mida halvem on tervise enesehinnang, seda suurem on šanss, et ka transpordiprobleemide tõttu jääb abi saamata. Neljanda leibkonna sissetuleku kvintili inimestel oli šanss jääda teenust saamata transpordiprobleemi tõttu oluliselt väiksem kui esimeses sissetuleku kvintilis. Teiste kvintilide vahel olulisi erinevusi ei olnud.

Kuigi peatükis 2.2 oli märgata erinevust majandusliku aktiivsuse ja asula tüübi alarühmades, siis kohandatud andmete põhjal ei ole need enam olulised.

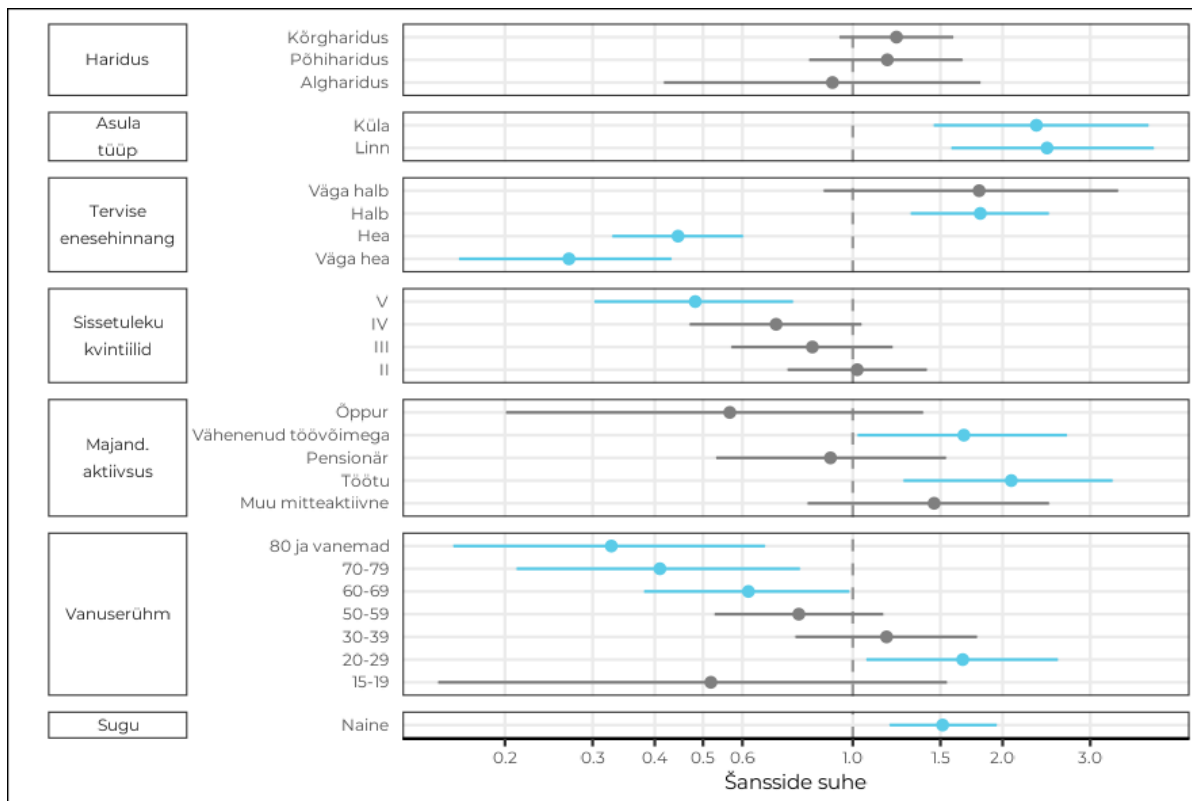
Viis aastat varem oli oluline erinevus transpordiprobleemi tõttu abi saamises töötavate ja teiste majandusliku aktiivsuse staatuses olevate inimeste vahel, mis 2019. aastal puudus. Seevastu suurenes ebavõrdsus, mis 2014. aastal puudus, et suurem leibkonna sissetulek mõjus nüüd positiivselt ja ei jäädud ilma abita transpordiprobleemi tõttu.



Joonis 16. Seosed transpordi tõttu tervishoiuteenuse mittesaamisega, ETeU2019

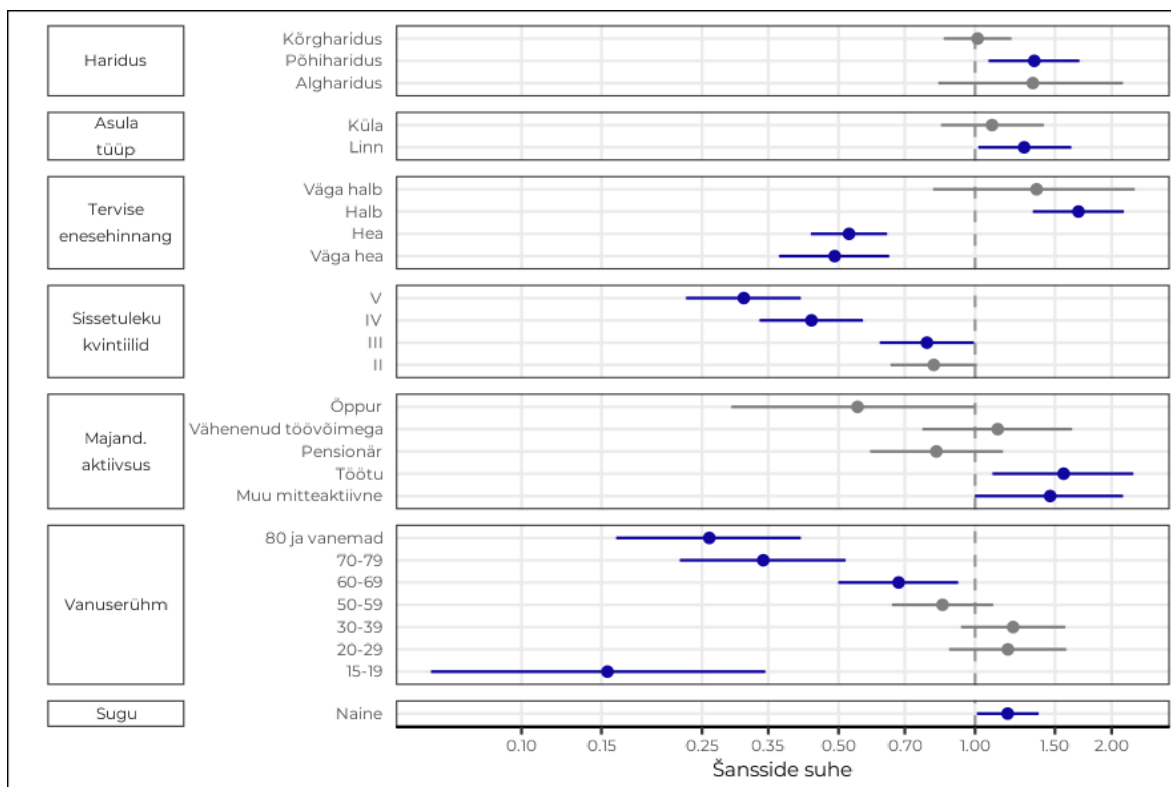
Tervishoiuteenuste kättesaadavust rahalistel põhjustel ei mõjutanud haridustase (joonis 17). Külades ja linnades oli suurem šanss mitte saada teenuseid rahapuudusel kui alevikes. Halvema tervise enesehinnangu puhul oli suurem šanss rahapuudusel jääda abita. Kuigi nende vastanute, kes hindasid oma tervist väga halvaks, olid šansside usaldusvahemikud liiga pikad ja šanss võis olla sama, mis neil, kes hindasid oma tervist ei heaks ega halvaks. Samas on näha, et nii nende vastanute, kelle tervise enesehinnang ei olnud hea ega väga hea, oli šanss jääda ilma abita rahalisel põhjusel tunduvalt suurem, kui oma tervist heaks nimetanud inimestel. Vaid kõrgeima V sissetuleku kvintiili puhul oli šanss rahalistel põhjustel abi mitte saada oluliselt väiksem kui I sissetuleku kvintiili puhul. Vähenenud töövõimega ja töötutel oli šanss mitte abi saada oluliselt suurem kui töötavatel. 20–29-aastastel on šanss jääda tervishoiuteenuseta suurem kui 40–49-aastastel ja 60-aastastel oli šanss jääda teenuseta veelgi väiksem. Kõige noorema vanusegrupi (15–19-a) kohta ei saa järeldusi teha. Naistel oli šanss mitte saada tervishoiuteenuseid rahalisel põhjusel suurem kui meestel. Samasugused erinevused olid märgatavad ka peatükis 2.2, vaid kohandatud andmetega muutus sooline erinevus teenuste kättesaamisel oluliseks.

Viis aastat varem ei olnud erinevusi tervishoiuteenuse saamises rahalistel põhjustel erinevate asula tüüpide elanike vahel. Samuti ei olnud märgatavaid erinevusi isikute majandusliku aktiivsusega seoses. Positiivseks küljeks on kahekordselt vähenenud šanss jääda tervishoiuteenuseid saamata rahalisel põhjusel neil, kes hindasid oma tervist halvaks või väga halvaks. Veel vähenes viie aastaga leibkonna sissetulekuga seotud ebavõrdne tervishoiuteenuse kättesaadavuses.



Joonis 17. Seosed rahalistel põhjustel tervishoiuteenuse mittesaamisega, ETeU2019

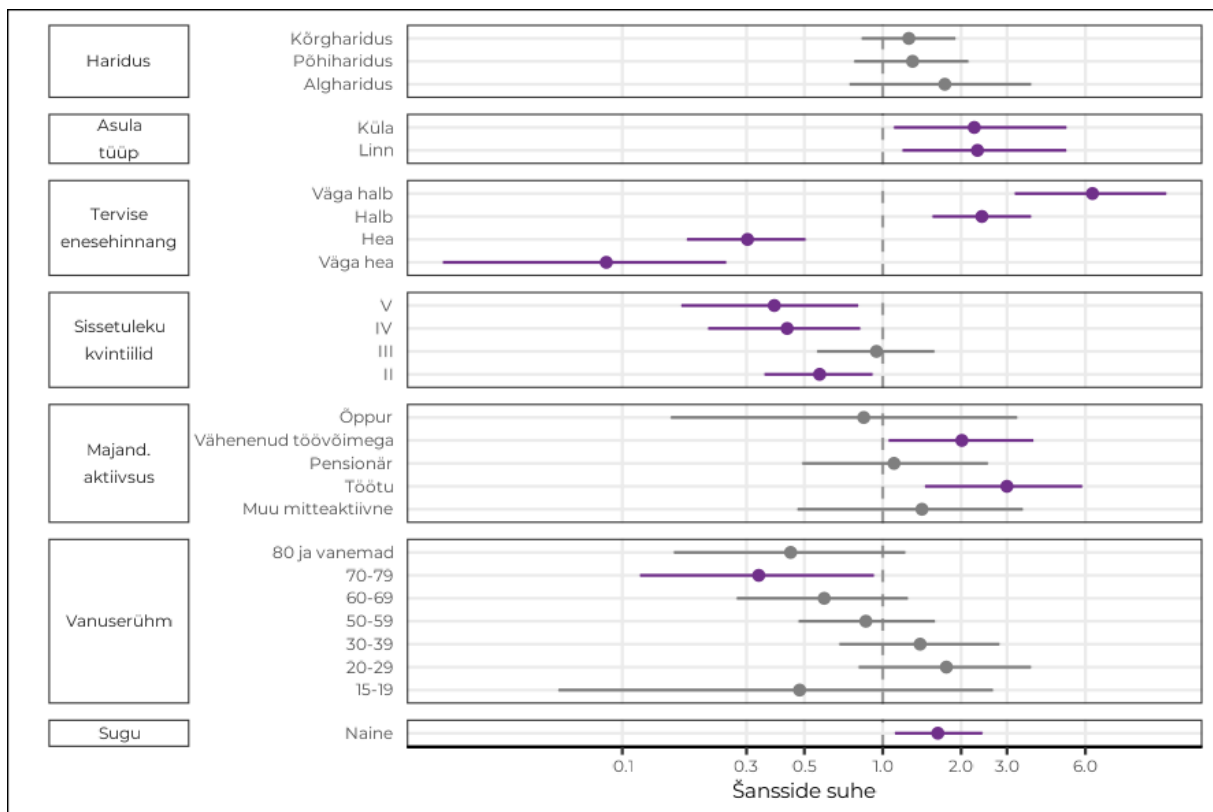
Hambaravi mittesaamise šanss raha puudumise tõttu oli põhiharidusega inimestel suurem kui keskharidusega inimestel (joonis 18). Linnaelanikel oli suurem šanss jääda raha tõttu hambaravita kui alevi- ja alevikuelanikel. Mida parem tervise enesehinnang, seda väiksem oli šanss jääda hambaravita raha puudusel. Mida suurem oli leibkonna sissetulek, seda väiksem oli šanss jääda ilma hambaravita. Töötutel ja muudel mitteaktiivsetel oli suurem šanss jääda hambaravita kui töötavatel inimestel. Alla 20- ja üle 60-aastastel oli väiksem šanss jääda ilma hambaravita kui keskealistel. Naistel oli suurem šanss jääda hambaravita võrreldes meestega. Kohandatud andmed näitasid, et hambaravi kättesaamine sõltub soost ja asula tüübist, mis peatükis 2.2 ei olnud nähtav. Olulisi muutusi viie aastaga ei toimunud – 2014. aastal olid tulemused sarnased.



Joonis 18. Seosed rahalistel põhjustel hambaraviteenuse mittesaamisega, ETeU2019

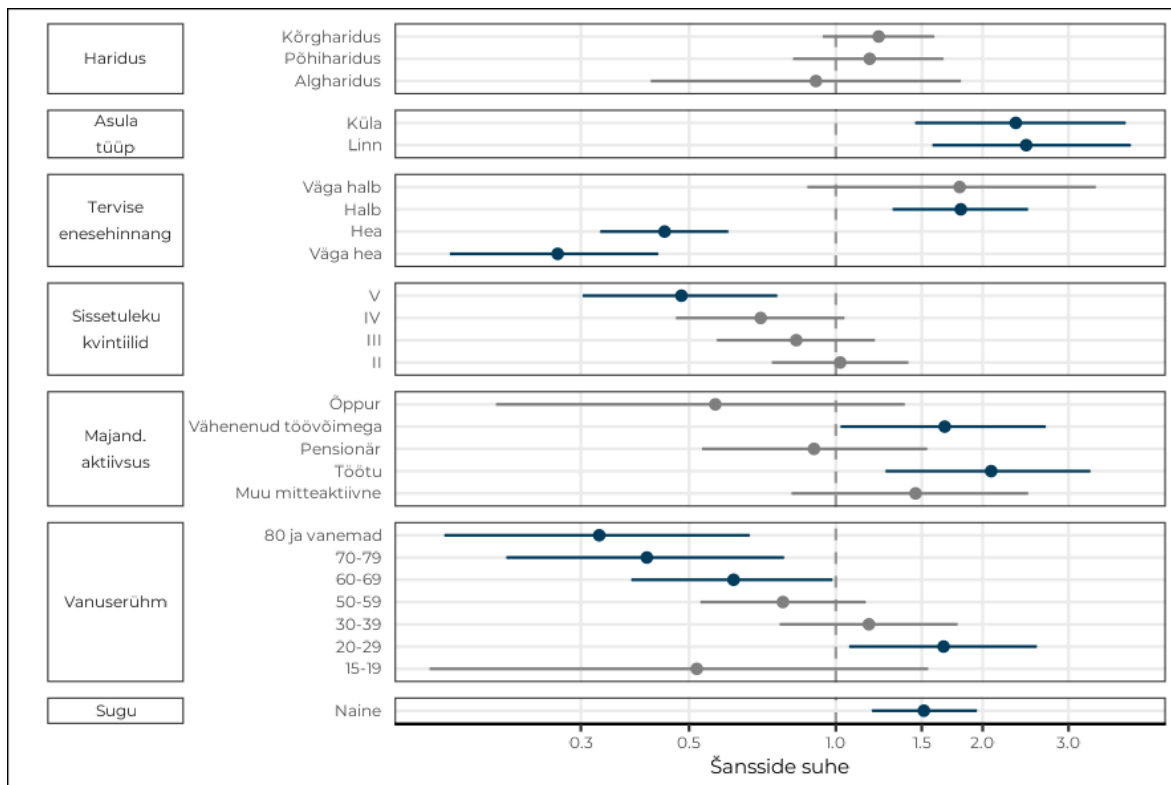
Retseptiravimite rahalistel põhjustel saamata jäämist ei mõjuta haridustase (joonis 19). Linna- ja külaelanikel oli suurem šanss jääda ilma retseptiravimita kui alevi- ja alevikuelanikel. Mida halvem on tervise enesehinnang, seda suurem šanss oli jääda ilma retseptiravimita raha puudusel. See on kõigi eelduste kohaselt samas kõige suurema vajadusega rühm. II, IV ja V sissetuleku kvintiliides oli šanss jääda ilma retseptiravimita väiksem kui kõige madalamas sissetulekute rühmas. Töövõimetutel ja töötutel oli suurem šanss võrreldes töötavatega jääda ilma retseptiravimita raha puudusel. Vanuse järgi oli 70–79-aastastel väiksem šanss jääda vajalike retseptiravimiteta kui 40–49-aastastel. Teiste vanuserühmade šansid ei erinenud. Kõik need tulemused paitsid välja ka peatükis 2.2, välja arvatud sooline erinevus. Mudeli põhjal oli naistel omakorda suurem šanss jääda ravimiteta kui meestel.

Aastal 2014 olid sarnased šansside erinevused naistel ja erinevate tervise enesehinnanguga inimestel. Erinevate leibkonna sissetuleku kvintiliide kaupa šansside suhted vähenesid küll kaks korda, kuid need erinevused jäid olulisteks. Samuti vähenesid šansside erinevused vanuserühmade kaupa, vaid šansside suhe kesk- ja vanemaalaste vahel oli pigem ebaoluline. Vastupidiselt, küla- ja linnaelanike šanss jätta retseptiravim ostmata rahalisel põhjusel suurenes oluliseks, kuid viis aastat varem oli see ebaoluline.



Joonis 19. Seosed rahalistel põhjustel retseptiravimi mittesaamisega, ETeU2019

Vaimse tervise teenuste kasutamata jätmisel rahapuuduse tõttu ei olnud erinevusi haridustasemetel vahel (joonis 20). Linna- ja külaelanikel oli siiski suurem šans jääda teenuseta kui alevi- ja alevikuelanikel. Mida halvem on inimese tervise enesehinnang, seda suurem šans oli jääda ilma vaimse tervise teenusest rahapuudusel. Kõrgemasse sissetuleku kvintiili kuuluvatel inimestel oli väiksem šans jääda teenuseta kui kõige madalama kvintiili puhul. Töövõimetutel ja töötutel oli suurem šans jääda neid toetava teenuseta kui töötavatel. Vanuse järgi oli alates 60-aastastest väiksem šans kui 40–49-aastastel, ilmselt otsivad vanemaealised vähem vastavat abi ja piirduvad perearstiabiga. 20–29-aastastel oli seevastu suurem šans jääda vaimse tervise teenuseta, nõudlus teenuse järgi võib olla teadlikum. Naistel oli taas suurem šans jääda rahalistel põhjustel teenuseta kui meestel. Selle regressioonimudeliga muutusid oluliseks erinevused soo ja asula tüübi vahel.



Joonis 20. Seosed rahalistel põhjustel vaimse tervise teenuse mittesaamisega, ETeU2019

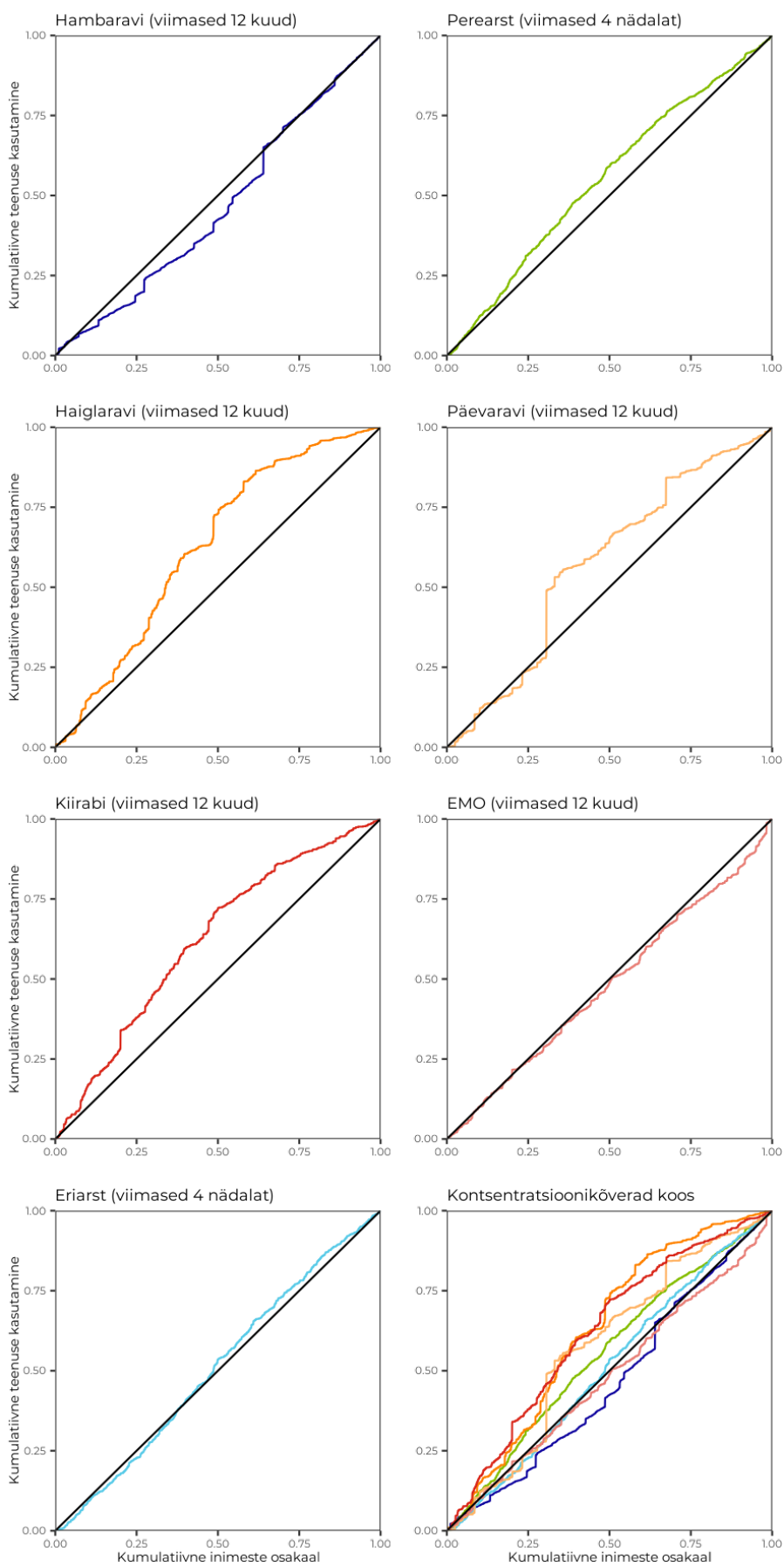
2014. aastal oli kõrgharitudel suurem šanss jääda ilma vaimse tervise teenuseta rahalisel põhjusel, 2019. aastal puudus seos haridusega. Kuid ilmnis seos inimese elukohaga, mida viis aastat varem ei tuvastatud. Teised mõjutegurid jäid samaks, aga nende mõju oli viie aastaga vähenemas.

2.4 Sissetulekuga seotud ebavõrdsus tervishoiuteenuse kasutamisel

Selleks, et leida sissetulekuga seotud ebavõrdsust, vaadeldi sissetuleku ja tervishoiuteenuse kasutamise kontsentratsioonikõveraid. Kontsentratsioonikõverate võrdlemine toimus graafiliselt. Ebavõrdsuse koefitsiendi leidmiseks kasutati kontsentratsiooniindeksit. Kuna sissetuleku suurus ja tervishoiuteenuse kasutamise vajadus sõltub teistest tunnustest, siis kasutati veel taustatunnustele kohandatud indekseid.

Antud peatükis põhinevad kontsentratsioonikõverad inimeste enda ütlusel ETeU2019 alusel ja Tervisekassa andmetel 2019. aastal kasutatud tervishoiuteenuste kasutamisest.

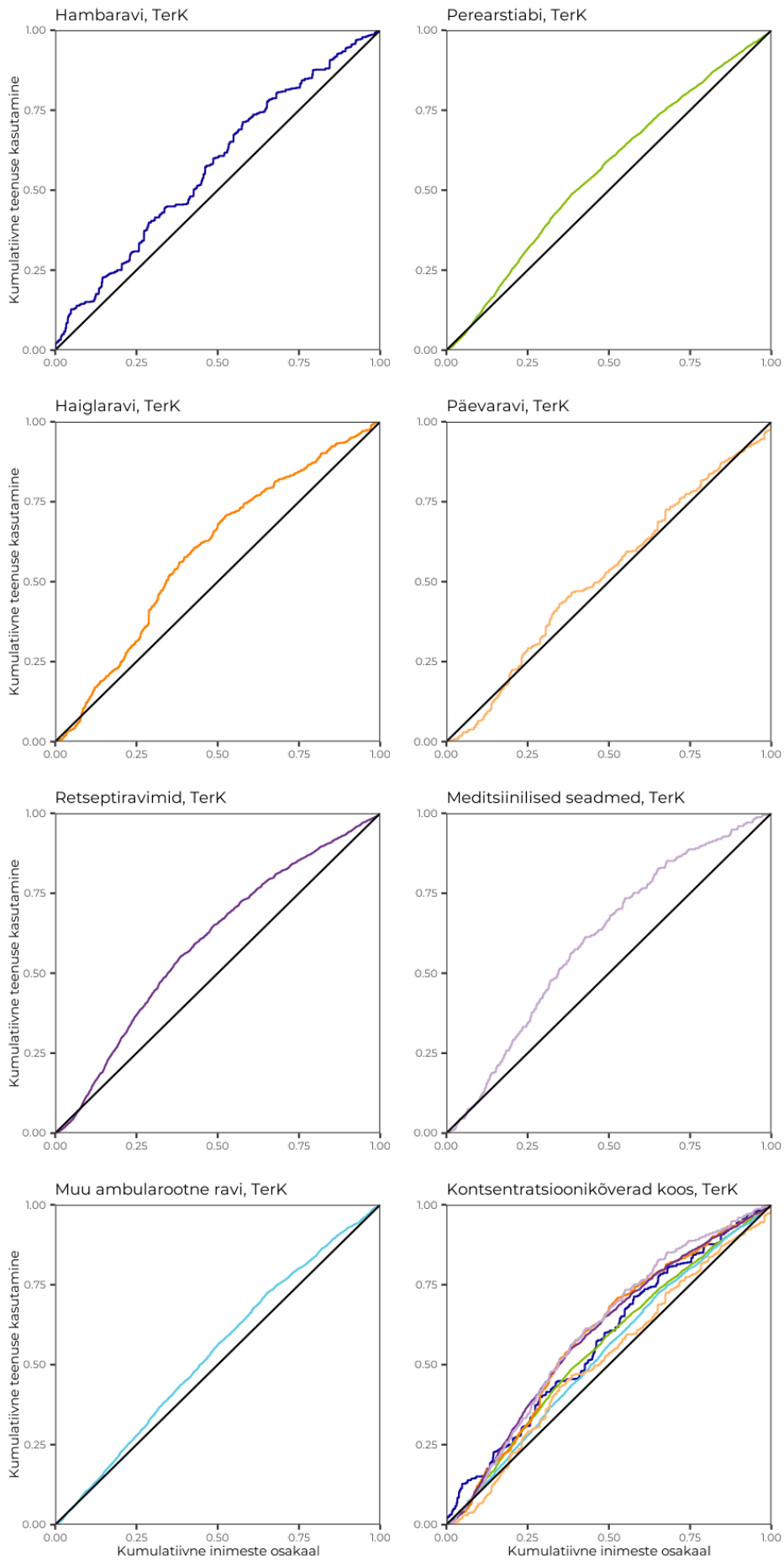
Kõigepealt vaatleme ebavõrdsust teenuste kasutamisel inimeste enda ütluse alusel. Kontsentratsioonikõver on sirgjoone lähedal (joonis 21) viimase 12 kuu jooksul EMO teenuse ja viimase 4 nädala jooksul eriarstiabi puhul, mis tähendab, et nende teenuste kasutamisel puudus sissetulekuga seotud ebavõrdsus. Hambaravi kasutamise kõver viimase 12 kuu jooksul on sirgjoone all, st kõrgema leibkonna sissetulekuga inimesed kasutasid rohkem hambaravi teenust, kui madalama sissetulekuga. Vastupidi oli viimase 12 kuu jooksul haigla- ja päevaravi, kiirabi ning viimase 4 nädala jooksul perearstiabi kasutamisega, mida rohkem kasutasid madalama sissetulekuga leibkonnas elavad inimesed. Võrreldes 2014. aastaga ei ole haiglaravi, kiirabi, EMO, hambaravi ja eriarstiabi kasutamine muutunud. Kuigi päevaravi ja perearstiabi kasutamises ei esinenud erinevusi 2014. aastal sissetulekute järgi, siis nüüd oli see kasutamine kaldu madalama leibkonna sissetulekuga inimeste poole.



Joonis 21. Kontsentratsioonikõverad leibkonna ekvivalentsissetuleku ja tervishoiuteenuse kasutamise kohta inimeste endi ütluse põhjal, ETeU2019

Uurides inimeste tervishoiuteenuste kasutamist 2019. a Tervisekassa poolt kompenseeritud teenuste ja väljaostetud retseptide põhjal on näha, et hambaravi, perearstiabi, haiglaravi kasutamise ja retseptiravimite ning meditsiiniliste seadmete väljaostmise puhul on kontsentratsioonikõver sirgjoone kohal, mis tähendab, et madalama leibkonna sissetulekuga inimesed pöördusid tihedamini nende jaoks tasuta vastuvõttudele oma terviseprobleemi korral ning ostsid rohkem kompenseeritud retseptiravimeid ja meditsiinilisi seadmeid (joonis 22). Ülejäänud ambulatoorsete teenuste kasutamine on sirgjoone kohal, kuid mitte palju, mis viitab ebaolulisele kaldumisele nende teenuste kasutamisel madalama leibkonna sissetulekuga inimeste poole. Päevaravi kasutamise kontsentratsioonikõver aga kõigub sirgjoone ümber, mis tähendab, et kasutamine ei sõltu leibkonna sissetulekust. Need tulemused olid samasugused ka viis aastat varem ning ootuspärased, kuna madalama sissetulekuga inimesed pigem ootavad tasuta vastuvõtu järjekorras, kui kasutavad tasulist tervishoiuteenust. Tasulist päevaravi ja ambulatoorset ravi (v.a hambaravi ja perearstiabi) kasutasid vähemalt 15-aastased, samuti leibkonna sissetulekust sõltumatult. Võrreldes 2014. aastaga ei ole tulemused oluliselt muutunud Tervisekassa andmete põhjal.

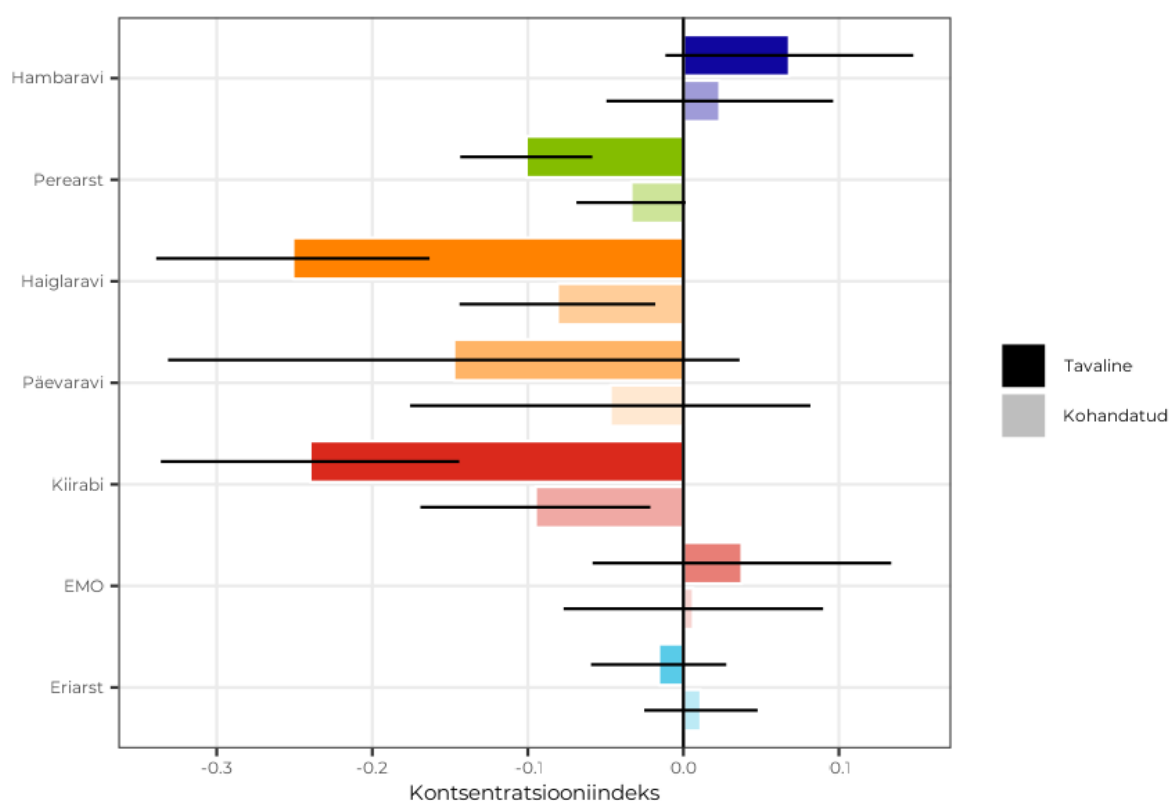
Erinevused tervishoiuteenuse kasutamises inimeste endi ütluse ja Tervisekassa kontsentratsioonikõverate vahel on selles, et inimesed arvestavad küsitlusuuringus kokku nii Tervisekassa hüvitatud kui ka enda tasutud teenuste kasutamiskordi. See seletab erinevust hambaravi kasutamise kontsentratsioonikõveras – ütluse järgi külastasid kõrgema sissetulekuga leibkonnas elavad inimesed hambaarsti või ortodonti palju tihedamini kui madalama sissetulekuga leibkonnas elavad. Kuid päevaravi kasutamise kontsentratsioonikõverate põhjal toimus vastupidine olukord – madalama sissetulekuga leibkonnas elavad inimesed on endi ütluse järgi tihedamini käinud päevaravil kui kõrgema sissetulekuga, mis erineb Tervisekassa võrdsest päevaravi kasutamisest. Olemasolevate andmete põhjal ei saa tuvastada, kas see erinevus on tingitud madalama leibkonna sissetulekuga inimeste oma päevaravi kasutamise ülehindamisest või siis kõrgema leibkonna sissetulekuga inimeste oma kasutamise alahindamisest.



Joonis 22. Kontsentratsioonikõverad ekvivaliseeritud leibkonna sissetuleku ja tervishoiuteenuse kohta Tervisekassa andmetel, 2019

Ülaltoodud kõverad näitavad, kas tervishoiuteenusel on olemas leibkonna sissetulekuga seotud ebavõrdsus sõltumata teistest tunnustest. Kui aga arvutada kontsentratsiooni-kõverast kontsentratsiooniindeks ja kohandada seda haridustasemele, vanuserühmale ja tervise enesehinnangule, siis sissetulekuga seotud ebavõrdsuse määr langeb kõigi vaadeldud teenuste rühmade puhul (joonis 23). Tavaline kontsentratsiooniindeks näitab arvuliselt samu tulemusi, mis oli toodud joonisel 21.

Lisatud kontsentratsiooniindeksi 95% usaldusvahemikud näitavad, et isegi nende teenuste puhul, mille kasutamine oli sissetulekutest sõltuvalt ebavõrdne, on tegemist nii palju suuremate usaldusvahemikega, et tegelikud erinevused osutuvad statistiliselt ebaoluliseks. Sellised teenused on eelnevalt kirjeldatud hambaravi ja päevaravi. Kui perearstiabi kasutamine oli tavalise kontsentratsiooniindeksi puhul statistiliselt oluliselt suurem madalama leibkonna sissetulekuga inimestel, siis kohandatud indeksi puhul ei ole vahe enam statistiliselt oluline. Teenused, mille puhul ebavõrdsus jäi statistiliselt oluliseks ka kohandatud indeksi puhul, on haiglaravi ja kiirabi. Mõlema teenuse juures on madalama sissetulekuga leibkonnas elavate inimeste teenusekasutamine suurem kui kõrgema leibkonna sissetulekuga inimestel.



Joonis 23. Tavalised ja kohandatud kontsentratsiooniindeksid tervishoiuteenuse järgi koos 95%-lise usaldusvahemikuga, ETeU2019

Kui tulemusi kõrvutada 2014. aastaga, siis viis aastat varem oli rohkem statistiliselt olulisemaid erinevusi ja kohandamisel oli ebavõrdsus jõukamate poole, kes kasutasid perearstiabi ja päevaravi rohkem. Positiivseks muutuseks hambaravi puhul oli see, et nii tavaline kui kohandatud kontsentratsiooniindeks vähenesid kahekordselt ja ebavõrdsus muutus ebaoluliseks. Sissetulekuga seotud ebavõrdsus haiglaravi kasutamisel aga kaldus rohkem vaesemate poole ja isegi kohandatud indeks muutus statistiliselt oluliseks. Üldiselt 2019. aasta andmete kohandamisel kontsentratsiooniindeks ei muutnud palju tulemusi.

2.5 Omaosalus

Tervishoiuteenuste kasutamist mõjutab lisaks vajadusele inimeste omaosalus. Mida suuremad kulud teenuse kasutamisega kaasnevad, seda rohkem kaalutakse läbi oma võimalused nendega seotud kulutuste tegemiseks. Kui teenuse kasutamise kulud hüvitab ravikindlustus või on omaosalus piisavalt väike, on teenus kättesaadav ja takistused suhteliselt väikesed kõigile abi vajavatele inimestele. Mida suurem on inimese sissetulek, seda vähem on rahalised põhjused takistuseks erinevate tervishoiuteenuste kasutamisel, kui selleks vajadus tekib. Ja vastupidi, väiksemate sissetulekutega inimestel suureneb risk, et teenuse kasutamisest loobutakse rahalistel põhjustel või lükatakse abi otsimist edasi või valitakse odavam teenus. See omakorda võib põhjustada hiljem nii suuremat tervisekahju kui ravikulutuste olulist suurenemist.

Inimeste omaosaluse andmed ETeU2019 põhjal näitavad, kui palju nad enda sõnul on maksnud tervishoiuteenuste ja -kaupade eest küsitlusele eelnend 12 kuu jooksul. Arvesse oli vaja võtta kulud sõltumata sellest, kellele oli teenus või kaup ostetud ehk kes oli teenuse saaja. Kuna tegemist on sündmuste meenutamise pika ajaperioodi kohta, ei pruugi ütluspõhised andmed olla väga täpsed. Selles peatükis olevatel joonistel on toodud keskmised kulutatud summad aastas inimese kohta, mis on kohati väga väikesed, erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnuste järgi koos ligilähedaste 95%-liste usaldusvahemikega. Mida suurem varieeruvus usaldusvahemike põhjal, seda vähem on olnud vastajaid ja antud väärtused võivad näidata erijuhte, mitte üldist mustrit.

Kuigi Eestis on perearstiabi ravikindlustatule tasuta, osutavad perearstiabiasutused ka tasulisi teenuseid, nende hulgas on tervisetöendite väljastamine, koduviisiidid (va raseda või alla 2-aastase patsiendi puhul), programmivälised vaksineerimised ja teenused kindlustamata isikutele. Tulemusi on võrreldud 2014. a andmetega Andres Võrgu 2018. a analüüsist [8] ja sama allikas on kõikide toodud 2014. aasta tulemuste aluseks. Kuna 2014. aasta uuringus küsiti omaosalust viimase nelja nädala ja 2019. aastal viimase 12 kuu kohta, siis arvud ei ole otseselt võrreldavad ja rohkem tähelepanu on pööratud muutunud seostele.

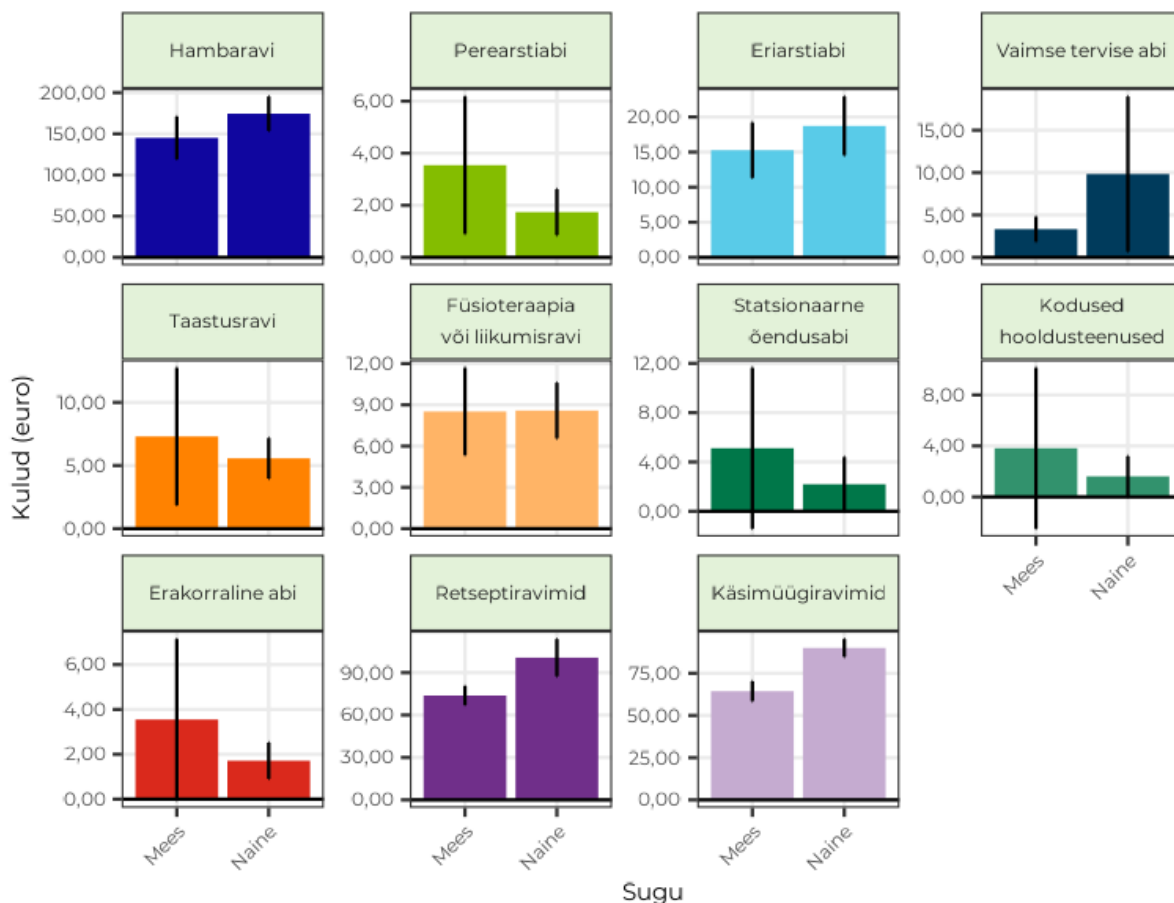
Kõigepealt vaatame, kui palju üldse kulutatakse tervishoiuteenustele ja -kaupadele inimeste poolt kokku ETeU2019 andmetel (tabel 6). Eesti tervishoiukulude arvestuse statistika avaldatakse TAI poolt igal aastal tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis, sealhulgas hinnangulised leibkondade kulutused [18]. Tulenevalt erinevast meetodikast ei ole need otseselt võrreldavad. Selles peatükis ja edaspidi kasutatakse keskmist omaosalust tervishoiuteenuste kasutamisel ETeU2019 andmetel, mis on kulutuste summa jagatud 15-aastaste ja vanemate rahvaarvuga, võttes arvesse ka neid, kes ei kulutanud midagi.

Tabel 6. Erinevate tervishoiuteenuste omaosaluse kogusumma eelneval aastal koos standardveaga ja keskmine omaosalus inimese kohta, ETeU2019, eurot

Teenused	Inimeste omaosalus aastas	Standardviga	Keskmine omaosalus
Hambaravi	173 068 370	9 009 031	160,82
Retseptiravimid	89 325 969	3 946 486	88,09
Käsimüügiravimid	78 264 480	2 031 526	78,02
Eriarstiabi	18 686 433	1 610 191	17,12
Füsioteraapia või liikumisravi	9 344 744	1 017 830	8,55
Vaimse tervise abi	7 449 792	2 759 995	6,82
Taastusravi	6 953 151	1 480 625	6,37
Statsionaarne õendusabi	3 876 072	1 809 807	3,55
Kodused hooldusteenused	2 882 687	1 697 778	2,64
Erakorraline abi	2 803 053	957 535	2,57
Perearstiabi	1 865 316	469 372	2,51

Edasi vaatame omaosalust erinevate tunnuste kaupa ja omaosalust möödame edasi osakogumi keskmise kulutuse summana, kaasa arvatud need, kes ei kulutanud midagi. Joonisel 24 on näha sooline erinevus omaosaluses, kus hambaravi, retsepti- ja käsimüügiravimite ning vaimse tervise abi eest maksid naised suuremaid summasid kui mehed ja kus ravimikulutuste sooline erinevus oli statistiliselt oluline. Kuna küsiti teenuste eest maksmist, siis suuremad kulutused sisaldavad osaliselt teiste pereliikmete, eelkõige laste eest, tehtud kulutusi. Võrdsed olid kulud füsioteraapia ja liikumisravi, ambulatoorse eriarstiabi ning taastusravi teenuste osas. Meeste kulud ületasid naiste kulutusi ülejäänud teenuste puhul, nagu statsionaarne õendusabi, kodused hooldusteenused ja teised, kuigi meeste tulemused olid suure varieeruvusega, mis ei taga erinevuste olulisust.

Statistiliselt oluline sooline seos ravimikulutustes oli märgatav ka 2014. aastal, ent siis ei olnud teiste kulude puhul statistiliselt olulist seost.



Joonis 24. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja soo järgi, ETeU2019, eurot

Vanuserühmade järgi vaadates olid hambaravile tehtud kulud kõige suuremad ja ületasid 200 eurot aastas 40–69-a hulgas (joonis 25). Üle 150 euro aastas kulutasid hambaravile 20–39-aastased. 70–79-aastased maksid hambaravi eest keskmiselt 100 eurot aastas ning vähemalt 80-aastased veelgi vähem. Alla 20-aastaste kulud olid kõige madalamad. Madal omaosalus alaealistel ja pensionäridel on tingitud Tervisekassa poolt täies mahus hüvitatud hambaravi ja osaliselt hüvitatud ortodontia kuludest lastele ning osaliselt kompenseeritud hambaravi ja hambaproteesimise kuludest pensionäridele [19]. Kuigi paljudel tööealistel täiskasvanutel on kasutada hambaravihüvitis, siis nende aastased kulud olid oluliselt suuremad kui alla 20- ja üle 70-aastaste omad.

Käsimüügiravimitele tehtud kulud olid kõigis vanuserühmades kõrged, välja arvatud kõige noorematel. Retseptiravimite omaosalus tõusis järjepidevalt vanuse kasvades, tõus kiirenes alates 60. eluaastast ja ületas 150 eurot aastas.

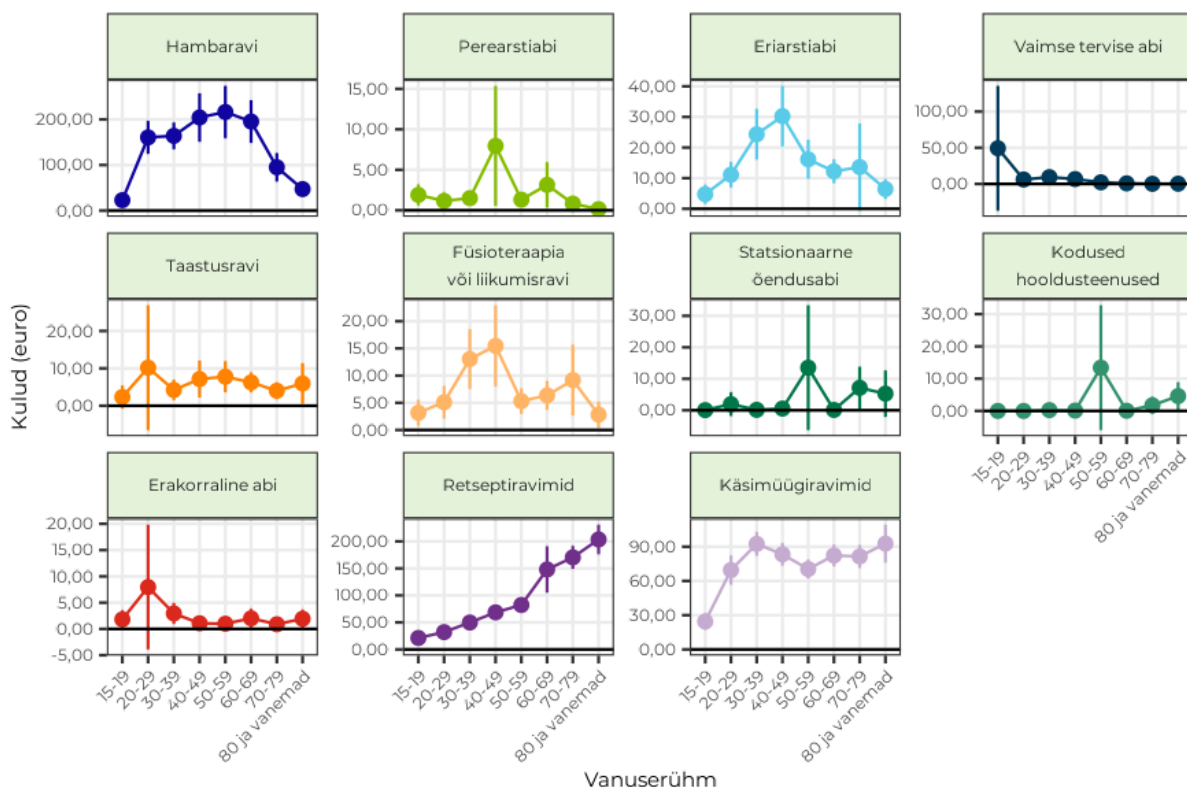
Ambulatoorse eriarstiabi kulude omaosalus oli umbes kaks korda suurem vanuses 30–49 kui teistel ja moodustas keskmiselt umbes 30 eurot, kui teiste vanuserühmade keskmine jäi alla 20 euro. See on seletatav ka sellega, et keskealised võivad maksta oma laste või teiste leibkonnaliikmete eest.

Statsionaarse õendusabi ja koduste hooldusteenuste kulude omaosalus oli suurem üle 70-a hulgas, kuid siinjuures tõstavad üksikute suuremate abivajajate kulud ka nooremate vanuserühmade omaosalust (joonisel nt 50–59-a rühm).

Perearstiabi puhul, kus omaosalus teenuse kasutamisel on kõige väiksem, tekivad kulutused tasuliste teenuste kasutamisel, eelkõige tõendite vajaduse ja programmiväliste vaksineerimiste korral.

Kulud taastusravile ei sõltunud vanusest. Füsioteraapia ja liikumisravi puhul olid suuremad kulutused 30–49-a vanuserühmades. Tasuliste vaimse tervise teenuste kasutajad olid eelkõige noored, aga neid oli liiga vähe erisuste väljatoomiseks.

Võrreldes 2014. aastaga olid keskealiste kulutused hambaravile ja eriarstiabile nüüd statistiliselt olulised. Ravimikuludel oli ka 2014. aastal vanusega kasvav trend. Kuna 2019. aastal küsiti retsepti- ja käsimüügiravimite kohta eraldi, siis nüüd oli näha, et ka nooremas eas inimesed kulutavad päris palju käsimüügiravimitele, kuid vanemates vanuserühmades toimus järsk tõus retseptiravimite kuludes.

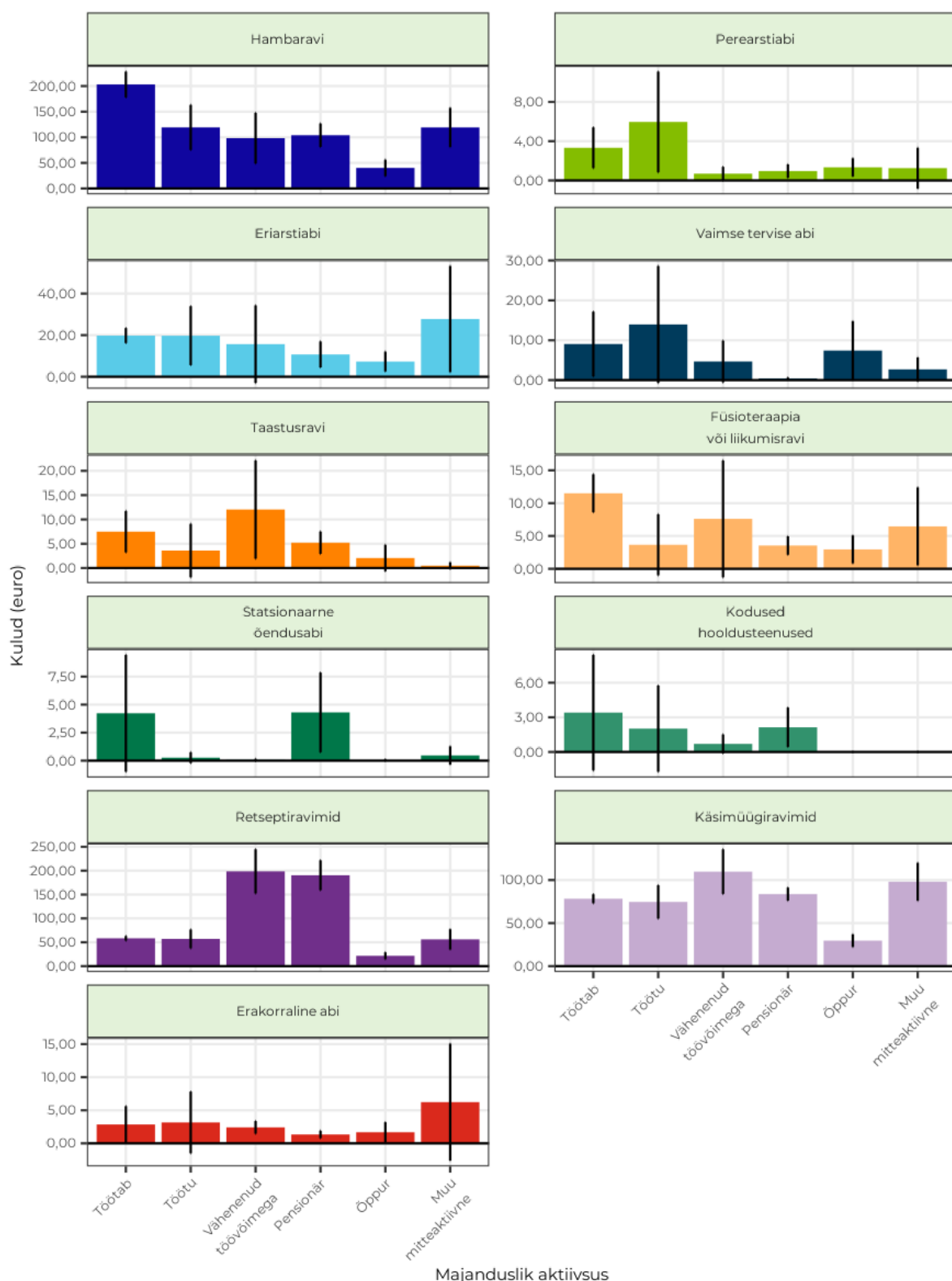


Joonis 25. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja vanuserühma järgi, ETeU2019, eurot

Õppurid on suurel määral noored inimesed, kelle kulud kõikidele tervishoiuteenustele ja -kaupadele olid väiksemad kui teistes majandusliku aktiivsuse rühmades olevatel inimestel, välja arvatud vaimse tervise abi puhul, kus õppurite kulud olid suuremad kui vähenenud töövõimega inimestel ja pensionäridel ning teistel mitteaktiivsetel (joonis 26). Õppurite väikesed kulutused on seotud sellega, et õppurite hulka kuuluvad suurel määral noored, kelle kulude eest maksavad tavaliselt vanemad. Hambaravi oli peaaegu kõikidel rühmadel suurim kulutuse liik. Kusjuures töötavatel inimestel oli hambaraviga seotud kulud keskmiselt ca 200 eurot aastas, mitteaktiivsetel olid kulud kaks korda väiksemad, ca

100 eurot aastas, ja õppuritel kõige madalamad – alla 50 euro. Vähenenud töövõimega inimestel ja pensionäridel olid suurimad kulud retseptiravimitele, keskmiselt 200 eurot aastas, kuid ülejäänud rühmades kulutati retseptiravimitele keskmiselt alla 50 euro. Käsimüügiravimitele kulutasid kõik, välja arvatud õppurid, üle 50 euro aastas, kusjuures vähenenud töövõimega ja muud mitteaktiivsed kulutasid ca 100 eurot aastas. Ülejäänud teenuste puhul olid kulud väiksed koos üksikute ebaoluliste eranditega.

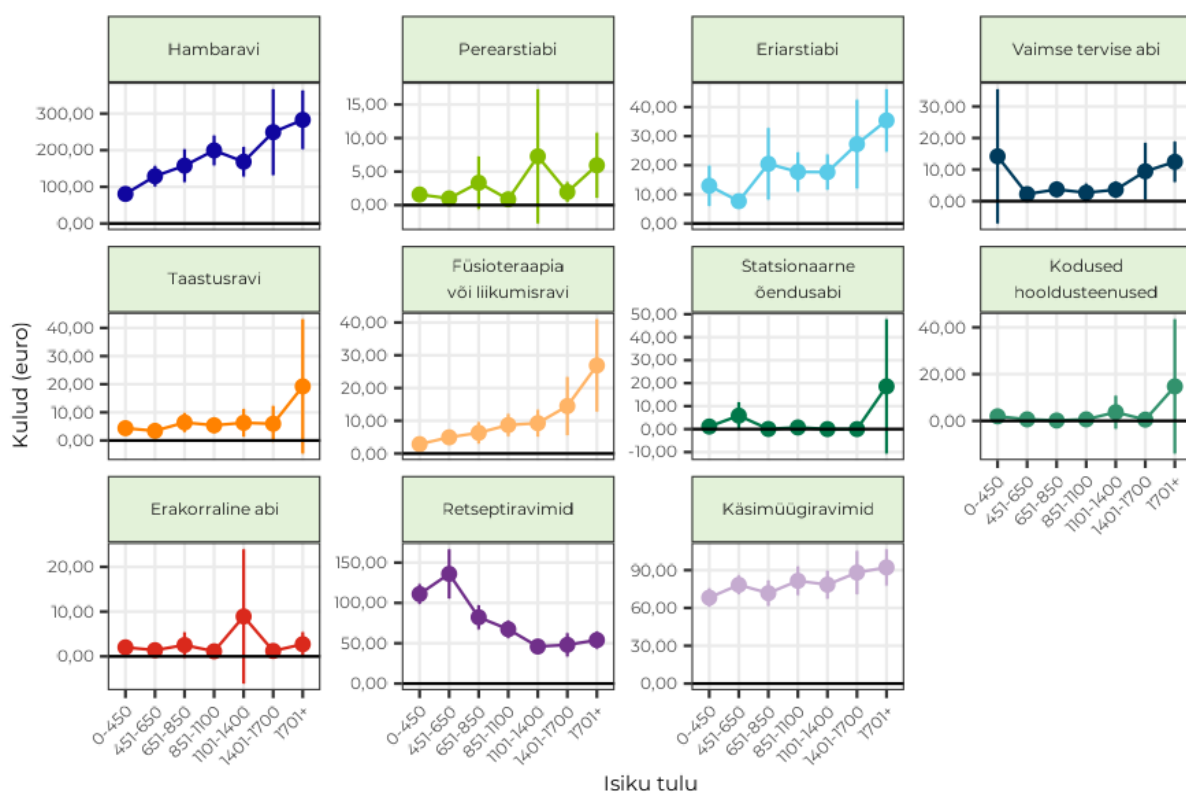
2014. aastal olid silmatorkavad erinevused ravimikuludel, kusjuures seosed olid samad nagu 2019. aastal retseptiravimite puhul – vähenenud töövõimega inimesed (endised töövõimetuspensionärid) ja (vanadus)pensionärid kulutasid teistest palju rohkem ravimitele ning õppurid kulutasid ravimitele teistest vähem.



Joonis 26. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja küsitluse aegse majandusliku aktiivsuse järgi, ETeU2019, eurot

Vaadeldes omaosalust isiku sissetuleku rühmade järgi, tõusid koos sissetulekute suurenemisega tehtud kulutused ambulatoorsele eriarstiabile, hambaravile, vaimse tervise abile, käsimüügiravimitele ning füsioteraapiale ja liikumisravile (joonis 27). Retseptiravimite kulud vähenesid sissetulekute kasvades, kuid siin on tegemist ilmselt vanuse ja majandusliku aktiivsuse mõjuga, mis jätab pensionärid madalama sissetulekuga rühmadesse. Muude tervishoiuteenuste puhul leidus erindeid, mis oli tingitud üksikute rohkem kui 1100 eurot kuus teenivate isikute ebatavaliselt suurte kulutustega.

Võrreldes 2014. aastaga tugevnes seos isiku tulude suurenemisega hambaravi ja retseptiravimite kuludes. Aastal 2014 oli näha, et kulud hambaravile suurenesid suuremate sissetulekute puhul, kuid jõukamate isikute kulud olid suurema varieeruvusega. Retseptiravimite kulud olid suuremad 2014. aastal teises sissetuleku rühmas (301–450 eurot), kuid samal ajal esimese ja kõrgema sissetuleku rühmade vahel ei olnud olulist erinevust. Aastal 2019 kulutasid retseptiravimitele rohkem isikud, kelle sissetulek oli esimeses ja teises rühmas (kuni 650 eurot) ja jõukamate kulud retseptiravimitele olid juba oluliselt väiksemad.

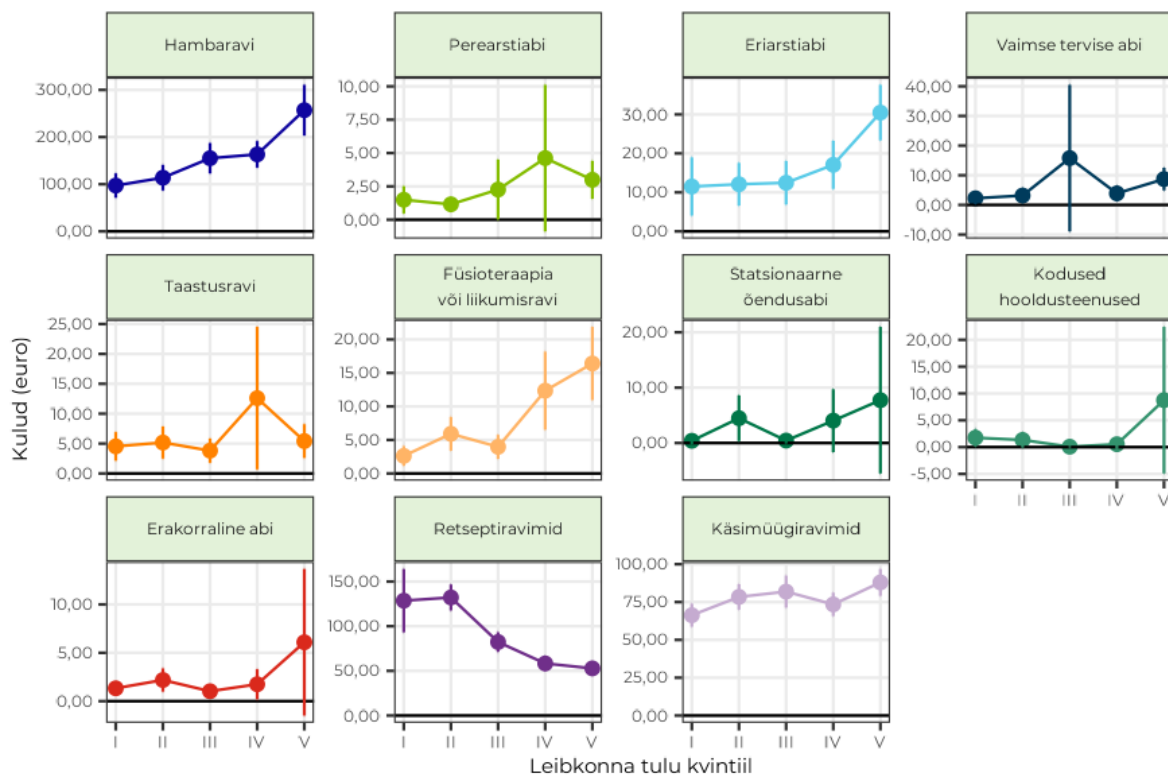


Joonis 27. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja isiku tulu järgi, ETeU2019, eurot

Leibkonna sissetuleku kvintiilide järgi ilmnevad sarnased trendid nagu isiku sissetuleku järgi. Mida kõrgemasse sissetulekute rühma kuulub isik, seda rohkem kulutas ta hambaravile ja eriarstiabile (joonis 28). Ainult retseptiravimite puhul langes omaosalus järsult kolme kõrgema sissetulekute rühma puhul nagu oli ka isiku sissetulekute järgi. Käsimüügiravimite kulud tõusid koos leibkonna sissetulekuga, kuid oluliselt erinesid vaid I ja V leibkonna sissetuleku kvintiili isikute kulud. Teenuste puhul, kus ravikindlustuse osa teenuste hüvitamisel on suurem, on ka omaosalus väiksem. Erind, mis esines vaimse tervise abi kuludes, sai selgituse, kuna väikse sissetulekuga noor oli III sissetuleku kvintiili kuulunud leibkonna liige.

Võrreldes 2014. aastaga oli retseptiravimite kulude langus suurema leibkonna ekvivaliseeritud sissetulekuga rühmades nüüd kiirem. Viis aastat varem olid I, II ja III

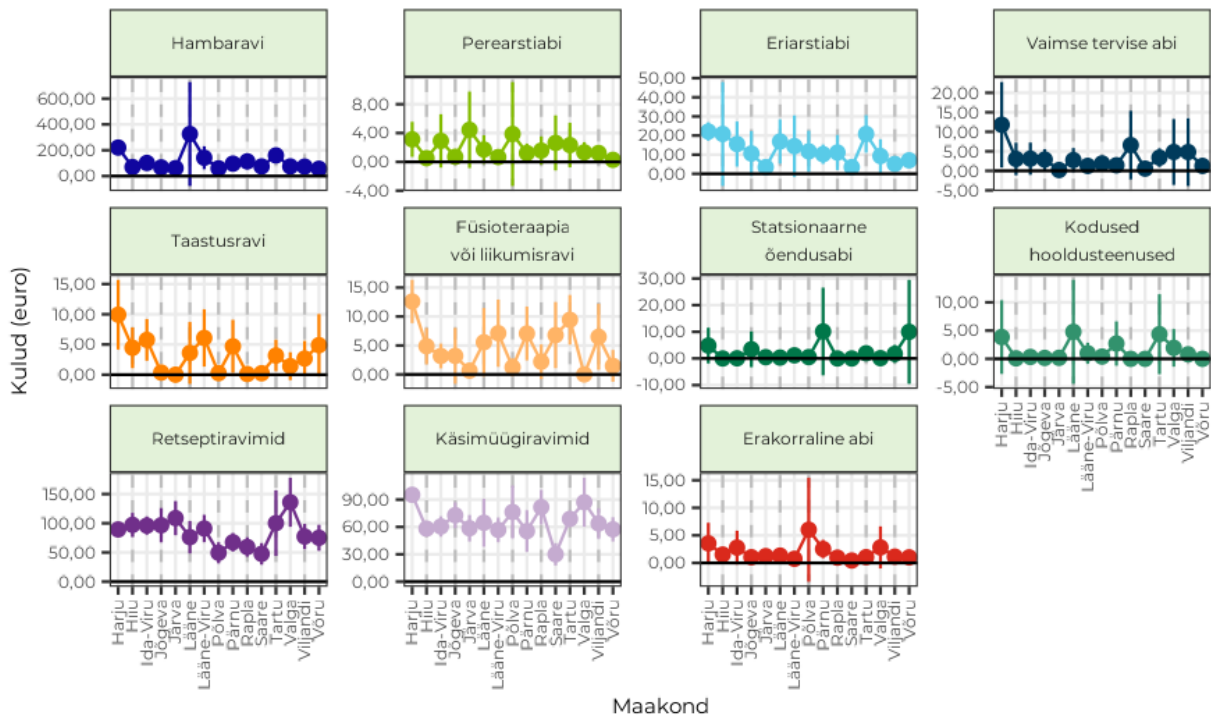
leibkonna sissetuleku kvintiili isikute kulud retseptiravimitele oluliselt suuremad kui IV ja V kvintiili kuuluvate omad. Aastal 2019 kulutasid I ja II leibkonna sissetuleku kvintiilide isikud oluliselt rohkem retseptiravimitele kui III, IV ja V kvintiili kuuluvad. Hambaravi kulude tõus, mis 2014. aastal oli ebaoluline jõukamate leibkondade puhul, muutus nüüd statistiliselt oluliseks. Samuti tõusid 2014. aastal raviteenuste kulud viimases kvintiilis, vaid nende usaldusvahemikud olid laiemad. Kui vaadata 2019. a kulusid eriarstiabile, on näha, et viimase sissetuleku kvintiili inimeste kulud olid oluliselt suuremad kui II, III ja IV kvintiilide inimeste kulud.



Joonis 28. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja leibkonna sissetuleku kvintiili järgi, ETeU2019, eurot

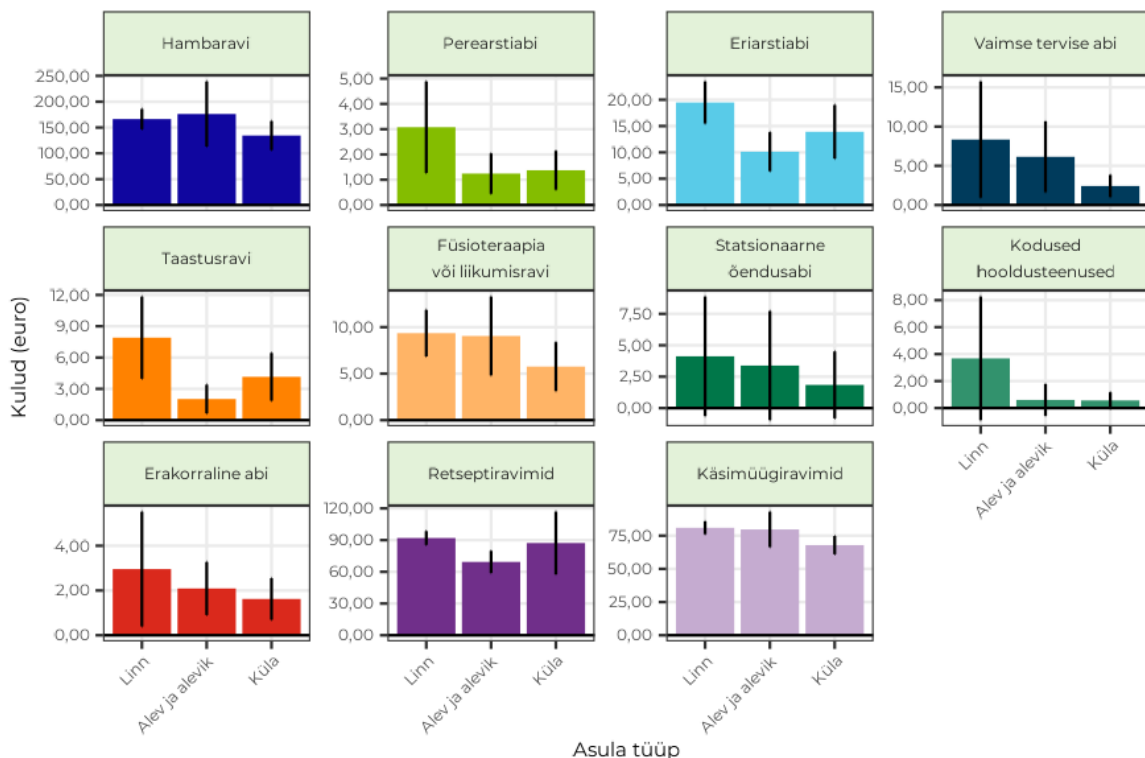
Maakonniti on märgatavad suurimad erinevused omaosaluses ravimite kuludes, seda nii retsepti- kui käsimüügiravimite puhul (joonis 29). Käsimüügiravimitele tehti suurimad kulud Harjumaal, kus lähtuvalt kõrgematest sissetulekute tasemetest oli võimalik rohkem tarbida, väikseimad kulutused olid Saaremaal. Üldisest tasemest madalamad olid retseptiravimite kulud Põlva-, Pärnu- Rapla- ja Saaremaal, kõrgeimad Valgemaal. Harjumaalaste kulud paistavad välja kõigi teenuste puhul, sest nende keskmiselt kulutatud summad olid ühed suurimatest. Leiduvad ka mõned erandid, näiteks Läänemaa elanike keskmised kulutused hambaravile olid suurimad, samuti olid Põlvamaa elanike kulud suurimad erakorralise abile ning Pärnu- ja Võrumaa elanike kulud statsionaarsele õendusabile.

Vaadates 2014. a tulemusi ei leidunud mingeid mustreid tervishoiuteenuste kulutustes maakonniti. Harjumaa ja eraldi Tallinna elanike kulud olid suuremad, aga mitte kõikide maakondade võrreldes.



Joonis 29. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja maakondade järgi, ETeU2019, eurot

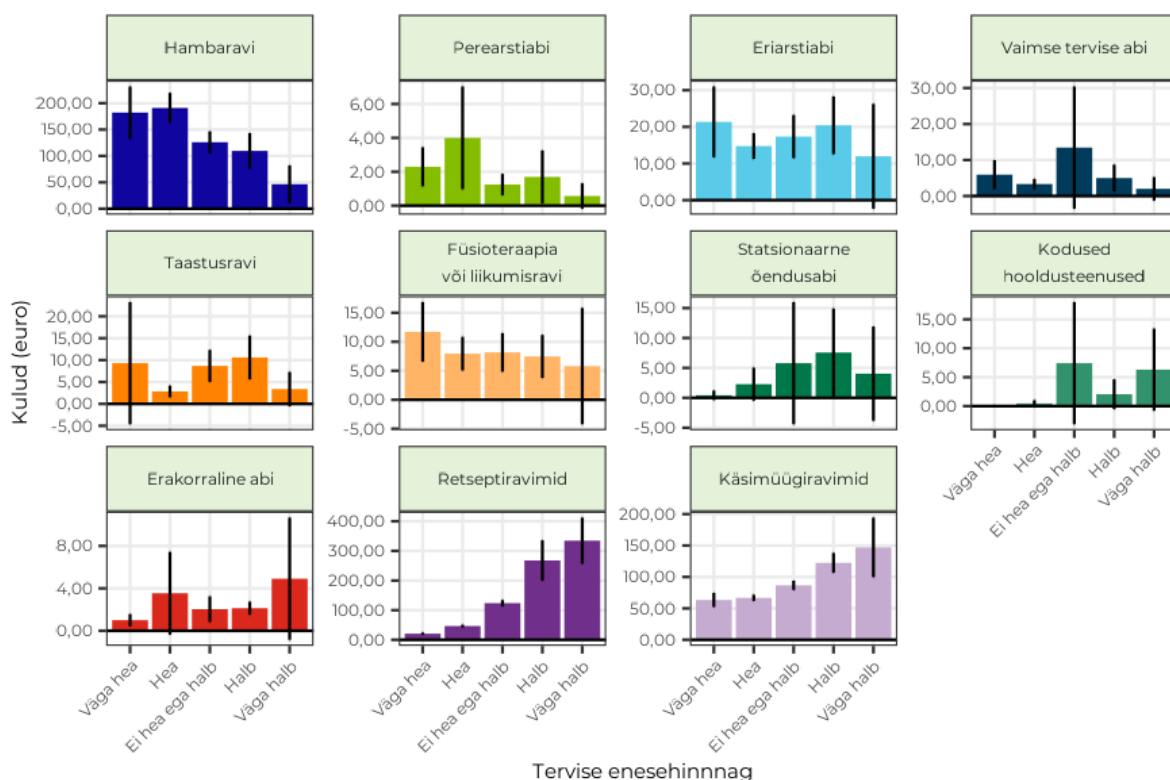
Asula tüübi järgi ületasid 150 euro piiri hambaravi kulutused linnades ja alevites-alevikes, külaelanikel jäi see madalamaks (joonis 30). Linna- ja külaelanike kulud retseptiravimitele ületasid käsimüügiravimite kulusid, alevi- ja alevikeelanike käsimüügiravimite kulud seevastu olid suuremad kui retseptiravimitel. Üldiselt linnades kulutati rohkem kui alevites, alevikes ja külades. Nii 2019. aasta kui ka 2014. aasta tulemustest ei leidunud ühtegi tugevat seost asula tüübiga.



Joonis 30. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja asula tüübi järgi, ETeU2019, eurot

Tervise enesehinnangu järgi suurenesid kulud ravimitele tervise enesehinnangu halvenedes, aga sama tingimuse järgi kulud hambaravile vähenesid (joonis 31). Mida paremaks hindab inimene oma tervist, seda rohkem kulutas ta hambaravile. Halvema tervise enesehinnanguga inimesed kulutasid seevastu rohkem nii retsepti- kui käsimüügiravimitele. Samuti olid halvema tervise enesehinnanguga inimeste kulud statsionaarsele õendusabile ja erakorralisele abile suuremad, kuid mitte oluliselt. Perearstiabile kulutasid rohkem isikud, kes hindasid enda tervist heaks või väga heaks. Vaimse tervise abile kulutasid rohkem isikud, kes ei hinnanud oma tervist ei heaks ega halvaks.

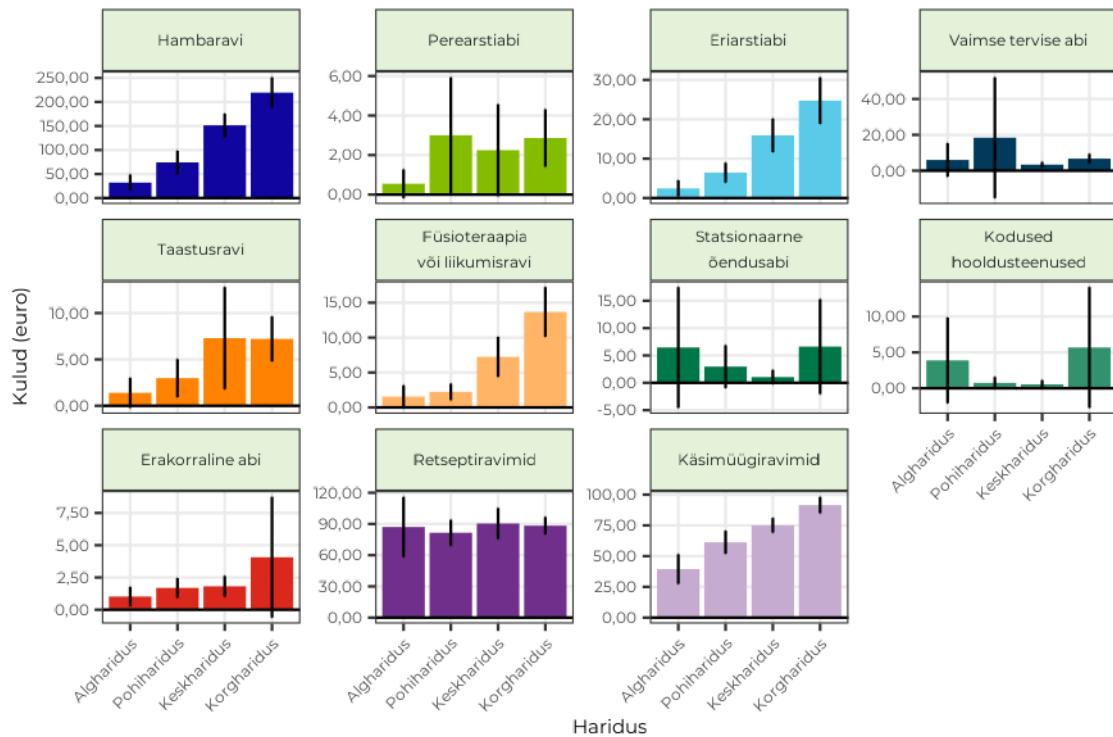
Vaadates 2014. aasta kulusid ravimitele, oli 2019. aastaga võrreldes olukord samasugune. Mida halvem tervise enesehinnang, seda rohkem oli kulusid ravimitele 2014. aastal. Huvitav vaid, et viis aastat varem ei sõltunud kulud hambaravile tervise enesehinnangust.



Joonis 31. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja tervise enesehinnangu järgi, ETeU2019, eurot

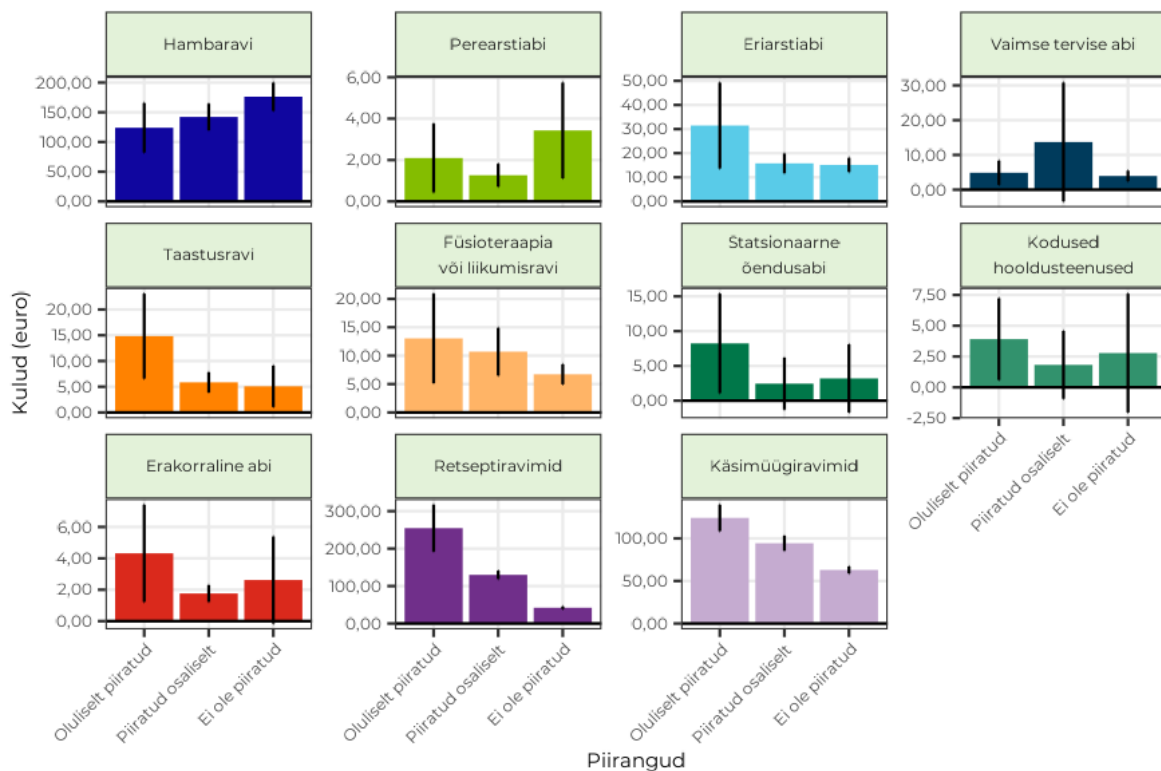
Mida kõrgem haridustase, seda suuremad olid kulud eriarstiabile, hambaravile ja käsimüügiravimitele, aga ka taastusravile, füsioteraapiale ja liikumisravile, erakorralisele abile ning perearstiabile (joonis 32). Statsionaarsele õendusabile ja kodustele hooldusteenustele kulutasid alg- ja kõrgharidusega inimesed rohkem kui põhi- ja keskkharidusega isikud. Retseptiravimite kulud aga ei sõltunud isiku haridustasemest.

Hambaravi kulud suurenesid haridustaseme tõustes, retseptiravimite kulutused jäid samaks kõigi haridustasemete puhul, samamoodi oli ka 2014. aastal. Kui kuludel raviteenustele ja haridusel puudus omavaheline seos 2014. aastal, siis viis aastat hiljem oli näha, et kesk- ja kõrgharidusega isikud kulutasid eriarstiabi teenustele rohkem kui alg- ja põhiharidustega isikud.



Joonis 32. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja hariduse järgi, ETeU2019, eurot

Isikud, kelle elu on terviseseisundi tõttu oluliselt piiratud, kulutasid rohkem eriarstiabile, taastusravile, statsionaarsele õendusabile, kodustele hooldusteenustele, erakorralisele abile ja oluliselt rohkem retsepti- ja käsimüügiravimitele (joonis 33). Kusjuures retseptiravimitele kulutasid pikaajaliste oluliste tegevuspiirangutega isikud kaks korda rohkem kui osaliselt piiratud ja viis korda rohkem kui isikud, kes ei ole igapäevases tegevuses piiratud. Hambaravile ja perearstiabile aga kulutasid rohkem inimesed, kellel ei ole terviset tulenevaid tegevuspiiranguid.



Joonis 33. Vähemalt 15-aastase rahvastiku keskmised kulutused eelneval aastal tervishoiuteenuste ja isiku igapäevase elu piiratuse järgi, ETeU2019, eurot

Hambaravile kulutas iga 15-aastane Eesti elanik keskmiselt 106,82 eurot (tabel 7). Kuid selle peatüki joonistel näidatud keskealiste, töötavate, kõrgharitud ning Harjumaa, Tartumaa ja Läänemaa elanike hulgas kulutati keskmiselt hambaravile 200 eurot. Mida suurem isiku või leibkonna sissetulek, seda rohkem kulutakse ka raha.

Teine suurem tervishoiuga seotud kuluartikkel on retseptiravimid – neile kulus keskmiselt 88 eurot aastas. Mida halvemaks hindasid inimesed enda tervist, seda rohkem maksti retseptiravimite eest. Need, kes hindasid oma tervist väga halvaks, kulutasid keskmiselt 300 eurot aastas retseptiravimitele, samal ajal kui oma tervist heaks ja väga heaks hinnanud kulutasid retseptiravimitele alla 50 euro aastas. Naised kulutasid retseptiravimitele keskmiselt 90 eurot aastas. Vanuse kasvades kulud kasvasid ja alates 60. eluaastast kulutati juba vähemalt 150 eurot retseptiravimitele. Vähenenud töövõimega inimesed ja pensionärid maksid keskmiselt peaaegu 200 eurot aastas. Ka madalama isikliku või leibkonna sissetulekuga inimesed kulutasid retseptiravimile rohkem kui kõrgema sissetulekuga inimesed. Inimesed, kellel on tervisega seotud olulised tegevuspiirangud, maksid retseptiravimitele keskmiselt 250 eurot aastas.

Käsimüügiravimite eest maksti kümme eurot vähem kui retseptiravimitele ehk keskmiselt 78 eurot aastas. Üle 100 euro aastas keskmiselt kulutasid järgmised uuritud rühmad: vähenenud töövõimega või muud mitteaktiivsed, halva ja väga halva tervise enesehinnanguga ning olulise tegevuspiiranguga inimesed. Paljud trendid on sarnased retseptiravimite kulutustega. Vanuse järgi eristusid teistest kaks suurimate kuludega rühma käsimüügiravimite ostmisel – 30–39- ning üle 80-aastased.

Eriarstiabi teenuse eest kulutati keskmiselt 17 eurot aastas. On olemas seos sissetuleku ja haridusega, nii et mida kõrgem sissetulek või haridus, seda rohkem kulutatakse eriarstiabile.

Muud tervishoiuga seotud kulud olid väiksemad ja maksjate koguarv oli väike erinevates alarühmades, milles suuremad keskmised kulutused paistsid välja pigem erinditena.

Tabel 7. Erinevate tervishoiuteenuste keskmine omaosalus eelneval aastal kõikide inimeste seas ja nende seas, kes maksid, ETeU2019, eurot

Teenused	Kõikide inimeste seas	Maksnud inimeste seas
Hambaravi	160,82	309,12
Retseptiravimid	88,09	136,43
Käsimüügiravimid	78,02	95,76
Eriarstiabi	17,12	48,67
Füsioteraapia või liikumisravi	8,55	112,19
Vaimse tervise abi	6,82	129,30
Taastusravi	6,37	178,16
Statsionaarne õendusabi	3,55	462,90
Kodused hooldusteenused	2,64	319,89
Erakorraline abi	2,57	19,06
Perearstiabi	2,51	45,71

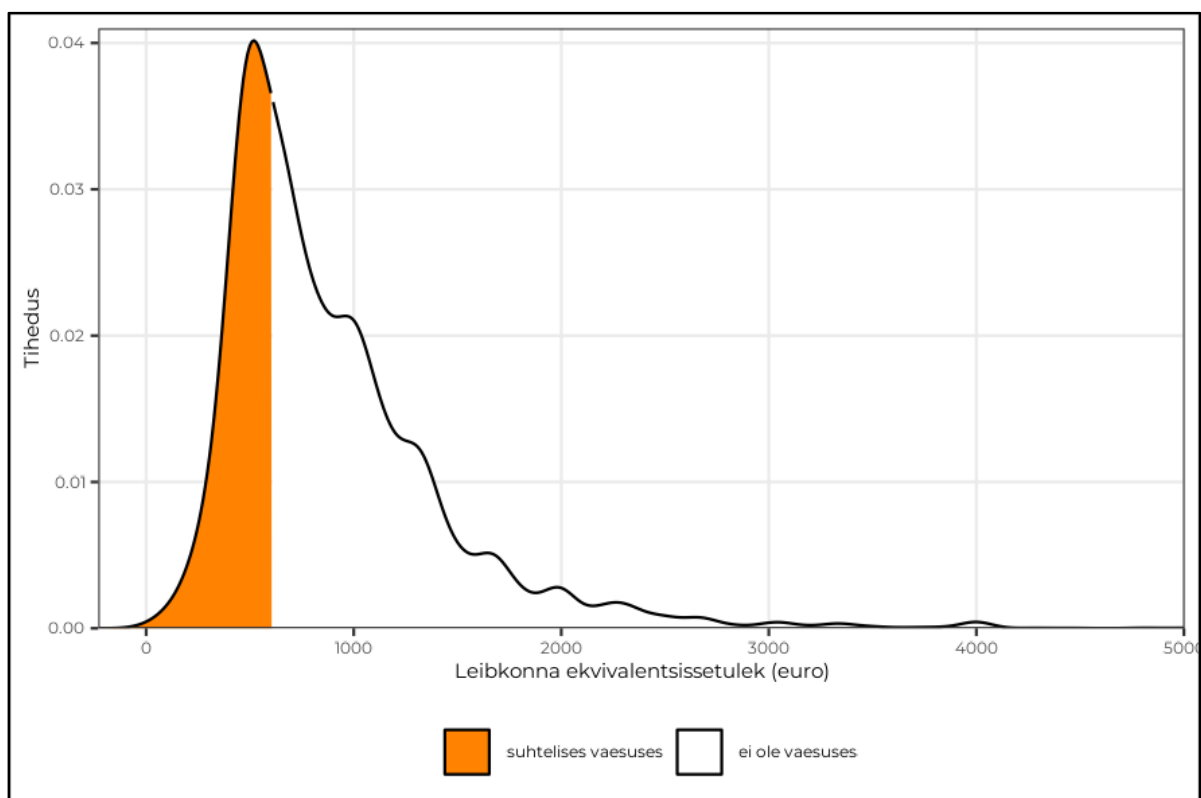
Selles peatükis vaadeldi, kui palju maksis keskmiselt iga Eesti elanik, võttes arvesse ka need, kes ei kulutanud midagi tervishoiuteenustele. Tabelis 7 on toodud keskmiselt kulutatud summa teenuste eest maksnud inimeste seas ja selle järgi on kõige kallim teenus statsionaarne õendusabi, mille eest maksti keskmiselt 462,9 eurot aastas. 150 eurot vähem ehk üle 300 euro maksti koduste hooldusteenuste ja hambaravi eest. Taastusravile kulus

keskmiselt 178 eurot. Umbes 140 eurot maksti retseptiravimite ja umbes 130 eurot vaimse tervise teenuse eest. Füsioteraapiale ja liikumisravile kulutati aastas 112 eurot. Alla saja euro jäid kulud käsimüügiravimite, eriarstiabi ja perearstiabi eest ning kõige vähem kulus erakorralisele abile aastas – maksjate hulgas kulutati keskmiselt 19 eurot inimese kohta viimase 12 kuu jooksul.

2.6 Omaosaluse mõju vaesusriski suurenemisele

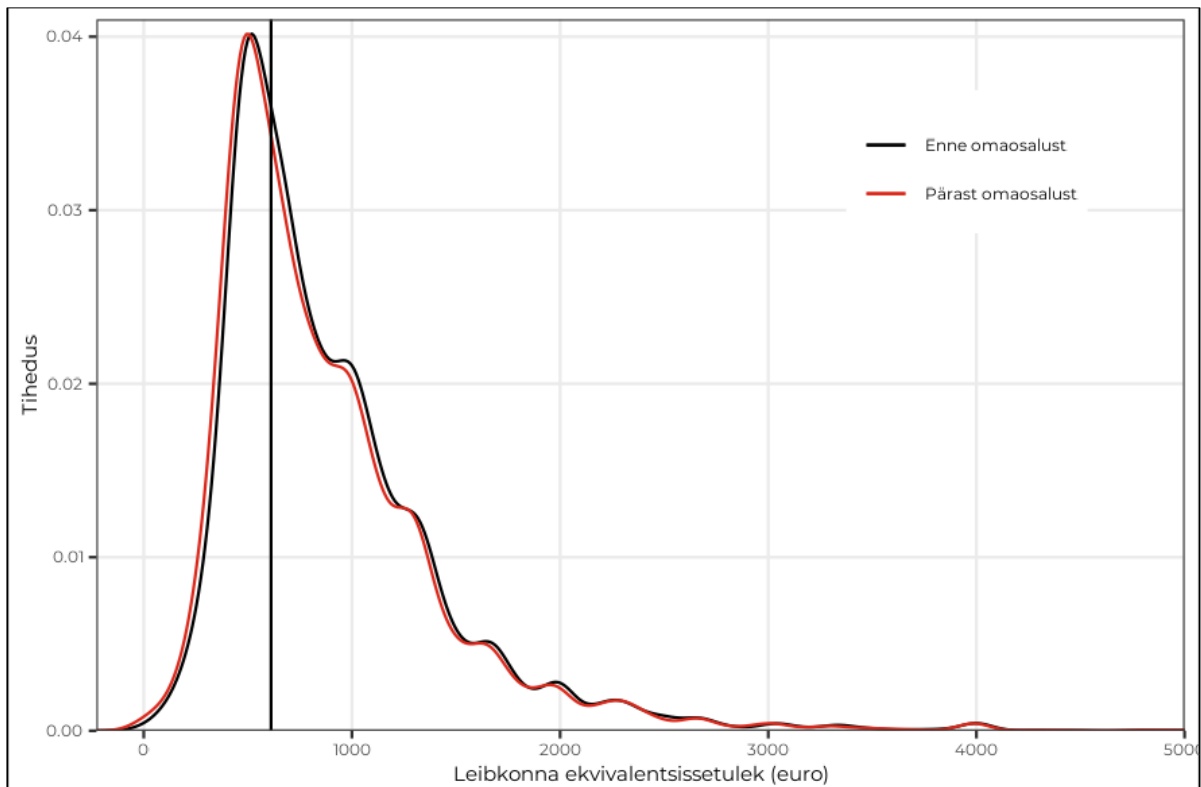
Antud peatükis uuritakse, kas tervishoiuteenuste omaosalus suurendab leibkonna vaesusriski inimeste jaoks. Selleks kasutatakse leibkonna kuulist ekvivalentsissetulekut ja sissetulekut pärast isiku omaosaluse maksmist tervishoiuteenuste eest. Arvutati juurde kuu keskmised makstud kulud teenustele. Sissetulekute põhjal hinnatakse, kas isik on absoluutses vaesuses, suhtelises vaesuses või ei ole vaesuses. (Absoluutse ja suhtelise vaesuse piirid aastas ja kuus on tabelis 2.)

Joonisel 34 on näha, kuidas jaotub leibkonna ekvivalentsissetulek vähemalt 15-aastaste elanike hulgas, samuti on näidatud suhtelise vaesuse piir.



Joonis 34. Leibkonna ekvivalentsissetuleku tihedusfunktsioon suhtelise vaesuse piiri järgi, ETeU2019

Joonisel 35 on näidatud, kui palju leibkonna ekvivalentsissetuleku tihedusfunktsioon nihkub pärast omaosaluse mahavõtmist, mille tõttu suhtelise vaesuse määr suureneb.



Joonis 35. Leibkonna ekvivalentsissetuleku tihedusfunktsioon enne ja pärast omaosalust, ETeU2019

ETeU2019 andmete põhjal oli kokku absoluutses vaesuses 1,92% ja suhtelises vaesuses oli 30,8% vähemalt 15-aastastest Eesti elanikest (tabel 8). Need tulemused erinevad statistikaameti Eesti sotsiaaluuringu (ESU) andmetest, kus 2019. a absoluutse vaesuse määr 16-aastastel ja vanematel oli 2,3% ja suhtelise vaesuse määr – 21,9% [20]. Erinevus absoluutse vaesuse määras ei ole oluline, kuna ETeU vaesuse määra usaldusvahemikud katavad ESU määra. Erinevus suhtelise vaesuse määras on aga 9 protsendipunkti, mille põhjuseks on erinevused sissetuleku näitajas.

ETeU puhul olid aluseks ankeedis ühe küsimusega küsitud isiku ja leibkonna kuu netosissetulekud. ESU puhul küsitakse sissetulekut komponentide kaupa: sissetulek palgatööst, siirded (sh pensionid, hüvitised), omanditulu, tulu individuaalsest teisest tegevusest ja teistelt leibkondadelt saadud maksed, millest lahutatakse maha leibkonna poolt tehtud regulaarsed rahalised maksed teistele leibkondadele ja varalt tasutud maksud. Kõiki komponente kasutatakse leibkonnaliikme ekvivalentnetosissetuleku arvutamisel ja küsitud andmeid täiendatakse administratiivsetest registritest pärinevate andmetega [21]. Kui sissetulekuid kogutakse ühe summamana, võivad väiksemad või ebaregulaarsemad sissetulekud vastajal ununeda. Seetõttu on ETeU sissetuleku näitajad alahinnatud ja vaesuse näitajatena tuleb kasutada ESU tulemusi. Siin peatükis on siiski kasutatud ETeU2019 sissetulekute alusel leitud absoluutse ja suhtelise vaesuse määrasid vaid tervishoiuteenuste omaosaluse mõju näitamiseks ja tuleb arvestada, et ETeU suhtelise vaesuse määr on ülehinnatud¹.

Pärast hambaravi kulude lahutamist suureneb absoluutse vaesuse määr 0,37 protsendipunkti võrra ja suhtelise vaesuse määr 0,81 protsendipunkti võrra. Kui lahutada

¹ Erinevus on oluline. ETeU2019 ekvivalentsissetuleku kaalutud mediaan on 833,33 eurot, mis on peaaegu 200 eurot väiksem kui ESU tulemustes. Lähemal uurimisel selgus, et ETeU-s on alahinnatud just 1000 euro ekvivalentsissetulekuga inimeste osakaal. Kuna arvutused on tehtud SA suhtelise vaesuse piiri järgi, on ETeU2019 kaalutud andmete põhjal suhtelises vaesuses olevate inimeste osakaal suurem.

kõikide teenuste omaosalus, siis suureneb absoluutse vaesuse määr 0,66 protsendipunkti võrra ja suhtelise vaesuse määr 2,17 protsendipunkti võrra. Kuna kõikide muutuste usaldusvahemikud kattuvad, siis ei saa tagada olulisust, kuigi 0,01% antud uuringus moodustab 111 Eesti elanikku, kes on vähemalt 15-aastased.

Tabel 8. Absoluutse ja suhtelise vaesuse määr enne ja pärast tervishoiuteenuste omaosalust, ETEU2019, %

		Absoluutse vaesuse määr	Suhtelise vaesuse määr
Enne omaosalust		1,92% (1,49%–2,34%)	30,84% (29,51%–32,18%)
Pärast omaosalust	Hambaravi	2,29% (1,83%–2,76%)	31,65% (30,30%–33,00%)
	Retseptiravimid	2,00% (1,57%–2,44%)	31,40% (30,06%–32,75%)
	Käsimüügiravimid	1,98% (1,54%–2,41%)	31,17% (29,83%–32,51%)
	Eriarstiabi	1,93% (1,50%–2,36%)	30,96% (29,62%–32,30%)
	Kõik teenused	2,58% (2,09%–3,06%)	33,01% (31,64%–34,37%)

Tabelis 9 on toodud ETeU2019 andmetel hinnatud osakaalud ja vähemalt 15-aastaste isikute arv, keda omaosalusega seotud kulud tervishoiuteenuste eest on negatiivselt mõjutanud või ei mõjutanud (vt täpsemalt tabeli rühmade kirjeldusi p. 1.2.2.5). Kokku oli neid, kes ei olnud absoluutses vaesuses kuni omaosaluse eest maksamiseni, 0,65%, mis on umbes seitse tuhat inimest, kes on langenud absoluutsesse vaesusse pärast omaosaluse maksmist. Neid, kes olid absoluutses vaesuses ja pidid maksta mõne tervishoiuteenuse eest, oli 1,53% ehk peaaegu 17 000 veelgi enam vaesunud inimest absoluutses vaesuses. Neid, kes olid absoluutses vaesuses ja ei maksnud aasta jooksul midagi, ei ole näidatud tabelis 9 eraldi, vaid nad kuuluvad rühma „ei maksnud“. Neid, kes omaosaluse tõttu liikusid vaesuse riski poole (suhteliselt vaesunud), oli 2% elanikest ehk 22 tuhat inimest, kes langesid suhtelisse vaesusse, aga mitte absoluutsesse vaesusse. Need, kes olid suhtelises vaesuses ja keda aastane omaosalus ei viinud absoluutsesse vaesusesse, moodustavad veerandi vähemalt 15-aastastest elanikest Suurim osa, 62% elanikest ei vaesunud omaosaluse tõttu. Viimase rühma moodustavad 8% elanikest, kes ei maksnud tervishoiuteenuste eest nende ütluse järgi mitte midagi aasta jooksul.

Tabel 9. Omaosaluse mõju vaesusele ETeU2019 järgi

Rühm	Osakaal	Isikute arv
Veelgi enam vaesunud absoluutses vaesuses	1,53% (1,15%—1,91%)	16 950 (12 735—21 165)
Langes absoluutsesse vaesusse	0,65% (0,42%—0,89%)	7 235 (4 618—9 852)
Veelgi enam vaesunud suhtelises vaesuses, aga ei langenud absoluutsesse vaesusse	24,74% (23,54%—25,94%)	273 953 (260 639—287 268)
Langes suhtelisse vaesusse, aga mitteabsoluutsesse vaesusse	2,01% (1,61%—2,40%)	22 217 (17 874—26 560)
Ei vaesunud	61,89% (60,34%—63,44%)	685 389 (668 221—702 557)
Ei maksnud omaosalust	7,97% (7,15%—8,78%)	88 211 (79 198—97 223)

Kokkuvõte

Käesoleva töö eesmärk oli uurida sissetulekuga seotud ebavõrdsust tervishoiuteenuste kasutamisel. Ebavõrdsuse hindamiseks vaadeldi tervishoiuteenuse kasutamist ja kättesaadavuse probleemide esinemist seoses sissetulekutega. Teenuse kättesaadavust uuriti kolme teenuse mittesaamise põhjuse kaupa: järjekord, transport ja raha. Kõiki teemasid jälgitakse sotsiaaldemograafilise tunnuste erinevuste järgi, et tuua välja ebasoodsamas olukorras olevad rahvastikurühmad. Lõpetuseks vaadati lähemalt erinevate teenuste omaosaluse suurust ja hinnati, kas ja kui palju viib omaosaluse maksmine tervishoiuteenuste eest inimesed vaesumisele.

Esitatud küsimustele vastamiseks kasutati Eesti terviseuuringu 2019 (ETeU2019) küsitlusandmeid. Uuringu käigus küsitleti 4 881 vähemalt 15-aastaselt isikut erinevatel tervisega seotud teemadel, mille hulgas olid tervishoiuteenuste kasutamine, nende mittesaamine erinevatel põhjustel ja teenuste eest maksmine. ETeU2019 andmestiku juurde arvatud valimikaalude abil saab tulemusi interpoleerida vähemalt 15-aastasele Eesti rahvastikule. Eesti terviseuuring 2014 andmete põhjal arvutas tulemused Andres Võrk analüüsis „Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuse kättesaadavuse ning kasutamisega Eesti Terviseuuringu 2014 andmetel“ [8]. Kuna eelmises ja käesolevas analüüsis kasutatakse samu meetodeid sama uuringu kahe laine andmete põhjal, saab tulemusi omavahel võrrelda viie aasta jooksul toimunud muutuste leidmiseks.

Kõige tihedamini kasutatav tervishoiuteenus on **perearstiabi**, mille poole pöörduvad inimesed oma esmaste või korduvate terviseprobleemidega. Ainult pooled kuni 30-a mehed pöördusid vähemalt kord aastas perearsti või -õe poole, aga vanuse kasvades kasutavad mehed perearstiabi teenuseid tihedamini ja alates 70. eluaastast oli pöördujaid 80% meestest. Naiste hulgas oli nooremas eas rohkem perearstiabi kasutajaid kui meeste hulgas. Nii käis 15–19-aastasest naistest 70% perearstil, 20–29-aastasest 60%, edasi vanuse kasvades vähemalt kord aastas pöördunute osakaal ainult kasvab ning vähemalt 60-aastaste naiste hulgas kasutas 80% perearstiabi. Vaadates perearstiabi kasutust leibkonna sissetuleku kvintiilide kaupa on näha, et kõik viimasesse kvintiili kuuluvad 70-a ja vanemad mehed pöördusid vähemalt korra aastas perearstile, kuid sama kvintiili samaealiste naiste perearstiabi kasutamise osakaal langes 50%-ni. Perearstiabi kasutamise kordade arv viimase nelja nädala jooksul inimeste ütluse järgi või 2019. aasta Tervisekassa raviarvete andmete põhjal on kontsentreeritud pigem vaesemates leibkondades elavate inimeste hulka, kui aga kohandada antud näitaja haridustasemele, vanuserühmale ja tervise enesehinnangule, siis leitud leibkonna sissetulekuga seotud erinevus ei ole enam statistiliselt oluline.

Hambaravi kasutus erineb samuti soo järgi, kusjuures meestest pöördus hambaravile keskmiselt 10 protsendipunkti vähem kui naistest erinevate vanuserühmade kaupa, välja arvatud noorim ja vanim vanuserühm, kus hambaravil käis aasta jooksul sama suur osa inimesi. Üldiselt langeb hambaravi kasutamine vanusega – kui 15–19-aastasest pöördus 80% naised ja mehed, siis 80-aastaste ja vanemate hulgas vaid 30% naised ja mehed. Mida jõukamas leibkonnas elavad inimesed, seda rohkem on nende hulgas hambaravi kasutajaid, kuigi vanusega seotud langustrend jääb kehtima. Ainult pooled kõrgema leibkonna sissetuleku kvintiili 80-aastasest naistest ja meestest käisid hambaarstil viimase aasta jooksul. Hambaarsti või ortodonti poole pöörduvad aasta jooksul tihedamini jõukamate leibkondadest inimesed, kuid samal ajal saab Tervisekassa rohkem hambaravi arveid vaesemate leibkondade inimestelt. Mõlemad näitajad varieeruvad palju ja teiste tunnuste kohandamisel sissetulekuga seotud ebavõrdsust ei tuvastatud.

Ambulatoorse eriarstiabi kasutajaid on naiste hulgas rohkem kui meeste hulgas ja naissoost kasutajate osakaal püsis 55% ümber erinevas vanuses ning langes ainult vanimas vanuserühmas 40%-ni. Noorimate meeste hulgas oli eriarstiabi kasutajate osakaal 30% ja suurenes vanusega, kusjuures vanemate puhul tõusis kuni 55%-ni. Naiste puhul ei sõltu eriarstiabi kasutajate osakaal leibkonna sissetuleku kvintiilist. Kuid meeste puhul mõjutavad

sissetuleku kvintiilid vanemaealiste kasutajate osakaalu – nii IV kui V kvintiilist tõusis eriarstiabi kasutajate osakaal kuni 80%-ni. Eriarstiabi kasutamiskordade arv ei varieerunud vaesemate ja jõukamate vahel.

Haiglaravi kasutajate osakaal tõusis vanusega 5%-st 15%-ni. 80-aastaste ja vanemate meeste hulgas ulatus haiglaravi kasutajate osakaal 25%-ni. Naiste ja meeste hulgas kasutajate osakaalud ei erinenud vanuserühmade ega ka leibkonna sissetuleku kvintiilide kaupa, välja arvatud erind, mis on näha V kvintiili kuuluvate 80-a ja vanemate meeste puhul – pool neist pöördusid haiglaravile aasta jooksul. Suurem osa haiglaravi kasutamiskordadest oli kontsentreeritud vaesemate kvintiilide hulka nii endi ütlusel viibitud ööpäevade arvu kui ka Tervisekassale esitatud statsionaarsete raviarvete põhjal. Antud kontsentratsioon jääb oluliseks ka teiste tunnustega kohandamisel, mis tõestab olukorda, et väiksema sissetulekuga leibkondades kasutatakse haiglaravi rohkem ja kauem kui jõukamates leibkondades.

Päevaravi ja -kirurgia kasutajate osakaal oli kõigis vanustes ja soo järgi keskmiselt alla 10%. Meeste puhul oli kasutajate osakaal vanusega kasvutrendis, naiste puhul kõigub erinevates vanuserühmades osakaal 6% ja 9% vahel. Leibkondade sissetulekute kvintiilide kaupa kuni 30-aastased mehed ja naised I ja II kvintiilis pigem ei kasuta päevaravi ja -kirurgiat. Suurim osa päevaravi viibitud kordade arvust oli kontsentreeritud vaesemates leibkondades elavatele isikutele nende ütluse põhjal, kuid usaldusvahemikud on liiga suured olulisuse välja toomiseks ja Tervisekassa päevaravi arvete põhjal erinevate sissetulekuga leibkondade inimeste kohta saabuvad raviarved võrdselt.

Kiirabi, erakorralise meditsiini osakonna (EMO) või traumapunkti kasutajaid oli rohkem nooremas ja vanemas eas, kusjuures erakorraliste teenuste kasutajaid oli vanuserühmades 15–19 ning 80-a ja vanemate hulgas rohkem kui 25% ja ülejäänud vanuserühmade puhul alla 20%. Naissoost noored kasutajad moodustasid 24% oma rühmas ja osakaal langes vanusega kuni vanuserühmani 40–49, kus kiirabi ja EMO kasutajaid oli 15% ja edasi kasvas osakaal 25%-ni vähemalt 80-a naiste puhul. Leibkonna sissetulekute kvintiilide vaates nooremas ja vanemas vanuserühmas toimunud kasutajate suurenemist ei ole näha I ja II kvintiilis. Vaadates eraldi kiirabi ja EMO (sh traumapunkti) kasutamiskordade arvu, tuli välja et EMO teenust kasutavad võrdselt erinevatesse leibkonna sissetuleku rühmadesse kuuluvad inimesed, aga kiirabi kasutamise puhul on statistiliselt oluliselt suurem kontsentratsioon vaesemates leibkondades elavate elanike puhul.

Koduste hooldusteenuste kasutajaid on rohkem vanemaealiste meeste ja naiste hulgas, kuid nende osakaal ei ületanud 7%. Kui vaadata kasutajate arvu veel leibkonna sissetuleku järgi, siis koduhooldusteenuse kasutajaid oli kõige vähem III, IV, V kvintiilis, kuigi esines ka erindeid vanemaealiste hulgas.

Füsioteraapia ja liikumisravi kasutajaid oli vähem 80-a ja vanemate hulgas – 6% meeste ja 4% naiste puhul. Suurim füsioteraapia ja liikumisravi kasutamine oli vanuserühmas 40–49, kus osakaal naiste puhul oli 18% ja meestel 12%. Leibkonna sissetuleku kvintiilide järgi oli IV ja V kvintiilides rohkem kasutajaid ja suurim osakaal esines V kvintiili meestel alates 70. eluaastast, mis ületas 40%.

Retseptiravimite ostmine on seotud tervishoiuteenuste kasutamisega, kui tegemist on uue või kroonilise haiguse ravimisega. Meeste hulgas oli kuni 10 protsendipunkti vähem retseptiravimite ostjaid kui naiste hulgas. Vanusega ravimitarbijate osakaal kasvab – kui nooremas eas ostsid pooled retseptiravimeid eelneva 12 kuu jooksul, siis vähemalt 80-a seas tõusis kasutajate osakaal 90%-ni. I ja II kvintiili kuuluvatest 20-29-a noormeestest oli kasutajaid alla 50%, jõukamates leibkondades sooline erinevus kasutamise vahel puudub. Tervisekassa andmetel on ravimi retseptide arv kontsentreeritud pigem vaesemate leibkondade inimeste hulka. Sama olukord on ka meditsiiniliste seadmete kompenseerimisel.

Tervishoiuteenuse kättesaadavust vaadatakse läbi kolme teenuse mittesaamise põhjuse: pikk ravijärjekord, pikk vahemaa või transpordiprobleem ja raha puudumine. Nendest ainus mõõdik, mis viie aastaga halvenes, on järjekord. Kui 2014. aastal väitis 14% inimestest, et neil

jäi meditsiiniline abi saamata **pika järjekorra** tõttu, siis 2019. aastal kinnitas juba 18% inimestest sedasama. Abivajanute hulgast ei saanud 2014. aastal 19% nõutud abi pika järjekorra tõttu ja 2019. aastal juba veerand abivajanutest, mis on hinnanguliselt kokku 197 000 Eesti elanikku. Veelgi suurem osakaal on täheldatav töötute (36%), linnaelanike (28%), tervisega seotud pikaajaliste tegevuspiirangutega (30%) ja halvema tervise enesehinnanguga (30%) inimeste hulgas. Väikseimad järjekorra tõttu abita jäänute osakaalud olid Saaremaa ja Võrumaa elanike hulgas, kus antud mure puudutas 5% abivajavatest.

Šanss ehk edaspidi siin nimetatud kui risk jääda ilma abita järjekorra tõttu sõltub haridusest, asula tüübist, tervise enesehinnangust, leibkonna sissetulekust ja soost. Mida halvem tervis enda hinnangul, kõrgem haridus ja suurem leibkonna sissetulek, seda suurem on risk jääda ilma arstiabita järjekorra probleemi tõttu. Samuti on suurem risk linnaelanikel ja naistel kui küla-, alevi- ja alevikuelanikel või meestel.

Pika vahemaa või transpordiprobleemi tõttu oli arstiabi saamata jäänute osakaal väike nii 2014. kui ka 2019. aastal. Viimaste andmete põhjal jäi transpordiprobleemide tõttu abi saamata 3,7% abivajanutest, kokku 29 000 inimesel. Suuremad osakaalud esinesid vanemaealistel (kuni 7%), igapäevastes tegevustes oluliselt piiratutel (9%), halvema tervise hinnanguga inimestel (13%), külaelanikel (8%) ja vähenenud töövõimega inimeste (9%) hulgas. Väiksemad šansid jääda ilma arstiabita transpordiprobleemi tõttu on linnaelanikel ja jõukamatesse leibkondadesse kuuluvatel. Samuti mida parem on inimese tervise enesehinnang, seda väiksem on tal risk jääda ilma abita transpordiprobleemi või pika vahemaa tõttu.

Kui 2014. aastal ei saanud peaaegu kolmandik inimestest lubada endale **hambaravi rahalistel põhjustel**, siis 2019. aastal see osakaal langes ja umbes neljandik (ehk kokku umbes 223 000 inimest) hambaravi vajavatest ei saanud seda rahalisel põhjusel. Probleemi vähenemine on seotud 2017. a juulist kehtestatud täiskasvanute hambaravihüvitisega [9]. Langusele vaatamata on hambaravi rahalisel põhjustel mittesaamine jäänud levinumaks kättesaadavuse probleemiks. Suuremad hambaravi saamata jäänute osakaalud on keskealiste (kuni 30%), töötute (45%), vähenenud töövõimega (48%) ja muude mitteaktiivsete (35%), pikaajaliste tegevuspiirangutega (30–35%), halva tervise enesehinnanguga (kuni 40%) ja I–III sissetuleku kvintiili (kuni 35%) inimeste hulgas. Šansid jääda ilma hambaravita rahalisel põhjusel sõltuvad kõikidest uuritud tunnustest. Põhiharidusega inimestel on suurem risk jääda hambaravita kui keskharidusega inimestel. Samuti on suurem risk linnaelanikel võrreldes alevi- ja alevikuelanikega. Mida paremaks inimene hindab oma tervist, seda väiksem on tal risk jääda ilma hambaravita rahalistel põhjustel. Mida jõukam on isiku leibkond, seda väiksem risk, et ta jääb hambaravita. Töötutel ja muudel mitteaktiivsetel (v.a vähenenud töövõimega ja pensionärid) on oluliselt suurem risk jääda hambaravita oma maksmisvõime tõttu kui töötavatel. Tervisekassa poolt hüvitamise mõju on näha kuni 20-aastaste noorte ja alates 60-aastaste madalamast riskist jääda rahalisel põhjustel ilma hambaravita kui teistes vanustes. Aga naistel on veidi suurem risk jääda hambaravita kui meestel. Rohkem kulutavad hambaravile keskealised, töötavad, kõrgharitud, Harjumaa, Tartumaa, Läänema elanikud ning mida suurem isiku või leibkonna sissetulek, seda rohkem kulutatakse ka hambaravile. Keskmise summa, mis kulub hambaravile kulutusi teinud inimese kohta aasta jooksul, oli 309 eurot. Lisaks suurendab hambaravi omaosalus absoluutse vaesuse määra 0,37 protsendipunkti võrra.

Rahalistel põhjustel retseptiravimeid ostmata jätnute osakaal on viie aastaga langenud kahe protsendipunkti võrra ja moodustas 2019. aastal 3% kõikidest inimestest ja 4% ravimeid vajanutest. Vähenemine võiks olla 2018. aastal muutunud täiendava ravimihüvitise süsteemi tulemus [22]. Retseptiravimeid ostmata jätnute osakaal oli suurem järgmistes alarühmades: töötud (15%), vähenenud töövõimega (16%), oluliste tegevuspiirangutega (12%), halva ja väga halva tervise enesehinnanguga (20%) ravimeid vajanutest. Risk jätta retseptiravimid ostmata ei sõltu inimese haridustasemest, kuid sõltub teistest tunnustest. Nii on küla- ja linnaelanikel suurem risk jääda retseptiravimita kui alevi- ja alevikuelanikel. Mida paremaks inimene hindab oma tervist ja mida jõukam on tema

leibkond, seda väiksem risk on jätta ravimid ostmata raha puudumise tõttu. Vähenenud töövõimega ja töötutel on suurem risk jääda ilma retseptiravimita kui töötavatel. Huvitav mõju tuli välja vanuserühmade võrdlusest, et 70–79-aastatel on väiksem risk jääda retseptiravimiteta kui 40–49-aastatel, mis viitab erinevatele soodustuste protsentidele pensionäridel ja tööealistel. Naistel on risk jääda retseptiravimita suurem kui meestel. Retseptiravimite eest maksmine on teine suurim kuluartikkel tervishoiuteenuste omaosaluses, kusjuures käsimüügiravimid on kolmas. Rohkem maksid retseptiravimitele järgmised alarühmad: oluliste tegevuspiirangutega, halvema tervise enesehinnanguga inimesed, naised, vanemaealised, vähenenud töövõimega ja pensionil ning tõenäoliselt eelnimetatud tunnustest tulenevalt madalama isiku ja leibkonna sissetulekuga inimesed. Keskmine retseptiravimitele kulutatud summa oli 136 eurot aastas. Käsimüügiravimite keskmine kulu oli 96 eurot aastas ja rohkem kulutasid oluliste tegevuspiirangutega ja kehva tervise enesehinnanguga inimesed. Vanuserühmadest maksid käsimüügiravimite eest rohkem 30–39-aastased ning vähemalt 80-a.

Rahalisel põhjusel vaimse tervise abi mittesaanute osakaal 2014. ja 2019. aastal ei muutunud ja abivajanutest oli 3% neid, kes ei saanud endale lubada vaimse tervise teenuseid. Üldiselt oli erinevate alarühmade puhul vaimse tervise teenuseid rahalisel põhjusel mittesaanute osakaal 5% piires või madalam, välja arvatud vähenenud töövõimega ja töötute puhul, kelle hulgast ei saanud abi 10% seda vajanutest. Eeldada võib, et neil kahel rühmal on ka vajadus selle teenuse järele suurem. Risk jääda raha puudumise tõttu ilma vaimse tervise abita sõltub paljudest tunnustest. Nii juba mainitud vähenenud töövõimega ja töötutel inimestel on suurem risk kui töötavatel, sama olukord on naistel, küla- ja linnaelanikel võrreldes meeste ning alevi- ja alevikuelanikega. Viiendasse leibkonna sissetuleku kvintiili kuuluvatel on väiksem risk jääda rahalisel põhjusel ilma vaimse tervise abita kui I kvintiili kuuluvatel. Mida paremaks inimene hindab oma tervist või mida vanem on, seda väiksem on risk mitte abi saada. Vaadates kulutusi vaimsele tervisele, paistavad tulemused väikese kasutajate arvu tõttu välja pigem eranditena. Keskmine summa, mida inimene kulutas vaimse tervise abile aasta jooksul, oli 129 eurot.

Ülejäänud tervishoiuteenuste rahalistel põhjustel mittesaanute osakaal ei muutunud perioodil 2014–2019 ja moodustas 10% abivajavatest. Suurem osakaal tervishoiuteenuseid rahalisel põhjusel mittesaanud abivajanutest oli 20–29-aastaste, töötute, vähenenud töövõimega, muude mitteaktiivsete, Põlvamaa elanike, pikaajaliste tegevuspiirangute, halva tervise enesehinnanguga ja esimesse leibkonna sissetuleku kvintiili kuuluvate inimeste hulgas. Riskid (šansid) jääda tervishoiuteenust saamata raha puudumise tõttu on suuremad naistel kui meestel, vähenenud töövõimega ja töötutel kui töötavatel, I leibkonna sissetuleku kvintiili kuuluvatel kui V kvintiili inimestel, küla- ja linnaelanikel kui alevi- ja alevikuelanikel. Mida vanem on inimene või mida paremaks ta hindab oma tervist, seda väiksem on tal risk jääda arstiabita rahalisel põhjusel.

Vaadates vähemalt 15-aastaste inimeste keskmisi aastaseid kulutusi **tervishoiuteenustele** ilmneb, et kalleim teenus oli statsionaarne õendusabi, mille kulud teenuse kasutaja kohta aastas olid keskmiselt 463 eurot, järgnesid kodused hooldusteenused – 320 eurot ja kolmandaks juba varem mainitud hambaravi.

Kõikide tervishoiuteenuste ja ravimite **omaosalus** viis absoluutsesse vaesusesse 0,65% vähemalt 15-a inimestest ja muutis absoluutses vaesuses olevatest isikutest 1,53% veelgi enam vaesemaks. Lisaks viis suhtelisse vaesusesse, aga mitte absoluutsesse vaesusesse, veel 2% elanikest. Siinkohal tasub märkida, et küsitlusele eelneval aastal ei maksnud 8% elanikest ühegi tervishoiuteenuse eest ega ostnud retsepti- ega käsimüügiravimeid.

Kasutatud kirjandus

- [1] Eesti Statistika, „Absoluutne vaesus,“ [Võrgumaterjal]. Available: <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/heaolu/sotsiaalne-torjutus-ja-vaesus/absoluutne-vaesus>. [Kasutatud 28 01 2023].
- [2] Eurostat, „Glossary:Equivalent disposable income,“ [Võrgumaterjal]. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Equivalent_disposable_income. [Kasutatud 28 01 2023].
- [3] E.-M. Tiit ja L.-M. Tooding, „Statistikaleksikon,“ Tartu Ülikooli Kirjastus, Tartu, 2019.
- [4] A. Uusküla, K. Lang, K. Pärna, E. Idermitte, A. Saava, M. Raag, R.-A. Kiivet, K.-T. Laisaar, I. Villa ja H. Pisarev, „Rahvatervishoiu sõnastik,“ Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, 2013. [Võrgumaterjal]. Available: <https://sonaveeb.ee/ds/rtrv>. [Kasutatud 28 01 2023].
- [5] Eesti Statistika, „Suhteline vaesus,“ [Võrgumaterjal]. Available: <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/heaolu/sotsiaalne-torjutus-ja-vaesus/suhteline-vaesus>. [Kasutatud 28 01 2023].
- [6] OECD Project on Income Distribution and Poverty, „Adjusting household incomes: equivalence scale,“ [Võrgumaterjal]. Available: <https://www.oecd.org/els/soc/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf>. [Kasutatud 28 01 2023].
- [7] Tervise Arengu Instituut, „Eesti terviseuuring,“ [Võrgumaterjal]. Available: <https://tai.ee/et/teadustoo/teadustoo-ulevaade/rahvastikupohised-uuringud/eesti-terviseuuring>. [Kasutatud 28 01 2023].
- [8] A. Võrk, „Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuse kättesaadavuse ning kasutamise Eestis 2014 andmetel,“ 09 04 2018. [Võrgumaterjal]. Available: http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/som_eteu_andresvork_raport_9aprill2018.pdf. [Kasutatud 03 07 2023].
- [9] Eesti Haigekassa, „Ülevaade 2017. aasta olulisematest tegevustest ning tulevikusuundadest,“ *Eesti Haigekassa aastaraamat 2017*, pp. 10-14.
- [10] T. Järvpõld, Tervishoiuteenuste kasutamine ning seda mõjutavad tegurid Eestis näitel (Bakalaureusetöö), Tartu: Tartu Ülikool, 2013.
- [11] M. Ruuge ja D. Sokurova, „Eesti Terviseuuring 2019. Metoodika ülevaade,“ Tervise Arengu Instituut, Tallinn, 2022.
- [12] Eesti Statistika, „Konfidentsiaalsete andmete kasutamine teaduslikul eesmärgil,“ [Võrgumaterjal]. Available: <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/kusi-statistikat/konfidentsiaalsete-andmete-kasutamine-teaduslikul-eesmargil>. [Kasutatud 28 01 2023].
- [13] V. Puusepp, „Üldkogum ja valim,“ *Eesti Terviseuuring 2019. Metoodika ülevaade*, Tallinn, Tervise Arengu Instituut, 2022, pp. 15-17.
- [14] I. Traat ja J. Inno, Töenäosuslik valikuuring, Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 1997.
- [15] J. Saluse, „Sissetulekuga seotud ebavõrdsus tervishoiuteenuste kasutamises Eestis näitel,“ *Magistritöö*, Tartu, Tartu Ülikool, 2008.
- [16] E. van Doorslaer ja C. Masseria, *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004.
- [17] Eesti Statistika andmebaas, „LES06: Leibkonnaliikme ekvivalentnetosissetulek ja vaesuse piir,“ 06 12 2022. [Võrgumaterjal]. Available: <https://andmed.stat.ee/>. [Kasutatud 27 02 2023].
- [18] Tervise Arengu Instituut, „Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas: Tervishoiukulud,“ [Võrgumaterjal]. Available: https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__04THressursid__10Tervis_hoiukulud/?tablelist=t. [Kasutatud 28 05 2023].

- [19] Tervisekassa, „Hambaravihüvitis,“ [Võrgumaterjal]. Available: <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/hambaravi/hambaravihuvitis>. [Kasutatud 28 05 2023].
- [20] Eesti Statistika andmebaas, „LES01: Vaesuse ja ilmajäetuse määr vanuserühma ja soo järgi,“ 10 05 2023. [Võrgumaterjal]. Available: https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu__sotsiaalne-terjutus-laekeni-indikaatorid__vaesus-ja-ebaverdsus/LES01. [Kasutatud 09 06 2023].
- [21] Eesti Statistika, „Sotsiaaluuring,“ 10 02 2023. [Võrgumaterjal]. Available: <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/metoodika-ja-kvaliteet/esms-metaandmed/40003>. [Kasutatud 03 07 2023].
- [22] Eesti Haigekassa, „Täiendav ravimihüvitis,“ 2018. *aasta majandusaasta aruanne*, p. 57.

LISA 1.

Kättesaadavuse probleemi selgitavate logistiliste regressioonimudelite tulemused

	Pikk järjekord	Transpordi-probleem	Raha – teenused	Raha – hambaravi	Raha – retsepti-ravimid	Raha – vaimne tervis
Sugu-naine	0,360***	0,029	0,416***	0,165*	0,487*	0,416***
(st.viga)	(0,084)	(0,190)	(0,126)	(0,080)	(0,197)	(0,126)
Vanus 15–19	0,367	-0,417	-0,657	-1,866***	-0,735	-0,657
(st.viga)	(0,342)	(1,011)	(0,594)	(0,430)	(0,954)	(0,594)
Vanus 20–29	0,022	0,644	0,509*	0,167	0,563	0,509*
(st.viga)	(0,168)	(0,428)	(0,225)	(0,151)	(0,386)	(0,225)
Vanus 30–39	0,049	0,713	0,156	0,193	0,331	0,156
(st.viga)	(0,145)	(0,387)	(0,214)	(0,135)	(0,358)	(0,214)
Vanus 50–59	-0,112	0,260	-0,250	-0,165	-0,149	-0,250
(st.viga)	(0,138)	(0,356)	(0,198)	(0,131)	(0,306)	(0,198)
Vanus 60–69	-0,276	-0,239	-0,483*	-0,388*	-0,517	-0,483*
(st.viga)	(0,157)	(0,450)	(0,241)	(0,155)	(0,383)	(0,241)
Vanus 70–79	-0,063	0,777	-0,893**	-1,075***	-1,096*	-0,893**
(st.viga)	(0,212)	(0,554)	(0,334)	(0,214)	(0,526)	(0,334)
Vanus 80 ja vanemad	-0,202	0,823	-1,117**	-1,349***	-0,814	-1,117**
(st.viga)	(0,238)	(0,581)	(0,367)	(0,239)	(0,520)	(0,367)
Töötü	0,221	0,007	0,733**	0,450*	1,098**	0,733**
(st.viga)	(0,216)	(0,499)	(0,246)	(0,182)	(0,352)	(0,246)
Vähenenud töövõimega	-0,058	0,108	0,514*	0,115	0,700*	0,514*
(st.viga)	(0,221)	(0,390)	(0,247)	(0,194)	(0,325)	(0,247)
Pensionär	-0,288	-0,691	-0,103	-0,196	0,099	-0,103
(st.viga)	(0,178)	(0,478)	(0,271)	(0,172)	(0,416)	(0,271)
Õppur	-0,073	-0,198	-0,569	-0,597	-0,168	-0,569
(st.viga)	(0,302)	(0,805)	(0,488)	(0,314)	(0,768)	(0,488)
Muu mitteaktiivne	-0,050	0,469	0,376	0,381*	0,347	0,376
(st.viga)	(0,231)	(0,464)	(0,283)	(0,191)	(0,498)	(0,283)
Leib. kvintil II	0,261*	-0,004	0,020	-0,210	-0,558*	0,020
(st.viga)	(0,126)	(0,231)	(0,164)	(0,111)	(0,243)	(0,164)
Leib. kvintil III	0,409**	-0,354	-0,187	-0,245*	-0,055	-0,187
(st.viga)	(0,138)	(0,306)	(0,190)	(0,122)	(0,264)	(0,190)
Leib. kvintil IV	0,439**	-0,715*	-0,355	-0,831***	-0,845*	-0,355
(st.viga)	(0,144)	(0,355)	(0,202)	(0,134)	(0,341)	(0,202)
Leib. kvintil V	0,434**	-0,593	-0,729**	-1,174***	-0,959*	-0,729**
(st.viga)	(0,152)	(0,375)	(0,234)	(0,148)	(0,395)	(0,234)

Lisa 1. Järg

	Pikk järjekord	Transpordi-probleem	Raha – teenused	Raha – hambaravi	Raha – retsepti-ravimid	Raha – vaimne tervis
Tervis väga hea	-1,310***	-1,501**	-1,313***	-0,713***	-2,444***	-1,313***
(st.viga)	(0,159)	(0,472)	(0,250)	(0,142)	(0,617)	(0,250)
Tervis hea	-0,750***	-0,847**	-0,809***	-0,640***	-1,195***	-0,809***
(st.viga)	(0,101)	(0,265)	(0,154)	(0,099)	(0,266)	(0,154)
Tervis halb	0,453***	0,796***	0,590***	0,525***	0,877***	0,590***
(st.viga)	(0,122)	(0,232)	(0,163)	(0,118)	(0,221)	(0,163)
Tervis väga halb	0,566	1,245**	0,584	0,313	1,854***	0,584
(st.viga)	(0,260)	(0,379)	(0,345)	(0,260)	(0,340)	(0,345)
Linn	0,644***	-0,618*	0,899***	0,249*	0,838*	0,899***
(st.viga)	(0,136)	(0,273)	(0,238)	(0,120)	(0,365)	(0,238)
Küla	0,198	0,365	0,850***	0,086	0,809*	0,850***
(st.viga)	(0,154)	(0,270)	(0,252)	(0,133)	(0,384)	(0,252)
Algharidus	-0,635*	0,252	-0,094	0,293	0,549	-0,094
(st.viga)	(0,272)	(0,405)	(0,370)	(0,238)	(0,406)	(0,370)
Põhiharidus	-0,199	-0,065	0,160	0,301*	0,264	0,160
(st.viga)	(0,139)	(0,255)	(0,181)	(0,117)	(0,256)	(0,181)
Kõrgharidus	0,204*	-0,102	0,202	0,013	0,231	0,202
(st.viga)	(0,089)	(0,223)	(0,134)	(0,088)	(0,211)	(0,134)
(Vabaliige)	-2,090***	-3,080***	-2,990***	-0,664***	-3,981***	-2,990***
(st.viga)	(0,212)	(0,462)	(0,325)	(0,188)	(0,503)	(0,325)
Vaatlusi	4864	4864	4864	4864	4864	4864

* p-väärtus<0,05,

** p-väärtus<0,01,

*** p-väärtus<0,001.

