



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

Kas inimesed saavad endale tervishoiu eest tasumist lubada?

Uued tõendid
finantskaitse
kohta Eestis

Andres Võrk
Triin Habicht



Eesti

WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Barcelona kontor on kõikse tervisekaetuse (universal health coverage) rahastamise pädevuskeskus. Kontor teeb koostööd WHO Euroopa piirkonna riikidega, et edendada tõendus põhist poliitikakujundamist.

WHO Barcelona kontor keskendub riikide ja piirkondade edusammudele kõikse tervisekaetuse saavutamisel, võttes jälgimise alla finantskaitse – tervishoiuteenuste omaosaluse mõju elatustasemele ja vaesusele. Finantskaitse on üks tervisesüsteemide tulemuslikkuse põhimõõdikuid ja näitab säästva arengu eesmärkide saavutamist.

Barcelona kontor toetab riike poliitika arendamisel, edusammude jälgimisel ja reformide kujundamisel, diagnoosides tervisesüsteemide probleeme, analüüsides riikide poliitikavalikuid, pidades kõrgel tasemel poliitikadialoogi ja jagades rahvusvahelist kogemust. Siin toimuvad ka WHO koolituskursused, mis käsitlevad tervishoiu rahastamist ja tervisesüsteemide tugevdamist paremate tervisetulemite nimel.

1999. asutatud kontorit toetab Hispaania Kataloonia autonoomse piirkonna valitsus. See kuulub WHO Euroopa Regionaalbüroo tervisesüsteemide ja rahvatervise osakonda.





World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

Kas inimesed saavad endale tervishoiu eest tasumist lubada?

Uued tõendid
finantskaitse
kohta Eestis

Autorid:

Andres Vörk

Triin Habicht

Toimetajad:

Ilaria Mosca

Sarah Thomson

Sarja toimetajad:

Sarah Thomson

Jonathan Cylus

Tamás Evetovits

Kokkuvõte ja võtmesõnad

Käesolev ülevaade on osa ühesuguse metoodikaga läbiviidud riigipõhiste uuringute sarjast uue tõendusmaterjali leidmiseks Euroopa tervishoiusüsteemide finantskaitse kohta. Finantskaitse on kõikse tervisekaetuse juures keskse tähtsusega ning peamine mõõde tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamiseks.

EESTI
TERVISHOIU RAHASTAMINE
TERVISEKULUD
TERVISETEENUSTE KÄTTESAADAVUS
RAHASTAMINE, ÜKSIKISIKU OMAOSALUS
VAESUS
KÕIKNE KAETUS

Küsimustega Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo väljaannete kohta pöörduda:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City Marmorvej 51 DK-2100
Copenhagen Ø, Denmark

Teise võimalusena võib taotleda luba dokumentide, terviseinfo, tsiteerimise või tõlkeloa saamiseks Euroopa Regionaalbüroo veebilehel (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Maailma Terviseorganisatsioon 2019

Kõik õigused on kaitstud. Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo võtab vastu taotlusi oma trükiste osalise või täieliku reprodutseerimise või tõlkimise loa saamiseks.

Trükises kasutatud nimed ja materjali esitusviis ei väljenda Maailma Terviseorganisatsiooni seisukohti ühegi riigi, territooriumi, linna, piirkonna või selle asutuste õigusliku seisundi või riigipiiri või muude piiride kindlaksmääramise küsimustes. Punktirjooned kaartidel tähistavad ligikaudseid piire, mille suhtes ei tarvitse veel olla täielikku kokkulepet. Konkreetsete äriühingute või teatavate tootjate toodete mainimine ei tähenda, et Maailma Terviseorganisatsioon toetab või soovib vastavaid tooteid, eelistades neid teistele samalaadsetele toodetele. Kaitstud kaubamärgid kirjutatakse suure algustähega, kui ei ole tegemist vea või ärajätmisega.

Maailma Terviseorganisatsioon on rakendanud kõiki põhjendatud ettevaatusabinõusid, et kontrollida käesolevas trükises avaldatud informatsiooni. Avaldatud materjali levitatakse siiski ilma mingi selgesõnalise või enesestmõistetava garantiita. Materjali tõlgendamise ja kasutamise eest vastutab lugeja. Maailma Terviseorganisatsioon ei vastuta mingil juhul trükise kasutamisest tuleneva kahju eest. Autorite, toimetajate või ekspertide seisukohad ei pruugi alati väljendada Maailma Terviseorganisatsiooni otsuseid või ametlikku poliitikat.

Sarjast

Siinne Eesti kohta tehtud analüüs on osa ühesuguse metoodikaga läbiviidud riigipõhiste ülevaadete sarjast, mis jälgib Euroopa tervishoiusüsteemide finantskaitset, hinnates omaosaluse mõju leibkondade elatustasemele.

Finantskaitse on kõikse tervisekaetuse (universal health coverage) juures keskse tähtsusega ning peamine mõõde tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamiseks.

Milles seisneb poliitilise tasandi probleem? Kui omaosalus – ametlikud ja mitteametlikud tasud, mida mistahes tervishoiutoote või -teenuse kasutamise eest maksuma peab – on leibkonna maksevõime suhtes liiga suur, siis satuvad inimesed rahalistesse raskustesse. Omaosalus ei pruugi olla probleem, kui see on väike või seda tasuvad isikud, kes saavad seda endale lubada, ent vaestele inimestele või neile, kes peavad maksuma pikaajalise ravi, näiteks krooniliste haiguste ravimite eest, võib isegi väike omaosalus tuua kaasa rahalised raskused. Kui tervishoiusüsteemidel ei õnnestu pakkuda piisavat finantskaitset, siis ei pruugi inimestel olla piisavalt raha, et tervishoiuteenuste eest maksta või oma teisi põhivajadusi rahuldada. Selle tulemusena võib finantskaitse puudumine vähendada juurdepääsu tervishoiuteenustele, kahjustada inimeste tervislikku seisundit, süvendada vaesust ning suurendada tervisealast ja sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust. Kuna kõigis tervishoiusüsteemides leidub teatud määral omaosalust, võivad rahalised raskused olla probleemiks mistahes riigis.

Kuidas riigipõhised ülevaated finantskaitset hindavad? Kõik ülevaated põhinevad leibkonna eelarve uuringutel. Kui võtta elatustaseme hindamise aluseks leibkonna tarbimine, siis on võimalik hinnata alljärgnevat:

- kui palju leibkonnad tervishoiuteenuste omaosalusele oma maksevõime suhtes kulutavad: omaosalust, mis ületab leibkonna maksevõime läve, peetakse *katastroofiliseks*;
- leibkonna võimet pärast omaosaluse tasumist oma põhivajadusi rahuldada: omaosalust, mis lükkab leibkonna allapoole vaesuspiiri või põhivajaduste piiri, peetakse *vaesestavaks*;
- kui palju leibkondi on mõjutatud, millised leibkonnad on suurema tõenäosusega mõjutatud ning millist tüüpi teenused toovad kaasa rahalised raskused;
- mistahes ülaltoodud teguri muutumine aja jooksul.

Miks on finantskaitse pidev jälgimine kasulik? Ülevaated tuvastavad tegurid, mis tugevdavad ja nõrgendavad finantskaitset, toovad esile nende mõju poliitikale

ning juhivad tähelepanu valdkondadele, mis nõuavad täiendavat analüüsi. Ülevaadete sarja üldeesmärk on pakkuda poliitikakujundajatele ja teistele usaldusväärset, kontekstipõhist ning praktilist tõendusmaterjali, mida nad saavad kasutada kõikse tervisekaetuse suunas liikumiseks. Finantskaitse analüüside sagedaseks puuduseks on see, et mõõdetakse rahalisi probleeme vaid nende leibkondade seas, kes kasutavad tervishoiuteenuseid, ja ei kajastata rahuldamata vajadust, mis tuleneb rahalistest barjääridest. Seetõttu täiendatakse sarja ülevaateid võimaluse korral ka rahuldamata vajaduse analüüsiga.

Kuidas ülevaateid koostatakse? Kõik ülevaated on koostatud ühe või enama kohaliku eksperdi poolt koostöös WHO Barcelona kontoriga. Riikidevahelise võrdluse lihtsustamiseks on ülevaated standardse ülesehitusega, neis kasutatakse sarnaseid andmeallikaid (vt ingliskeelse aruande lisa 1) ning samu meetodeid (vt ingliskeelse aruande lisa 2). Kõik ülevaated läbivad vastastikuse eksperthindamise (*peer review*). Tulemusi jagatakse riikidega konsulteerimisprotsessi käigus, mida korraldavad ühiselt WHO Euroopa regionaalkontor ja WHO peakorter. Riigi konsultatsioon sisaldab regionaalseid ja globaalseid finantskaitse indikaatoreid (vt ingliskeelse aruande lisa 3).

Millel põhineb WHO finantskaitsealane töö Euroopas? WHO toetus liikmesriikidele finantskaitse seireks tugineb Tallinna hartale, Tervis 2020 raamistikule ning resolutsioonis EUR/RC65/R5 toodud tervishoiusüsteemide tugevdamise prioriteetidele WHO Euroopa regioonis aastatel 2015–2020. Kõik nimetatud dokumendid sisaldavad ka lubadust töötada sellise Euroopa nimel, kus omaosalus tervishoiuteenuste eest tasumisel ei vaesestaks. Resolutsioon EUR/RC65/R5 kutsub WHOd pakkuma liikmesriikidele vahendeid ning tuge finantskaitse seireks ning poliitika analüüsideks, väljatöötamiseks, rakendamiseks ja hindamiseks. Ülemaailmsel tasemel põhineb WHO toetus finantskaitse seireks Maaailma Terviseassamblee resolutsioonil WHA64.9 kestlike tervishoiu rahastamise struktuuride ning kõikse tervisekaetuse kohta, mille liikmesriigid võtsid vastu 2011. aasta mais. 2015. aastal ÜRO vastuvõetud kestliku arengu eesmärgid (The Sustainable Development Goals) kutsuvad samuti üles jälgima finantskaitset kui ühte kahest kõikse tervisekaetuse indikaatorist ja sellest aru andma. Resolutsioon EUR/RC67/R3 –teekaart viimaks 2030. aastaks ellu säästva arengu tegevuskava, mille aluseks on Euroopa tervisepoliitika raamistik „Tervis 2020” – kutsub WHOd üles toetama liikmesriike liikumaks kõikse tervisekaetuse suunas.

Kommentaariid ja ettepanekud ülevaatesarja parandamise kohta on väga teretulnud. Palume saata need aadressile euhsf@who.int.

Sisukord

Joonised, tabelid ja teabekastid	vi
Lühendid	viii
Tänuõnad	ix
Lühikokkuvõte	x
<hr/>	
1. Sissejuhatus	1
<hr/>	
2. Metoodika	5
2.1 Analüütiline lähenemine	6
2.2 Andmeallikad ja piirangud	6
<hr/>	
3. Kindlustuskaitse ulatus ja tervishoiuteenuste kättesaadavus	9
3.1 Kindlustuskaitse ulatus	10
3.2 Kättesaadavus, kasutamine ja rahuldamata vajadused	15
3.3 Kokkuvõte	21
<hr/>	
4. Leibkonna kulutused tervishoiule	23
4.1 Omaosalus	24
4.2 Mitteametlikud tasud	30
4.3 Mis põhjustab muutust omaosaluses?	30
4.4 Kokkuvõte	32
<hr/>	
5. Finantskaitse	35
5.1 Kui paljud leibkonnad kannatavad rahaliste raskuste all?	36
5.2 Kes kogevad rahalisi raskusi?	38
5.3 Millised tervishoiuteenused põhjustavad rahalisi raskusi?	39
5.4 Kui suured on rahalised raskused?	42
5.5 Rahvusvaheline võrdlus	43
5.6 Kokkuvõte	44
<hr/>	
6. Finantskaitset tugevdavad ja nõrgendavad tegurid	45
6.1 Tegurid, mis mõjutavad inimeste võimet tervishoiuteenuste eest tasuda	46
6.2 Tegurid tervishoiusüsteemis	48
6.3 Kokkuvõte	55
<hr/>	
7. Järeldused poliitikakujundusele	57
<hr/>	
Kasutatud kirjandus	61

Joonised

Joonis 1. Inimeste nimetatud tervishoiu ja hambaraviga seotud rahuldamata vajadused, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, EL27 ja Eesti
15

Joonis 2. Sissetulekuga seotud ebavõrdsus inimeste nimetatud rahuldamata vajaduste kohta tervishoius ja hambaravis, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast Eestis
17

Joonis 3. Elanikkonna osakaal, kellel on enda hinnangul maksumusest tingitud rahuldamata vajadused, kvintiilide kaupa, 2014
18

Joonis 4. Tervishoiuteenuste kasutamine (tuhandetes) Eestis, 2004-2016
19

Joonis 5. Retseptide arv ja keskmine maksumus EHKle (€), 2006-2016
20

Joonis 6. Omaosalusega ja ilma omaosalusega leibkondade osakaal
24

Joonis 7. Leibkondade osakaal, kes ei ole omaosalust maksnud, kvintiilide kaupa
25

Joonis 8. Keskmine aastane omaosalusele kulutatud summa inimese kohta, kvintiilide kaupa
26

Joonis 9. Tervishoiuteenuste omaosalus osakaaluna leibkonna tarbimiskulutustest, kvintiilide kaupa
26

Joonis 10. Omaosalustasud ja leibkonna kogukulud
27

Joonis 11. Omaosaluse kogusumma jaotus tervishoiuteenuse liigi kaupa
28

Joonis 12. Omaosaluse kogusumma jaotus tervishoiuteenuse liigi ja tarbimiskvintiili kaupa 2000 ja 2015
28

Joonis 13. Tervishoiukulud inimese kohta rahastamismudeli kaupa, 2000-2015
31

Joonis 14. Omaosalus osakaaluna kogukuludest tervishoiule, 2000-2015
31

Joonis 15. Omaosaluse kasv tervishoiuteenuste kaupa, 2008-2015
32

Joonis 16. Pärast omaosaluse tasumist vaesumisohus olevate leibkondade osakaal
37

Joonis 17. Katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal
37

Joonis 18. Katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal vaesumise riski kaupa
38

Joonis 19. Katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal tarbimise kvintiili kaupa
39

Joonis 20. Katastroofilise omaosalusega leibkondade jaotus vanuse ja leibkonna struktuuri kaupa
40

Joonis 21. Katastroofilise omaosaluse jaotus tervishoiuteenuse tüübi kaupa
41

Joonis 22. Katastroofilise omaosaluse jaotus tervishoiuteenuse tüübi ja tarbimise kvintiili kaupa, keskmine 2000-2015
41

Joonis 23. Omaosaluse osakaal leibkonna kogukulutustest veelgi enam vaesunud leibkondade seas
42

Joonis 24. Omaosaluse osakaal leibkonna kogukulutustest katastroofilise omaosalusega leibkondade hulgas
42

Joonis 25. Katastroofiliste tervisekulutuste esinemas ja omaosaluse osakaal tervishoiu kogukuludest valitud Euroopa riikides, viimaste saadavalolevate andmete põhjal
43

Joonis 26. Muutused põhivajaduste rahuldamise maksumuses, maksevõimes ja allpool põhivajaduste piiri elavate leibkondade osakaalus
46

Tabelid

Teabekastid

Joonis 27. Absoluutses vaesuses elanike osakaal tööturu seisundi alusel, 2000–2016
47

Joonis 28. Suhtelise vaesuse või sotsiaalse tõrjutuse ohus oleva elanikkonna osakaal, vanuse kaupa, Eesti ja EL27, 2005-2015
48

Joonis 29. Tervishoiule tehtavate avaliku sektori kulutuste osakaal SKPst; Eesti ja EL keskmised, 2000-2015
49

Joonis 30. Avaliku sektori kulutused tervishoiule ja SKP inimese kohta Euroopa Liidus, 2015
49

Joonis 31. EHK rahastatud eriarstiabi ravijuhtude arvud, 2012–2016
51

Joonis 32. EHK rahastatud esmatasandi arstiabi ja ambulatoorse eriarstiabi visiidid inimese kohta, 2012–2017
52

Joonis 33. Keskmine retseptiravimite omaosalus, 2008–2017
54

Joonis 34. Ravimite kasutamine ELi riikides, 2014
55

Tabel 1. Katastroofiliste ja vaesestavate tervisekulutuste põhidimensioonid
6

Tabel 2. Muudatused ravikindlustuses, 2000–2018
11

Tabel 3. Omaosalus avaliku sektori rahastatud tervishoiuteenustes, 2018
13

Tabel 4. Patsiendi omaosalus ambulatoorsete retseptiravimite eest aastatel 2011, 2015 ja 2018
14

Tabel 5. Lüngad ravikindlustuses
14

Kast 1. Rahuldamata vajadus tervishoiuteenuste järele
16

Lühendid

EHK	Eesti Haigekassa
EHIS	Euroopa terviseuuring
EU-SILC	Euroopa Liidu tulu ja elutingimusi käsitlev uuring
SKP	Sisemajanduse koguprodukt
SM	Sotsiaalministeerium
TAI	Tervise Arengu Instituut
OO	Omaosalus
VRK	Vabatahtlik ravikindlustus

Tänuõnad

Finantskaitse ülevaadete sarja koostaja on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Barcelona kontor, mis tegeleb tervisesüsteemide tugevdamisega ning kuulub WHO Euroopa regionaalkontori tervishoiusüsteemide ja rahvatervise osakonda, mille juht on Hans Kluge. Selle sarja toimetajad on Sarah Thomson, Jonathan Cylus ja Tamás Evetovits.

Eesti ülevaate autorid on Andres Võrk (Tartu Ülikool) ja Triin Habicht (WHO konsultant). Selle toimetajad on Ilaria Mosca ja Sarah Thomson (WHO Barcelona kontor). Raport tugineb varasematele raportitele, mille autorid on Andres Võrk, Janek Saluse, Marge Reinap, Jarno Habicht, Ke Xu ja Joseph Kutzin.

WHO Barcelona kontor soovib tänada Kaija Kasekampi (Eesti Sotsiaalministeerium) ja Raul-Allan Kiivetit (Tartu Ülikool) nende tagasiside eest raporti varasemale versioonile.

Samuti sooviksime tänada Statistikaametit, mis andis Andres Vörgule juurdepääsu leibkonna eelarve uuringu andmetele.

Finantskaitse uuringu andmeid jagati Sotsiaalministeeriumiga aastatel 2017 ja 2018 seoses WHO finantskaitse indikaatorite väljatöötamise konsultatsiooniga.

Oleme tänulikud rahastuse eest Ühendkuningriigi Rahvusvahelise Arengu Ministeeriumile riigi tervishoiusüsteemide tugevdamise programmi raames ning Kataloonia autonoomse piirkonna valitsusele Hispaaniast.

Siinse ülevaate valmimist ja tekstitoimetamist koordineeris Ruth Oberhauser (WHO Barcelona kontor). Lisaks olid ülevaate valmimisel abiks Nicole Satterly, (tekstitoimetuse) ning Aleix Artigal ja Alex Prieto (kujundus ja ladumine) ning Juan Garcia Dominguez (vigade kontroll).

Palun kasutage tsiteerimisel järgmis viidet: Võrk A, Habicht T (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Estonia. Kopenhaagen: WHO Regionaalkontor

Lühikokkuvõte

Tervishoiule tehtavate kulutuste katastroofiline tase on Eestis kõrgem kui paljudes teistes ELi riikides, ent siiski madalam kui Lätis ja Leedus. 2015. aastal tasus 7,4% Eesti leibkondadest katastroofiliselt kõrget omaosalust. Pisut üle 5% olid pärast omaosaluse tasumist vaesunud, veelgi enam vaesunud või vaesumisohus.

Katastroofilised tervisekulutused mõjutavad kõige rohkem vaesemaid leibkondi. 2015. aastal üks viiest leibkonnast, kes on vaeseimas kvintiilis, koges katastroofilisi tervishoiukulusid. Kokku moodustasid kahte vaeseimasse kvintiili kuuluvad leibkonnad 75% kõigist katastroofilise omaosalusega leibkondadest.

Ravimid on katastroofilise omaosaluse peamiseks põhjuseks ning on kõige vaeseimas kvintiilis peaaegu ainukeseks katastroofiliste kulutuste põhjuseks. Jõukamate kvintiilide jaoks olid katastroofilise omaosaluse peamised põhjused hambaravi ja meditsiinitooted.

Eesti katastroofilise omaosaluse suhteliselt kõrge tase peegeldab avaliku sektori poolset madalamat tervishoiu rahastamist, mis on oluliselt allpool Euroopa Liidu keskmist ja ka pisut allpool seda taset, mida Eesti majandus võimaldaks. Katastroofilise omaosaluse kõrge tase peegeldab samuti olulisi puudujääke tervishoiuteenustega kaetuse kõigis kolmes dimensioonis – 1) kes on kaetud? 2) mis teenused on kaetud? 3) kui suur osa kuludest on kaetud?

Kuigi ravikindlustus on Eestis kohustuslik, siis inimeste õigus ravikindlustusele sõltub tööaliste inimeste puhul nende sotsiaalkindlustusmaksetest. Selle tulemusena on Eestis üks madalamaid kindlustuskaitseid Euroopa Liidus. 2017. aastal oli ligi 5% inimesi kindlustamata, ulatudes 14% 20–39-aastaste inimeste seas. Samuti on tööaliste inimeste jaoks probleemiks ravikindlustuse katkendlik kehtivus.

Teenuste kaetuse üks suuremaid puudujääke on täiskasvanute hambaravis. Hiljutine hambaravihüvitise laiendamine on samm õiges suunas, kuid sellel puudub kaitse, mis on mõeldud spetsiaalselt vaestele. Pikad järjekorrad eriarsti juurde on kasvav probleem, eriti alates viimasest majanduskriisist, kui maksimaalseid ootejärjekordi pikendati.

Retseptiravimite omaosaluse struktuur on keeruline. Viimastel aastatel tehtud muudatused omaosaluse reeglite lihtsustamiseks ning kaetuse suurendamiseks on oluline samm paremuse suunas. Samas, nii nagu hambaravi hüvitise puhul, ei ole ravimite omaosaluspoliitika sihitatud vaesemale elanikkonnale ning ei võta ka arvesse leibkondade omaosalust teiste tervishoiuteenuste maksimisele (visiiditasu eriarsti juurde,

meditsiinitarvikute ostmine, voodipäevatasu jm). Omaosalustasu kokku erinevate meditsiiniteenuste ja kaupade eest võib moodustada suure tervishoiuteenuste vajadusega inimeste jaoks olulise finantskoorma. Lisaks retseptiravimite omaosaluspoliitikale võivad rahalised raskused olla tingitud ka ravimite kõrgest hinnast ning käsimüügiravimite suhteliselt suurest kasutamisest Eestis.

Puudujäägid tervishoiuteenustega kaetuses ei vii mitte üksnes leibkondade rahaliste raskusteni teenuste kasutamisel, vaid tekitavad juba ka takistusi teenuste kättesaadavuses. Kasvav rahuldamata vajadus teenuste kättesaadavuses ning üha suurenev sissetulekutega seotud ebavõrdsus selles osas, on olulised probleemid Eesti jaoks. Sissetulekutega seotud ebavõrdsus rahuldamata vajaduse osas on eriti oluline hambaravis ja retseptiravimite osas. Rahuldamata nõudlusega tegelemine ja samal ajal finantskaitse parandamine nõuab täiendavaid avaliku sektori vahendeid tervisesüsteemi. Planeeritud avaliku sektori kulutuste suurendamine tervishoius peaks keskenduma omaosalussüsteemi keerukuse vähendamisele ja vaesemate leibkondade ning regulaarselt tervishoiuteenuseid kasutavate inimeste olukorra parandamisele.

1. Sissejuhatus

Ülevaates hinnatakse, millises ulatuses langevad Eesti elanikud tervishoiuteenuseid kasutades rahalistesse raskustesse. Teadusuuringud näitavad, et rahalised raskused tekivad kõige tõenäolisemalt siis, kui avaliku sektori kulutused tervishoiule on sisemajanduse koguprodukti (SKP) suhtes madalad ning omaosaluse osakaal tervishoiule tehtavatest kogukulutustest suhteliselt kõrge (Xu jt, 2003; Xu jt, 2007; WHO, 2010). Samas avaliku sektori tervishoiule tehtavate kulutuste suurendamine või omaosaluse vähendamine ei taga automaatselt paremat finantskaitset. Olulised on ka poliitilised valikud.

Alates 1990ndate algusest on Eesti üles ehitanud tervishoiusüsteemi, mis põhineb kohustuslikul ravikindlustusel ning mille kaudu on kindlustatud isikutele tagatud võrdne juurdepääs tervishoiuteenustele. Ravikindlustusega on kaetud ligikaudu 95% elanikkonnast ning selle saavad automaatselt sotsiaalmaksu tasuvad isikud, lapsed ja pensionärid. Kindlustamata isikud on sageli pikaajalised töötud, nooremad ja mitteaktiivsed isikud või välisriigis viibijad. Tervishoiusüsteemi rahastatakse peamiselt palgalt arvestatud sotsiaalmaksust. Sotsiaalmaksust saadud tulu kogub kokku Eesti Haigekassa ning seda kasutatakse teenuste ostmiseks avaliku sektori ja erasektori teenusepakkujatelt, kellega on sõlmitud leping. Mitme sotsiaalmajandusliku rühma eest kannab vahendid Eesti Haigekassasse riik.

Avaliku sektori kulutused tervishoiule (4,9% SKPst, 2015) on sarnased nende riikide keskmisega (4,7%), kes ühinesid Euroopa Liiduga (EL) peale aastat 2004 (EL13), kuid alla keskmise nende EL-i riikidega võrreldes, kes kuulusid EL-i seisuga juuli 2013 (6,1%) (WHO, 2018). 2000ndate algusest on omaosaluse osakaal tervisele tehtavatest kogukulutustest olnud vahemikus 20% kuni 25%. 2015. aastal oli omaosaluse määr tervisele tehtavatest kogukulutustest väga lähedal EL28 keskmisele (WHO, 2018).

Ülemaailmne finantskriis tabas Eestit raskelt, tuues kahel järjestikusel aastal ehk aastatel 2008 ja 2009 kaasa SKP vähenemise, suure töötuse kasvu ning märkimisväärse väljarände (Eurostat, 2018a). Töötus jõudis kõrgpunkti 2010. aastal, ulatudes 16,7%-ni ning mõjutades peamiselt mehi. Ehkki pärast seda on töötuse määr stabiilselt langenud, on see jätkuvalt kriisieelsest tasemest kõrgemal (Eurostat, 2018a). Kriisi mõju riigi rahandusele ning leibkondade elatustasemele tõi kaasa tervisele tehtavate kulutuste absoluutse vähenemise nii avalikus sektoris kui ka erasektoris (Habicht ja Evetovits, 2015). Kriisiga toimetulekuks vastuvõetud meetmed olid tervishoiusüsteemile ja selle toimimisele samuti oluline mõju: teenusemahtu ja -hindu kärbiti, vähendati mõningaid hüvitisi ning tõsteti omaosalustasu; samuti pikendati ravijärjekordade maksimumpikkust (Lai jt, 2013).

Mitmed uurimused on analüüsinud omaosalust Eestis (Kunst jt, 2002; Habicht jt, 2006; Couffinhal & Habicht, 2005; Võrk jt, 2005; Thomson jt, 2010 ja 2011; Aaviksoo jt, 2011; Habicht & Kunst, 2005; Võrk, Saluse & Habicht, 2009; Võrk jt, 2010; Võrk jt, 2014). Üldiselt võib neist näha, kuidas omaosalustasud suurendavad tervishoiuteenuste kasutamisel ebavõrdsust (kui inimesed tunnevad, et teenus ei ole hädavajalik; selle ilmne näide on täiskasvanute hambaravi) või kuidas see suurendab inimeste vaesusesse sattumise riski (kui inimesed tunnevad, et teenused on esmase tähtsusega, näiteks retseptiravimid). Teenuste puhul, mille omaosalus on minimaalne või millel see üldse puudub, näiteks esmatasandi teenused ning haiglaravi ägedate haiguste korral, on finantskaitse ning õigluse eesmärgid hästi täidetud.

Käesoleva ülevaate ülesehitus on järgmine: 2. peatükis esitatakse andmed ning tutvustatakse üldist analüütilist lähenemist, mida finantskaitse mõõtmiseks kasutatakse. 3. peatükis antakse ülevaade ravikindlustuse peamistest puudujääkidest ning käsitletakse tervishoiu kättesaadavusega seonduvaid probleeme. 4. ja 5. peatükis esitletakse leibkonna eelarve uuringu statistilise analüüsi tulemused fookusega omaosalusele ning 5. peatükis finantskaitsele. 6. peatükis arutletakse finantskaitse analüüsi tulemusi ning tuvastatakse tegurid, mis tugevdavad ja nõrgendavad finantskaitset, mis mõjutavad inimeste suutlikkust tervishoiu eest maksta ning tervishoiusüsteemiga seonduvaid tegureid. 7. peatükis tuuakse välja mõjud tervishoiupoliitikale. Peatükkide 3–6 lõpus on toodud lühike kokkuvõtte peatüki tähtsamatest punktidest. Ingliskeelne raport sisaldab lisaks lisasid leibkonna eelarve uuringu, kasutatud meetodite, regionaalsete ja ülemaailmsete finantskaitse indikaatorite ning kasutatud terminite kohta.

2. Metoodika

Selles peatükis tehakse kokkuvõtte uuringu analüütilise lähenemise ja peamiste andmeallikate kohta. Täpsem info selle kohta on toodud ingliskeelse raporti lisades.

2.1 Analüütiline lähenemine

Selle uuringu finantskaitse analüüs põhineb WHO Euroopa regionaalkontori välja töötatud lähenemisel, mis toetub traditsioonilisele finantskaitse mõõtmise metoodikale (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Xu jt, 2003). Finantskaitse mõõtmisel kasutatakse kahte peamist indikaatorit: katastroofiline omaosalus ja vaesestav omaosalus. Tabelis 1 on kokkuvõtte mõlema indikaatori peamistest dimensioonidest.

Tabel 1. Katastroofiliste ja vaesestavate tervisekulutuste põhidimensioonid

Katastroofiline omaosalus	
Definitsioon	Leibkondade osakaal, kelle <i>omaosalus</i> on suurem kui 40% leibkonna <i>suutlikkusest tervishoiu eest maksta</i>
Lugeja	Omaosalus
Nimetaja	Leibkonna <i>kogutarbimine</i> , millest on lahutatud standardsumma põhivajaduste katmiseks. Põhivajadusi kattev standardsumma arvutatakse keskmise toidu, eluaseme ja <i>kommunaalteenuste</i> peale kulutatud summana leibkondade poolt, mis on vahemikus 25. ja 35. protsentiil leibkondade <i>tarbimise jaotusest</i> , kohandatuna leibkonna suuruse ja koosseisu järgi
Jaotus	Analüüsimisel jaotatakse leibkonnad <i>tarbimise alusel kvintilidesse</i> . Kui asjakohane, siis võetakse arvesse ka leibkondade jaotus elukoha (linnapiirkond – maapiirkond), leibkonnapea vanuse, leibkonna koosseisu ja muude tegurite alusel
Vaesestav omaosalus	
Definitsioon	Leibkondade osakaal, mis on pärast omaosaluse tasumist <i>vaesunud</i> (langenud allapoole vaesuspiiri) või <i>veelgi rohkem vaesunud</i> (olles eelnevalt allpool vaesuspiiri langetakse sügavamale vaesusesse)
Vaesuspiir	<i>Põhivajaduste piir</i> , mis arvutatakse keskmise toidu, eluaseme ja <i>kommunaalteenuste</i> peale kulutatud summana leibkondade poolt, mis on vahemikus 25. ja 35. protsentiil leibkondade <i>tarbimise jaotusest</i> , kohandatuna leibkonna suuruse ja koosseisu järgi
Kaetud vaesuse dimensioonid	Leibkondade osakaal, mis on pärast omaosaluse tasumist veelgi rohkem vaesunud, vaesunud, <i>vaesumisohus</i> (langeb vaesuspiiri lähedale) ja <i>mitte vaesumisohus</i> (jääb vaesuspiirist kaugemale)
Jaotus	Analüüsimisel jaotatakse tulemused <i>tarbimiskvintilide</i> ja muude asjakohaste tegurite alusel

Märkus: Ingliskeelse raporti lisas 4 on toodud kaldkirjas esitatud sõnade definitsioonid.

Allikas: Thomson jt (2018).

2.2 Andmeallikad ja piirangud

Finantskaitseanalüüs põhineb anonüümsetel Eesti leibkonna eelarve uuringust (LEU) pärit mikroandmetel, mille viis Statistikaamet läbi aastatel 2000–2007, 2010–2012 ning 2015. Leibkonna eelarve uuringut ei viidud läbi majanduskriisiaastatel 2008 ja 2009 ning aastatel 2013 ja 2014.

Aastatel 2000–2007 koguti andmeid leibkonna tarbimise (kulutamise) kohta ühekuulise perioodi vältel. Alates 2010. aastast on leibkonna tarbimise kohta andmeid kogutud kahepäevase perioodi vältel ning eelneva 12 kuu kohta on tagantjärele märgitud kulutused, mis on üle 100 euro. Nimetatud meetoodika muutus mõjutab ka tervishoiu omaosaluse analüüsi. Kuna 2010. aastal oli andmete kogumise periood lühem kui eelnevatel aastatel, siis on ilma omaosaluseta leibkondade osakaal suurem, mis võib selgitada omaosaluseta leibkondade vähenemist 16 protsendipunkti võrra 64%-lt 2007. aastal 48%-ni 2012. aastal. Uue küsitlusmeetoodika puhul on samuti suurem tõenäosus saada teavet leibkondade kohta, kes teevad üksikuid suuri oste.

Aruandes on kasutatud valuutaühikuna eurot. Eesti kroonid, mida kasutati leibkonna eelarve uuringus enne aastat 2011, on konverteeritud eurodesse kursiga 15,6466 krooni võrdub 1 euro.

3. Kindlustuskaitse ulatus ja tervishoiuteenuste kättesaadavus

Selles peatükis kirjeldatakse avaliku sektori rahastatud ravikindlustuse juhtimist ja dimensioone (elanikkonna õigus ravikindlustusele, teenuse ulatus ja omaosalus) ning vaadatakse, millist rolli mängib vabatahtlik ravikindlustus (VRK). Peatükk võtab kokku mõningad peamised suundumused tervishoiuteenuste kasutamises, rahuldamata vajadustes tervishoiuteenuste ja hambaravi teenuste järele ning kirjeldab teenuste kasutamist ja rahuldamata vajadusi puudutavat ebavõrdsust.

3.1 Kindlustuskaitse ulatus

Õigus tervise kaitsele on tagatud Eesti põhiseaduse paragrahviga 28 ning õigus saada tervishoiuteenuseid on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse, ravikindlustuse seaduse ning sotsiaalministri määrustega. Avaliku sektori rahastatud tervishoiuteenuste loetelu ning patsientide omaosalus on kinnitatud Vabariigi Valitsuse määrusega.

3.1.1 Elanikkonna õigus ravikindlustusele

Ravikindlustus on kohustuslik, tagab võrdse juurdepääsu tervishoiuteenustele ning katab ligikaudu 95% elanikkonnast, kes jaguneb järgmistesse kategooriatesse:

- töötajad ja füüsilisest isikust ettevõtjad (moodustasid kindlustatutest aastatel 2009–2016 45–50%);
- inimesed, kellel on õigus ravikindlustusele ilma sotsiaalmaksu tasumata (47 49%), nagu pensionärid, lapsed ja õpilased vastavalt kuni 19. ja 24. eluaastani;
- inimesed, kelle eest tasub kindlustusmakse riik (3–7%), näiteks vanemapuhkusel viibivad isikud, puuetega inimeste hooldajad, töötud vanemad, kes kasvatavad kolme või enam alla 19-aastast last ning üks laps on alla 8-aastane, ajateenijad ning töötukassas registreeritud töötajad;
- rahvusvaheliste lepingute alusel töötavad isikud (0,1–0,3%);
- inimesed, kes on sõlminud vabatahtliku ravikindlustuslepingu (0,02–0,04%), näiteks Eestis elavad välismaalased või välismaal töötavad eestlased. Tegu on väikese kategooriaga, milles on vaid mõnisada inimest.

Eesti Haigekassa (EHK) pakutav kohustuslik ravikindlustus hõlmab töötajaid, lapsi ja pensionäre. Kindlustuskaitseta isikute seas on need, kes pole ennast ametlikult töötajaks registreerinud, töötavad välisriigis, ei tasu makse või kellel puudub sotsiaalmaksuga maksustatav tulu. Kõige suurema tõenäosusega on kindlustamata isikud pikaajalised töötud ja sotsiaalmaksustatavat sissetulekut mitte omavad noored mehed. Samuti on murekohaks kindlustuskaitse püsivus. 2015. aastal kehtis kindlustuskaitse vähem kui 11 kuud aastas 11% 20–64-aastasest elanikkonnast.

Viimane märkimisväärne muudatus ravikindlustuse kehtivuses oli selle laiendamine registreeritud töötajatele aastal 2007. Sellest ajast saadik on ravikindlustust laiendatud ka väiksematele elanikkonna rühmadele, nagu füüsilisest isikust ettevõtjate abikaasadele, kui nad on tegevad pereäris (2012) ning loometoetuste saajatele (2014). Praegu on erinevaid ravikindlustuse õigusega rühmi kokku üle 50, mis suurendab süsteemi administratiivset keerukust.

3.1.2 Teenustega kaetus

Kõigil alalistel elanikel on õigus tasuta erakorralisele arstiabile, isegi kui neil ravikindlustus puudub. Seda rahastab riik. Mõned omavalitsused katavad ka ravikindlustusteta isikute esmatasandi raviteenused. Riik katab ravi kõigile isikutele, kes põevad teatud haigusi, nagu HIV või tuberkuloos.

Ravikindlustushüvitised on kindlaks määratud õigusaktides ja neid pakutakse rahalisel ning mitterahalisel kujul. Rahaliste hüvitistega kompenseeritakse töökäivatele isikutele ajutine tervislikest põhjustest tingitud töövõimetus, täiskasvanute hambaravi (kuni 2017. aastani) ning suurt retseptiravimite omaosalust. Mitterahalised hüvitised katavad ennetavaid teenuseid ja raviteenuseid ning ravimeid ja meditsiinilisi seadmeid. Kindlustuskaitse ei hõlma ilukurasiat, alternatiivmeditsiini ja optometri teenuseid.

Hambaravi on täies mahus kaetud alla 18-aastastele lastele. 2002. aastal eemaldati täiskasvanute hambaravi mitterahaliste hüvitiste nimekirjast ning sellele hakkasid kehtima rahalised hüvitised. Neid kärbiti 2009. aastal majanduskriisi ajal veelgi, nii et need olid saadaval ainult teatud elanike rühmadele, nagu rasedad naised, alla 12-kuuste laste emad ja pensionärid. 2017. aasta keskpaigast lisati EHK hüvitiste nimekirja taas mitterahaline hambaravihüvitis kõigile täiskasvanutele, kuid seda piiratud ulatuses ja kaetusega (vt tabel 2). EHK viis sisse ka fikseeritud hambaravihinna ravikindlustatud patsientide hambaraviks.

Tabel 2. Muudatused ravikindlustuses, 2000–2018

Allikas: autorid.

Aasta	Muudatus	Mõjutatud tervishoiuteenus	Sihtrühm
2003	Piirhindade sisseviimine	Ambulaatorsed retseptiravimid	Ravikindlustatud isikud
2007	Ravikindlustuskaetuse laiendamine	Kõik teenused	Registreeritud töötajad
2009	Üldine rahaliste hüvitiste vähendamine; rahalised hüvitised saadaval mõnedele täiskasvanutele (nt pensionärid)	Hambaravi	Ravikindlustatud täiskasvanud
2010	Protsentuaalse omaosaluse sisseviimine (15%)	Statsionaarne õendusabi	Ravikindlustatud isikud
2010	Nõue pakkuda retseptiravimeid madalaima omaosaluse eest	Ambulaatorsed retseptiravimid	Ravikindlustatud isikud
2012	Ravikindlustuskaetuse laiendamine	Kõik teenused	Füüsilisest ettevõtjatest isikute elukaaslasele, kes tegutseb pere ettevõttes
2012	Soodustuse lae kaotamine 50% soodustusega retseptiravimite puhul	Ambulaatorsed retseptiravimid	Ravikindlustatud isikud
2013	Fikseeritud omaosaluse suurendamine	Haiglaravi	Ravikindlustatud isikud
2013	Visiiditasu fikseeritud määra tõstmine (3,20 eurolt 5,00 eurole)	Ambulaatorne eriarstiabi	Ravikindlustatud isikud
2014	Ravikindlustuskaetuse laiendamine	Kõik teenused	Loometoetust saavad inimesed
2015	Täiendava ravimihüvitise saamiseks fikseeritud omaosaluse läve alandamine 384 eurolt 300 eurole aastas	Ambulaatorsed retseptiravimid	Ravikindlustatud isikud
2017	Rahalise hüvitise asendamine mitterahalise hüvitisega esmavajalike hambaraviteenuste korral	Hambaravi	Ravikindlustatud isikud
2018	<ul style="list-style-type: none"> Võrdse retseptipõhise omaosaluse alusmäära kehtestamine kõigile soodustuste rühmadele Täiendava ravimihüvitise saamiseks fikseeritud omaosaluse läve alandamine 300 eurolt 100 eurole aastas 	Ambulaatorsed retseptiravimid	Ravikindlustatud isikud

Eriarsti visiidiks on vaja kas perearsti või muu eriarsti saatekirja. Ilma saatekirjata saab külastada silmaarsti, naha- ja suguhaiguste arsti, günekoloogi, psühhiaatrit ja hambaarsti ning samuti saab ravi teatud haigusseisundite puhul, nagu HIV/AIDS, tuberkuloos ja vigastused. EHK ei hüvita nende teenusepakujate teenuseid, kellega lepingut ei ole sõlmitud.

Probleemiks on ka ravijärjekordade pikkus eriarsti juurde. Ravijärjekordadele on sätestatud maksimumpikkused, kuid neid pikendati 2009. aasta märtsis, nii et nüüd on need kuus nädalat ambulatoorse eriarstiabi korral ning kaheksa kuud plaanilise haiglaravi ja päevakirurgia korral (teatud teenuste puhul on maksimaalsed ravijärjekorrad pikemad, näiteks poolteist aastat kaeoperatsiooni, suurte liigeste endoproteesi ja bariaatrilise operatsiooni korral).¹ 2017. aastal oli 29%-l kõigist ambulatoorsetest visiitidest haiglavõrgu arengukava haiglatesse pikem kui 6-nädalane ooteaeg, ehkki see näitaja hõlmab ka visiite, kus pikem ooteaeg oli tingitud patsiendi valikust (aega ja teenusepakujat puudutavad eelistused).² Mõned inimesed otsustavad ootamise asemel tasulise ja lühema ooteajaga visiidi kasuks.

3.1.3 Patsiendi omaosalus

EHK hüvitistele määratud omaosalust on detailsemalt kirjeldatud tabelis 3. Esmatasandi raviteenused on tasuta, välja arvatud koduviit. Inimesed peavad eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule pöördudes tasuma visiiditasu ning haiglaravil viibides voodipäevatasu. Täiskasvanud peavad maksma oma hambaravi eest. Ambulatoorsete retseptiravimite omaosalustasude kohta kehtib keerukas süsteem. Patsient tasub iga retsepti korral fikseeritud omaosaluse ning protsentuaalse omaosaluse ja samuti mistahes summa, mis ületab piirhinna. Suurem retseptiravimite soodustus on ette nähtud lastele, pensionäridele ja suurtes kogustes retseptiravimeid tarvitavatele isikutele (tabel 3). Omaosaluspoliitika muudatused on kokkuvõtvalt esitatud tabelis 2.

3.1.4 Vabatahtliku ravikindlustuse roll

Vabatahtliku ravikindlustuse (VRK) osatähtsus on tervishoiusüsteemis äärmiselt väike, moodustades 2016. aastal tervisele tehtud kogukulutustest 0,28% ning hõlmates alla 1000 inimese (Tervise Arengu Instituut, 2018; Sagan & Thomson, 2016). Peamiselt on sellel täiendav roll, aidates saada kiiremat juurdepääsu EHK teenustele või kattes teenuseid, mida EHK ei hüvita.

Alates 2002. aastast on EHK pakkunud ka vabatahtlikku ravikindlustust. Selle soetanud isikutel, keda 2017. aastal oli 571, on samad hüved, mis kohustusliku ravikindlustusega isikutel. VRK vähese kasutamise ning piiratud rolli põhjus seisneb peamiselt suures kindlustusmakses. 2017. aastal oli see 149 eurot kuus (võrdne 13%-ga eelmise aasta keskmisest palgast).

Tabelis 5 on esitatud peamised ravikindlustusega seonduvad probleemid, peamised lüngad avaliku sektori rahastatud ravikindlustuses ning VRK võimalik roll nende lünkade täitmisel.

1. EHK nõukogu otsus ravijärjekordade maksimumpikkuse kohta, 11.01.2013 (https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr_05%20ravijärjekordade%20maksimumpikkused.doc)
2. EHK (2018) Tervishoiuteenuste kättesaadavus 2017. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/2018-02/Kattesaadavuse_koondaruanne_2017_aasta.pdf

Tabel 3. Omaosalus avaliku sektori rahastatud tervishoiuteenustes, 2018

Allikas: Eesti Haigekassa,
<https://www.haigekassa.ee/et/tasude-maarad-ja-omaosalus/>

Teenusvaldkond	Omaosaluse liik ja määr	Erandid	Omaosaluse ülempiir
Ambulatoorsed visiidid			
Perearsti külastus	Puudub	Ei	Ei
Perearsti koduviit	Fikseeritud visiiditasu kuni 5 eurot visiidi kohta	<ul style="list-style-type: none"> Alla 2-aastased lapsed Rasedad naised 	
Eriarsti visiit (kaasa arvatud hambaarst)	Fikseeritud visiiditasu kuni 5 eurot visiidi kohta	<ul style="list-style-type: none"> Alla 2-aastased lapsed Rasedad naised Patsiendid, kelle on suunanud sama teenusepakkuja juures töötav teine eriarst Erakorraline abi, millele järgneb statsionaarne ravi 	Ei
Diagnostilised uuringud	Puudub , kui osa visiidist, mis EHK rahastusega	Ei	Ei
Hambaravi	Omaosalus 50% ulatuses, kusjuures hüvitise maksimaalne suurus on 40 eurot aastas, pärast mida tasub patsient täishinna	<ul style="list-style-type: none"> Alla 19-aastased lapsed: tasuta Pensionärid, rasedad naised, alla 1-aastase laste emad, suurenenud hambaravivajadusega isikud: madalam omaosalus 15% ning maksimaalne hüvitise suurus 85 eurot aastas (alates 1. juulist 2017) Pensionärid ja osalise või täieliku töövõimetusega isikud: õigus proteeside hüvitisele kuni 260 eurot iga 3 aasta tagant 	Ei
Statsionaarne ravi			
Voodipäevatasu	Fikseeritud omaosalus kuni 2,50 eurot päevas	<ul style="list-style-type: none"> Alla 2-aastased lapsed Intensiivravi Sünnitus 	25 eurot ühe haiglasviibimise kohta
Voodipäevatasu öendusabis	Protsentuaalne omaosalus 15% (9,6 eurot päevas kuni 01.05.2017; 10,16 eurot päevas alates 02.05.2017)	Ei	Ei
Taastusravi	Protsentuaalne omaosalus 20% (2018. aastal 12,22 eurot päevas)	Ei	Ei
Raseduse kirurgiline katkestamine	Protsentuaalne omaosalus 30% (2018. aastal 39,04 eurot)	Ei	Ei
Raseduse medikamentoosne katkestamine	Protsentuaalne omaosalus 50% (2018. aastal 17,67 eurot)	Ei	Ei
Statsionaarsed ravimid	Puudub	Ei	Ei

Tabel 4. Patsiendi omaosalus ambulatoorsete retseptiravimite eest aastatel 2011, 2015 ja 2018

Allikas: Eesti Haigekassa, <https://www.haigekassa.ee/et/tasude-maarad-ja-omaosalus/>; Sotsiaalministeerium

	01.01.2011	01.01.2015	01.01.2018
Omaosaluse liik ja määr	Omaosaluse liik ja määr Fikseeritud omaosalus 3,19 eurot + protsentuaalne omaosalus 50% + piirhinnad; soodustuse ülempiir 12,79 eurot retsepti kohta (soodustuse ülempiir tühistati 2012. aastal) Fikseeritud omaosalus 1,27 eurot + protsentuaalne omaosalus 25% või 0% + piirhinnad	Fikseeritud omaosalus 3,19 eurot + protsentuaalne omaosalus 50% + piirhinnad Fikseeritud omaosalus 1,27 eurot + protsentuaalne omaosalus 25% või 0% + piirhinnad	Fikseeritud omaosalus 2,50 eurot Protsentuaalne omaosalus 50%, 25% või 0% Piirhinnad
Erandid	Alla 4-aastaste laste puhul protsentuaalne omaosalus puudub 25% omaosalus alandatud 10%-ni lastele vanuses 4–16, riiklikku pensioni saavatele isikutele ja osalise või täieliku töövõimetusega isikutele Täiendav hüvitis inimestele, kelle omaosalus retseptiravimite ostmisel ületab 384 eurot aastas: • 384–640 eurot: isik maksab 50% • 640–1300 eurot: isik maksab 25% Omaosaluse kogusumma arvutamisel ei võeta arvesse fikseeritud omaosalust ega piirhindu Inimesed pidid täiendavat hüvitist eraldi taotlema ning see maksti välja tagasiulatuvalt neli korda aastas	Alla 4-aastaste laste puhul protsentuaalne omaosalus puudub 25% omaosalus alandatud 10%-ni lastele vanuses 4–16, riiklikku pensioni saavatele isikutele ja osalise või täieliku töövõimetusega isikutele Täiendava hüvitise saamise läve alandati 300 euroni aastas: • 300–500 eurot: isik maksab 50% • >500 eurot: isik maksab 10% Omaosaluse kogusumma arvutamisel ei võeta arvesse fikseeritud omaosalust ega piirhindu Inimesed pidid hüvitist eraldi taotlema ning see maksti välja tagasiulatuvalt neli korda aastas	Alla 4-aastaste laste puhul protsentuaalne omaosalus puudub 25% omaosalus alandatud 10%-ni lastele vanuses 4–16, riiklikku pensioni saavatele isikutele ja osalise või täieliku töövõimetusega isikutele. • Täiendava hüvitise saamise läve alandati 100 euroni aastas: • 100–300 eurot: isik maksab 50% • >300 eurot: isik maksab 10% Omaosaluse kogusumma arvutamisel võetakse arvesse fikseeritud omaosalust, kuid piirhindu mitte Arvutamine ja haldus on ostul automaatsed: omaosalust vähendatakse kohe, kui lävi käes on
Patsiendi omaosaluse ülempiir	Ei	Ei	Ei

Tabel 5. Lüngad ravikindlustuses

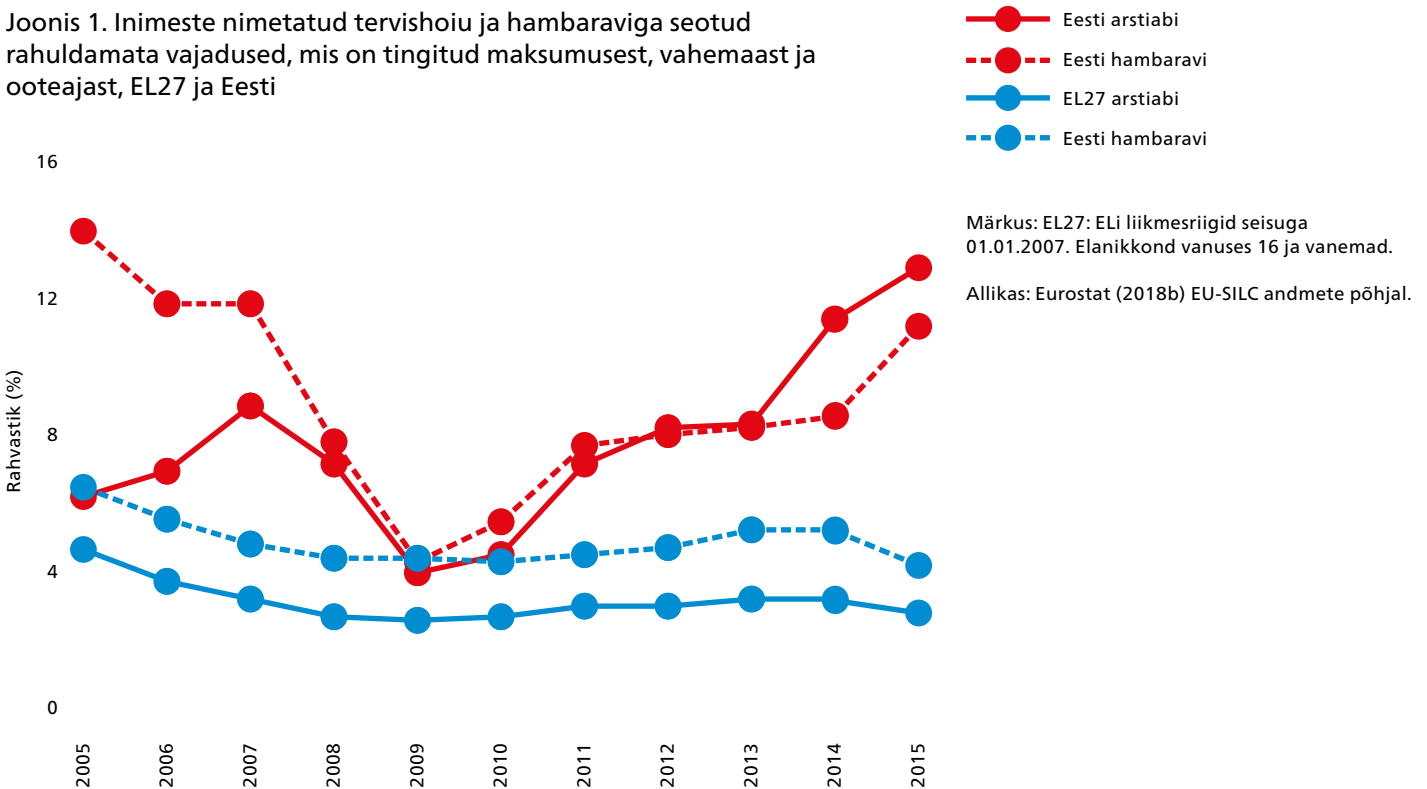
Allikas: autorid.

	Elanikkonna õigus ravikindlustusele	Teenusega kaetus	Patsiendi omaosalustasud
Probleemid avaliku sektori rahastatud ravikindlustuse juhtimises	Õigus ravikindlustusele sõltub sotsiaalmaksu tasumisest, tööalasest staatuses või kuulumisest gruppi, kes saavad ravikindlustuskaitse ilma panustamata	Ravijärjekordade maksimumpikkus on kehtestatud, ent seda võidakse ületada	Omaosalus kehtib kõigile teenustele, välja arvatud esmatasandi abi visiidid, kusjuures vaestele vabastusi pole ning omaosalusele ei ole ülempiiri kehtestatud
Peamised probleemid avaliku sektori rahastatud ravikindlustuses	~5% elanikkonnast ravikindlustuseta; ~11% tööealisest elanikkonnast katkeva ravikindlustuskaitsega	Täiskasvanutel piiratud hambaravi ravikindlustus	Täiskasvanute hambaravi; ambulatoorsed retseptiravimid; õendusabi haiglas
Kas neid lünki katab vabatahtlik ravikindlustus?	Ei; vabatahtlik ravikindlustus moodustas 2016. aastal vaid 0,28% tervisele tehtud kogukulutustest ning hõlmas vähem kui 1000 inimest		

3.2 Kättesaadavus, kasutamine ja rahuldamata vajadused

ELi andmed (joonis 1) näitavad, et arstiabi- ja hambaraviteenuste kättesaadavus on Eestis suuremaks probleemiks kui ELis tervikuna. Põhjus, mille inimesed rahuldamata hambaravivajaduste puhul välja toovad, on maksumus; tervishoiuteenuste puhul on aga rahuldamata vajaduste põhjuseks peamiselt ravijärjekordade pikkus (vt kast 1). 2016. aastal ei käinud 9% täiskasvanud elanikkonnast hambaarstil, kuna selle maksumus oli liiga kõrge; 2009. aastal oli see näitaja 4% (Eurostat, 2018b). 2016. aastal ütles ligi 13% täiskasvanutest, et nad ei saanud ravijärjekorra pikkuse tõttu oma tervisega seotud vajadusi rahuldada. See on kõrgeim näitaja alates 2004. aastast.

Joonis 1. Inimeste nimetatud tervishoiu ja hambaraviga seotud rahuldamata vajadused, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, EL27 ja Eesti



Kast 1. Rahuldamata vajadus tervishoiuteenuste järele

Allikas: WHO Barcelona kontor
tervishoiusüsteemide tugevdamise teemal.

Finantskaitse indikaatorid kirjeldavad rahalisi raskusi inimeste hulgas, kes peavad tervishoiuteenuste kasutamisel tasuma omaosalust. Samas ei kirjelda need seda, kas omaosalus takistab tervishoiuteenuste kättesaadavust, mis toob kaasa rahuldamata vajaduse tervishoiuteenuste järele. Rahuldamata vajadus on kättesaadavuse indikaator, mida defineeritakse juhtudena, mil inimestel on tervishoiuteenuseid vaja, kuid takistuste tõttu ei ole tervishoiuteenused kättesaadavad.

Finantskaitse analüüsiks kasutatud leibkonna eelarve uuringud ei kogu tavaliselt andmeid tervishoiuteenuste kasutamise või rahuldamata vajaduste kohta. Need näitavad, millised leibkonnad ei ole omaosalust tasunud, kuid ei selgita selle põhjuseid. Põhjused, miks leibkond pole omaosalust tasunud, võivad olla järgmised: (a) ei olnud vajadust tervishoiuteenuste järele; (b) oli omaosalusest vabastus; või (c) vajalike tervishoiuteenuste kättesaadavus oli takistatud.

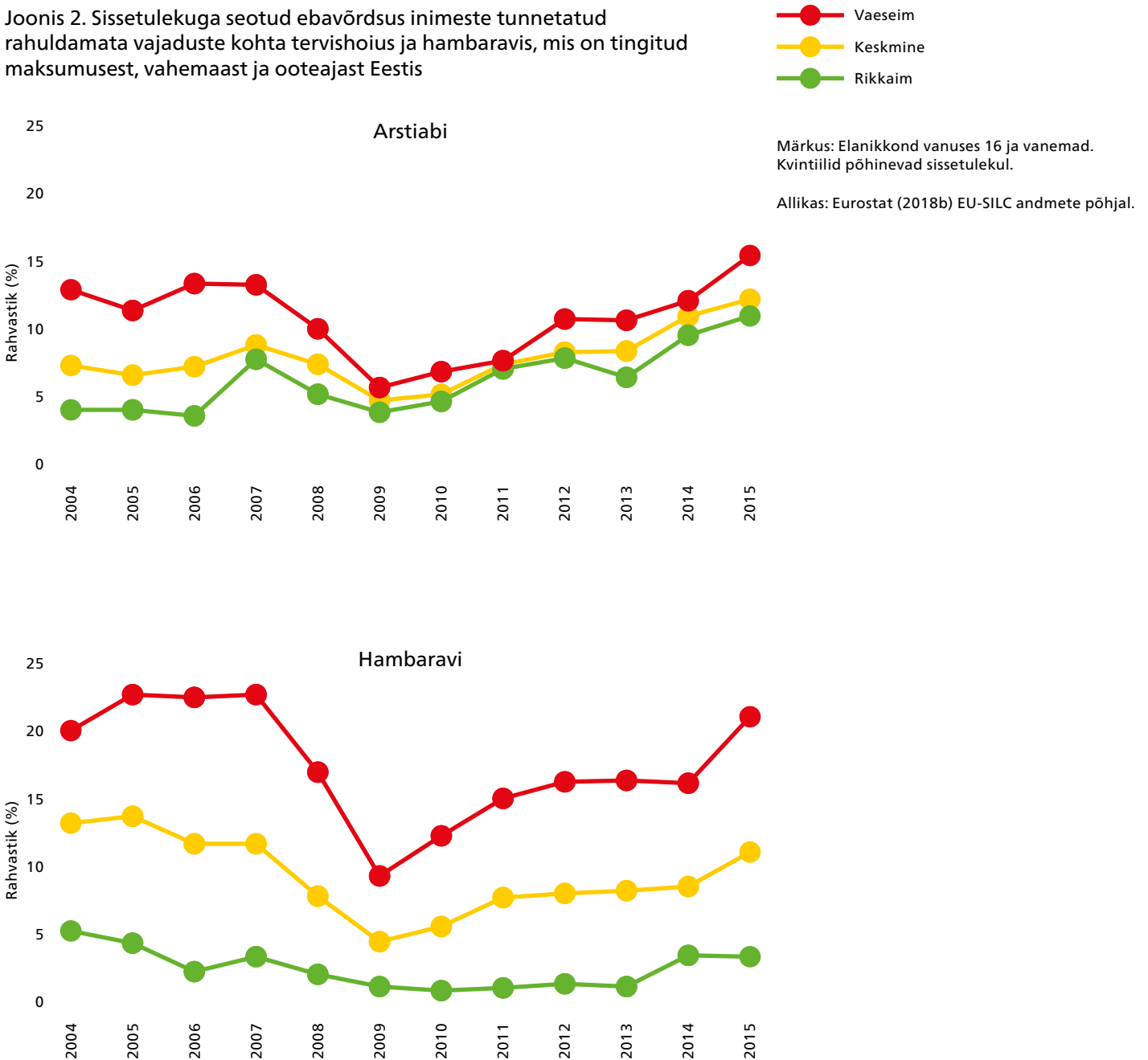
Kui rahuldamata vajadusi arvesse ei võeta, siis võib finantskaitse analüüsi tõlgendada väärti. Riigil võib olla suhteliselt madal katastroofilise omaosaluse tase, kuna paljud inimesed ei saa teenuste piiratud kättesaadavuse ja teiste takistavate barjääride tõttu tervishoiuteenuseid kasutada. Samamoodi võivad reformid, mis suurendavad teenuste kättesaadavust, suurendada ka inimeste omaosalust, näiteks visiititasude kaudu, kui kehtestatud ei ole kaitsvaid poliitikaid. Sellistel juhtudel võivad reformid parandada tervishoiu kättesaadavust, kuid ühtlasi suurendada rahalisi raskusi.

Selles ülevaates kasutatakse ka andmeid rahuldamata vajaduste kohta, mis täiendavad finantskaitse analüüsi (punkt 3.2). Samuti juhitakse siin tähelepanu muutustele ilma omaosaluseta leibkondade osakaalus ja jaotuses (punkt 4.1). Kui tõusu ei saa põhjendada muudatustega tervishoiusüsteemis, näiteks suurenenud kaitse teatud leibkondadele, siis võib nende põhjuseks olla rahuldamata vajaduste suurenemine.

Igal aastal koguvad ELi liikmesriigid andmeid tervishoiu ja hambaraviga seotud rahuldamata vajaduste kohta ELi tulu ja elutingimusi käsitleva statistika (EU-SILC) kaudu. Ehkki selles olulises infoallikas puuduvad selgitused ning selle väärtus andmete võrdlemisel on piiratud, kuna riigiti on aruandlusprotseduur erinev, on see siiski kasulik allikas riigisiseste tendentside ajas muutumise tuvastamiseks (Arora jt, 2015; EXPH, 2016; EXPH, 2017).

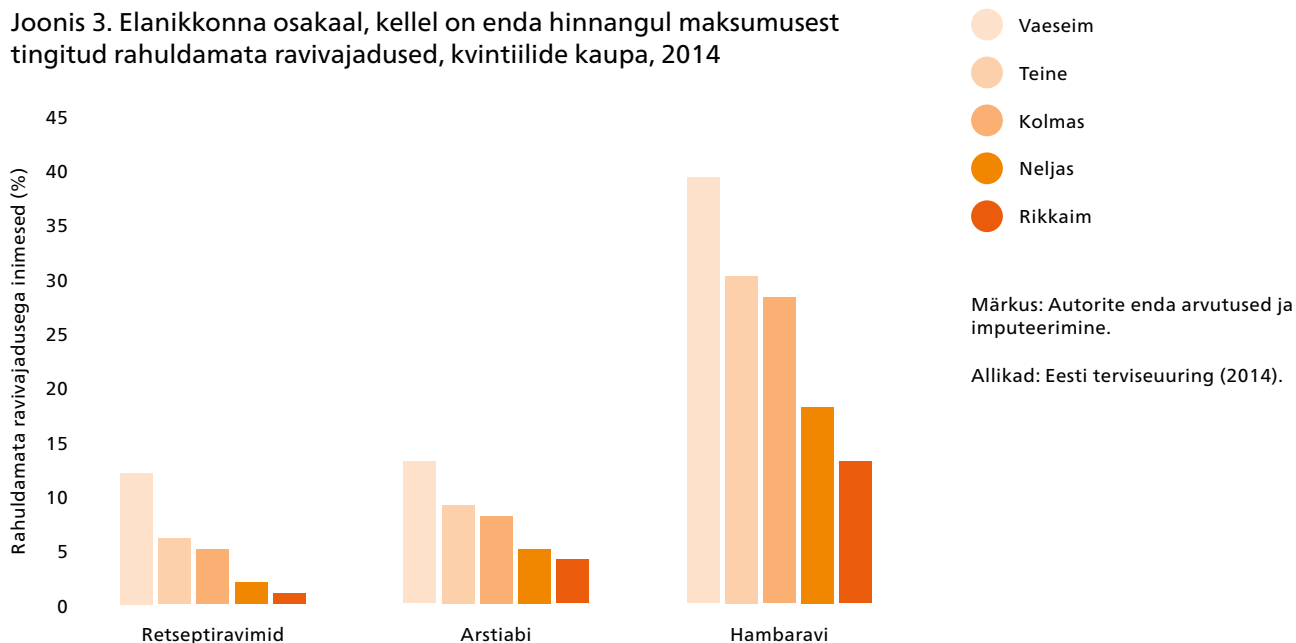
Enne kriisi oli suur sissetulekutega seotud ebavõrdsus rahuldamata vajaduste puhul vähenemas, eriti arstiabis, kuid alates 2009. aastast on see taas tõusuteel, iseäranis märgatavalt on ebavõrdsus kasvanud hambaravi kasutamises (joonis 2). Eriti tugevalt on sissetulekuga seotud hambaraviteenuste kättesaadavus, sest EHK katab täiskasvanutele vaid teatud hambaravikulud. 2015. aastal oli 21% kõige vaesemas kvintiilis olevatest inimestest rahuldamata hambaravivajadustega. Kõige jõukamas kvintiilis oli nende inimeste osakaal 4% (joonis 2).

Joonis 2. Sissetulekuga seotud ebavõrdsus inimeste tunnetatud rahuldamata vajaduste kohta tervishoius ja hambaravis, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast Eestis



2014. aastal läbi viidud Eesti terviseuuringu andmed viitavad samuti sellele, et sissetulekutega seotud ebavõrdsus on suur probleem: tervishoiu ja hambaraviga seotud rahuldamata vajadused ilmnevad rohkem kui kolm korda suurema tõenäosusega kõige vaesemas kvintiilis kui kõige jõukamas kvintiilis (joonis 3). Ehkki retseptiravimite puhul on rahuldamata vajaduste tase madalam kui tervishoiuteenuste ja hambaravi puhul, on ka siin ebavõrdsus märkimisväärne: kõige vaesema kvintiili rahuldamata vajadus retseptiravimite järele on üle kümne korra kõrgem kui kõige jõukamal kvintiilil.

Joonis 3. Elanikkonna osakaal, kellel on enda hinnangul maksumusest tingitud rahuldamata ravivajadused, kvintilide kaupa, 2014

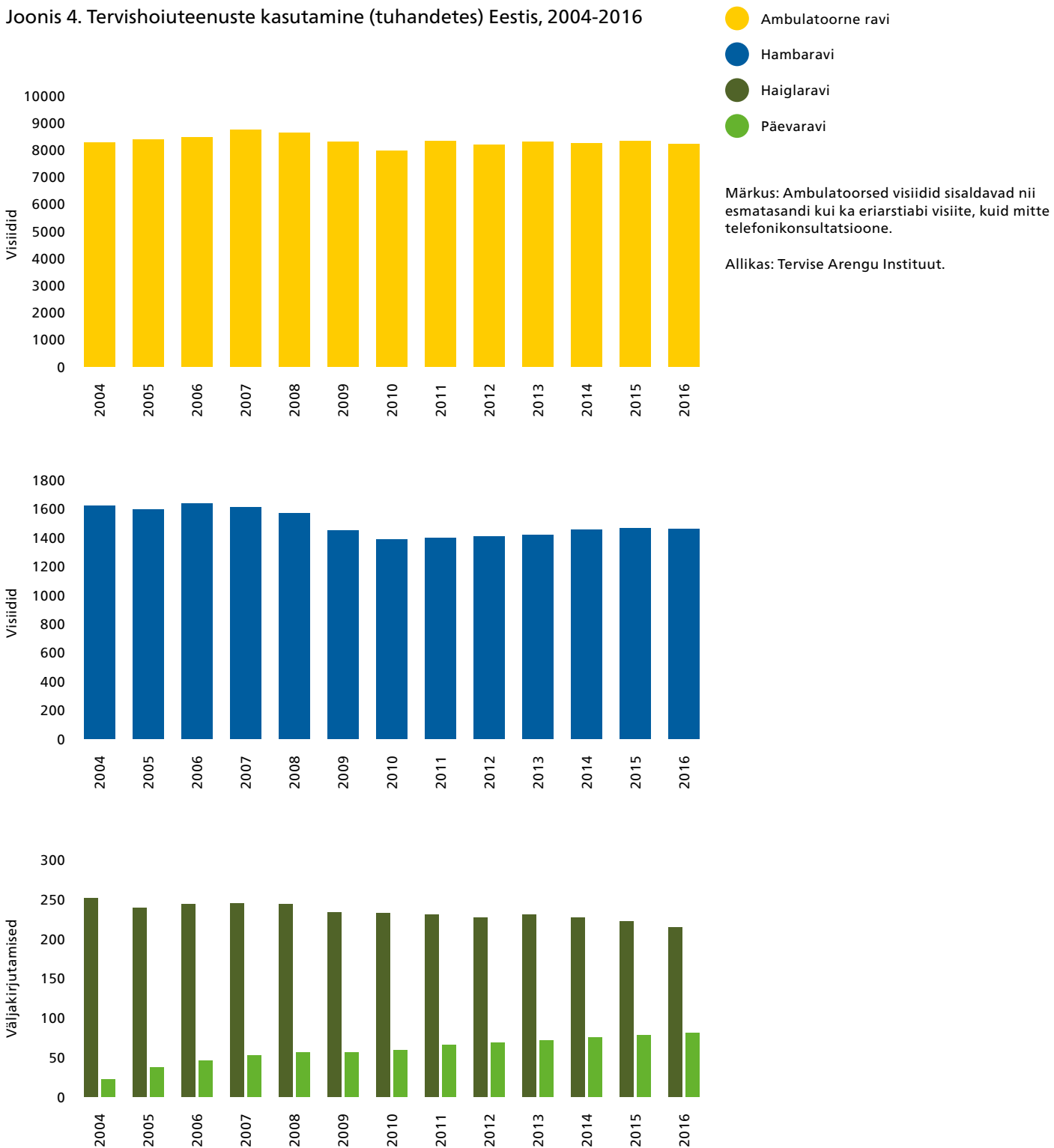


Inimeste hinnangute suurenemine rahuldamata vajaduse kohta pärast 2009. aastat peegeldub ka joonisel 4. Ambulatoorsete visiitide arv tõusis kriisieelse kiire majanduskasvu perioodi ajal, langes järsult kriisiaastatel (2008–2010), tõusis pisut 2011. aastal ning on sellest ajast saadik püsinud stabiilsel tasemel. Kriisi ajal langes ka hambaarsti visiitide arv, osaliselt ilmselt hüvitiste vähendamise tõttu 2009. aastal. Ehkki ambulatoorsete visiitide ja hambaarsti visiitide arv on alates 2010. aastast tõusuteel, ei ole see endiselt kriisieelse tasemele tõusnud.

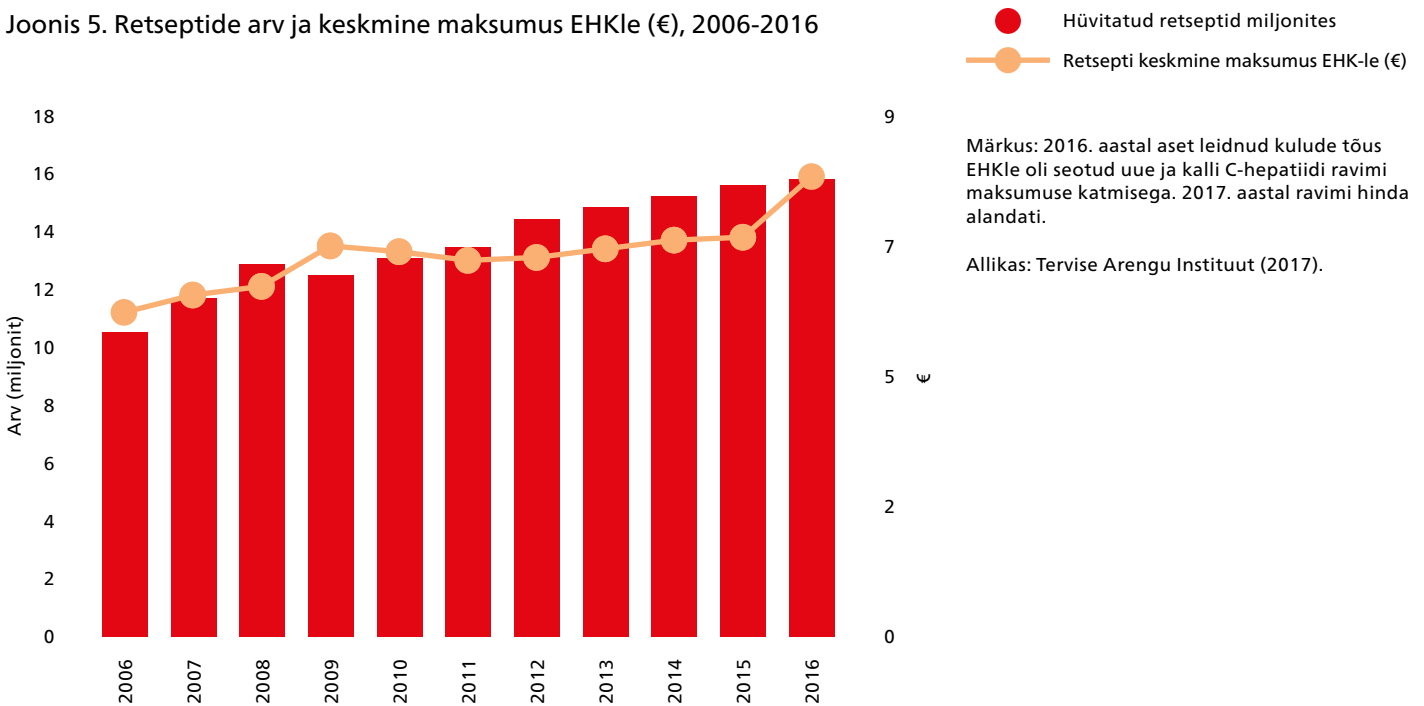
EHK on püüdnud rahaliselt motiveerida päevaravi kasutamist; päevaravi kasutamine on suurenenud ja haiglaravijuhtude arv vähenenud, seda nii inimese kohta kui ka kokku (joonis 4).

Retseptiravimite kasutamine langes 2009. aastal veidi, kuid oli 2010. aastaks uuesti kriisieelsel tasemel (joonis 5).

Joonis 4. Tervishoiuteenuste kasutamine (tuhandetes) Eestis, 2004-2016



Joonis 5. Retseptide arv ja keskmine maksumus EHKle (€), 2006-2016



3.3 Kokkuvõte

Alla 18-aastased lapsed ja pensionärid saavad automaatselt õiguse avalikult rahastatud ravikindlustusele. Teised ühiskonnarühmad peavad kindlustuskaitse saamiseks tasuma sotsiaalmaksu. Selle tulemusena katab kohustuslik ravikindlustus vaid 95% elanikkonnast.

Kõige suurema tõenäosusega on kindlustamata pikaajalised töötud ja noored mitteaktiivsed mehed. 2017. aastal ei olnud 14% 20–39-aastastest täiskasvanutest ravikindlustust (kui võrrelda kindlustatuid rahvastikuregistri andmetega). Samuti on probleemiks ravikindlustuse pidev kehtivus: 2015. aastal oli 11% 20–64-aastastest inimestest kindlustatud alla 11 kuu aastas.

Lisaks sellele, et ravikindlustusele ei ole õigust kogu elanikkonnal, on suuremad lüngad ravikindlustuses seotud alljärgnevaga:

- täiskasvanute hambaravi piiratud hüvitamine, ehkki olukord on viimastel aastatel paranenud;
- ambulatoorsete retseptiravimite, hambaravi, eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi omaosalus, kaasa arvatud protsentuaalse omaosaluse kasutamine hambaravi, retseptiravimite ning teatud statsionaarse ravi korral;
- omaosalustasude vabastuste puudumine vaesemale elanikkonnale;

- ambulatoorsete retseptiravimite omaosaluse ülempiiri puudumine (kuigi aastatel 2015 ja 2018 tehti ülempiiris muudatusi, et kaitsta vaesemat elanikkonda suurte ravimikulude eest, aga endiselt ei kehtestatud omaosalusele maksimaalset ülempiiri);
- omaosaluse kogusumma ülempiiri puudumine.

Vabatahtlik ravikindlustus (VRK) ei mängi nende lünkade täitmisel mingit rolli. 2016. aastal moodustas see ainult 0,28% tervisele tehtud kogukulutustest ning kattis alla 1000 inimese.

Rahuldamata vajadused tervishoiuteenuste järele, mis inimestel nende enda hinnangul on, on Eestis tõsiseks probleemiks. Enne kriisi selle tase langes, kuid on 2009. aastast alates järsult tõusnud. Alates 2010. aastast on see märgatavalt üle EL27 keskmise hambaravi, tervishoiuteenuste ja retseptiravimite puhul. Sissetulekutega seotud ebavõrdsus rahuldamata vajaduste puhul on samuti alates 2009. aastast tõusnud. EU-SILC andmete põhjal on need hambaravi puhul suuremad kui teistes tervishoiuteenustes. Seda leidu kinnitavad ka Eesti terviseuuringu andmed, mis viitavad lisaks asjaolule, et sissetulekute ebavõrdsus rahuldamata vajaduste puhul puudutab kõige enam retseptiravimeid.

4. Leibkonna kulutused tervishoiule

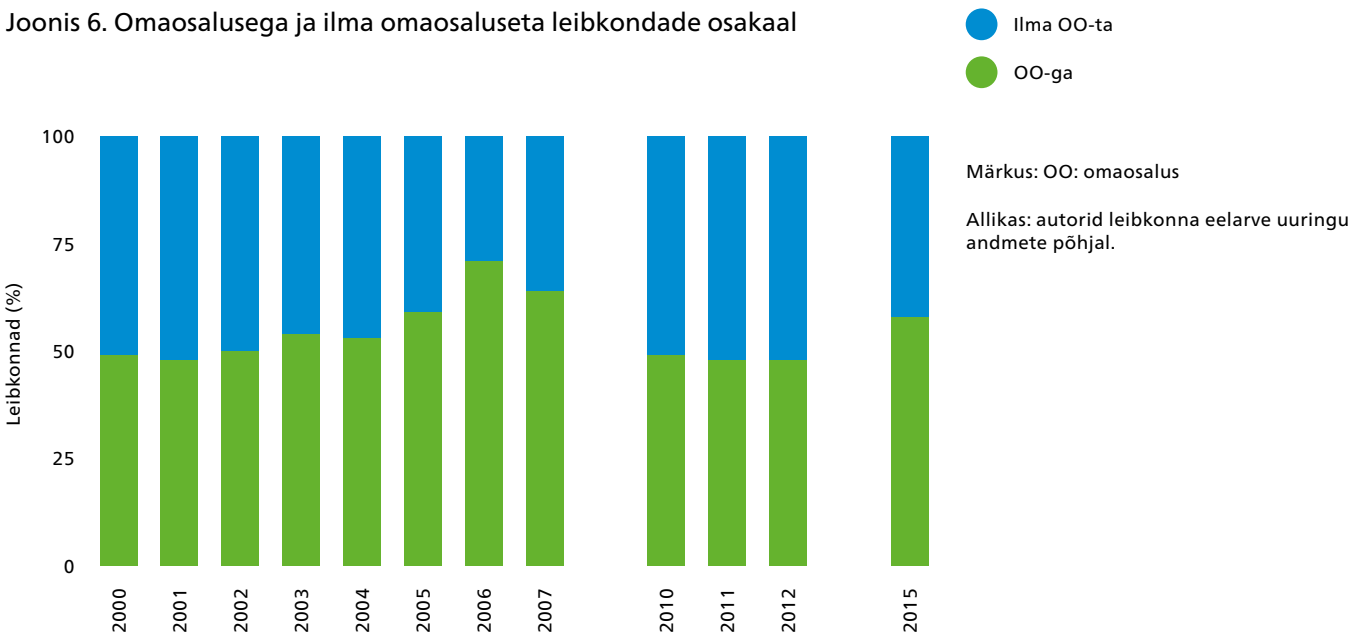
Selle peatüki esimese osas kasutatakse leibkonna eelarve uuringu (LEU) andmeid, et tuvastada suundumusi leibkondade tervishoiule tehtavates kulutustes ehk omaosaluses. Omaosalus tähendab ametlikke ja mitteametlikke tasusid, mida inimesed mistahes tervishoiuteenuse või toote kasutamise ajal maksavad. Tähele tuleks panna, et leibkonna uuringu andmetes toimus meetoodika muutus 2007. aastal. LEUd ei viidud läbi aastatel 2008, 2009, 2013 ja 2014 (vt punkt 2.2). Siinses peatükis käsitletakse lühidalt ka mitteametlike tasude rolli ning aja jooksul toimunud omaosaluse muutuste taga seisvaid peamisi tegureid.

4.1 Omaosalus

Omaosalus hõlmab omaosalustasusid EHK hüvitatud teenuste eest, otsemakseid teenusepakkujatele teenuste eest, mis on väljaspool EHK hüvitatud teenuste nimekirja, otsemakseid teenusepakkujatele, kellega EHKL leping puudub, ja mitteametlike tasusid.

Leibkondade osakaal, kes omaosalust on maksnud, tõusis 49%-lt 2000. aastal tipptaseme 71%-ni 2006. aastal. 2007. aastal see osakaal langes. Aastatel 2010–2012 maksis omaosalust 48% leibkondadest; 2015. aastaks oli see näitaja tõusnud 58%-ni (joonis 6).

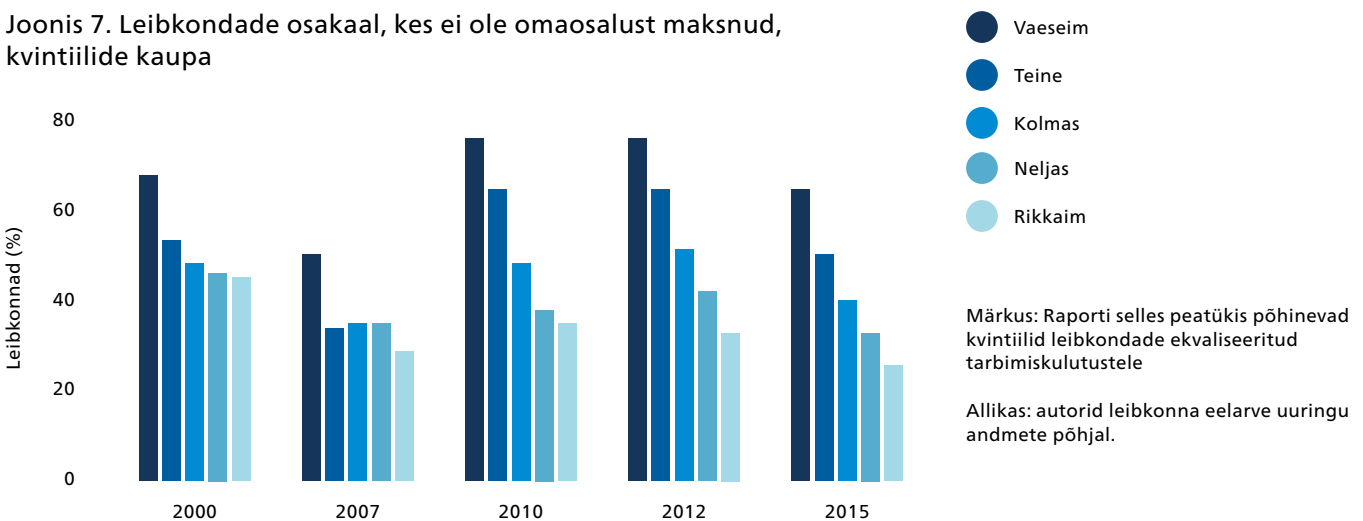
Joonis 6. Omaosalusega ja ilma omaosaluseta leibkondade osakaal



Kõigi aastate lõikes on leibkonnad, kes ei ole omaosalust maksnud, suurema tõenäosusega vaesed kui jõukad (joonis 7). Kõige silmatorkavam oli erinevus tarbimiskvintilide vahel aastatel 2010–2012, kui 74% leibkondadest kõige vaesemas kvintilis ei olnud maksnud omaosalust, kuid kõige jõukamas kvintilis ei olnud omaosalust maksnud ainult ligikaudu 34% inimestest. 2015. aastaks oli see lõhe veidi vähenenud. Regressioonanalüüs näitab, et ka pärast leibkonnatüübiga

arvestamist jääb sissetulek mõjutama omaosaluse olemasolu tõenäosust kõigi tervishoiuliikide puhul. Võttes arvesse, et Eesti tervishoiusüsteemis puuduvad sissetulekuga seotud erandid omaosaluse tasumisel, mis võimaldaksid vaesematel leibkondadel tasuda väiksemat omaosalust kui jõukamad leibkonnad, siis võib selline erinevus olla tingitud vaesemate leibkondade palju suurematest rahuldamata vajadustest tervishoiu järele, nagu näitavad joonised 2 ja 3.

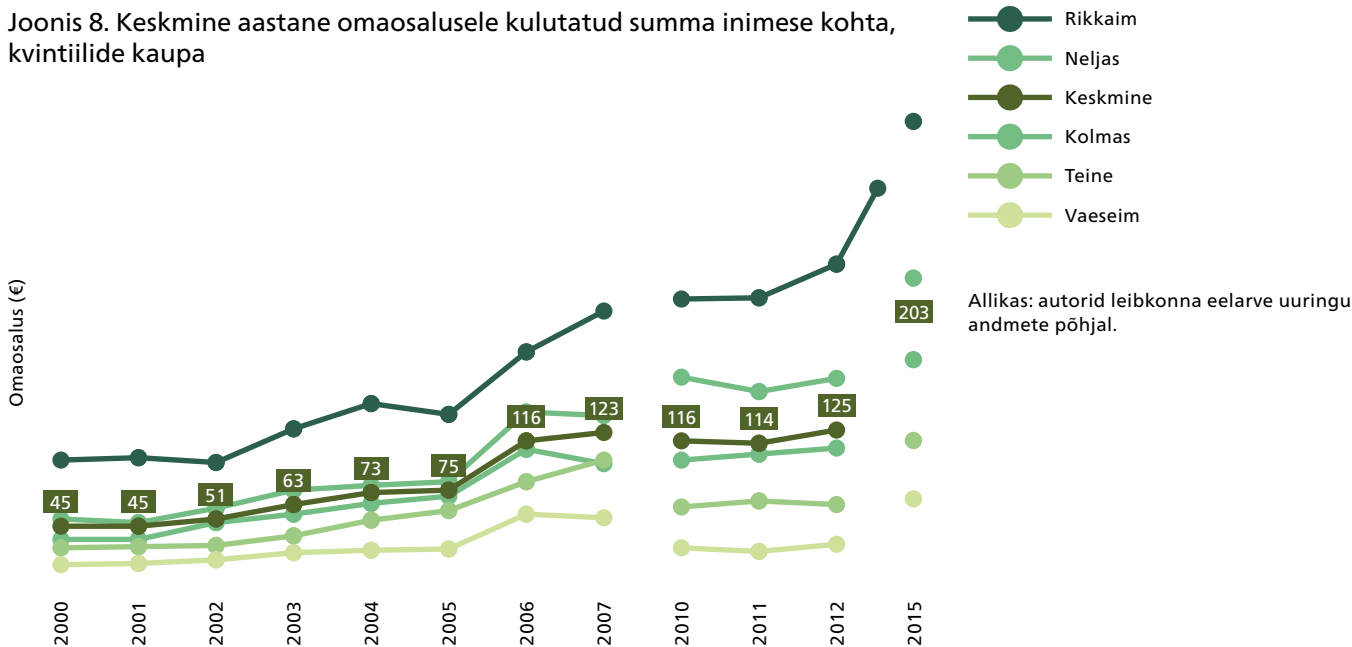
Joonis 7. Leibkondade osakaal, kes ei ole omaosalust maksnud, kvintilide kaupa



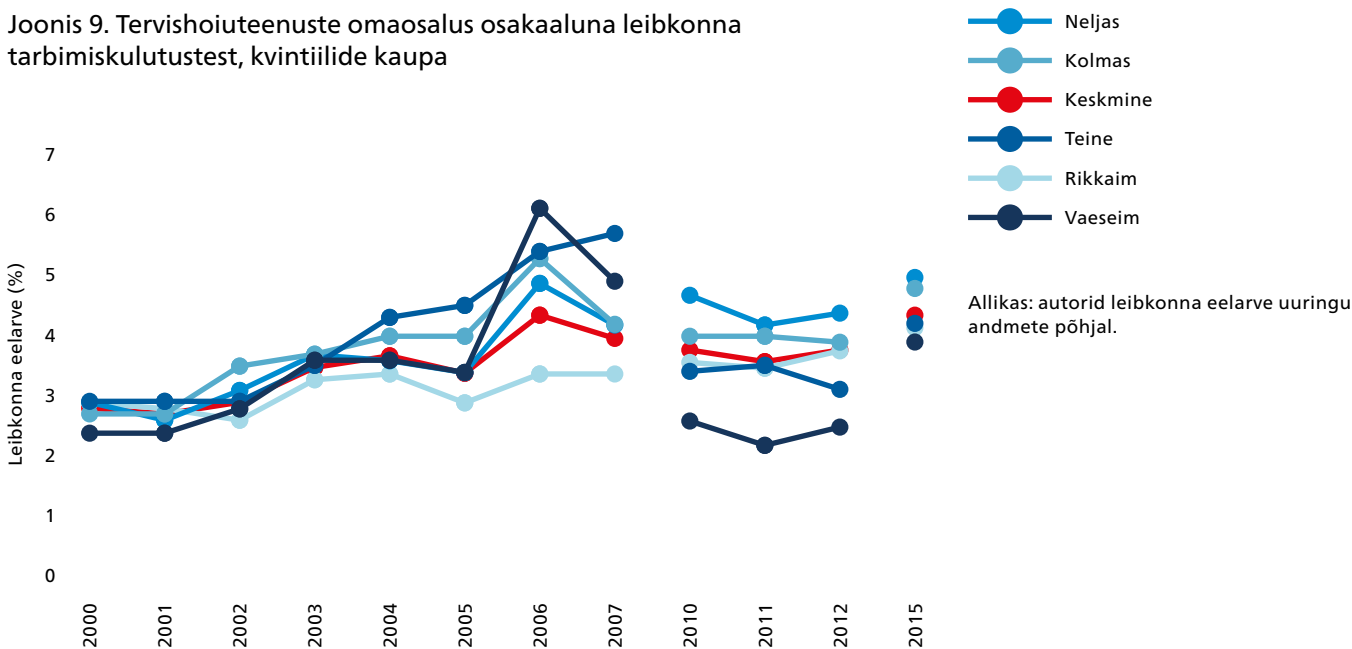
Aastatel 2000–2015 kasvas omaosalus stabiilselt, nominaalnäitajates neljakordistudes. Keskmine summa aastas, mis omaosaluseks maksti, tõusis 45 eurolt inimese kohta 2000. aastal kuni 203 euronni 2015. aastal (joonis 8). Omaosalusele kulutatud summa kasvas eriti ruttu kriisieelsetel kiire majanduskasvu aastatel (2005–2007) ja pärast kriisi (2015). Kulutuste kasv on olnud kõige suurem kõige jõukamas kvintilis. 2015. aastal tasus kõige jõukam kvintii omaosalust peaaegu kuus korda rohkem kui kõige vaesem kvintii (382 eurot versus 67 eurot).

Keskmiselt moodustas omaosalus 2015. aastal ligikaudu 4,5% leibkonna tarbimiskulutustest (joonis 9). Ajavahemikus 2000–2007 see suhtarv tõusis. 2010. aastal oli see pisut madalam kui oli olnud 2007. aastal. Ajavahemikus 2012–2015 tõusis see taas. Enne kriisi oli suhtarv kõige kõrgem kõige vaesemas kvintilis. 2010. aastal, peale kriisi, oli see kõige madalam kõige vaesemas kvintilis. See järsk muutus vaeseima kvintiili positsioonis peegeldab vanemate inimeste positsiooni muutust. Enne kriisi olid nad peamiselt kontsentreeritud vaeseimasse kvintiili. Pärast kriisi liikusid nad üles jõukamatesse kvintilidesse.

Joonis 8. Keskmise aastane omaosalusele kulutatud summa inimese kohta, kvintiilide kaupa

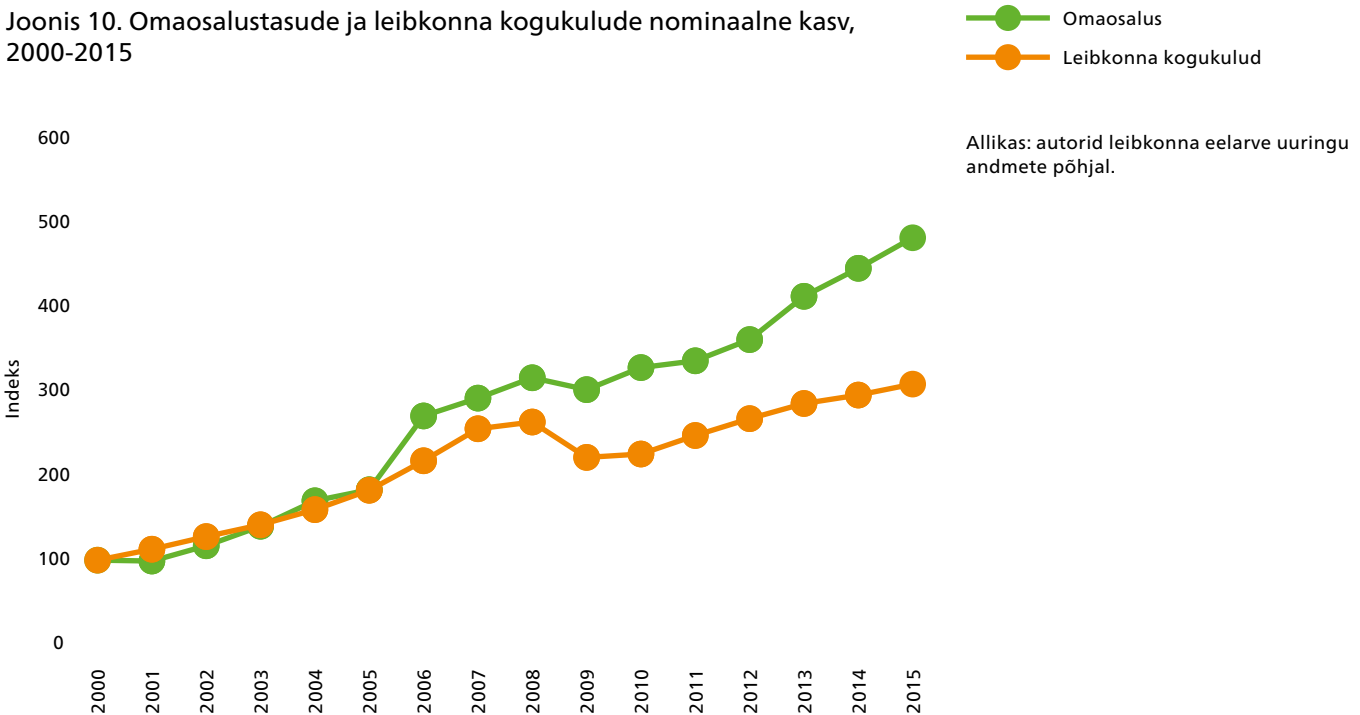


Joonis 9. Tervishoiuteenuste omaosalus osakaaluna leibkonna tarbimiskulutustest, kvintiilide kaupa



Alates 2005. aastast on omaosalus kasvanud kiiremini kui leibkonna kogukulutused (joonis 10).

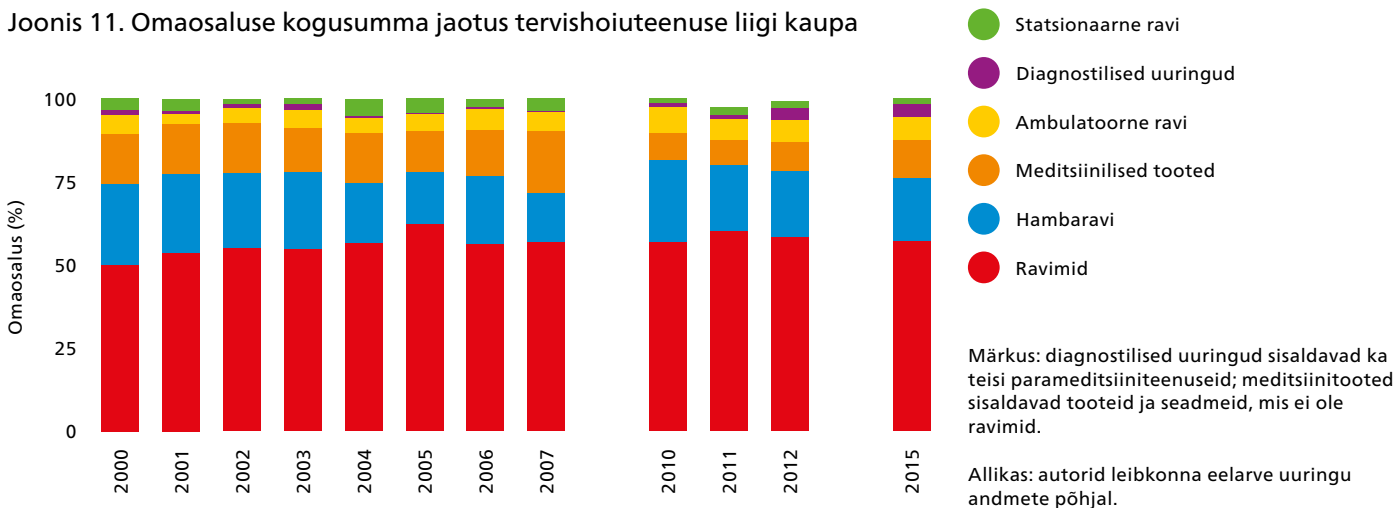
Joonis 10. Omaosalustasude ja leibkonna kogukulude nominaalne kasv, 2000-2015



Ambulatoorsete ravimite eest makstav omaosalus on kõigis kvintiilides suurim omaosaluse liik; sellele järgneb hambaravi (joonis 11). Kulutused statsionaarsele ravile ja diagnostilistele uuringutele on väikesed. Kõige kulukam artikkel meditsiinitoodete kategoorias on tavaliselt prillid.

Kõigi aastate lõikes kulutavad vaesemad leibkonnad ravimite peale suurema osakaalu omaosalusest kui jõukamad leibkonnad, samal ajal kui jõukamad leibkonnad kulutavad suurema osakaalu omaosalusest hambaravile (joonis 12). See muster ei olnud aastal 2010 nii ilmne kui aastal 2000, seda ilmselt tänu vanemate inimeste nihkumisele vaesematest kvintiilidest jõukamatesse kvintiilidesse kriisiaastatel. Leibkonna eelarve uuringu andmed näitavad, et 2007. aastal moodustasid üksi elavad pensionärid ja pensionäridest paarid 40% kõige vaesemast kvintiilist. 2011. aastaks oli nende osakaal langenud 29 protsendini, kuid 2015. aastal oli see aga taas suurem.

Joonis 11. Omaosaluse kogusumma jaotus tervishoiuteenuse liigi kaupa



Joonis 12. Omaosaluse kogusumma jaotus tervishoiuteenuse liigi ja tarbimiskvintili kaupa

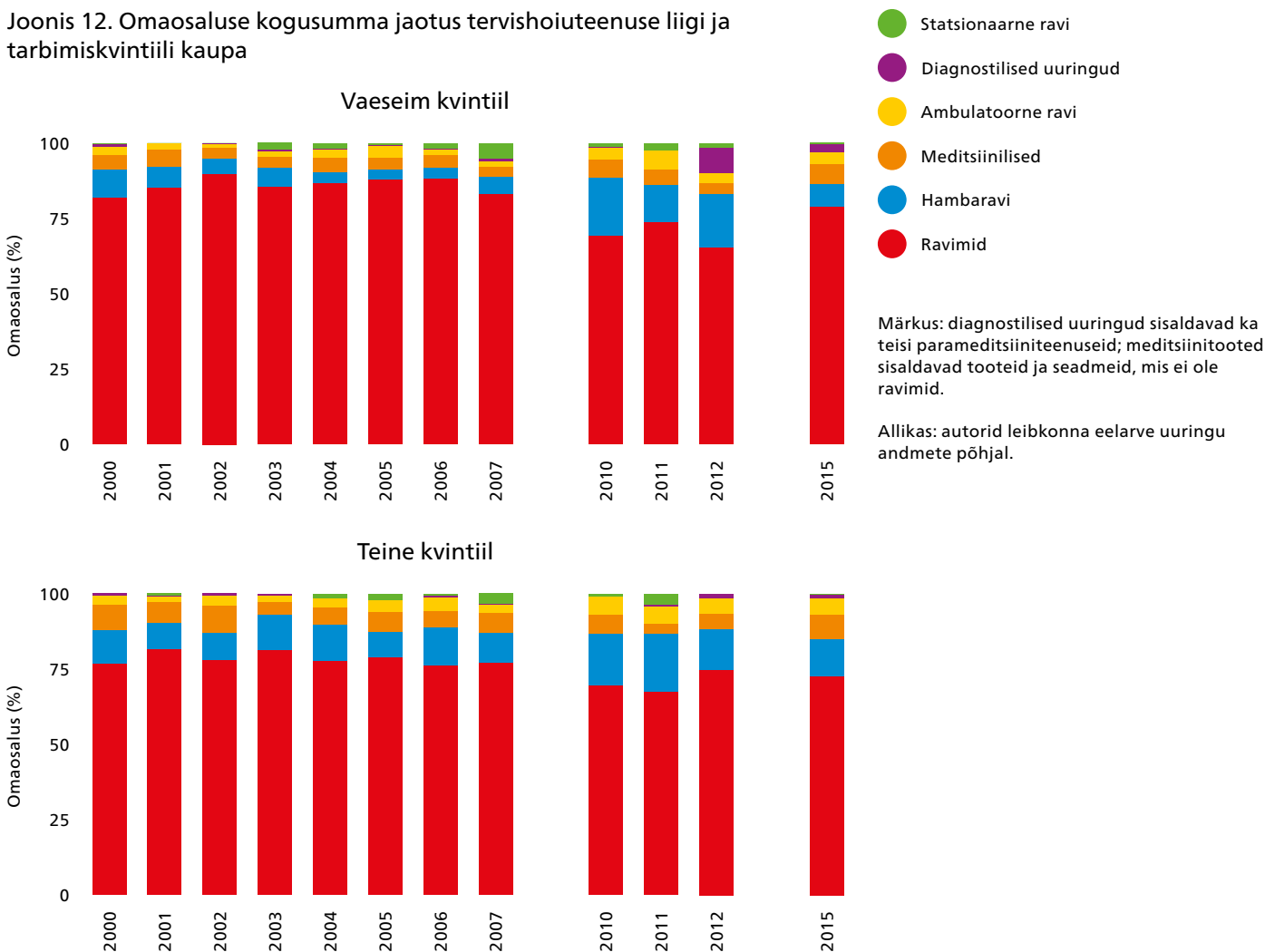
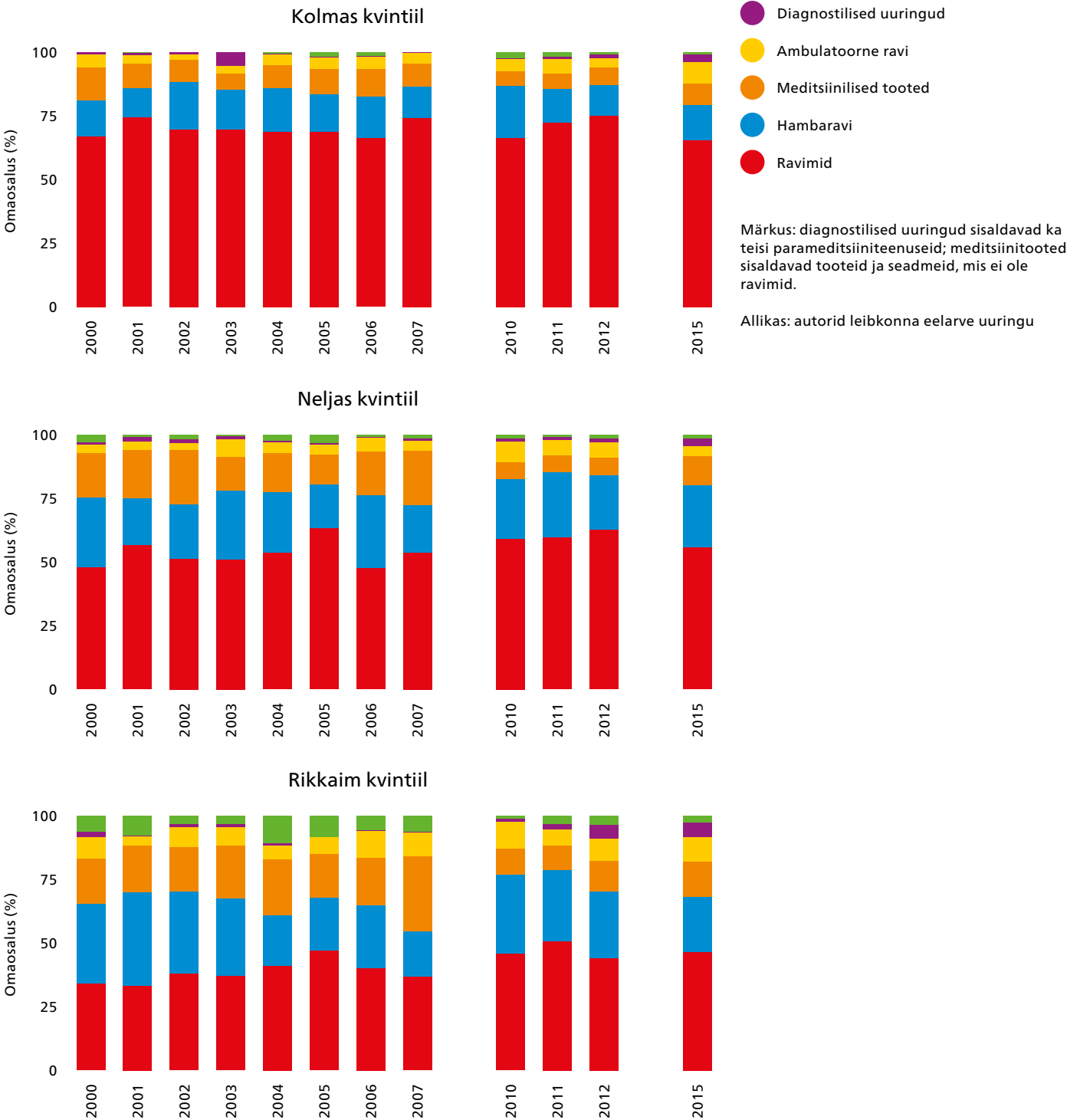


Fig. 12. jätkub



4.2 Mitteametlikud tasud

Mitteametlike tasude kohta on vähe infot. 2011. aastal tehtud uuring näitab, et kuni 5% täiskasvanutest on arstile vähemasti korra elus kingituse teinud või raha andnud, et kiiremini ravi saada (Kiivet jt, 2011).

Eurobaromeetri eriuuring korruptsiooni kohta (2014) leidis, et 3% Eestis küsitlusele vastanutest ütles, et on arstile täiendavalt raha juurde maksnud, väärtusliku kingituse teinud või haiglale annetuse teinud, et kiiremini ravi saada. See on alla EL28 ja EU13 keskmise, milleks on vastavalt 4% ning 9%.

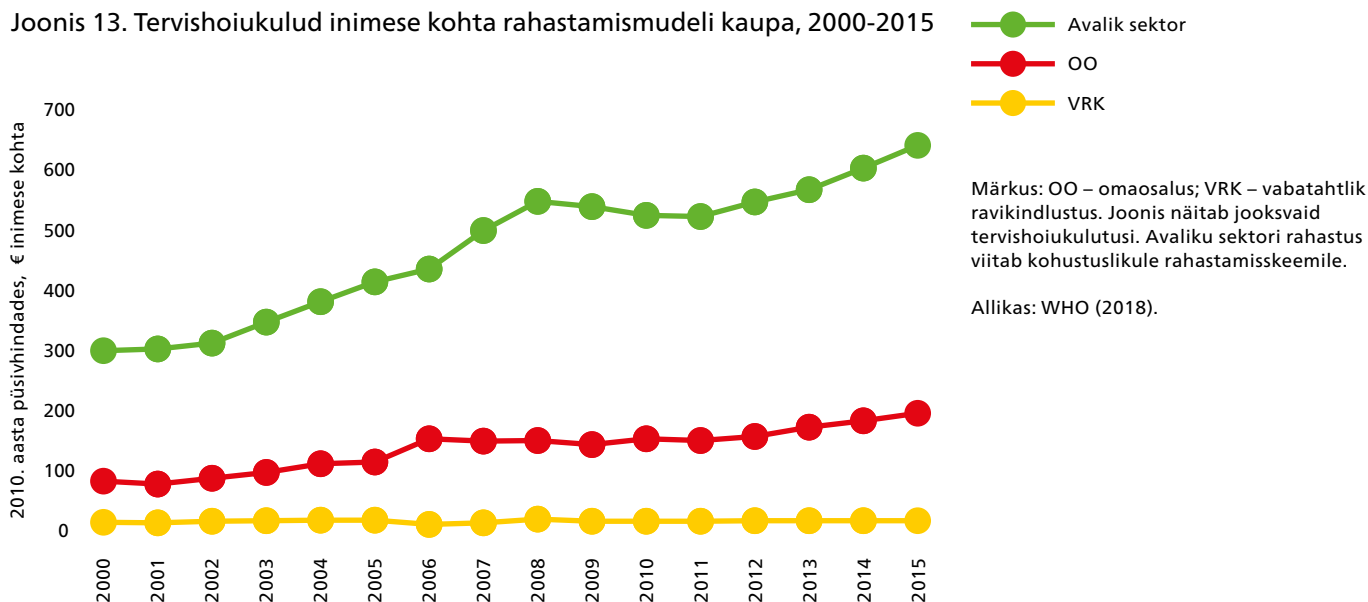
4.3 Mis põhjustab muutust omaosaluses?

Ka tervishoiu kogukulude arvestuse kohaselt on omaosalus inimese kohta reaalkasvatuse aja jooksul stabiilselt kasvanud. 2015. aastal oli omaosalus 2,5 korda suurem kui 2000. aastal (joonis 13). See kasvas ajavahemikus 2001–2006 ja langes veidi ajavahemikus 2007–2009, nii et 2011. aastal oli see pisut madalam kui 2006. aastal. Aastatel 2012–2015 kasvas see taas.

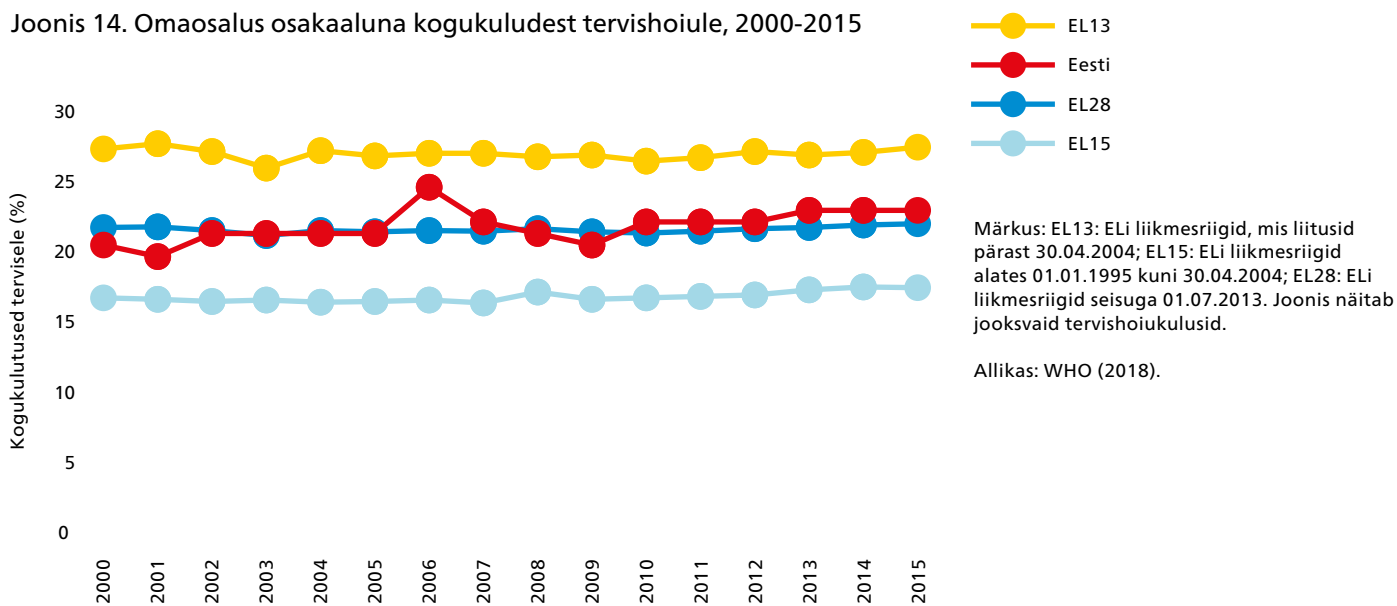
Omaosaluse suurenemine ei olnud tingitud kärbetest avalikus tervishoiusektoris. Avaliku sektori kulutused tervishoiule ühe inimese kohta kasvasid ajavahemikus 2000–2008 reaalkasvatuse kiiresti, tõustes 303 eurolt aastal 2000 559 eurole aastal 2008 (joonis 13). Kui avaliku sektori tervishoiukulutused majanduskriisi ajal langesid, vähenes ka omaosalus, mitte ainult inimese kohta mõõdetuna, vaid ka osakaaluna tervisele tehtud kogukulutustest (joonis 14), mis peegeldab leibkonna elatustaseme alanemist. Alates 2012. aastast on avaliku sektori tervishoiukulutused stabiilselt kasvanud. Samuti on kasvanud omaosaluse osakaal tervisele tehtud kulutustest: 2015. aastal oli see 23%, mis on lähedal EL28 keskmisele.

Tervishoiu kogukulude andmed (joonis 15) näitavad, et aastatel 2008–2015 tõusis omaosalus kõige kiiremini pikaajalises statsionaarses ravis (+139%), sellele järgnes ambulatoorne eriarstiabi (+83%) ja hambaravi (+58%). Omaosaluse kiire tõus statsionaarses ravis peegeldab voodipäevatasude sisseviimist statsionaarses õendusabis aastal 2010. Omaosaluse tõus ambulatoorses eriarstias võib osaliselt peegeldada ka seda, et inimesed otsustavad kiirema ravi saamiseks pigem eraarstile maksta. Osaliselt tuleneb kasv sellest, et tervishoiuteenuste hinnad on tõusnud. Aastast 2008 kuni 2015 kasvasid tarbijahinnad tervishoius keskmiselt 19,4%, samal ajal kui hinnad hambaravis kasvasid 24,5% (Eurostat, 2018a).

Joonis 13. Tervishoiukulud inimese kohta rahastamismudeli kaupa, 2000-2015

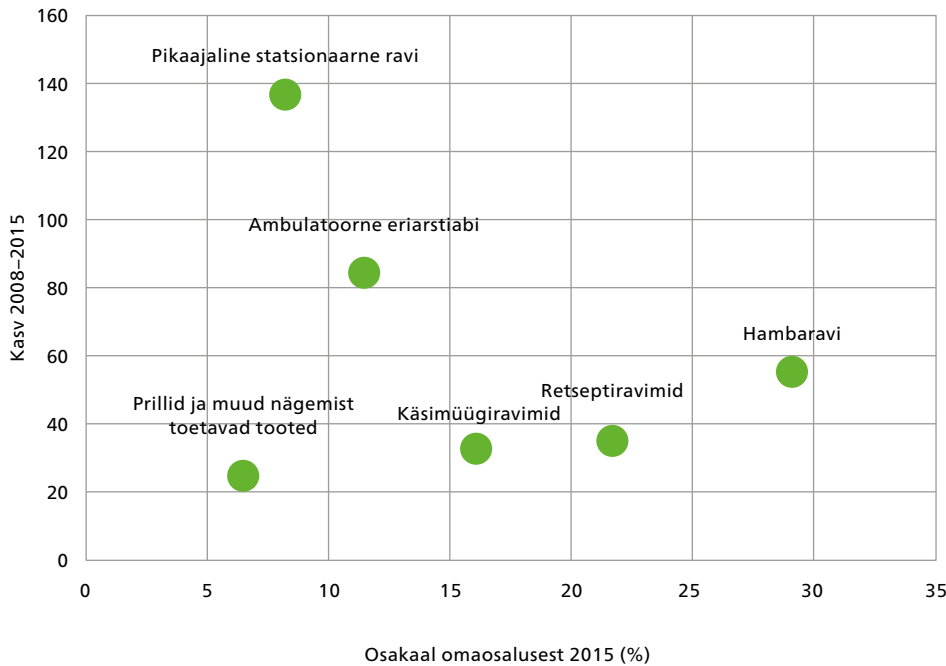


Joonis 14. Omaosalus osakaaluna kogukuludest tervishoiule, 2000-2015



Joonis 15. Omaosaluse kasv tervishoiuteenuste kaupa, 2008–2015

Allikas: autorid TAI andmete põhjal



4.4 Kokkuvõte

Leibkonna eelarve uuringu andmed näitavad, et 2015. aastal tasus 58% leibkondadest omaosalust. Omaosalust tasunud leibkondade osakaal tõusis 49%-lt 2000. aastal tipptasemeni 71% 2006. aastal. 2007. aastal langes see 64%-le ning aastaks 2010 oli see veelgi langenud, ulatudes ligikaudu 48%-le.

Aastate lõikes on omaosalust mitte tasunud leibkonnad suurema tõenäosusega vaesed kui jõukad. Erinevus tarbimiskvintilide vahel oli kõige silmatorkavam majanduskriisijärgsetel aastatel 2010–2012. Võttes arvesse, et Eesti tervishoiusüsteemis puuduvad sissetulekuga seotud erandid omaosaluse tasumisel (mis tähendaks seda, et vaesemad leibkonnad peaksid tasuma madalamat omaosalust kui jõukamad leibkonnad), võib see erinevus olla tingitud palju suuremast rahuldamata vajadusest tervishoiuteenuste järele vaesemate leibkondade hulgas. Viimastel aastatel võib see samuti peegeldada eakamate leibkondade liikumist vaesematest kvintilidest jõukamatesse kvintilidesse, mis vähendab kõige vaesemas kvintilis vajadust tervishoiuteenuste järele.

Aastatel 2000–2015 kasvas omaosalus palju kiiremini kui leibkondade kogukulutused, nominaalselt neljakordistudes. Eriti kiire oli kasv kriisieelsetel tugeva majanduskasvu aastatel (2005–2007) ning pärast kriisi (2015). Kulutuste kasv on olnud suurim kõige jõukamas kvintilis, mis kulutas 2015. aastal omaosaluse peale inimese kohta peaaegu kuus korda rohkem kui kõige

vaesem kvintiiil. Samal aastal oli omaosaluse osakaal leibkonna kogukuludest jõukamate leibkondade hulgas suurem.

Ambulatoorse ravimite eest tasutav omaosalus on kõigis kvintiiilides suurim omaosaluse liik; sellele järgneb hambaravi. Kõigi aastate lõikes kulutavad vaesemad leibkonnad ravimite peale suurema osakaalu omaosalusest kui jõukamad leibkonnad, samal ajal kui jõukamad leibkonnad kulutavad suurema osakaalu omaosalusest hambaravi peale.

Eesti küsitlusuuringu andmete alusel on kuni 5% täiskasvanutest ravile kiirema juurdepääsu saamiseks maksnud mitteametlikke tasusid. Eurobaromeetri eriuuring korruptsiooni kohta leidis, et 3% täiskasvanutest on arstile täiendavalt raha maksnud, väärtusliku kingituse teinud või haiglale annetuse teinud, et kiiremini ravi saada.

Tervishoiu kogukulude andmed näitavad samuti, et omaosalus inimese kohta on reaalkasvatuse aja jooksul kasvanud, ehkki kriisijärgsel perioodil oli kasv aeglasem. 2015. aastal olid omaosalus 2,5 korda suurem kui 2000. aastal.

Avaliku sektori kulutused tervishoiule ühe inimese kohta kasvasid vahemikus 2000–2008 reaalkasvatuse kiiresti. Kui avaliku sektori tervishoiukulutused majanduskriisi ajal langesid, vähenes ka omaosalus, mitte ainult inimese kohta mõõdetuna vaid ka osakaaluna tervisele tehtud kogukulutustest, mis peegeldab leibkonna elatustaseme alanemist. Alates 2012. aastast on avaliku sektori tervishoiukulutused stabiilselt kasvanud. Samuti on kasvanud omaosaluse osakaal tervishoiu kogukuludest: 2015. aastal oli see 23%, mis on lähedal EL28 keskmisele.

Aastatel 2008 – 2015 seisnes omaosaluse suurenemise põhjus peamiselt kulutustes statsionaarsele ja ambulatoorsele eriarstiabile. See kasv peegeldab pigem ravikindlustussüsteemis läbiviidud muudatusi, mis vähendasid hüvitisi ja suurendasid patsiendi omaosalust, kui avaliku sektori tervishoiukulutuste vähenemist.

5. Finantskaitse

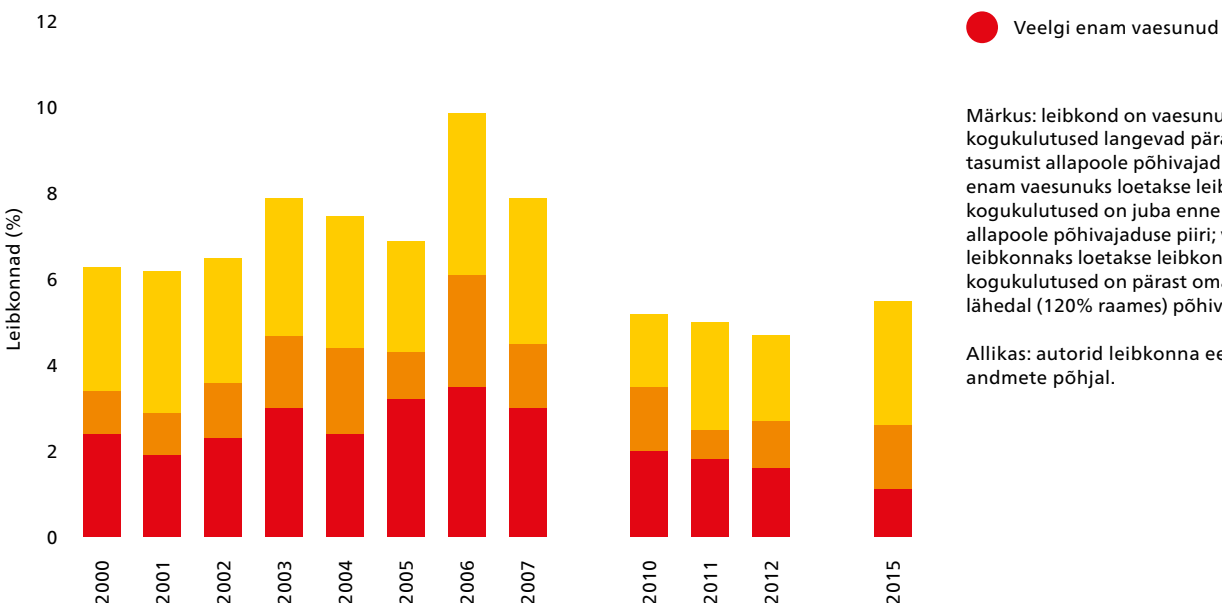
Selles peatükis kasutatakse Eesti leibkonna eelarve uuringu andmeid, et hinnata, millisel määral toob patsiendi omaosalus tervishoiuteenuseid kasutavatele leibkondadele kaasa rahalisi raskusi. Esmalt näidatakse seost tervishoiuteenuste omaosaluse ning vaesumisohu vahel ning seejärel hinnatakse katastroofilisel tasemel omaosaluse esinemust, selle jaotust ja põhjuseid. Tähele tuleks panna, et 2007. aastal muutus leibkonna eelarve uuringu meetodika. Uuring puudus aastatel 2008, 2009, 2013 ning 2014 (lisainfoks vt punkt 2.2).

5.1 Kui paljud leibkonnad kannatavad rahaliste raskuste all?

5.1.1 Omaosalus ja vaesumisohu

Joonisel 16 on näidatud nende leibkondade osakaal, kes on pärast tervishoiuteenuste kasutamise eest tasunud omaosalust vaesumisohus või vaesunud. Siin kasutatud vaesuspiir peegeldab põhivajadustele (toit, üür, kommunaalmaksud) tehtud kulutusi Eesti suhteliselt vaese elanikkonna seas (leibkonnad, kes on vahemikus 25.–35. protsentiil leibkondade tarbimise jaotusest, mis on kohandatud leibkonna suuruse ja koosseisuga). 2015. aastal oli nende põhivajaduste rahuldamise keskmine kuumaksumus ehk põhivajaduste piir 213 eurot üheliikmelise leibkonna kohta. Põhivajaduste piir on pisut kõrgem kui absoluutne vaesuspiir (elatusmiinimum) samal aastal, mis oli 201 eurot üheliikmelise leibkonna kohta.

Joonis 16. Pärast omaosaluse tasumist vaesumisohus olevate leibkondade osakaal



Leibkondade osakaal, kes pärast omaosaluse tasumist vaesusid või veelgi rohkem vaesusid, tõusis ligikaudu 3%-lt aastal 2000 tipptaseme 6%-ni aastal 2006, langes seejärel 2007. aastal 4,5%-ni, 2010. aastal 3,5%-ni ja 2015. aastal 2,6%-ni. Pärast omaosaluse tasumist on vaesumisohus ligikaudu 2–3% leibkondadest.

Üldist langust nende leibkondade osakaalus, kes pärast omaosaluse tasumist vaesuvad või veelgi rohkem vaesuvad, võib selgitada leibkondade kasvanud tuludega ja retseptiravimite omaosaluse vähenemisega. See võib samuti peegeldada suurenenud rahuldamata vajadust majanduskriisi ajal.

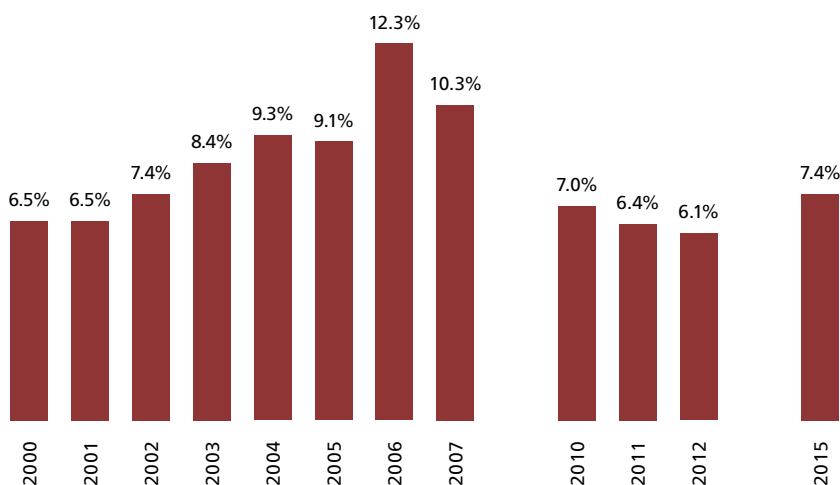
5.1.2 Katastroofiline omaosalus

Leibkonnad, kelle omaosalus on katastroofilisel tasemel, on (siinse ülevaate tähenduses) leibkonnad, kes kulutavad omaosalusele üle 40% oma maksevõimest. See sisaldab ka leibkondi, kes pärast omaosaluse tasumist vaesuvad (kuna neil puudub edasine maksevõime) või veelgi enam vaesuvad (kuna neil puudub maksevõime).

2015. aastal oli ligikaudu 7% leibkondadest tervishoiuteenuste katastroofilise omaosalusega (joonis 17). Üldiselt tõusis katastroofilise omaosaluse esinemus aastatel 2000–2006 ning langes seejärel 2007. aastal ja ka vahemikus 2010–2012. 2015. aastal tõusis see taas veidi.

Joonis 17. Katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal

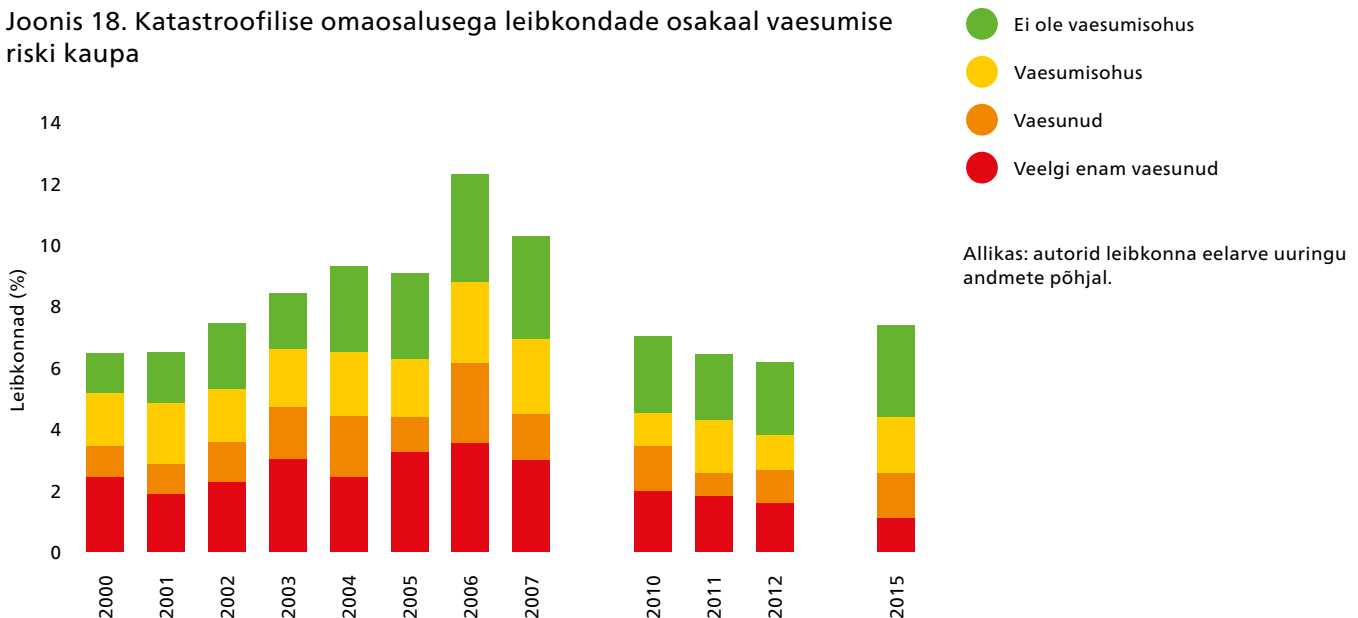
Allikas: autorid leibkonna eelarve uuringu andmete põhjal.



5.2 Kes kogevad rahalisi raskusi?

Katastroofiline omaosalus on kõigil aastatel koondunud nende leibkondade hulka, kes on juba niigi vaesed või vaesumisohus, kuid viimastel aastatel on see tendents veidi vähenenud (joonis 18), mis tähendab, et üha kõrgema osakaalu suurte omaosalustasude maksjatest moodustavad võrdlemisi heal elujärjel leibkonnad.

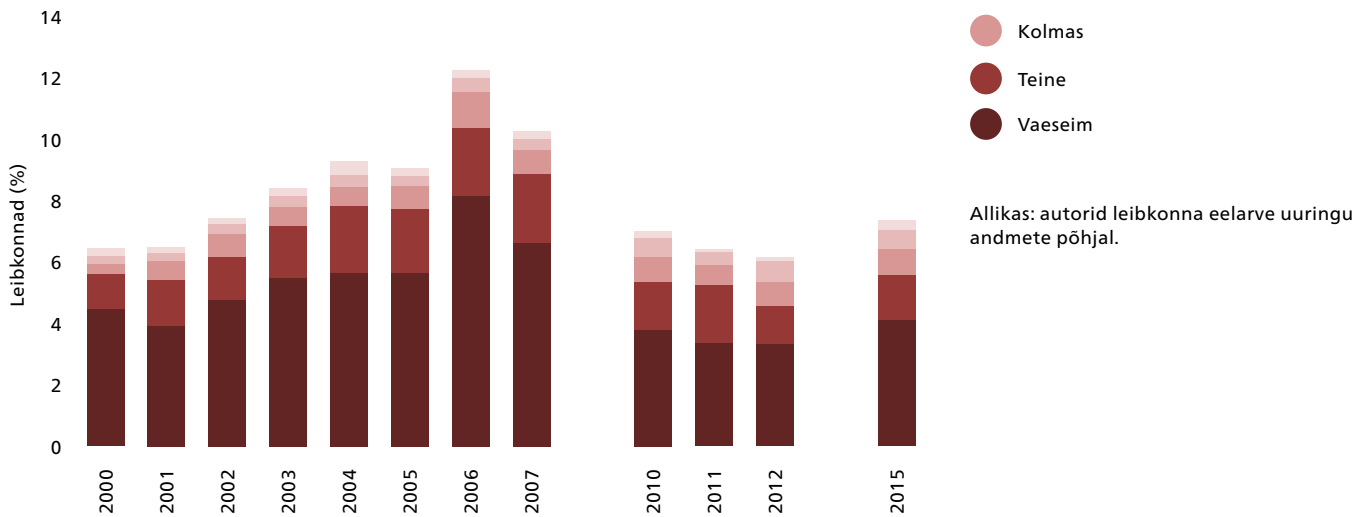
Joonis 18. Katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal vaesumise riski kaupa



2015. aastal olid kõige vaesemas kvintilis katastroofilise omaosaluse poolt mõjutatud 4% leibkondadest, kuid kõige jõukamast kvintilist vaid 0,3%. Katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal on alates 2010. aastast kahes vaesemas kvintilis kahanenud ning püsivad ülejäänud kvintilides suhteliselt stabiilsel tasemel (joonis 19).

Katastroofilisel tasemel omaosalus puudutab suures osas eakaid inimesi, nii üksikuid pensionäre kui ka pensionäripaare, kuid omaosaluse mõju on viimastel aastatel langenud. 2007. aastal tasus üle 20% pensionäride leibkondadest katastroofilisel tasemel omaosalust. 2015. aastal langes see 12%-ni pensionäride paaride ja 16%-ni üksikute pensionäride puhul. Üksikud pensionärid ja pensionäride paarid moodustavad kokku ligikaudu poole katastroofilisel tasemel tervisekulutustega leibkondadest (joonis 20). Majanduskriisi ajal oli pensionäride ja pensionäripaaride osakaal madalam, ligikaudu 40%.

Joonis 19. Katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal tarbimise kvintiili kaupa

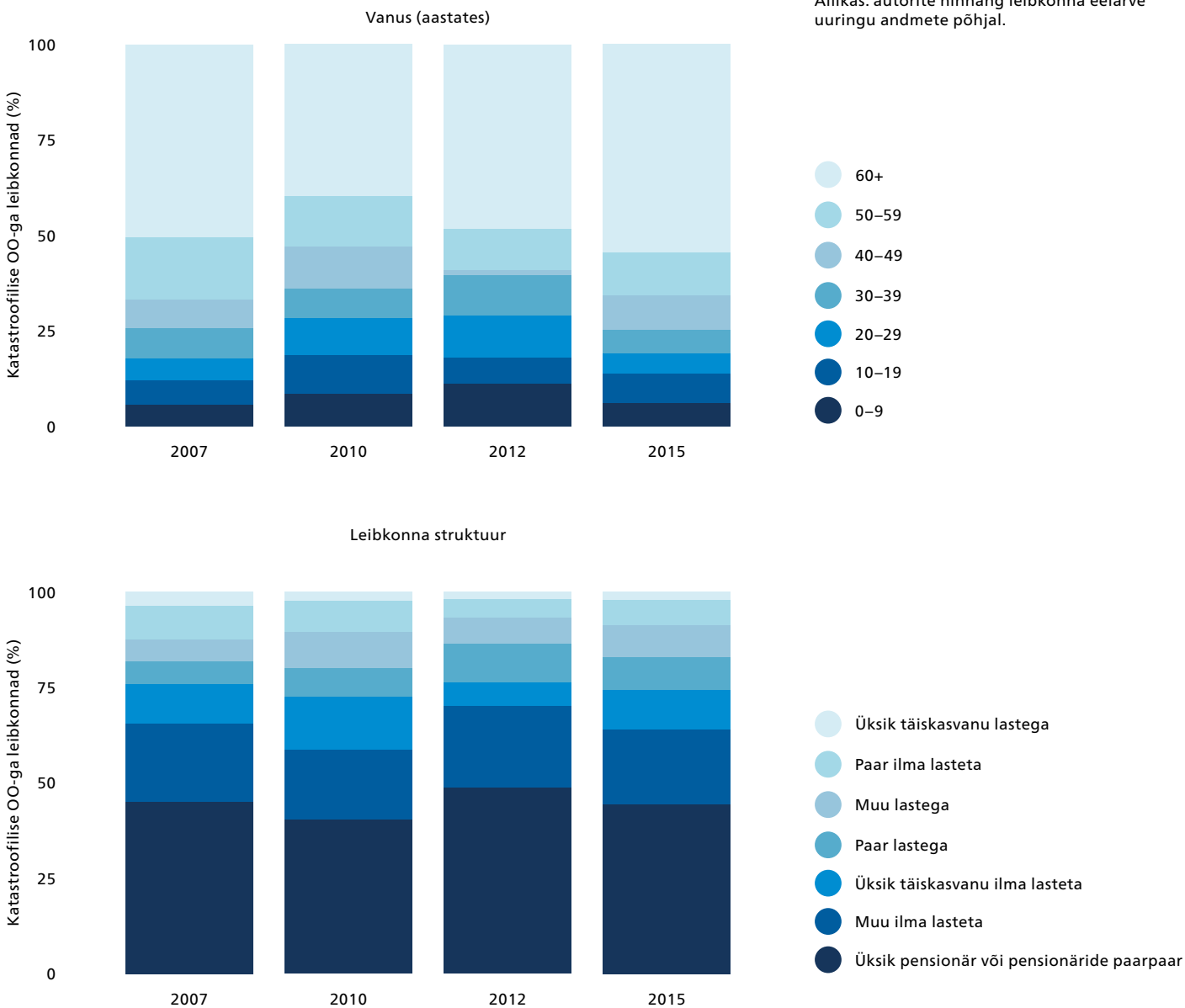


5.3 Millised tervishoiuteenused põhjustavad rahalisi raskusi?

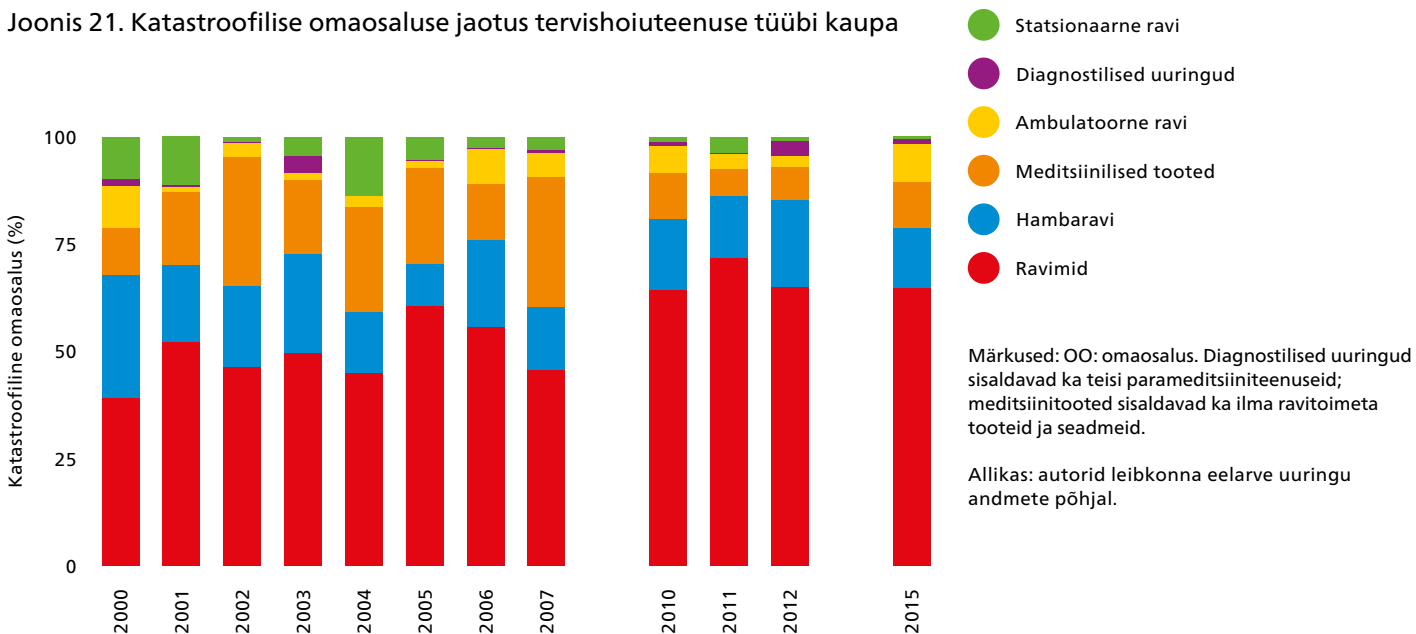
Katastroofiliste tervishoiukulutuste peamine põhjus on ravimid, neile järgneb hambaravi ja muud meditsiinilised seadmed (näiteks prillid, kuuldeaparaadid, ortopeedilised seadmed) (joonis 21). Ravimite osa katastroofilisest omaosalusest on aja jooksul kasvanud: kõige kõrgem oli see aastal 2011 (72%) ning on seejärel stabiliseerunud ligikaudu 65% tasemele.

Kõige vaesemate kvintiilide jaoks on retseptiravimite omaosalus kahtlemata kõige olulisem katastroofiliste tervisekulude põhjustaja (joonis 22). Jõukamad kvintiilid kulutavad rohkem hambaravile ja meditsiinitoodetele. Kulutused statsionaarsele ravile, mis sisaldab ka spaades pakutavaid terviseteenuseid, on märkimisväärne vaid kõige jõukamas kvintiilis.

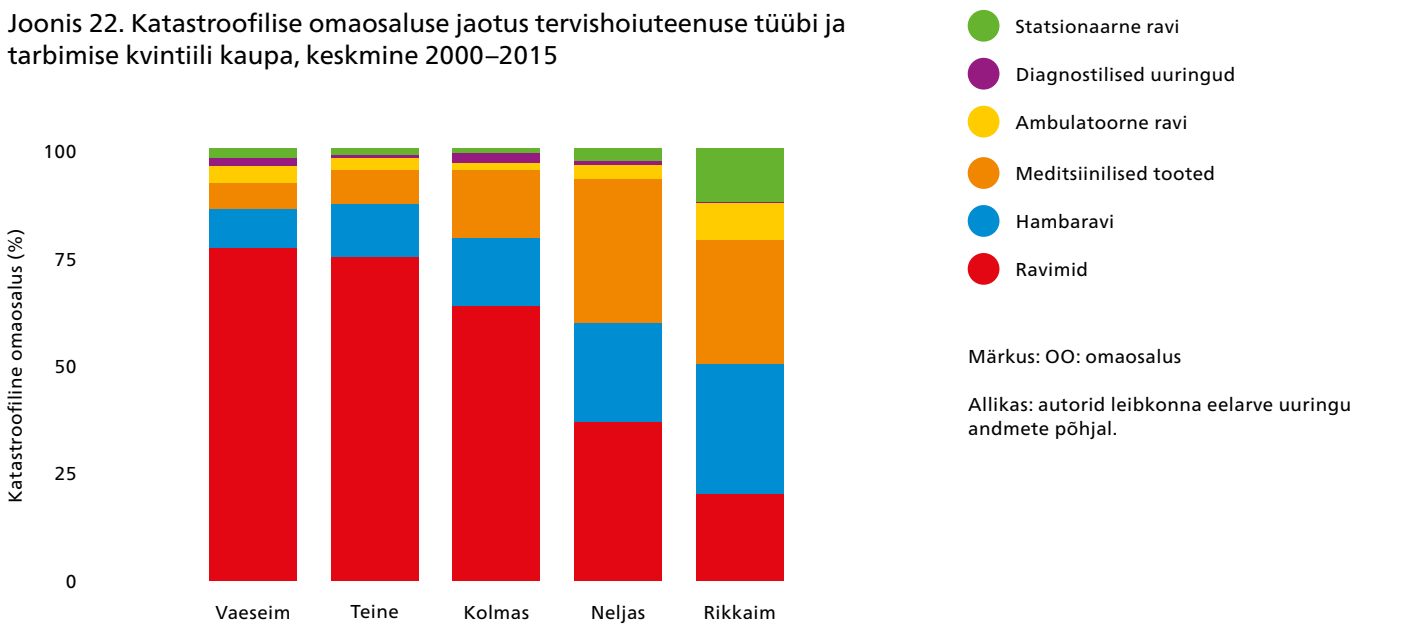
Joonis 20. Katastroofilise omaosalusega leibkondade jaotus leibkonnaliikmete vanuse ja leibkonna struktuuri kaupa



Joonis 21. Katastroofilise omaosaluse jaotus tervishoiuteenuse tüübi kaupa



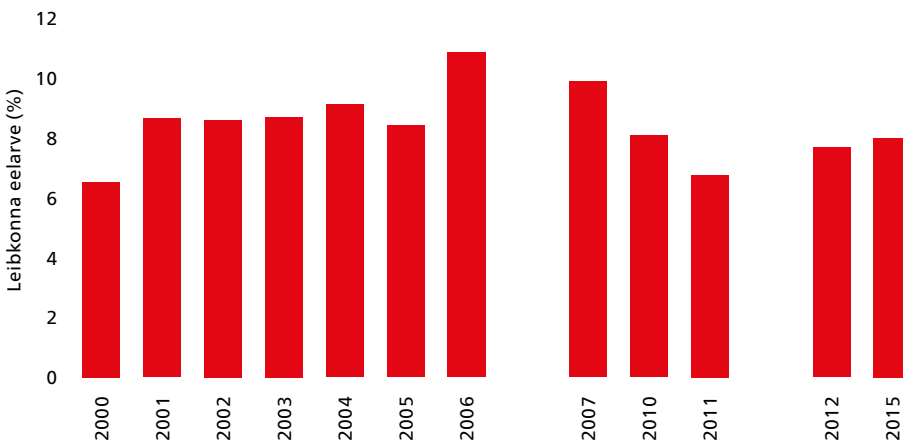
Joonis 22. Katastroofilise omaosaluse jaotus tervishoiuteenuse tüübi ja tarbimise kvintili kaupa, keskmine 2000–2015



5.4 Kui suured on rahalised raskused?

Keskmine omaosaluse osakaal leibkonna kogukulutustest nende leibkondade hulgas, kes juba elavad allpool põhivajaduste piiri – need on leibkonnad, keda omaosalus veelgi enam vaesestab – saavutas kõrgetaseme 2006. aastal, ulatudes 11%-ni, ning on aja jooksul veidi vähenenud, olles 2015. aastal 8% (joonis 23).

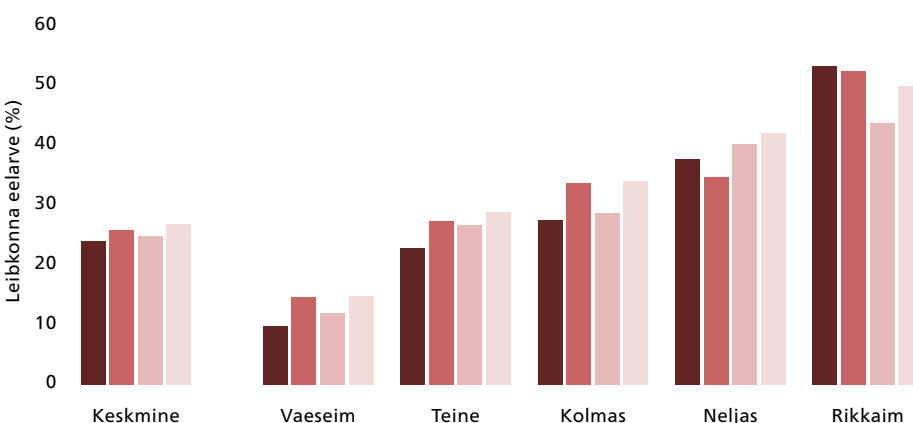
Joonis 23. Omaosaluse osakaal leibkonna kogukulutustest veelgi enam vaesunud leibkondade seas



Allikas: autorid leibkonna eelarve uuringu andmete põhjal.

Keskmine summa, mis omaosalusele kulutatakse ja selle osakaal leibkonna kogukuludest katastroofilise omaosalusega leibkondade seas tõuseb käsikäes sissetulekuga. Kõige vaesem kvintil kulutab ligikaudu 20–30 eurot kuus, peamiselt ravimitele. See moodustab nende kogueelarvest ligikaudu 10%. (joonis 24).

Joonis 24. Omaosaluse osakaal leibkonna kogukulutustest katastroofilise omaosalusega leibkondade hulgas



● 2000
● 2007
● 2010
● 2015

Märkus: Kõige jõukamal kvintiilil on mitmel juhul alla 10 vaatluse ning seetõttu tuleks tulemusi tõlgendada ettevaatlikult.

Allikas: autorid leibkonna eelarve uuringu andmete põhjal.

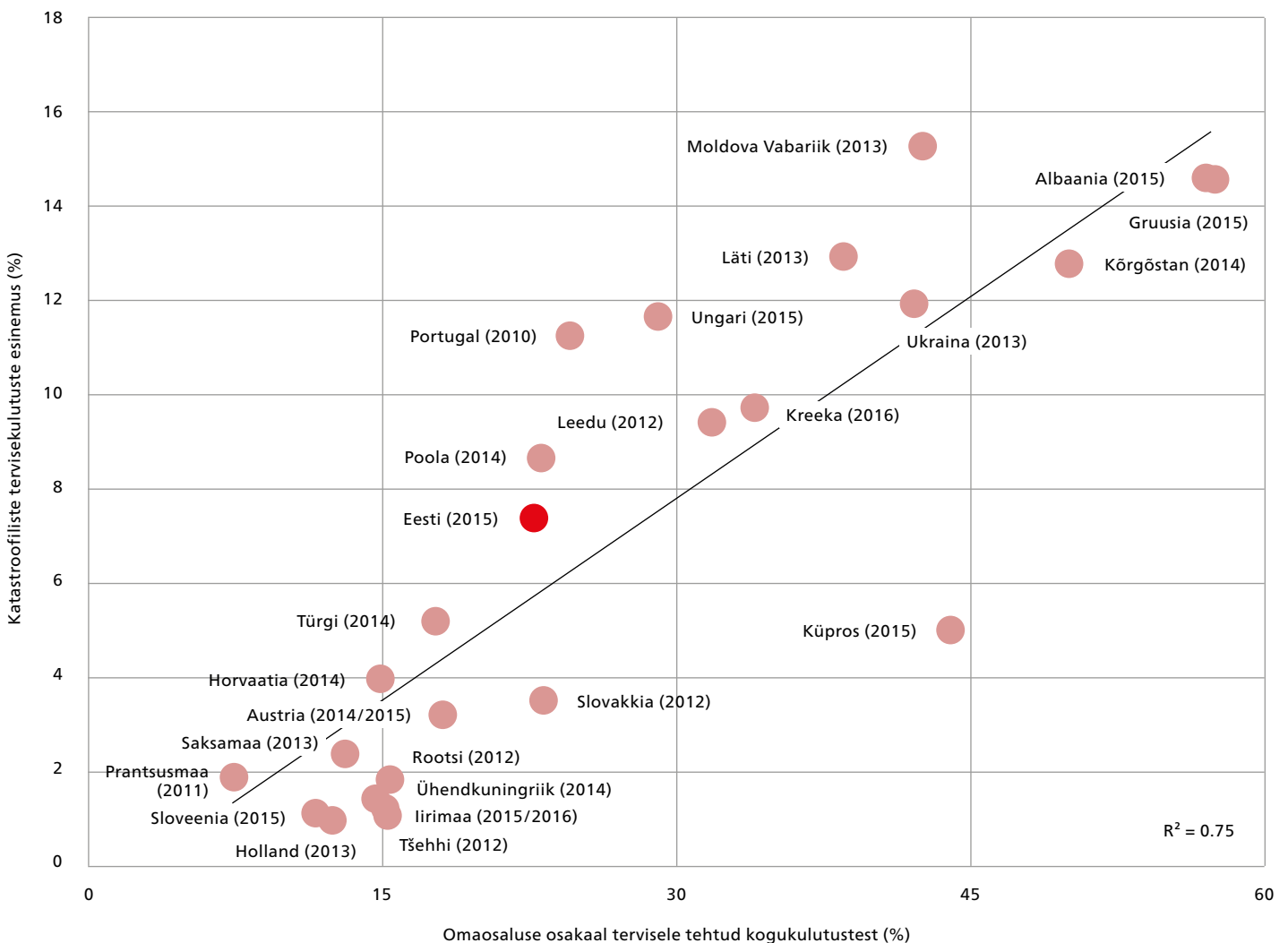
5.5 Rahvusvaheline võrdlus

Katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal on Eestis suurem kui paljudes teistes ELi riikides, ent madalam kui Lätis ja Leedus (joonis 25).

Joonis 25. Katastroofiliste tervisekulutuste esinemus ja omaosaluse osakaal tervishoiu kogukuludest valitud Euroopa riikides, viimaste saadavalolevate andmete põhjal

Märkus: Eesti on märgitud tumepunasega; OO: omaosalus. OO andmed on sama aasta kohta kui katastroofiliste kulutuste andmed. R²: seose determinatsioonikoefitsient.

Allikas: WHO Barcelona kontor tervishoiusüsteemide tugevdamise teemal ja WHO (2018).



5.6 Kokkuvõte

Pärast omaosaluse tasumist vaesunud ja veelgi enam vaesunud leibkondade osakaal oli kõrgpunktis (6%) 2006. aastal. 2007. aastal langes see 4,5%-ni, 2010. aastal alla 4% ning on alates 2011. aastast olnud ligikaudu 2,5% tasemel. Muutust aastatel 2007–2010 on raske kommenteerida, kuna 2008–2009 leibkonna eelarve uuringut ei toimunud (vt 2.2). Vahemikus 2010–2015 langes veelgi enam vaesunud leibkondade arv stabiilselt 2%-lt aastal 2010 kuni 1%-ni aastal 2015.

Aastatel 2000–2006 kasvas katastroofilise omaosaluse esinemine, ulatudes 2006. aastal 12%-ni leibkondadest. 2007. aastal langes see 10%-ni, 2010. aastal oli 7%, 2011. ja 2012. aastal langes väga vähe ning 2015. aastal oli veidi kõrgem kui 2010. aastal. Muutust aastatel 2007–2010 on taas raske kommenteerida, kuna uuringut vahepealsetel aastatel ei olnud. Olukorra paranemine vahemikus 2010–2012 ning halvenemine aastatel 2012–2015 olid peamiselt põhjustatud katastroofilise omaosaluse esinemuse muutustest kahe vaeseima kvintiili hulgas.

Katastroofilised tervisekulutused mõjutavad kõige rohkem vaesemaid leibkondi. 2015. aastal üks viiest leibkonnast, kes on vaeseimas kvintiilis, koges vaesestavaid tervishoiukulusid. Kokku moodustasid kahte vaeseimasse kvintiili kuuluvad leibkonnad 75% kõigist katastroofilise omaosalusega leibkondadest.

Katastroofilise omaosaluse peamine põhjus on ravimid, mis moodustavad kõige vaesemas kvintiilis katastroofilise omaosalusega leibkondades peaaegu kogu tervisele tehtud kulutused. Jõukamates kvintiilides on katastroofilise omaosaluse põhjuseks kulutused hambaravile ja meditsiinitoodetele.

2015. aastal oli katastroofilise omaosalusega leibkondade osakaal Eestis 7,4%, mis on kõrgem kui paljudes teistes ELi riikides, kuid madalam kui Lätis ja Leedus.

6. Finantskaitset tugevdavad ja nõrgendavad tegurid

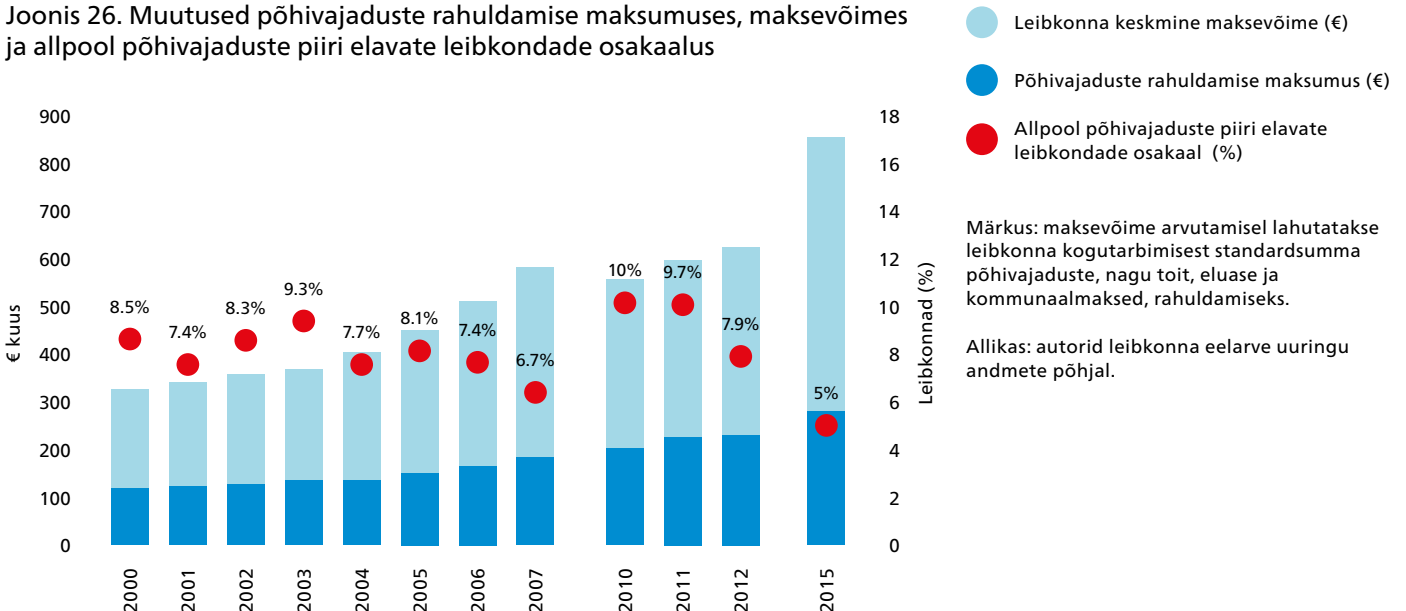
Selles peatükis käsitletakse tegureid, mis võivad olla omaosalusest tingitud rahaliste raskuste põhjuseks Eestis. Esiteks vaadeldakse tegureid väljaspool tervishoiusüsteemi, mis mõjutavad inimeste võimet tervishoiuteenuste eest maksta, näiteks muudatused elatustasemes ja elukalliduses, ning seejärel uuritakse tegureid tervishoiusüsteemi sees.

6.1 Tegurid, mis mõjutavad inimeste võimet tervishoiuteenuste eest tasuda

Järgmises punktis kasutatakse leibkonna eelarve uuringust ja mujalt pärit andmeid, et vaadelda muudatusi inimeste võimes tasuda tervishoiuteenuste eest. Finantskaitse seisukohast on eriti probleemne vaesus nende inimeste hulgas, kes peavad suurema tõenäosusega tervishoiuteenuste eest maksma.

Aja jooksul on põhivajaduste (toit, eluase ja kommunaalmaksud) rahuldamise maksumus ehk põhivajaduste piir tõusnud 135% võrra (joonis 26), kuid leibkondade võime tervishoiuteenuste eest tasuda on kasvanud 176% võrra, kusjuures eriti suur tõus leidis aset aastatel 2012–2015. Allpool põhivajaduste piiri elavate leibkondade osakaal on alates 2010. aastast järsult langenud, 10%-lt aastal 2010 5%-ni aastal 2015.

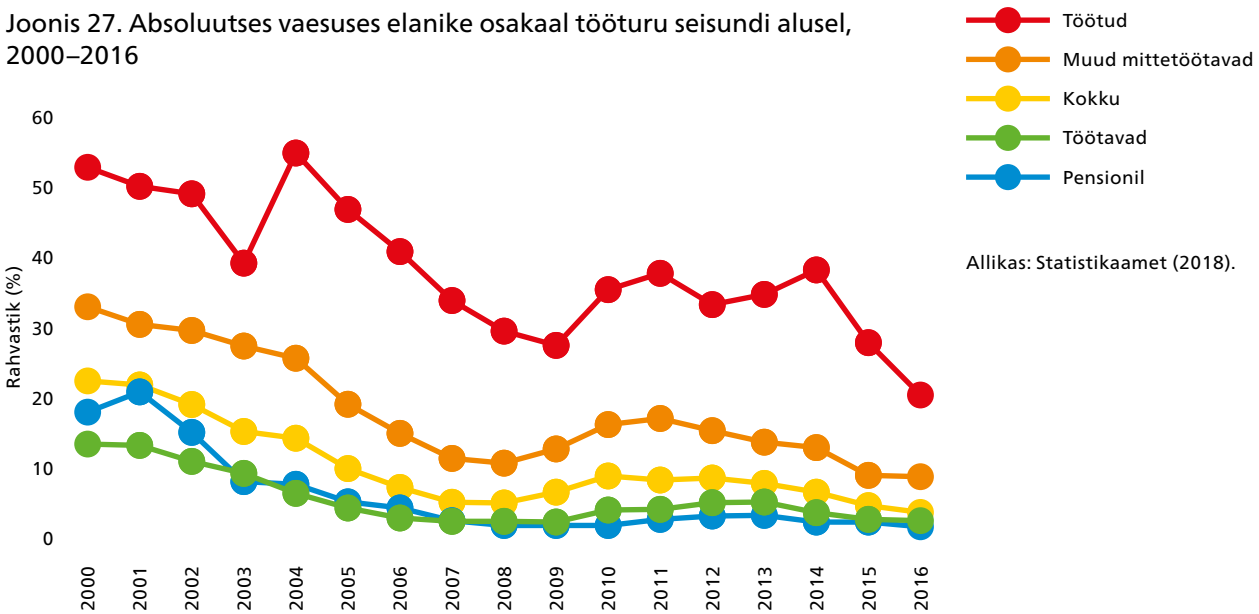
Joonis 26. Muutused põhivajaduste rahuldamise maksumuses, maksevõimes ja allpool põhivajaduste piiri elavate leibkondade osakaalus



Võimet tervishoiuteenuste eest maksta mõjutab suuresti leibkonna sissetulek, seda eriti vaesemate leibkondade seas. Eesti absoluutne vaesuse määr on viimastel aastatel järginud majandusarengu mustreid. 2016. aastal langes see 3,3%-ni, mis on kõigi aegade madalaim näitaja (joonis 27), vähenedes peamiste sotsiaalmajanduslike rühmade seas tänu stabiilsele palgatõusule ja pensionite

indekseerimisele. Töötute seas on vaesuse määr aga keskmisest märgatavalt kõrgem, kuna töötute nõrga finantskaitse tõttu Eestis saavad vaid ligikaudu pooled värskest registreeritud töötutest töötushüvitisi. Lastega perede finantskaitse on seevastu viimastel aastatel märkimisväärselt kasvanud.

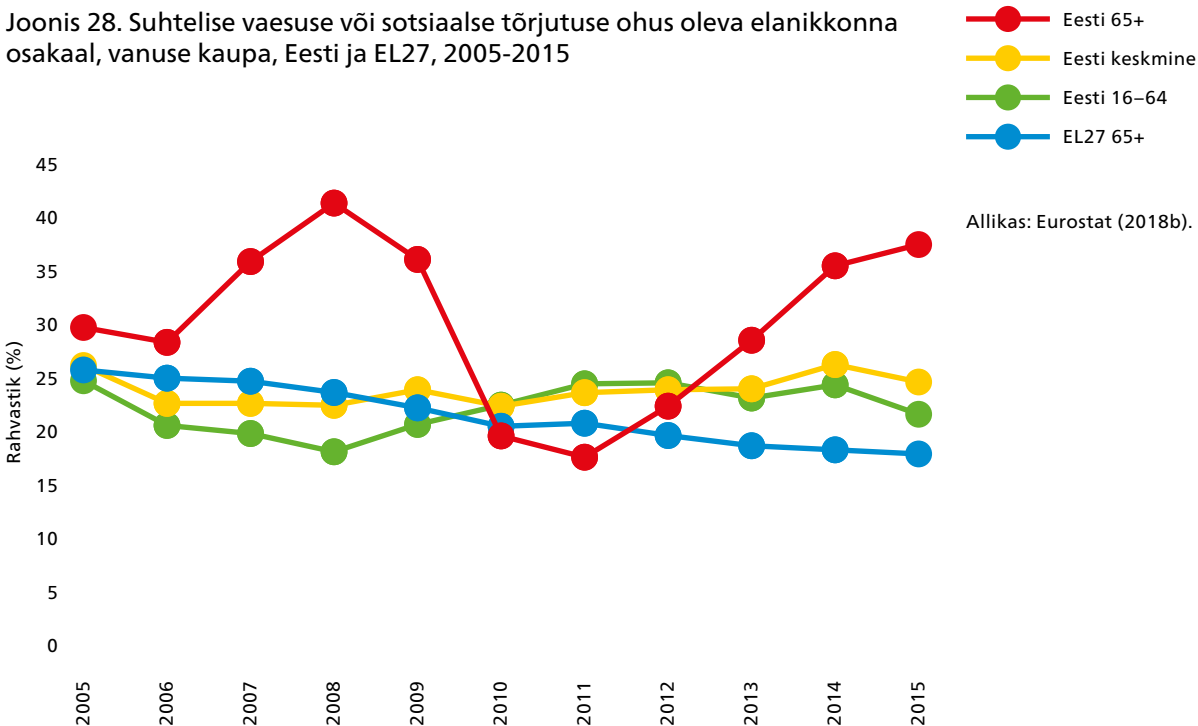
Joonis 27. Absoluutses vaesuses elanike osakaal tööturu seisundi alusel, 2000–2016



2015. aastal oli 37% üle 65-aastasest Eesti elanikkonnast suhtelise vaesuse või sotsiaalse tõrjutuse ohus, võrdluseks oli EL27 vastav näitaja 17,3%. EL27 tasemel vähenes vaesusohus inimeste osakaal üle 65-aastasest elanikkonnast aastatel 2011–2015 3 protsendipunkti võrra, kuid Eestis tõusis sama näitaja kõnealusel perioodil 20 protsendipunkti võrra. Aastal 2015 oli ligikaudu neljandik Eesti elanikkonnast suhtelise vaesuse või sotsiaalse tõrjutuse ohus (joonis 28). Pensionäride suhtelise vaesuse määra pidev ajas kõikumine annab tunnistust tõsiasi, et suur osa pensionidest on suhtelise vaesuse piiri tähistava sissetulekutaseme lähedal.

Pärast omaosaluse tasumist veelgi enam vaesunud leibkondade esinemise vähenemine näib olevat seotud allpool põhivajaduste piiri elavate leibkondade vähenemisega aastal 2015.

Joonis 28. Suhtelise vaesuse või sotsiaalse tõrjutuse ohus oleva elanikkonna osakaal, vanuse kaupa, Eesti ja EL27, 2005-2015



6.2 Tegurid tervishoiusüsteemis

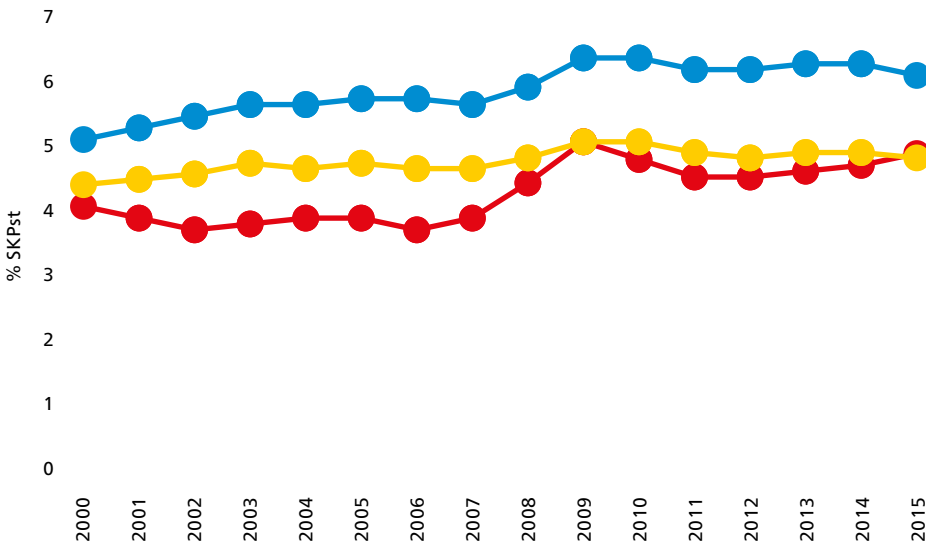
Alljärgnevalt kirjeldatakse tervishoiukulutusi ja rahvastiku tervishoiuteenustega kaetust.

6.2.1 Tervishoiukulutused

Avaliku sektori tervishoiule tehtavate kulutuste osakaal SKPst on olnud Eestis madal nii võrrelduna EL28 kui ka EL13 keskmistega, ehkki viimasel ajal on need kerkinud EL13 keskmise näitajani (joonis 29). See viimaste aastate tõus on põhjustatud suuresti sellest, et EHK kasutas pärast majanduskriisi oma reserve. Vaatamata kulutuste suurenemisele ei ole tervishoiule tehtavad avaliku sektori kulutused Eestis nii suured, kui võiks eeldada riigi SKP alusel inimese kohta (joonis 30) ning omaosalus tervisele tehtavatest kogukulutustest on stabiilselt tõusnud (joonis 14).

Tulevikus võib see muutuda. Alates 2018. aastast laieneb EHK tulubaas, kuna sellele lisanduvad riigieelarvest pärinevad maksed mittetöötavate pensionäride eest, mis toob aastaks 2022 kaasa tulubaasi suurenemise ligikaudu 0,2% võrra SKP-st. Samas nõuab omaosaluse vähendamine ja finantskaitse parandamine muudatusi rahastamispoliitikas.

Joonis 29. Tervishoiule tehtavate avaliku sektori kulutuste osakaal SKPst; Eesti ja EL keskmised, 2000-2015

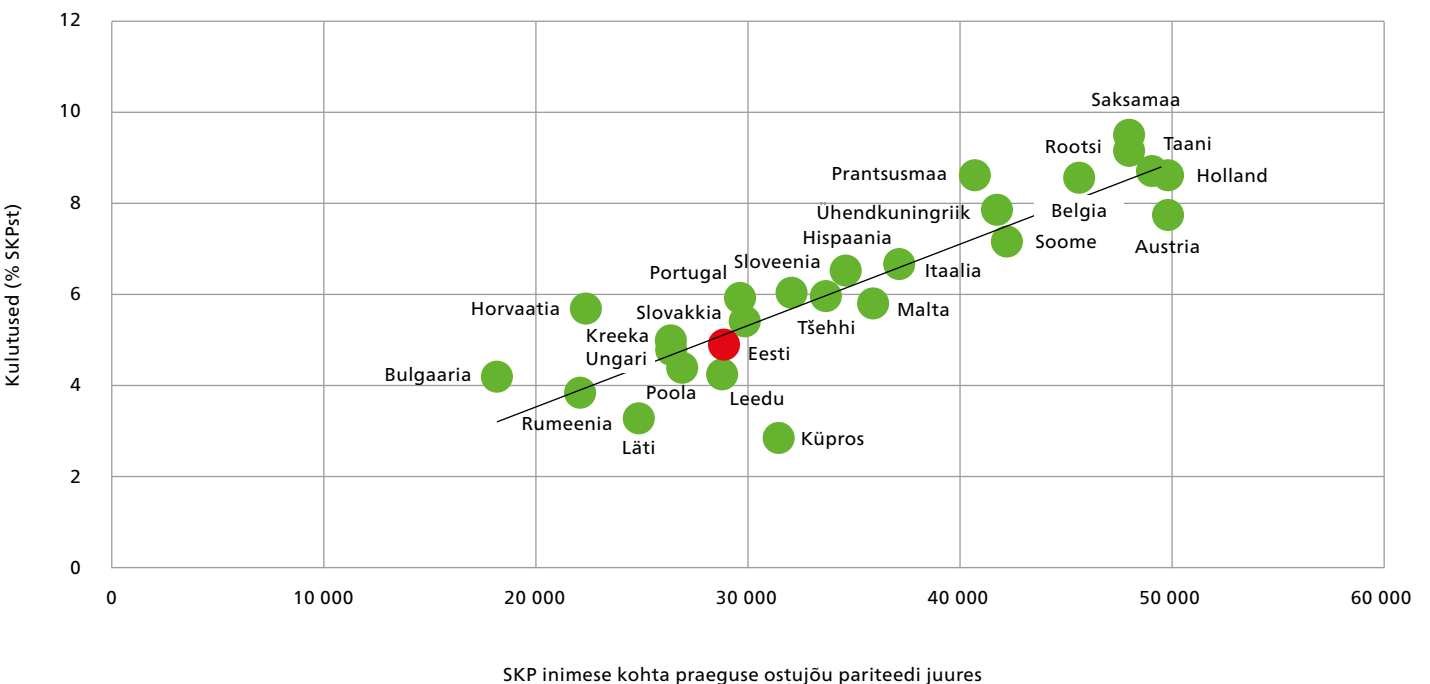


EL28
Eesti
EL13

Märkus: avaliku sektori kulutustega viidatakse kõigile kohustuslikele rahastamiskeemidele. Joonis näitab jooksvate tervishoiukulutuste taset

Allikas: WHO (2018).

Joonis 30. Avaliku sektori kulutused tervishoiule ja SKP inimese kohta Euroopa Liidus, 2015



Märkused: OJP: ostujõu pariteet. Avaliku sektori kulutustega viidatakse kõigile kohustuslikele rahastamiskeemidele. Eesti on tähistatud punasega. Joonisel ei ole andmeid Luksemburgi kohta.

Allikas: WHO (2018).

6.2.2 Raviteenustega kaetus

Kuna **elanikkonna õigus ravikindlustusele** on seotud sotsiaalmaksu tasumisega ning töölase staatusega, on EHK ravikindlustusega kaetud elanikkonna osakaal ELi ja OECD standardite kohaselt väga madal (OECD, 2018), 95%, mis on üks madalamaid Euroopa Liidus. Süsteem on ka administratiivselt keerukas, koosnedes rohkem kui 50-st rühmast, kellel on erinev alus ravikindlustuskaitse tekkimiseks. Ravikindlustuse olemasolu on vanuserühmade lõikes suuresti erinev. Näiteks oli 2017. aastal kindlustamata 14% 20–39-aastasest isikutest. Enamik kindlustamata isikutest on noored tööalised mehed, kellel puudub püsiv tööandja või kes töötavad välisriigis.

Samuti on probleemiks kindlustuskaitse katkendlikkus: 2015. aastal oli 11% 20–64-aastasest elanikkonnast kindlustatud vähem kui 11 kuud aastas. Kõik ülalmainitu annab märku sellest, et praegune ravikindlustussüsteem ei paku tööeliste inimestele piisavalt kaitset. Ehkki EHK pakub ka vabatahtlikku ravikindlustust, ei kata see ravikindlustuses olevaid lünki, kuna on suhteliselt kulukas.

EHK hüvitab laias valikus tervishoiuteenuseid. Peamine lünk **ravikindlustuses** seisneb täiskasvanute hambaravis, mis on ka suuruselt teine põhjus üldise omaosaluse ning katastroofilise omaosaluse taga. Samas on hambaravi omaosalustasudele tehtud kulutused jõukamatel leibkondadel palju kõrgemad kui vaesematel. See peegeldab tõenäoliselt rahuldamata vajadust hambaravi järele, mis on Eestis võrreldes ELi keskmisega kõrge. Samuti on Eestis väga suur ebavõrdsus rahuldamata hambaravivajaduses sotsiaaldemograafilises lõikes.

Hambaravi eest tasutud omaosalus oli 2010. aastal peaaegu kõigis kvintilides kõrgem kui 2007. aastal, mis võib olla tingitud EHK hambaravihüvitise vähendamisest 2009. aastal. Täiskasvanute hambaravihüvitis tuli EHK hüvitiste nimekirja tagasi alles 2017. aastal (pärast uuringuperioodi), kuid selle kasutamine on jäänud tagasihoidlikule tasemele. Vähese kasutamise põhjuseks on tõsiasi, et tegu on mitterahalise hüvitisega ning seda võimaldavad hambaarstid peavad nõustuma EHK hinnakirjaga. Seetõttu ei ole mõned hambaraviteenuse pakkujad olnud nõus EHK rahastatud patsiente ravima.

Kuna uus hüvitis parandab hambaraviteenuste kättesaadavust, aitab see tõenäoliselt vähendada ebavõrdsusi rahuldamata hambaravivajadustes. Selle mõju finantskaitsele on aga veidi hägusem. Paranenud kättesaadavus, millega kaasneb suur omaosalus (protsentuaalne omaosalus 50%) ning mille hüvitisel on ülempiir (40 eurot aastas), suurendab omaosalusele tehtavaid kulutusi ning võib seega vähendada finantskaitset, seda eriti vaesemate leibkondade ja suurenenud hambaravivajadusega isikute hulgas. Viimasena nimetatud rühmale kehtestatud madalam omaosalus (15%) ning kõrgem hüvitise ülemmäär (85 eurot aastas) ei paku madala sissetulekuga inimestele tõenäoliselt piisavalt kaitset.

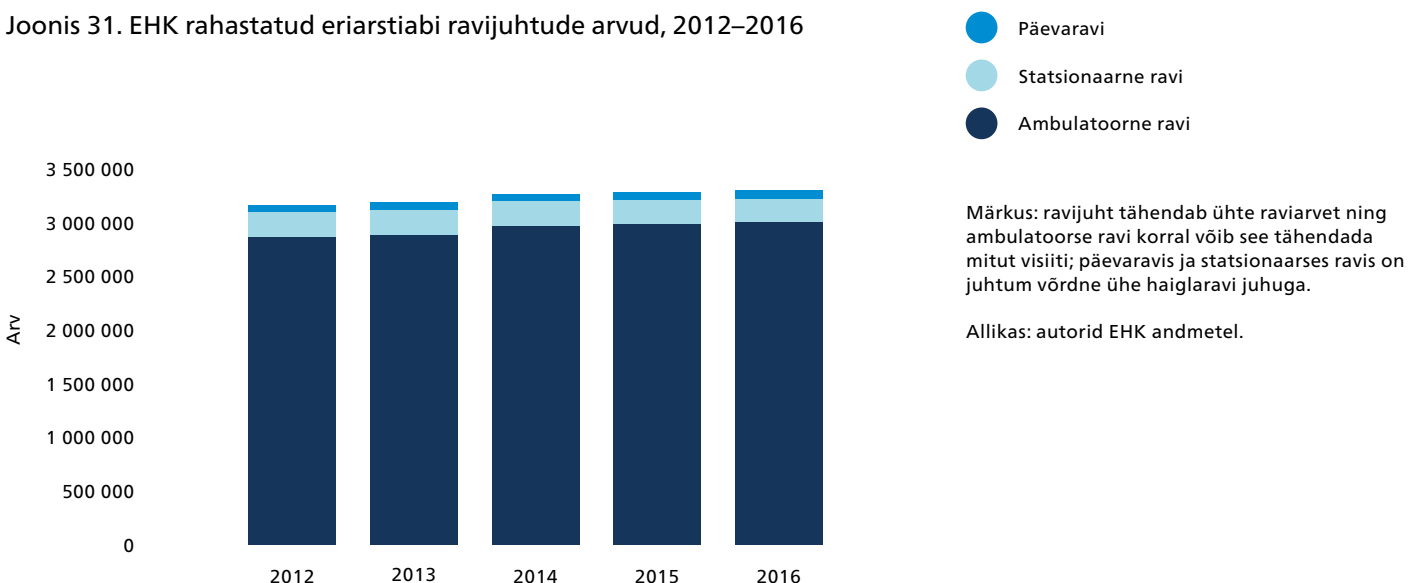
Elanikkonna osakaal, kellel on probleeme **ambulatoorse eriarstiabi pikkade ravijärjekordadega**, on 2010. aastast alates stabiilselt kerkinud. Pikad ravijärjekorrad põhjustavad ebavõrdsust tervishoiuteenuste kättesaadavuses ning võivad viia omaosaluse suurenemiseni, kui inimesed otsustavad ravi kiiremaks saamiseks maksta selle eest omast taskust. Kriisi ajal EHK

rahastatud teenusmahte küll kärbiti, ent need on sellest ajast saadik taastunud. Nagu näidatud joonisel 31, on EHK rahastatud eriarstiabi juhtude arv kasvamas. Joonis 32 näitab ka esmatasandi arstiabi mahtude kasvu, seda eriti pereõevisiitide osas. Seda on toetatud 2013. aastal rakendatud rahastamissüsteemi muudatusega, mille eesmärk on julgustada perearsti võtma palgale ka teine õde. EHK kulutused esmatasandi arstiabile, eriarstiabile ja õendusabile on märkimisväärselt kasvanud: 2016. aastal olid kulutused võrreldes 2010. aastaga vastavalt 60%, 49% ning 111% suuremad.

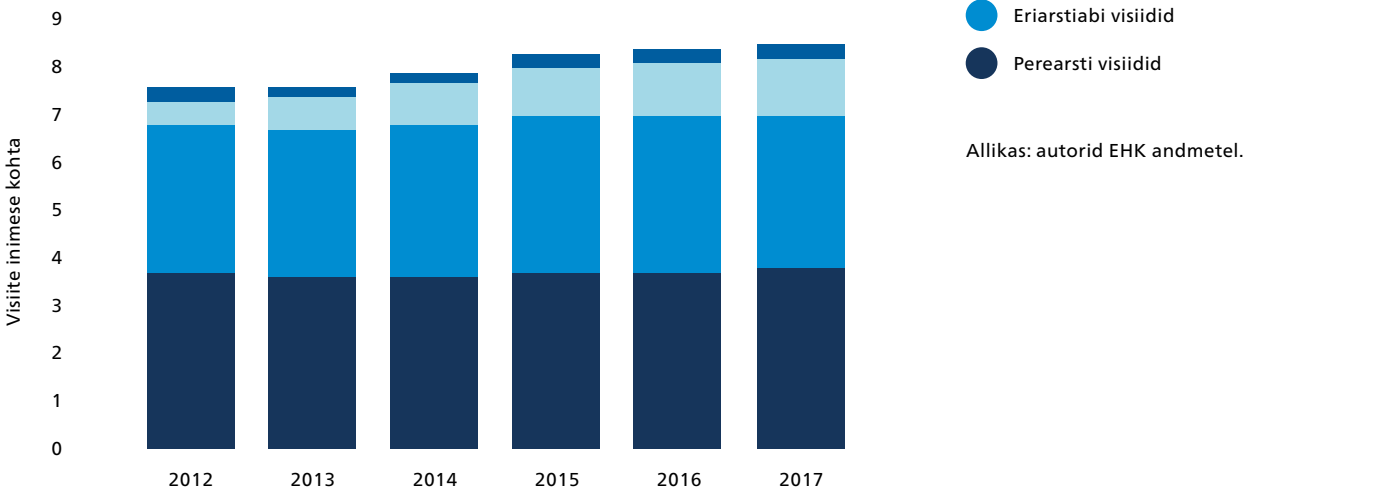
Vaatamata kirjeldatud positiivsetele arengutele on inimestel endi hinnangul üha rohkem rahuldamatat vajadusi tervishoiuteenuste järele ning avalikkuse silmis on eriarstiabi kättesaadavus halvenenud. Rahulolu tervishoiuteenuste juurdepääsuga langes 2007. aasta kõrgtasemelt 60%-lt 2016. aastaks 38%-le; eriti kiire oli langus pärast 2012. aastat (Eesti Haigekassa jt 2007, 2016). Kõige madalam on rahulolu tase Tallinnas, kus nõudlus eriarstiabi järele on kõige kõrgem. Paranenud tajutav esmatasandi arstiabi kättesaadavus ei ole parandanud tajutavat eriarstiabi kättesaadavust.

Kättesaadavuse ja rahuoluga seotud probleeme ei saa selgitada lihtsalt EHK rahastatud teenuste vähese mahuga. Hiljuti Maailmapanga läbi viidud uuring (2015) näitas, et märkimisväärne osakaal eriarstivisiite ja haiglakülastusi Eestis on välditavad; samuti viitas see piiratud kättesaadavuse keerukatele algpõhjustele, mille hulgas on eriarstiabi teenusepakkujate suurenenud võimekus, mida võimendavad rahalised stiimulid, mis suunavad teenuse pakkumise esmatasandilt eriarstile; esmatasandil pakutavate teenuste piiratud valik; ainult osaline saatekirjade süsteem ning eriarstiabi eelistamine patsientide poolt, seda eriti pealinnas. Seetõttu vajab kättesaadavuse ja finantskaitse parandamine täiendavaid muudatusi rahastamisstiimulites ning samal ajal tuleb tõsta esmatasandi arstiabi populaarsust.

Joonis 31. EHK rahastatud eriarstiabi ravijuhtude arvud, 2012–2016



Joonis 32. EHK rahastatud esmatasandi arstiabi ja ambulatoorse eriarstiabi visiivid inimese kohta, 2012–2017



EHK hüvitised võimaldavad kõigile ravikindlustusega kaetud inimestele tasuta esmatasandi arstiabi, diagnostilisi uuringuid ja statsionaarset intensiivravi. Alla 2-aastased lapsed ja rasedad naised on vabastatud **visiiditasust** perearsti koduviitidelt ja ambulatoorsetelt eriarstiviitidelt ning haigla voodipäevatasust. Alla 19-aastastele hüvitatakse hambaravi täies mahus.

Aastatel 2008–2015 kerkis omaosalus **statsionaarse õendusabi** eest 140% võrra (joonis 15). Kasv on seotud sellele teenusele 15% suuruse omaosaluse kehtestamisega aastal 2010. 2017. aastal oli keskmise statsionaarse õendusabi juhtumi kestuseks 22 päeva ja sellele vastav omaosalus ulatus peaaegu 250 euroni inimese kohta ühe hospitaliseerimise kohta. Tõenäoliselt alahindab leibkonna eelarve uuring selle konkreetse omaosaluse negatiivset mõju iseäranis haavatava inimrühma finantskaitsele.

Omaosalus **ambulatoorsete eriarstiviitide** eest kasvas aastatel 2008–2015 rohkem kui 80% võrra (joonis 15). See võib peegeldada ravijärjekordade pikenemist, osaliselt kriisi ajal vähenenud teenusemahtude tõttu, mis tõukas inimesi eriarstiabi visiidile saamiseks tasulist teenust kasutama. See võib samuti olla tagajärg eriarstiabi visiiditasude tõstmisele alates aastast 2013.

Ambulatoorsed retseptiravimid on omaosaluse ja katastroofilise omaosaluse suurim põhjus, seda nii retseptiravimite suure omaosaluse kui ka Eesti suhteliselt kõrge ravimite hinna tõttu. Finantskaitset tõenäoliselt vähendavate teguritena võib ambulatoorsete retseptiravimite omaosaluse ülesehituse juures välja tuua mitu aspekti:

- **Ülesehitus on keerukas.** Sellel on kaheastmeline fikseeritud omaosalus (alates 2018 alandati ühele), kolmeastmeline protsentuaalne omaosalus ja piirhindade süsteem (vt tabel 4).

- **Protsentuaalse omaosaluse kasutamine tähendab seda, et inimesed peavad maksma teatud osa ravimi hinnast.** Seetõttu sõltub nende omaosalus vajalike ravimite hinnast ja kogusest. Kui hinda ei ole enne kindlalt ette teada, võivad inimesed olla ebakindlad, kui palju nad omaosaluseks maksma peavad. Sellise omaosaluse negatiivne mõju võimendub nende inimeste jaoks, kes kasutavad ravimeid regulaarselt ja kelle tervislik seisund nõuab kallimate ravimite kasutamist; samuti võimendub see siis, kui ravimite hinnad on suhteliselt kõrged ning arstidel ja apteekritel puudub kohustus või neil puuduvad stiimulid soodsamate alternatiivide kirjutamiseks ja väljastamiseks.
- **Inimeste kaitsmiseks mõeldud lahendused on ebapiisavad.** Täielik vabastus omaosalusest puudub. Ehkki alla 4-aastased lapsed on protsentuaalsest omaosalusest vabastatud ning 4–16-aastastele lastele kehtivad omaosaluselt protsentuaalsed soodustused, puuduvad vabastused madala sissetulekuga inimestele.

Inimestel on õigus täiendavale hüvitisele, kui nad kulutavad omast taskust retseptiravimite omaosaluse peale teatud summast rohkem raha. Üle selle summa hakkavad nad tasuma retseptiravimi maksumusest väiksemat määrat, kuid maksavad jätkuvalt mistahes summa, mis ületab piirhinna. Aja jooksul on nimetatud summa iga-aastast läve alandatud 1300 eurolt (isiku omaosalus 25%) 2011. aastal ja 500 eurolt (10%) 2015. aastal kuni 300 euroni (10%) 2018. aastal. Alates 2018. aastast võetakse aastase läve arvutamisel esmakordselt arvesse ka fikseeritud omaosalust. Sellel muudatusel võib erinevatele ühiskonnarühmadele olla erinev mõju ning selle tulemusi on vaja hoolikalt jälgida.

- **Omaosaluse kogusummal**, mis koosneb retseptiravimite või muude tervishoiuteenuste omaosalusest, **puudub üldine ülempiir.** See on iseäranis murettekitav olukorras, kus patsientide omaosalus on protsent hinnast. 2012. aastani kehtis 50% soodustusega ravimitel hüvitise ülempiir, mis tähendas, et EHK kattis maksimaalselt 12,79 eurot ravimi hinnast ühe retsepti kohta. Ehkki retseptiravimite puhul täiendava ravimihüvitise alumise läve alandamine on oluline samm edasi, ei võta see siiski arvesse teist tüüpi omaosalusi (visiiditasud eriarstivisiidi eest, omaosalus meditsiinivahendite soetamisel, voodipäevatasu statsionaarses ravis jne). Kõik need on suureks koormaks kõrgeinud vajadustega inimestele, näiteks kroonilisi haigusi põdevatele isikutele.

Mis puudutab ravimite hindu, siis geneeriliste ravimite kohustusliku kasutamise nõue Eestis puudub. Samas on rakendatud erinevaid meetmeid, mis suunaksid arsti ja patsiente rohkem geneerilisi ravimeid kasutama: arstid peavad kirjutama toimeainepõhiseid retsepte; septembris 2010 alustas EHK teavituskampaaniat, et patsiendid teaksid arstilt küsida toimeainepõhiseid retsepte ning oskaksid teha apteegis hinnateadlikke valikuid. Need meetmed on viinud selleni, et omaosaluse määr EHK rahastatud retseptiravimitele tehtud kulutustest on langenud 39%-lt 2008. aastal 31%-ni 2017. aastal, kuid see osakaal on siiski väga kõrge (Habicht & van Ginneken, 2014). Samal perioodil langes keskmine omaosalus retsepti kohta 7,7 eurolt 6,8 eurole (joonis 33).

Joonis 33. Keskmine retseptiravimite omaosalus, 2008–2017

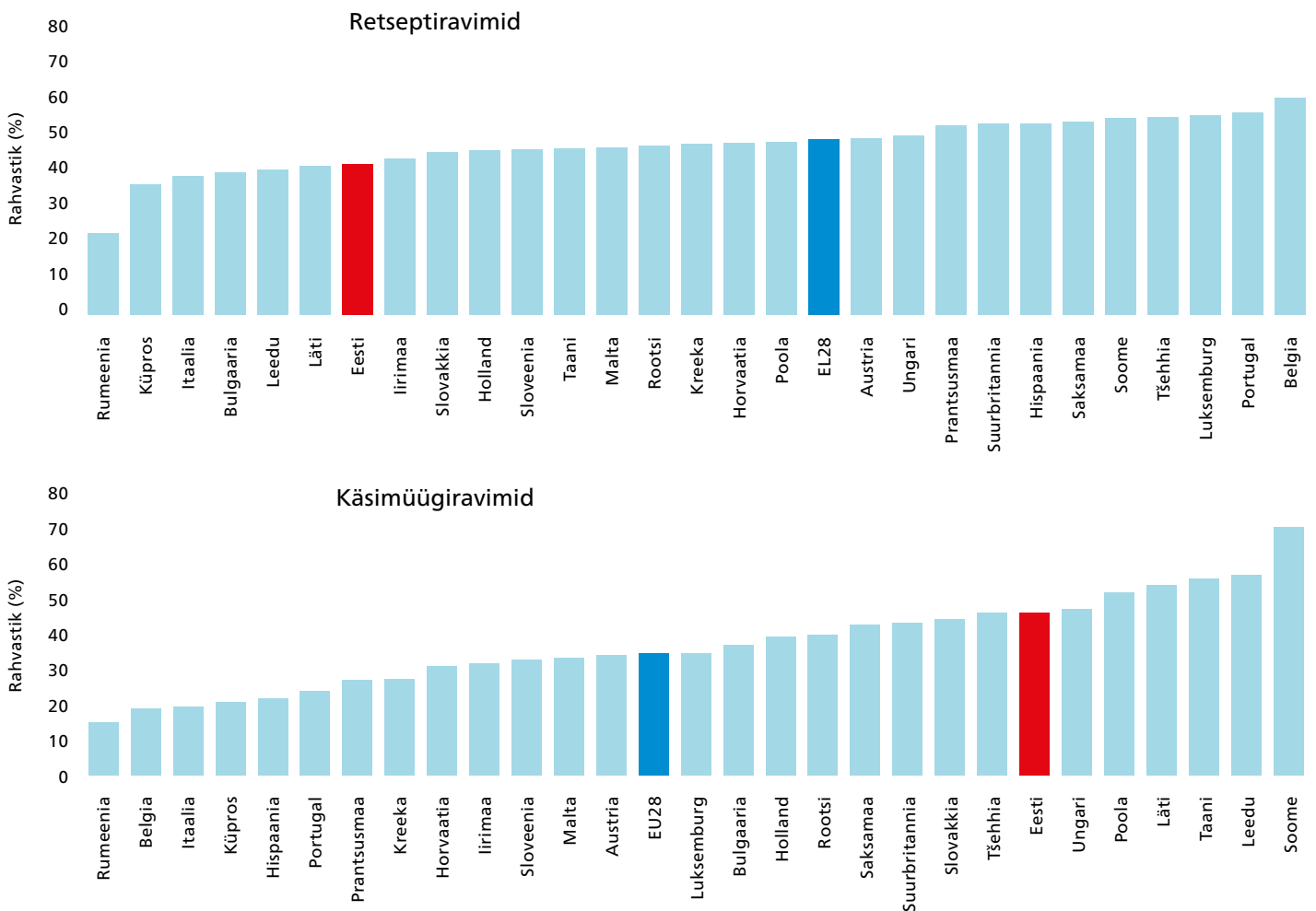


Euroopa terviseuuringu (EHIS) andmete põhjal on **retseptiravimite tarbimine** Eestis väiksem kui ELis tervikuna, kuid **käsimüügiravimite tarbimine** on keskmisest oluliselt kõrgem (joonis 34). Ehkki eelnev leibkonna eelarve uuringu analüüs ei erista kulutusi, mis on tehtud retseptiravimitele ja käsimüügiravimitele, on EHISi tulemuste valguses tõenäoline, et käsimüügiravimite kasutamine võib olla oluline tegur katastroofilise omaosaluse taseme juures ning nõuab seega poliitikakujundajate tähelepanu.

Joonis 34. Ravimite kasutamine ELi riikides, 2014

Märkus: osa elanikkonnast, kes on viimasel kahel nädalal kasutanud arsti väljakirjutatud ravimeid või siis ravimeid, looduslike ravimeid või vitamiine, mida arst ei ole välja kirjutanud.

Allikas: Eurostat (2018c).



6.3 Kokkuvõte

Eesti suhteliselt kõrge katastroofilisel tasemel tervisekulude esinumus peegeldab osaliselt tervele tehtavate avaliku sektori kulutuste taset, mis on oluliselt alla EL28 keskmise ning pisut madalam kui Eesti sarnaste riikidega võrreldes endale lubada saaks. See peegeldub ka olulistes puudujääkides ravikindlustuses. Finantskaitset nõrgendavad tõenäoliselt mitmed rahastamispoliitika aspektid:

- Eestil on üks madalamaid ravikindlustusega kaetud elanikkonna osakaale ELi riikide hulgas. Lapsed, õpilased ja pensionärid saavad automaatselt õiguse EHK kindlustusele, kuid praegune ravikindlustuspoliitika ei paku piisavalt kaitset tööealistele isikutele.

- Üheks peamiseks lüngaks **ravikindlustuse kaetuses** on täiskasvanute hambaravi, ehkki viimasel ajal on olukord paranenud. Kasvavaks probleemiks on muutunud ka eriarstiabi ravijärjekorrad, eriti pärast kriisi, kui ravijärjekordade maksimumpikkusi pikendati. Vaatamata EHK jõupingutustele parandada esmatasandi arstiabi kättesaadavust ning suurendada esmatasandi rolli abi osutamisel, on rahva rahulolu eriarstiabi kättesaadavusega stabiilselt langenud.
- Finantskaitset nõrgestab ka ravimite **omaosalustasude** ülesehitus. See on keerukas ega paku piisavat kaitset vaestele ning regulaarsetele teenuse kasutajatele. Viimastel aastatel tehtud katsed ülesehitust lihtsustada ja kaitset parandada on oluline samm edasi, ent nendega ei ole mindud piisavalt kaugele (retseptiravimite kasutamine on ELi standardite kohaselt väike) ning need ei ole arvesse võtnud teiste tervishoiuteenuste omaosaluse mõju leibkondadele (eriarsti visiiditasud, meditsiinitorude omaosalus, statsionaaravi voodipäevatasud jne). Koos võivad need omaosalustasud kõrgenenud vajadustega inimesi rahaliselt märkimisväärselt koormata.

Lisaks rahastamispoliitikale võivad rahaliste raskuste põhjustamisel rolli mängida ka ravimite suhteliselt kõrged hinnad ning käsimüügiravimite suhteliselt laialt levinud kasutamine.

Omaosaluse osakaal tervishoiu kogukuludest on Eestis madalam kui võiks oodata, võttes arvesse üleüldist madalat tervishoiu rahastamise osakaalu SKPst: see on väga lähedal EL28 keskmisele. On tõenäoline, et ülal kirjeldatud puudused rahastamispoliitikas põhjustavad osadele inimestele rahalisi raskusi, kuid teiste jaoks tekitavad takistusi tervishoiuteenuste kättesaadavuses.

Eestis on praegu inimeste enda hinnangul rahuldamata vajadused tervishoiuteenuste ja hambaravi järele väga kõrgel tasemel. Ehkki rahuldamata vajadused ja ebavõrdsus paranesid kriisieelsetel aastatel, on rahuldamata vajadused pärast kriisi kiiresti kasvanud ning ebavõrdsus suurenenud. Hambaravi puhul on rahuldamata vajaduste lõhe jõukate ja vaeste vahel märkimisväärselt süvenenud.

Rahuldamata vajaduste kasv võib selgitada mõningaid ilmseid paranemise märke finantskaitse vallas aastatel 2010–2012, eriti kuna katastroofilise omaosaluse väike vähenemine sellel perioodil on koondunud kõige vaesemasse kvintiili, kelle rahuldamata vajadused kõige enam kasvasid.

Leibkondade suutlikkus tervishoiuteenuste eest tasuda on tõusnud kiiremini kui minimaalsed kulud leibkonna põhivajaduste rahuldamiseks. Selle tulemusena on allpool põhivajaduste piiri elavate leibkondade osakaal alates 2010. aastast järsult langenud, ulatudes 2010. aastal 10%-ni ning 2015. aastal 5%-ni. See viitab tõsiasjale, et sellel ajal vähenenud omaosaluse tasumise järgselt veelgi enam vaesunud leibkondade esinemus (2%-lt 1% le) oli tingitud pigem kriisijärgsest elatustaseme paranemisest kui ravikindlustuse ulatuse paranemisest.

7. Järeldused poliitikakujundusele

Rahaliste raskuste tase on Eestis kõrgem kui paljudes teistes ELi riikides, ent siiski madalam kui Lätis ja Leedus. 2015. aastal tasus 7,4% Eesti leibkondadest katastroofiliselt kõrget omaosalust. Pisut üle 5% olid pärast omaosaluse tasumist vaesunud, veelgi enam vaesunud või vaesumisohus.

Katastroofilisel tasemel omaosalus mõjutab enim kõige vaesemaid leibkondi. 2015. aastal moodustas vaeseim kvintiil poole kõigist katastroofilise omaosaluse määraga leibkondadest; kaks vaeseimat kvintiili moodustasid aga kolm neljandikku kõigist katastroofilise omaosaluse määraga leibkondadest.

Ravimid on katastroofilise omaosaluse peamiseks põhjuseks ning on kõige vaesemas kvintiilis peaaegu ainukeseks katastroofiliste kulutuste põhjuseks. Jõukamate kvintiilide jaoks olid katastroofilise omaosaluse peamised põhjused hambaravi ja meditsiinitooted.

Langus nende leibkondade osakaalus, kes pärast omaosaluse tasumist veelgi enam vaesusid, on tingitud peamiselt kriisijärgsest elatustaseme paranemisest. Samuti võib see peegeldada nihet kõige vaesema tarbimiskvintiili koosseisus, kuna vanemad inimesed, kelle vajadus tervishoiuteenuste järele on suurem, liikusid kriisi ajal ja pärast kriisi kõrgematesse kvintiilidesse.

Väike langus katastroofilises omaosaluses aastatel 2010–2012 oli tõenäoliselt tingitud mitmest tegurist. Langus oli peaaegu täies mahus tingitud esinemuse vähenemisest kahe vaesema kvintiili hulgas. Osaliselt võib see peegeldada katseid suurendada geneeriliste ravimite kasutamist aastal 2010 ning retseptipõhise hüvitise ülempiiri tühistamist aastal 2012. Osaliselt peegeldab see tõenäoliselt ka kasvavat rahuldamata vajaduste hulka vaeste leibkondade seas.

Kasvav rahuldamata vajaduste hulk ning suurenev ebavõrdsus rahuldamata vajaduste puhul on Eestis märkimisväärsed probleemid. Eestis on inimeste enda hinnangul rahuldamata vajaduste tase praegu väga kõrge. Enne kriisi rahuldamata vajaduste hulk langes, kuid sellest ajast saadik on see kiiresti tõusnud. 2014. aastal oli see märkimisväärselt üle ELi keskmise näitaja hambaravi, tervishoiuteenuste ja retseptiravimite poolest. Ka sissetulekutega seotud ebavõrdsus rahuldamata vajaduste korral on alates 2009. aastast suurenenud. EU-SILC andmetel on need hambaravi puhul palju suuremad kui tervishoiuteenuste puhul. Seda kinnitavad ka Eesti terviseuuringu andmed. Samuti viitavad need sellele, et sissetulekutega seotud ebavõrdsus rahuldamata vajaduste puhul on suhteliselt kõige suurem retseptiravimite kategoorias.

Eesti suhteliselt kõrge katastroofilise omaosaluse esinemus viitab rahastamispoliitika kitsaskohtadele.

Kuna tööealiste inimeste õigus ravikindlustusele sõltub nende sotsiaalkindlustusmaksetest, siis tähendab see koos kehva elluviimisega, et paljudel inimestel puudub piisav kaitse. 2017. aastal oli kuni 14% 20–39-aastastest inimestest kindlustamata. Samuti on probleemiks ravikindlustuse katkendlik kehtivus. Praegune süsteemi korraldus vajab täiendavat tähelepanu. See on liiga keeruline ja seda võib pidada üha ebaõiglasemaks, kuna EHK hakkab saama rahastust riigieelarvest ja selle tulemusena panustavad kindlustamata isikud käibemaksu ning muude maksude tasumisega EHK tulubaasi.

Piiratud hambaravi hüvitamine toob jõukamate isikute jaoks kaasa rahalised raskused ning loob vaesematele takistused teenuse kättesaadavusel. Hiljutine hambaravi hüvitise laiendamine on samm õiges suunas, kuid sellel puudub kaitse, mis on mõeldud spetsiaalselt vaestele. Jõukamates leibkondades on hambaravi peamine katastroofilise omaosaluse põhjustaja ning vaesemates leibkondades peamine rahuldamata vajaduste põhjus. Vaesemad inimesed kohtavad viis korda suurema tõenäosusega takistusi hambaravi kättesaadavuses kui jõukamad inimesed. Vaeste leibkondade madal omaosalus hambaraviteenustes kinnitab selle alakasutust. 2017. aastal EHK hüvitatud teenuste nimekirja taas sisseviidud mitterahaline hambaravi hüvitis peaks hambaraviteenusele kättesaadavust parandama, ent suure tõenäosusega ei vähenda see omaosalust, kuna sellega kaasneb suur omaosaluse määr ning hüvitise ülempiir. Kuna vaestele inimestele ei ole täiendavat kaitset ette nähtud, võib muudatus katastroofilist omaosalust tegelikult veelgi suurendada.

Poliitikakujundajate tähelepanu peaks keskenduma ambulatoorsete retseptiravimite kättesaadavuse suurendamisele, parandades omaosaluse ülesehitust. Reformid, mille eesmärk on suurendada geneeriliste ravimite kasutamist ning tõsta retseptiravimite hüvitamise määra, on alandanud keskmist omaosalust retsepti kohta ning omaosaluse osakaalu EHK retseptiravimitele kulutatavast summast. Samas on ravimid vaesemates leibkondades siiski peaaegu kõigi katastroofiliste omaosaluse juhtude põhjuseks ning inimeste enda hinnangul on rahuldamata vajadused retseptiravimite järele kõige vaesemas kvintilis üle kümne korra suuremad kui kõige jõukamas kvintilis. Muret tekitavad nii protsentuaalse omaosaluse kasutamine, vaestele inimestele ja regulaarsetele kasutajatele mõeldud omaosaluse vabastuse puudumine kui ka omaosaluse ülempiiri puudumine. Tulevikku vaadates tuleks ravimite omaosaluse poliitika üldine ülesehitus üle vaadata, et kõrvaldada rahalised takistused, mis ei võimalda vaestele inimestele kättesaadavust, parandada finantskaitset, tagada ravisoostumust, ennetada kõrvalnähte ning toetada raviteenuse pakkumist ambulatoorsetes tingimustes.

Omaosaluse mõju käsimüügiravimitele nõuab täiendavat analüüsi. Uuringu andmed näitavad, et aastal 2014 oli käsimüügiravimite kasutamise tase Eestis ELi keskmisega võrreldes suhteliselt kõrge. Ehkki käsimüügiravimite osakaal omaosaluse kogusummast langes 2008. aasta 18%-lt 2016. aastaks 16%-le, nõuab selle mõju finantskaitsele täiendavat uurimist.

Kuna omaosaluse puhul on alates 2010. aastast sisse viidud mitmeid muudatusi, siis oleks hea üle vaadata süsteemi üldine ülesehitus, et tagada kooskõla erinevate teenuste lõikes, vähendada keerukust ja tugevdada kaitset nende jaoks, kes seda kõige enam vajavad. Ehkki süsteemi praegune ülesehitus sisaldab katseid kaitsta teatud ühiskonnarühmi, on üldiselt siiski märkimisväärselt palju arenguruumi vaeste inimeste finantskaitse parandamisel – nende ühiskonnarühmade jaoks tuleks kehtestada vabastused. Samuti on arenguruumi kogu rahva finantskaitse parandamisel – selleks tuleks omaosalusele kehtestada üldine ülempiir. See võiks olla seotud sissetulekuga, nagu see on tugevama finantskaitsega riikides.

Tugevam finantskaitse nõuab täiendavaid avaliku sektori investeeringuid tervishoiusüsteemi. Eestis on tervishoiule tehtavad avaliku sektori kulutused mõnevõrra madalamad kui võiks eeldada riigi SKP-taseme põhjal – seda osaliselt kriisijärgsetel aastatel elluviidud kärpete tõttu, kuid samuti Eesti

väiksuse tõttu: aastal 2015 olid Eesti tervishoiule tehtavate avaliku sektori kulutuste tase SKP suhtes Euroopa Liidus tagantpoolt viiendal kohal.

Kavas olevat tervishoidu tehtavate avaliku sektori kulutuste suurendamist tuleks kasutada selleks, et pöörata suuremat tähelepanu vaeste inimeste ning ambulatoorsete retseptiravimite ja muude tervishoiuteenuste regulaarsete kasutajate tugevamale kaitsele. Samuti võib osutuda võimalikuks saavutada parem finantskaitse osaliselt olemasolevate ressursside parema kasutamise kaudu.

Kasutatud kirjandus

Aaviksoo A, Kruus P, Leppik L, Sikkut R, Veldre V, Vörk A (2011). Eesti sotsiaalkindlustuse jätkusuutlikku rahastamise võimalused [Opportunities for sustainable financing of social security system in Estonia]. Tallinn: Praxis Center for Policy Studies.

Arora V, Karanikolos M, Clair A, Reeves A, Stuckler D, McKee M (2015). Data resource profile: the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). *Int J Epidemiol.* 44:451–461.doi:10.1093/ije/dyv069.

Couffinhal A, Habicht T (2005). Health financing in Estonia: challenges and recommendations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/78913/HealthFin_Estonia.pdf).

EHIF, Ministry of Social Affairs, KANTAR EMOR (2016). Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2016 [Public opinion on health and health care in 2016]. Tallinn: Estonian Health Insurance Fund and Ministry of Social Affairs.

EHIF, Ministry of Social Affairs, Faktum Ariko (2007). Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2016 [Public opinion on health and health care in 2007]. Tallinn: Estonian Health Insurance Fund and Ministry of Social Affairs.

European Commission (2017). Corruption. Special Eurobarometer 470. Wave EB88.2. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2176>).

Eurostat (2018a). Statistical database [online database]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).

Eurostat (2018b). EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) [online database]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/main-tables>).

Eurostat (2018c). European Health Interview Survey (EHIS) [online database]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>).

EXPH (2016). Opinion on Access to Health Services in the European Union, 2016. Brussels: European Commission (https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf).

EXPH (2017). Opinion on Benchmarking Access to Healthcare in the EU, 2017. Brussels: European Commission, 2017 (https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf).

Habicht T, Evetovits T (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Estonia. In: Maresso A et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe-country-experience-2015>).

Habicht J, Kunst AE (2005). Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999. *Soc Sci Med.* 60(4):777–787.

Habicht T, van Ginneken E (2014). Alleviating high out-of-pocket spending on drugs: practical examples from Estonia. *Eurohealth* 20(1):29–32 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/244863/EuroHealth-v20-n1.pdf).

Habicht J, Xu K, Couffinhal A, Kutzin J (2006). Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy Plan.* 21(6):421–431.

Kiivet RA, Alloja J, Espenberg K (2011). Tervishoiusüsteemi pettuseid ja korruptsiooniriske kaardistav uuring [Corruption and fraud in the health system]. Tallinn: Ministry of Justice (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4950/1/Justiitsministeerium2011.pdf>).

Kunst AE, Leinsalu M, Kasmel A, Habicht J (2002). Social inequalities in health in Estonia. Tallinn: Estonian Ministry of Social Affairs.

Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E (2013). Estonia: health system review. *Health Systems in Transition.* 15(6):1–196 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf).

National Audit Office (2012). Organisation of compensation of medicines: has the state been successful in guaranteeing the accessibility and optimal use of medicines? Tallinn: National Audit Office (<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2259/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>).

National Institute for Health Development (2017). Health Statistics and Health Research Database [online database]. Tallinn: National Institute for Health Development (<http://www.tai.ee/en/health-data/health-statistics-and-health-research-database>).

OECD (2018). OECD health data [online database]. Paris: Organisation for Economic and Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-data.htm>).

Sagan A, Thomson S (2016). Voluntary health insurance in Europe. Country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf).

Statistics Estonia (2017). Statistics Estonia's ready-made datasets [website]. Tallinn: Statistical Office of Estonia (<https://www.stat.ee/statistics-estonias-ready-made-datasets>).

Statistics Estonia (2018). Statistical database of Estonia [online database]. Tallinn: Statistical Office of Estonia (www.stat.ee).

Thomson S, Evetovits T, Cylus J (2018). Financial protection in high-income countries: a comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2018/financial-protection-in-high-income-countries.-a-comparison-of-the-czech-republic,-estonia-and-latvia-2018>).

Thomson S, Vörk A, Habicht T, Rooväli L, Evetovits T, Habicht J (2010). Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/107877/E93542.pdf).

Thomson S, Habicht T, Rooväli L, Evetovits T, Habicht J (2011). Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system: one year on. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/WHO_analuu_ENG.pdf).

Vörk A, Habicht J, Xu K, Kutzin J (2010). Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Financing Policy Paper No. 3) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/118276/E94130.pdf).

Vörk A, Jesse M, Roostalu I, Jüristo T (2005). Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs [Analysis of Estonian health care financing sustainability]. Tallinn: Praxis Center for Policy Studies (Praxis Working Papers 21/2005).

Vörk A, Saluse J, Habicht J (2009). Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007, Health financing technical report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78903/e92952.pdf).

Vörk A, Saluse J, Reinap M, Habicht T (2014). Out-of-pocket payments and health care utilization in Estonia, 2000–2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/266332/Out-of-pocket-payments-and-health-care-utilization-in-Estonia,-20002012-Eng.pdf?ua=1).

Wagstaff A, van Doorslaer E (2003). Catastrophe and impoverishment in paying in health care: with applications to Vietnam 1993–98. *Health Econ.* 2(11):921–934.

WHO (2010). The World Health Report. Health systems financing: the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2010/en/>).

WHO (2018). Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).

World Bank (2015). The state of health care integration in Estonia. Summary report. Washington (DC): World Bank Group (https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/summary_report_hk_2015.pdf).²

2. Kõiki veebilehti külastati 17. mail 2018

Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff.* 26(4):972–983.

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362:111–117.

Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on ÜRO spetsialiseeritud agentuur, mis loodi 1948. aastal ning mille peamised vastutusala on rahvusvahelised terviseküsimused ja rahvatervis. WHO Euroopa regionaalbüroo on üks kuuest maailma regionaalbüroost, millest igaühel on oma programm, mis vastab regiooni riikide konkreetsetele tervisevaldkonnaga seotud vajadustele.

Liikmesriigid

Albaania
Andorra
Armeenia
Austria
Aserbaidžaan
Belgia
Bosnia ja Hertsegoviina
Bulgaaria
Eesti
Gruusia
Hispaania
Horvaatia
Kreeka
Küpros
Iirimaa
Iisrael
Island
Itaalia
Kasahstan
Kõrgõzstan
Leedu
Luksemburg
Läti
Madalmaad
Malta
Moldova
Monaco
Montenegro
Norra
Poola
Portugal
Prantsusmaa
Põhja-Makedoonia
Rootsi
Rumeenia
Saksamaa
San Marino
Serbia
Slovakkia
Sloveenia
Soome
Šveits
Taani
Tadžikistan
Tšehhi Vabariik
Türgi
Türkmenistan
Ukraina
Ungari
Usbekistan
Valgevene
Venemaa Föderatsioon
Ühendkuningriik

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01

Email: eurocontact@who.int

Website: www.euro.who.int