



SOTSIAALMINISTEERIUM

Kas Eesti elanikud saavad endale tervishoiuteenuseid lubada, arvestades nende sissetulekut ja omaosaluskoormust?

Kersti Esnar
Eleri Lapp

Tervisesüsteemi arendamise osakond
2021



Sisukord

1. Lühikokkuvõte	3
2. Omaosaluskoormus Eestis	4
3. Isikupõhine omaosaluskoormus	6
3.1. Analüüsi meetodika ja valimi kirjeldus	6
3.2. Tervishoiuteenused ja omaosalus	6
3.3. Vaktsineerimine ja tervisetõendid	9
3.4. Hambaravi	11
3.4.1. Laste hambaravi	11
3.4.2. Täiskasvanute hambaravi.....	12
3.4.3. Hambaproteesid	14
3.5. Ravimid	16
3.5.1. Käsimüügi- ja retseptiravimid	16
3.5.2. Täiendav ravimihüvitis.....	18
3.6. Meditsiiniseadmed	20
3.7. Kulud transpordile	21
3.8. Töövõimetuse tõttu saamata jäänud tulu	23
3.9. Leibkonna sissetulek ja omaosaluskoormus.....	25
4. Järeldused ja kokkuvõte	28
5. Omaosaluskoormuse lävendi seadmise analüüs	31
Lisa 1	33
Lisa 2	34

1. Lühikokkuvõte

Tervishoiukulude omaosalus mõjutab oluliselt Eesti elanike tervishoiuteenuste kättesaadavust ja suurendab riski sattuda vaesusesse. Eestis on leibkondade omaosaluse¹ osakaal pidevalt kasvanud, jõudes 2018. aastaks ligi 25%-ni tervishoiukuludest, kuid 2020. aastaks vähenenud 21,7%-le. **Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) soovib omaosaluse osakaalu hoida alla 15% tervishoiukuludest**, sest suurem omaosalus võib osutada rahaliseks piiranguks inimesele vajamineva abi saamisel. Kuna Eesti omaosaluse osakaal tervishoiukuludes on võrreldes teiste Euroopa riikidega suur, on rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 inimkeskse tervishoiu programmis seatud **eesmärk vähendada leibkonna omaosalust tervishoiukuludes aastaks 2030 vähemalt 15%-ni**. Seatud eesmärgi saavutamiseks tuleb vähendada nii rahalisi kui mitterahalisi takistusi, sealhulgas välja töötada ja rakendada meetmeid omaosaluse ümberjaotamiseks. Meetmete väljatöötamiseks on esmalt vaja mõista seda, millised teenused millistele elanikerühmadele omaosalust põhjustavad ning kui suur see on. Varasemad uuringud ja analüüsid on näidanud, et suurema sissetulekuga inimesed saavad endale lubada enam ja suuremat valikut tervishoiusekkumisi kui väiksema sissetulekuga inimesed.

Sotsiaalministeerium koostöös Eesti Haigekassaga (edaspidi haigekassa) analüüsis isikupõhiselt ravikindlustatute omaosalust ja omaosaluskoormust ning selle seost leibkonna sissetulekuga aastatel 2016–2019. Analüüsist selgus, et **keskmine omaosaluskoormus kasvas nelja aastaga 331 eurolt 357 eurole** ühe tervishoiuteenust kasutanud isiku kohta. Samas oli inimesi, kelle aasta keskmine omaosaluskoormus oli üle 1000 euro ja üksikutel juhtudel ulatus 11 korda suuremate summadeni. Kõige enam suurenes ravimite omaosalus, mida on mõningal määral leevendanud täiendav ravimihüvitis. **Suurima keskmise summa omaosalusest kulutavad elanikud hambaravile**, mida aga väiksema sissetulekuga inimesed endale pigem lubada ei saa.

Vaadeldaval perioodil **kasvas 1,7%-lt 2,5%-ni nende leibkondade osakaal, kes kulutasid oma sissetulekust omaosalusele üle 41%** ehk kelle omaosaluse osakaal oli suurim. Sellesse rühma kuulusid 2019. aastal peamiselt tõise sissetulekuta või üheliikmeline puudega inimesega leibkond, keda kokku oli ca 3% kõigist antud rühma leibkondadest. Leibkondade arv, kelle omaosalus jäi leibkonna sissetulekust alla 20%, kasvas 0,4% võrra.

Aasta keskmine omaosaluskoormus erinevate tervishoiusekkumiste puhul on naistel suurem, moodustades 40% ühe kuu sissetulekust ja meestel kolmandiku ühe kuu sissetulekust. Keskmiselt on naistel omaosalus 375 eurot aastas ja meestel 339 eurot aastas ning kuus vastavalt 31 eurot ja 28 eurot. Pensioniealistel kulus 2019. aastal tervishoiu omaosalusele ligi kaks kuupensionit aastas, mis seab pensioniealised valiku ette, kas eelistada tervist või toitu ja sooja tuba.

Kokkuvõttes kinnitavad analüüsi tulemused, et omaosaluskoormus mõjutab tervishoiuteenuste kättesaadavust ja suurendab ohtu sattuda vaesusesse. Seega on vaja omaosaluskoormust vähendada ja leida selleks tõhusad meetmed. Tegelike abivajajateni jõudmiseks on vaja välja töötada meetodika isikupõhiselt omaosaluskoormuse mõõtmiseks ja meetmed selle vähendamiseks enim vajavatele inimestele. Järgmise sammuna saab võtta kasutusele teiste riikide kogemuste põhjal häid meetmeid, näiteks **seada omaosaluskoormusele aastane lävend isiku kohta**, et tagada erinevate näidustatud tervishoiuteenuste ja hüvitiste kättesaadavus ka neile, kelle sissetulek ei võimalda omaosalust maksta, mis omakorda võib takistada tervise hoidmiseks vajalike tervishoiuteenuste, ravimite jm kasutamist.

¹ Omaosalus on tasu, mida inimene ise panustab tervishoiutoote või -teenuse kasutamisel. Omaosaluskoormus on ametlike ja mitteametlike tasude summa, mida inimene peab mistahes tervishoiutoote või -teenuse kasutamise eest maksma.

2. Omaosaluskoormus Eestis

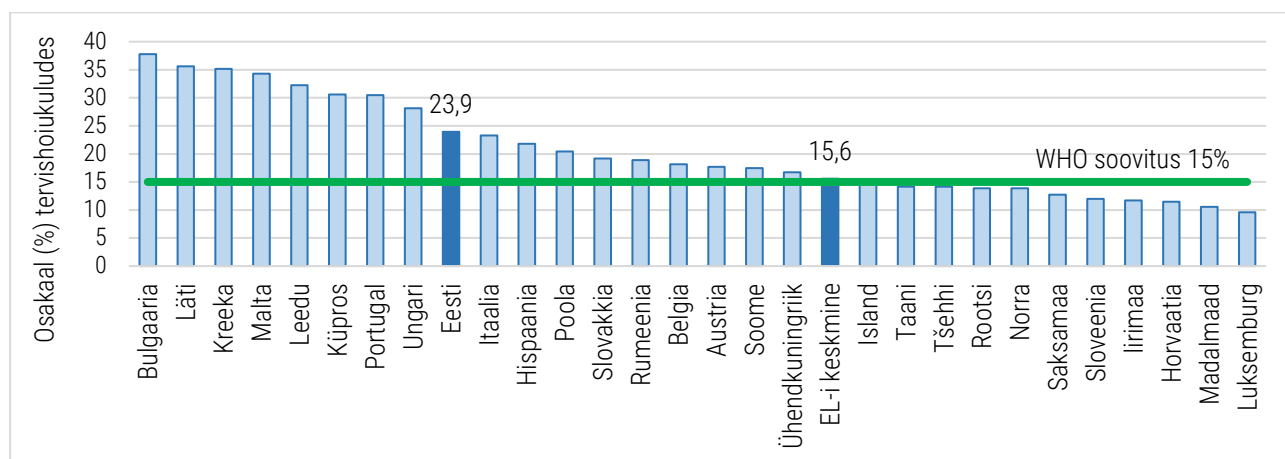
Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030² on eesmärgiks seatud, et ebavõrdus tervishoiuteenuste kättesaadavuses, mis tuleneb kindlustuskaitse puudumisest või selle katkendlikkusest, **omaosaluse tasumisest** või pikkadest järjekordadest, väheneb. Seatud eesmärgi saavutamiseks tuleb vähendada nii rahalisi kui mitterahalisi takistusi, sealhulgas välja töötada ja rakendada sekkumisi omaosaluse ümberjaotamiseks. Sekkumiste väljatöötamiseks on esmalt vaja mõista seda, millised teenused millistele elanikerühmadele omaosalust põhjustavad ning kui suur see on. Varasemad uuringud ja analüüsid on näidanud, et suurema sissetulekuga inimesed saavad endale lubada enam ja suuremat valikut tervishoiusekkumisi kui väiksema sissetulekuga inimesed.

Inimeste omaosalus tervishoiuteenuste saamisel tekib peamiselt kahel põhjusel:

- 1) tasumisel selliste teenuste või ravimite eest, mida riiklik tervishoiusüsteem ei kata;
- 2) tasumisel selliste teenuste või ravimite eest, mida riik hüvitab osaliselt kokkulepitud ulatuses, nagu näiteks hambaravi või haigekassa hüvitatavad soodusravimid.

Tervishoiukulude omaosaluse mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele ja vaesumisele on suur. WHO hinnangul tuleb kriitiliselt hinnata omaosaluspoliitika toimivust, kui omaosalus moodustab enam kui 15% tervishoiukuludest, et välistada olukordi, kus see põhjustab inimestele suurt rahalist koormust või osutub rahaliseks piiranguks inimesele vajamineva abi saamisel. Tuginedes WHO soovitusel ja teiste riikide näitajate võrdlusele on rahvastiku tervise arengukava inimkeskse tervishoiu programmis³ seatud eesmärgiks jõuda 2030. aastaks vähemalt 15%-lise omaosaluseni tervishoiukuludest.

Rahvusvahelises võrdluses paistab Eesti silma pigem suure omaosaluskoormusega. Enamiku Euroopa Liidu (EL) riikidega ja EL-i keskmisega võrreldes on omaosalus Eestis suurem, samuti tunduvalt suurem WHO soovitatust (joonis 1). 2020. aastaks on omaosaluse osakaal tervishoiukuludes vähenenud 21,7%, mida on mõjutanud teatud teenuste kasutamise vähenemine (nt hambaravi kasutati 11% võrra vähem)⁴.



Joonis 1. Omaosalus tervishoiukuludes Euroopa Liidu riikides. Allikas: Eurostat, 2019

Riigi tervisepoliitikast sõltub see, kellele millised kulud ja kui suures ulatuses katab avalik sektor ning kui suure osa maksavad leibkonnad ise, samuti see, kuidas omaosalus teenuste vahel jaguneb. **2020. aastal moodustasid Eesti inimeste omaosaluskoormusest kõige suurema osakaalu kulud ravimitele**

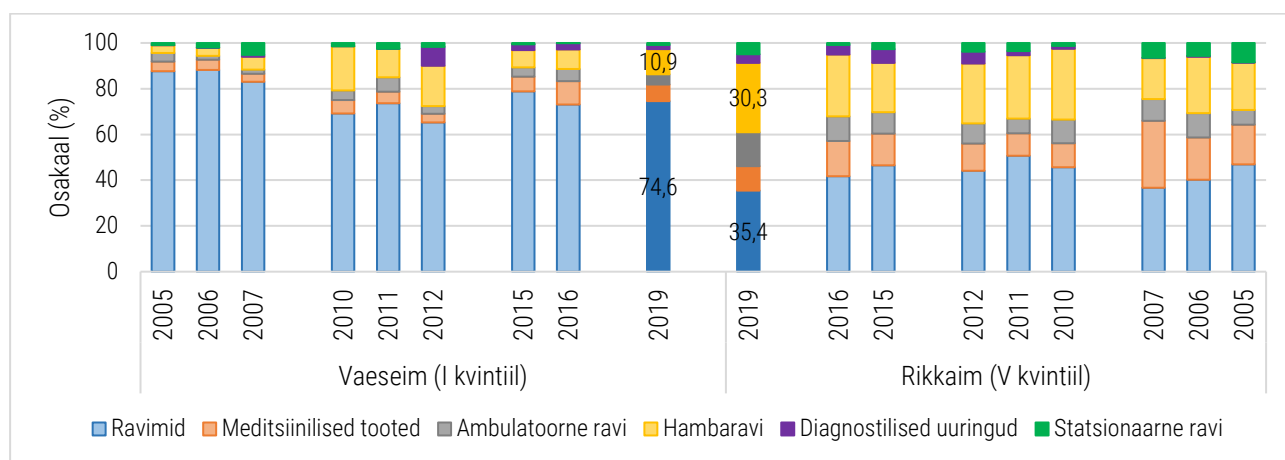
² Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030: <https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030>

³ Inimkeskse tervishoiu programm: https://www.sm.ee/sites/default/files/lisa_8_inimkeskse_tervishoiu_programm_2021.pdf

⁴ <https://statistika.tai.ee/>, <https://tai.ee/et/uudised/hambaravi-vastuvottude-arv-aastaga-langenud-11>

(retseptiravimitele 17% ja käsimüügiravimitele 13%, 2019. a vastavalt 18% ja 14%), **sellele järgnesid hambaravi (28%) ja meditsiiniseadmed (17%)**. Viimastel aastatel on oluliselt kasvanud iseseisva statsionaarse õendusabi kulud, mis moodustavad kogu omaosaluskoormusest 19% (2019. a 17%)⁵. Sarnaselt jaotuvad kulud ka teistes riikides.

Leibkondade võrdlemisel rikkaimasse (V) ja vaeseimasse (I) sissetulekukvintiili jaotatult nähtub, et väiksema sissetulekuga inimeste omaosalusest suurem osa kulub retseptiravimitele (74,6%). Samas jaotub suurema sissetulekuga inimeste omaosalus võrdsemalt ravimite (35,4%) ja hambaravi (30,3%) vahel ning nemad saavad lubada kulutusi ka teistele teenustele, nt meditsiinitooted (joonis 2). Need erinevused ei ole aastate jooksul suurel määral muutunud. Kokkuvõttes võib öelda, et **väiksema sissetulekuga leibkondadel tuleb teha valikuid** ja nad teevad kulutusi pigem ravimitele, mistõttu jäävad teised vajalikud teenused, nt hambaravi, kättesaamatuks.



Joonis 2. Omaosaluse jaotus teenuseliikide ja sissetulekukvintiilide kaupa. Allikas: Võrk, A. Sotsiaalkomisjonis 17.11.2020 tehtud ettekande põhjal.

Eestis on leibkondade omaosaluse osakaal tervishoiukuludes liiga suur ning see:

- ✓ takistab vajalike tervishoiuteenuste kasutamist;
- ✓ põhjustab väiksema sissetulekuga leibkondade vaesumist;
- ✓ sunnib tegema valikuid vajalike tervishoiuteenuste, ravimite jm vahel.

⁵ <https://statistika.tai.ee/>

3. Isikupõhine omaosaluskoormus

Selleks et töötada välja poliitikameetmed, mis aitaksid vähendada või ümber jaotada leibkondade omaosaluskoormust ja seeläbi hoida ära haavatavamate elanikerühmade vaesusesse sattumist või vaesumist, on vaja rohkem ja täpsemat teavet praeguse omaosaluse olukorra kohta. Selleks tehti analüüs, mille käigus uuriti isikupõhiselt ravikindlustatud isikute omaosalust tervishoiuteenuste, ravimite jm kasutamisel. Vaadati, kuidas jaguneb omaosalus teenuste vahel, kuidas see mõjutab erinevaid ravikindlustatud isikuid ja millistesse leibkondadesse nad kuuluvad ning millist koormust see leibkondade sissetulekule põhjustab.

3.1. Analüüsi metoodika ja valimi kirjeldus

Vaadeldavaks perioodiks valiti aastad 2016–2019 eesmärgiga võrrelda täiskasvanute hambaravihüvitise ja automaatse täiendava ravimihüvitise rakendumist perioodiga, kui neid ei olnud. Valimisse hõlmati kõik isikud, kes sellel perioodil kasutasid ravikindlustushüvitist – tervishoiuteenuseid (sh hambaravi), ravimeid, meditsiiniseadmeid ja töövõimetushüvitist. Vastavad andmed saadi Eesti Haigekassa andmekogust. Lisaks analüüsiti vaksineerimise ja tervisetõenditega seotud omaosalust, milleks kasutati Terviseameti, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse ning Politsei- ja Piirivalveameti andmeid. Ravikindlustushüvitist kasutanud inimesed jaotati rahvastikuregistri andmete põhjal leibkondadesse ja nende andmeid täiendati sissetulekute ja toetuste andmetega, mis saadi Maksu- ja Tolliametist, Haridusministeeriumist ja Sotsiaalkindlustusametist. Kogutud andmete põhjal tegi andmeanalüüsi haigekassa. Käesolevas raportis on kirjeldatud andmeanalüüsi tegijate ja raporti koostajate arvutuste põhjal saadud tulemusi. Haigekassa koostatud raportid on leitavad haigekassa kodulehel⁶.

3.2. Tervishoiuteenused ja omaosalus

Tervishoiuteenuste puhul kujuneb peamine omaosalus visiiditasust, voodipäevatasust ja tervishoiuteenuste piirhinnale sätestatud omaosalusest. Visiiditasu ja voodipäevatasu küsimise ning sellest vabastamise põhimõtted on kehtestatud ravikindlustuse seaduses (RaKS)⁷.

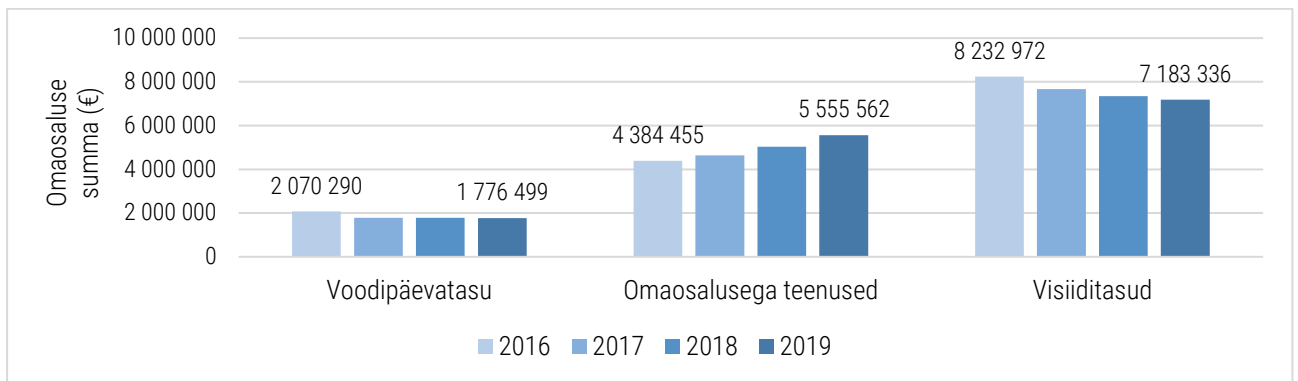
- ✓ **Visiiditasu määr on 5 eurot** ja seda võib küsida kindlustatud isikult, kui talle osutatakse ambulatoorset eriarstiabi või perearst teeb koduviisi. Visiiditasu ei tohi küsida rasedalt ja alla 2-aastaselt kindlustatud isikult ega isikult, kelle puhul järgneb vältimatu ambulatoorse eriarstiabi osutamisele vahetult statsionaarse tervishoiuteenuse osutamine.
- ✓ **Voodipäevatasu määr on 2,50 eurot ühe ööpäeva kohta.** Seda võib küsida kindlustatud isikult, kui talle osutatakse statsionaarset eriarstiabi või iseseisvat statsionaarset õendusabi kuni kümne kalendripäeva eest haigusjuhtumi kohta, v.a teenuse osutamisel alaealisele. Voodipäevatasu ei või küsida intensiivravi osutamise ajal ega raseduse ja sünnitusega seotud statsionaarse eriarstiabi osutamisel.
- ✓ **Omaosalus tervishoiuteenuse piirhinnast on piirhinna osa** ning see on kehtestatud haigekassa tervishoiuteenuste loetelus. Omaosalus on kõigile kindlustatud isikutele sama, kui tervishoiuteenuste

⁶ [Patsiendi omaosaluskoormus tervishoius – kokkuvõte; Alamraport 1 – Raviteenused.html; Alamraport 2 – Retseptiravimid ja meditsiiniseadmed, transport.html; Alamraport 3 – Töövõimetushüvitised.html; Alamraport 4 – Hambaravi ja hambaproteesid.html; Alamraport 5 – Vaksineerimine, relva soetamise ja relvaloatootlejate ning mootorsõidukijuhi tervisetõend, käsimüügiravimid ja täiendav ravimihüvitis.html; Alamraport 6 – Inimese ja leibkonna tulu, omaosaluse koormus aastast tulust.html; Tululiikide jaotus, mida kasutati analüüsi tegemisel; Patsiendi omaosaluskoormuse vähendamise ettepanekute mõjuhindang.html](#)

⁷ Ravikindlustuse seadus: <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122020019>

loetelus ei ole kehtestatud teisiti. Tervishoiuteenuse omaosalus ei tohi ületada 50 protsent tervishoiuteenuse piirhinnast.

Suurima osa omaosalusest moodustavad kulud **visiiditasudele, mis vaadeldaval perioodil vähenesid 12,8%** (joonis 3). Selle üheks põhjuseks võib pidada alates 2017. aastast muutunud esmase vastuvõtu kodeerimismetoodikat, mistõttu vähenes raviarvetel nende vastuvõttude märkimine 13%⁸ võrra. Teenuste piirhindade tõus ja omaosalusega täiendava teenuse lisandumine tervishoiuteenuste loetellu on suurendanud 27% kogukulusid omaosalusega teenustele. Voodipäevatasudele tehtud kulutuste vähenemist (14%) võib seostada nii voodipäevade arvu vähenemisega kui ka teenuste osutamise suurenemisega ambulatoorselt ja päevaravina⁹.



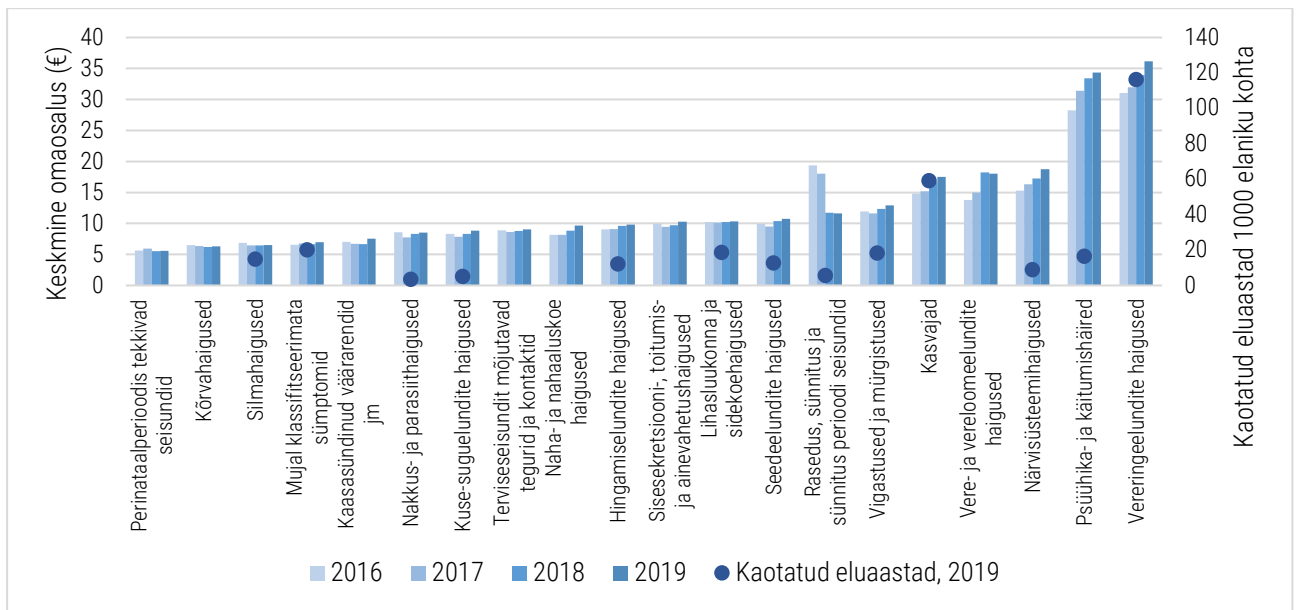
Joonis 3. Omaosaluse summa tervishoiuteenuse liigiti.

Omaosaluse vaates oli 2019. aastal inimese jaoks **kõige soodsam kasutada esmatasandi teenuseid (keskmiselt 6 eurot)**. **Kõige kulukam oli aga kasutada erihaigla teenuseid (keskmiselt 59,2 eurot)**, kuhu kuuluvad ka iseseisva statsionaarse õendusabi teenused, mille piirhinnale on kehtestatud 15%-line omaosalus ja mille puhul tõusis voodipäeva piirhind vaadeldaval perioodil 8,6 eurot (12%). Haiglavõrgu haiglate puhul jäi keskmine tasutud omaosalus vahemikku 11–19 eurot, mis aastati oluliselt ei muutunud.

Jooniselt 4 on näha milliste haiguste ja seisundite puhul on keskmiselt omaosalust kõige rohkem tasutud ja kuidas see on aja jooksul muutunud. Tervishoiuteenuste kasutamisel on kõige rohkem omaosalust tasutud vereringeelundite haiguste (mille tõttu kaotatakse kõige enam eluaastaid) ning psüühika- ja käitumishäirete tõttu, vastavalt 36,2 eurot ja 34,3 eurot, mis on aastate jooksul suurenenud vastavalt 16,4% ja 21,5%.

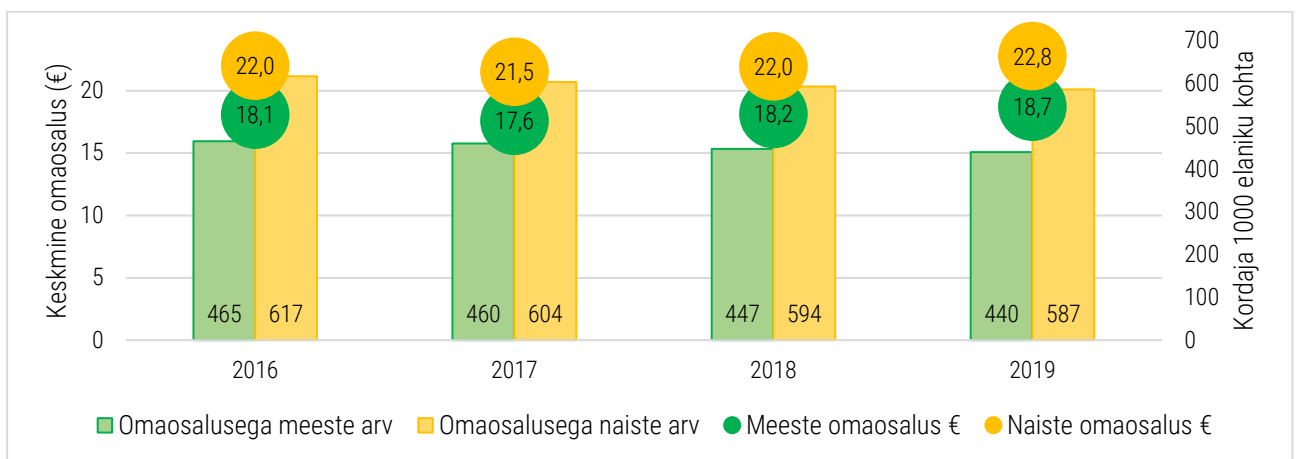
⁸<https://www.haigekassa.ee/haigekassa/finantsnaitajad/tervishoiuteenuste-statistika>
koodid, ravitüübid, diagnoosid)

⁹ <https://statistika.tai.ee/>



Joonis 4. Teenuste keskmine omaosalus haiguste ja seisundite kaupa ning enneaegse haigestumuse ja suremuse tõttu kaotatud eluaastad 1000 elaniku kohta.¹⁰

Tervishoiuteenuste kasutamisel **tasus vaadeldaval perioodil omaosalust keskmiselt 700 tuhat inimest, mis jäi nelja aasta jooksul vahemikku 55–52% elanikkonnast.** Joonisel 5 on näha, et naised kasutavad tervishoiuteenuseid rohkem kui mehed, mistõttu on ka nende keskmine omaosalus **18% suurem** kui meestel. **Omaosalust tasunud inimeste keskmine vanus oli 44 aastat** (mediaan 45). Seda võib seostada asjaoluga, et vanusega vajadus tervishoiuteenuste järele suureneb, mistõttu vanemaaliste puhul suureneb ka omaosalusena tasutud summa (**4. Järeldused ja kokkuvõte**).

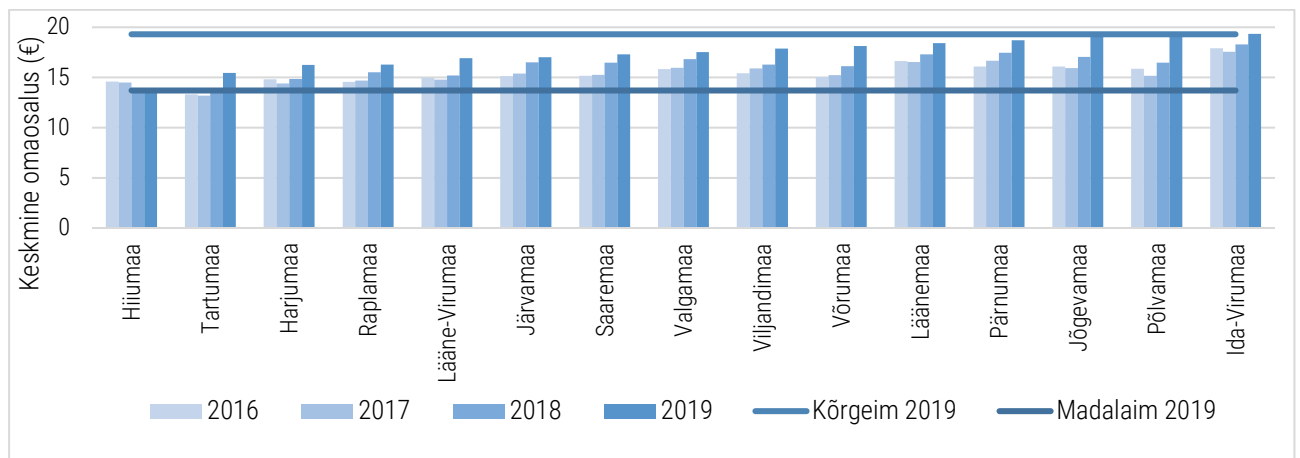


Joonis 5. Omaosalusega inimeste arv sugude järgi kordajana 1000 elaniku kohta ja isiku aasta keskmine omaosaluse summa.

Piirkonniti oli 2019.aastal keskmine tervishoiuteenuste kasutamisest tingitud omaosalus väikseim Hiiumaal (13,7 eurot) ning suurim Põlvemaal ja Ida-Virumaal (19,3 eurot), erinevus on **40,9%** (joonis 6).

¹⁰ vaevuste tõttu kaotatud eluaastad 1000 elaniku kohta. Näitab terviselõhet rahvastiku parima võimaliku ja tegeliku terviseisundi vahel, kasutades selleks enneaegsete surmade ja haigestumiste tõttu kaotatud eluaastaid. Tervisekaotus on seega aeg, mida üksikindiviidid ja rahvastik tervikuna oleks saanud kasutada, kui haigusi ega enneaegseid surmasid ei oleks esinenud. Tervisekaotus arvutatakse suremus- ja haiguskaotust summeerides.
Tervisekaotuse kordaja 1000 elaniku kohta = tervisekaotus (aastates) / elanike arv * 1000.

Samas on tervena elada jäänud aastate arv suurim Hiiumaal (60,8 aastat 2020. a) ja väikseim Põlvamaal (46,0 aastat 2020. a). Seega võib järeldada, et ka teenuseid kasutatakse Põlvamaal mõneti rohkem kui teistes maakondades.



Joonis 6. Keskmine omaosaluse summa maakonniti.

Omaosalus teenuste kasutamisel

- ✓ Omaosalus pole vaadeldaval perioodil oluliselt muutunud.
- ✓ Uued teenused on mõnevõrra omaosalust suurendanud.
- ✓ Iseseisva statsionaarse õendusabi kasutamine on inimestele kõige kulukam ja kulud on suurenenud.
- ✓ Sagedasema tervishoiuteenuste kasutamise tõttu on naistel omaosalus suurem.
- ✓ Põlvamaa elanike tervis on kõige kehvem ja nad tasuvad ka omaosalust rohkem.

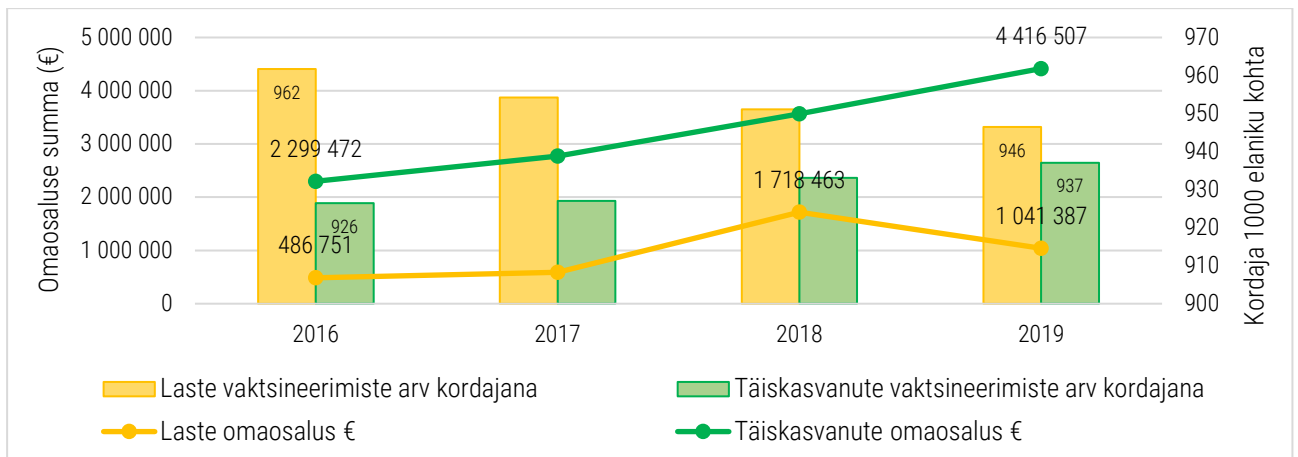
3.3. Vaktsineerimine ja tervisetõendid

Vaktsineerimise omaosaluskoormuse arvutamisel võeti aluseks vaktsineerimised (vt Lisa 1), mis ei kuulu riiklikku immuniseerimiskavasse¹¹. Kulude arvutamiseks kasutati vastavate vaktsineerimiste maksumusi viie tervishoiuteenuse osutaja (edaspidi TTO) näitel¹².

Terviseameti ja arvutuslike andmete põhjal **mõjutas vaktsineerimisega seotud omaosalust vaktsineerimiste arvu kasv – 1,2 korda. Kõige enam suurenesid** vaktsineerimine gripi ja puukentsefaliidi vastu – vastavalt 2,9 ja 1,4 korda (joonis 7). Laste puhul suurenes omaosaluse summa vaadeldaval perioodil 114% ja täiskasvanute puhul mõnevõrra vähem (92%). Omaosaluse suurenemine tulenes peamiselt vaktsineerimise arvu kasvust (lastel 16% ja täiskasvanutel 127%). Mõlemal juhul vaktsineeriti sagedamini gripi (lapsi 185% ja täiskasvanuid 284% rohkem) ja puukentsefaliidi vastu (lapsi 66% ja täiskasvanuid 62% rohkem). Laste puhul vähenes papilloomviirusnakkuse vastu vaktsineerimiste arv, kuid pärast selle lisamist riiklikku immuniseerimiskavasse hakati sagedamini vaktsineerima ja tõus oli 2019. aastal võrreldes 2016. aastaga 3,7-kordne.. Täiskasvanute hulgas kasvas hüppeliselt ka vaktsineerimine tuulerõugete, leetrite, mumpsu ja punetiste vastu.

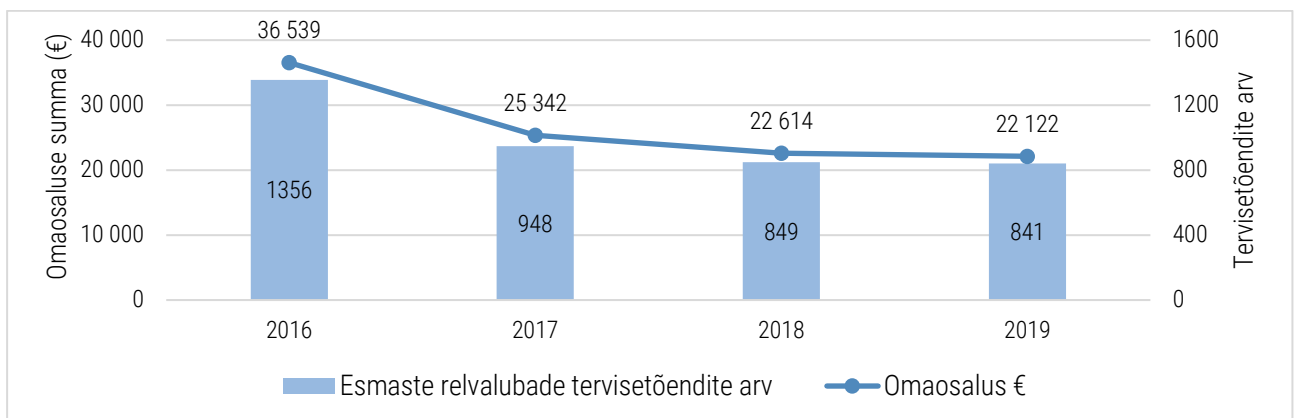
¹¹ Immuniseerimiskava: https://www.riigiteataja.ee/akti/1070/3201/7018/SOM_m9_lisa.pdf

¹² Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum ja Medicum.



Joonis 7. Laste ja täiskasvanute vaktsineerimised kordajana 1000 elaniku kohta ja omaosalusena tasutud kogusummad.

Soetamis- ja relvalubade taotlemiseks vajalike tervisetõendite omaosaluse arvutamise aluseks võeti esmaste relvalubade väljastamise andmed Politsei- ja Piirivalveametist. Mootorsõidukijuhi tervisetõendite omaosaluse arvutamiseks kasutati Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusest saadud tervisetõendite otsuste andmeid. Mõlemal juhul kasutati kulude arvutamiseks valitud perearstikeskuste hinnakirjast nimetatud tervisetõendite väljastamise maksumust. Esmaste relvalubade väljastamise arv ja selleks vajalike tervisetõendite arv vähenes 39%, mistõttu vähenes ka arvutuslik omaosalus (joonis 8), samas muutus kulu ühe tõendi kohta vähem kui ühe euro võrra soodsamaks (26,9 eurot ja 26,3 eurot). Mootorsõiduki juhilubade jaoks väljastati tervisetõendeid aastatel 2016–2019 kokku 396 993 inimesele kogusummas 9,9 miljonit, keskmiselt 2,5 miljonit eurot aastas, kulu isiku kohta oli 25 eurot.



Joonis 8. Esmaste soetamis- ja relvalubade taotlemise tervisetõendite arv ja arvutuslik omaosaluse kogusumma.

Omaosalus vaktsineerimisel:

- ✓ on suurenenud ligi kaks korda vaktsineerimiste sagenemise tõttu nii lastel kui täiskasvanutel;
- ✓ näitab elanike teadlikkust vaktsineerimise kasulikkusest ja inimesed on valmis ise vaktsineerimise eest tasuma, mis on rahvastiku tervise seisukohalt positiivne trend.
- ✓ Papiloomviirusnakkuse vastase vaktsiini lisamine riiklikku immuniseerimiskavasse on laste vaktsineerimiste arvu selle nakkuse vastu suurendanud ja omaosalust vähendanud.

Tervisetõenditega seotud omaosalus on mõnevõrra vähenenud, sest tervisetõendite väljastamine vähenes, kuid kokkuvõttes moodustab see kogu omaosaluskoormusest väikese osa.

3.4. Hambaravi

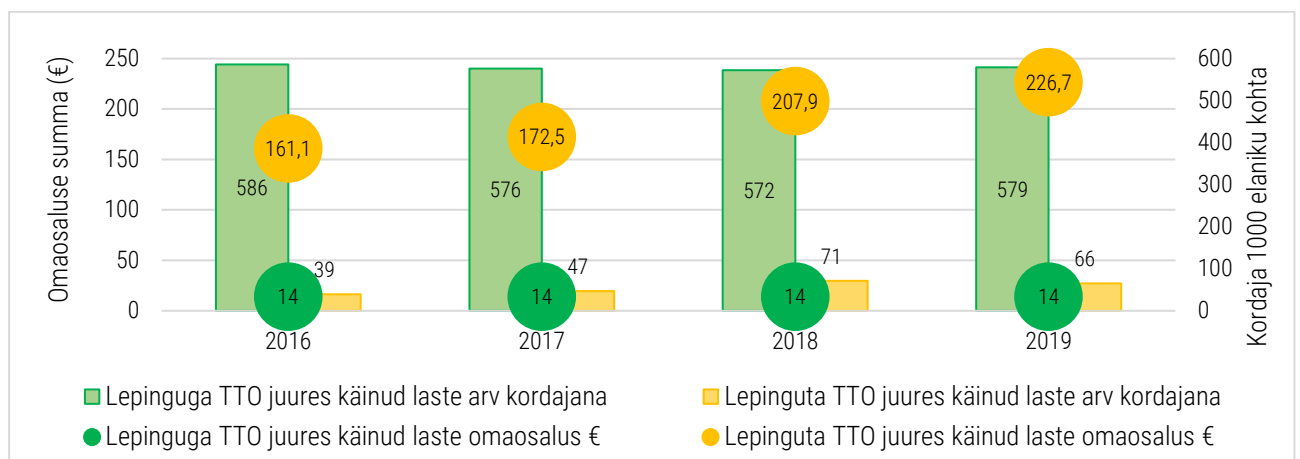
3.4.1. Laste hambaravi

Hambaravikulud kaetakse kuni 19-eluaastani haigekassa eelarvest, ortodontiateenuste (sh breketid) eest vaid teatud näidustustel¹³. Laste hambaraviga seotud omaosaluse arvutamisel võeti aluseks hambaravi kasutamise andmed haigekassa lepingupartnerite (lepinguga TTO) juures. Lisaks tuletati haigekassaga lepingus mitteoleva teenuseosutaja (lepinguta TTO) juures käinute arv Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise 2018. aasta uuringu¹⁴ põhjal. Kulude arvutamisel eeldati, et lepinguta TTO-de teenuste hinnad on ca 10% kõrgemad kui haigekassa tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud piirhinnad.

Hoolimata sellest, et hambaravikulud kuni 19-eluaastani tasub haigekassa, on **0–14-aastase laste hambaarsti vastuvõtul käimine vähenenud**. Kui aastal 2010 käis selles vanuses lastest hambaarsti vastuvõtul üle 95%, siis aastal 2019 käis vastuvõtul vähem kui 72%.¹⁵

Laste hambaraviteenuse osutamiseks on haigekassaga sõlminud lepingu 64,2% (346) kõigist hambaraviteenuse osutajatest, mis vaadeldaval perioodil vähenes 18 võrra, ja nende juures käimine vähenes 1,2%. Eelnevalt kirjeldatud eeldustel tehtud arvutuste põhjal selgus, et **lepinguta TTO-de juures käiakse järjest sagedamini – suurenemine oli 73%** (joonis 9). **Lepinguga TTO-de juures käinutel püsis omaosalus 14 euro juures, lepinguta TTO-de juures käinutel suurenes see 40,7%** (226,7 eurot 2019. a).

Ühe põhjusena võib välja tuua hambaraviteenuste hindade tõusu, mis on olnud kiirem kui hinnatõus tervishoius tervikuna. Perioodil 2001–2018 kasvasid Eestis tarbijahinnad tervishoius keskmiselt 106%, samal ajal kui hambaravihinnad kasvasid 213%¹⁶. Omaosaluse tõus võis olla tingitud ka uute tervishoiuteenuste lisandumisest ja kasutamisest, mida haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kaudu ei hüvita, samuti pikkadest järjekordadest. Kui 2020. aasta alguses oli järjekorda registreeritud vastuvõttude arv kasvanud 28% (4421 vastuvõtu võrra), siis ortodontias oli kasv mõnevõrra väiksem ehk 16% (673 vastuvõtu võrra¹⁷).



Joonis 9. Hambaravil käinud laste arv kordajana 1000 elaniku kohta ja keskmine omaosaluse summa.

¹³Eesti Haigekassa, laste hambaravi <https://www.haigekassa.ee/laste-hambaravi>

¹⁴ Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018: https://intra.tai.ee/images/prints/documents/155471416749_TKU2018_kogumik_28mar2019_1.pdf

¹⁵ Tervise Arengu Instituudi andmetel

¹⁶ Analüüs hambaravihüvitise täiendamiseks https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/hambaravi_analuus.pdf

¹⁷ https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/tagasiside_aruanded/HK-aastaaruanne-2019-final-online.pdf

3.4.2. Täiskasvanute hambaravi

Täiskasvanute hambaravi omaosaluse arvutamiseks kasutati haigekassa täiendava hambaravihüvitise andmeid. Lepinguta TTO juures käimise andmed tuletati Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise 2018. aasta¹⁸ uuringu põhjal.

Täiskasvanute hambaravihüvitist saab kasutada haigekassa lepingupartneri juures esmavajalike teenuste kasutamisel¹⁹, mis lisaks on piiratud järgmiselt:

- ✓ ravikindlustatud isikute hambaravihüvitis on **40 eurot**, samas tuleb neil ise maksta vähemalt 50% arvest;
- ✓ **kõrgendatud määras hambaravihüvitise (85 eurot)** puhul tuleb ravikindlustatud inimesel ise maksta vähemalt 15% arvest ja seda saavad kasutada vaid järgmised isikud: rase, alla üheaastase lapse ema, vanadus- ja töövõimetuspensionär, osalise või puuduva töövõimega inimene, üle 63-aastane inimene, suurenenud hambaravivajadusega inimene²⁰.

Vastupidi lastele on **15-aastaste ja vanemate elanike hambaarsti vastuvõtul käimine mõnevõrra suurenenud**.²¹ Kui aastal 2010 käis 15-aastastest ja vanematest elanikest hambaarsti vastuvõtul ligi 34%, siis aastal 2019 käis vastuvõtul 49%. Täiskasvanute hambaravihüvitise rakendumine (1. juuli 2017) on suurendanud hambaravi kasutamist ja soodustanud haigekassaga lepingu sõlminud TTO-de juures hambaarsti vastuvõtul käimist. Kuigi täiskasvanud käisid vaadeldaval perioodil sagedamini (27,3%) lepinguta TTO-de juures, **suurenes 80% nende isikute arv, kes külastasid lepinguga TTO-sid**. Samas vähenes lepinguta TTO-de juures käinute arv 32% (joonis 10). Haigekassa lepingupartnereid (331) oli 61,4% kõigist hambaraviteenuse osutajatest (539), mis mõjutas positiivselt nende juures hambaravil käijate arvu.

Lepinguta TTO-de juures käinutel olid keskmise omaosalusena tasutud summad **üle 2,5 korra (v.a 2016. a) suuremad** kui haigekassa lepinguga TTO-de juures käinutel. Naised käisid hambaravil 12,6% sagedamini kui mehed, samas kulutasid mehed 2,8% rohkem.

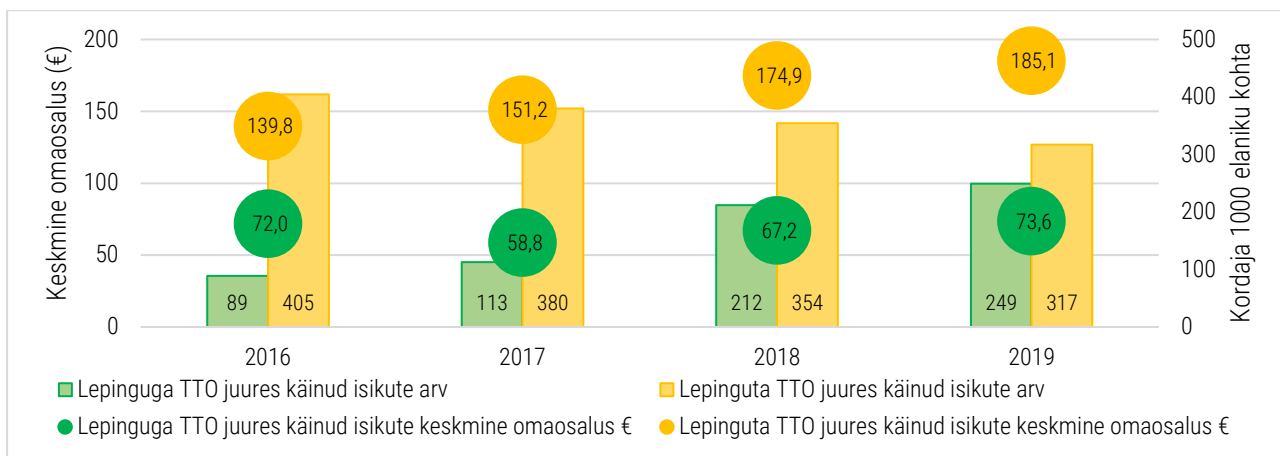
¹⁸ Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018:

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/155471416749_TKU2018_kogumik_28mar2019_1.pdf

¹⁹ Leitavad haigekassa kodulehelt: <https://www.haigekassa.ee/esmavajalike-hambaraviteenuste-piirhinnad>

²⁰ suurenenud vajadus hambaraviteenuse saamiseks on tekkinud järgmiste tervishoiuteenuste osutamise või haiguste tagajärjel: pea- ja kaelapiirkonna kasvajate kirurgiline ja/või kiiritusravi; huule-, alveolaarjätke- ja suulaelõhe kirurgiline ravi; hambakudede või näo- ja lõualuude väärarenguid põhjustavate geneetiliste ja ainevahetushaiguste ravi; näo-lõualuude piirkonna traumade ja põletike kirurgiline ravi; meditsiiniline protseduur (endoskoopia, anesteesia ja muu), mille käigus on tekkinud näo-lõualuude piirkonna trauma; kopsu-, maksa-, südame ja/või neerude, vereloome tüvirakkude siirdamine või siirdamiseks ettevalmistamine; esimest tüüpi diabeet; Sjögreni sündroom.

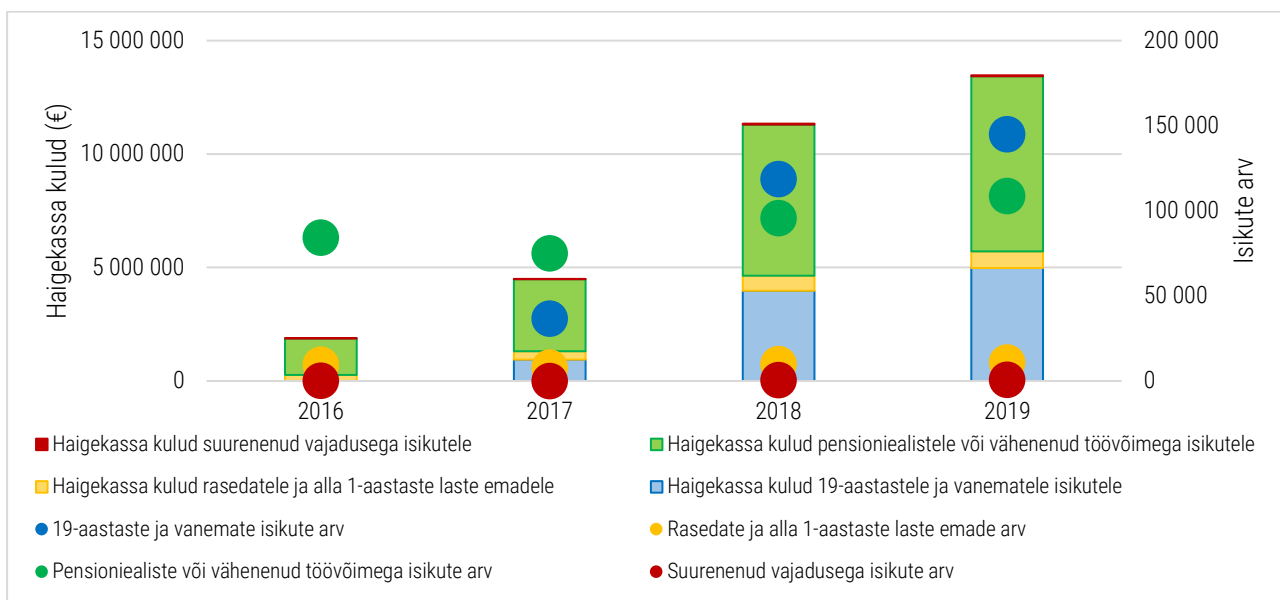
²¹ Tervise Arengu Instituudi andmetel



Joonis 10. Hambaravil käinud isikute arv kordajana 1000 elaniku kohta ja keskmine omaosaluse summa.

Lisaks vaadati hambaravihüvitisega seotud kulusid haigekassale ning seda, kuidas see erinevate hambaravihüvitise kasutajate rühmade kaupa jagunes. Haigekassa kulud on täiskasvanute hambaravihüvitise rakendumise ja piirmäärade suurenemise tõttu 2019. aastaks jõudnud 13,5 miljoni euroni (2016. a 1,9 miljonit eurot), mis jagunes järgmiselt:

- ✓ suurim kulu (7,7 mln eurot) oli pensionäridel ja vähenenud töövõimega isikutel ning keskmine kulu isiku kohta oli 70,9 eurot;
- ✓ suurim hüvitist kasutanud isikute arv oli 19-aastaste ja vanemate rühmas, kogukulu ligi 5 miljonit eurot ja keskmine kulu isiku kohta 34,4 eurot;
- ✓ kõige rohkem suurenes hüvitise kasutajate arv (9,7% aastate 2018 ja 2019 võrdluses) rasedate ja alla 1-aastaste laste emade hulgas, kogukulu oli 734 305 eurot ning keskmine kulu isiku kohta 67,1 eurot;
- ✓ suurim kulu isiku kohta (72,5 eurot) oli suurenenud hambaravi vajadusega isikute puhul, kelle kogukulu oli 47 423 eurot (joonis 11).



Joonis 11. Täiendava hambaravihüvitise kasutajate arv ja kulud haigekassale.

Omaosalus hambaravis

- ✓ Laste hambaraviga hõlmatus on vähenemas.
- ✓ Haigekassa lepinguga TTO juures on laste omaosalus jäänud samaks, aga järjekorda registreeritud vastuvõtude arv on suurenenud.
- ✓ Kuigi haigekassa lepinguta TTO juures käimisel on laste omaosalus kordades suurem, käiakse seal siiski järjest sagedamini.
- ✓ Hambaraviteenust kasutatakse järjest rohkem ja täiskasvanute hambaraviga hõlmatus trend on positiivne, kuid kord aastas käivad hambaarsti juures ca pooled täiskasvanutest.
- ✓ Täiskasvanute hambaravihüvitist kasutatakse järjest rohkem ja haigekassa lepinguga TTO juures käimine on haigekassa kulusid suurendanud, kuid aidanud kaasa omaosaluse vähenemisele ja suutervise paranemisele.
- ✓ Haigekassa lepinguta TTO-de juures käimine on järjest kallim, kuna hambaraviteenuse hinnad on tõusnud oluliselt rohkem ja kiiremini kui teiste tervishoiuteenuste hinnad.

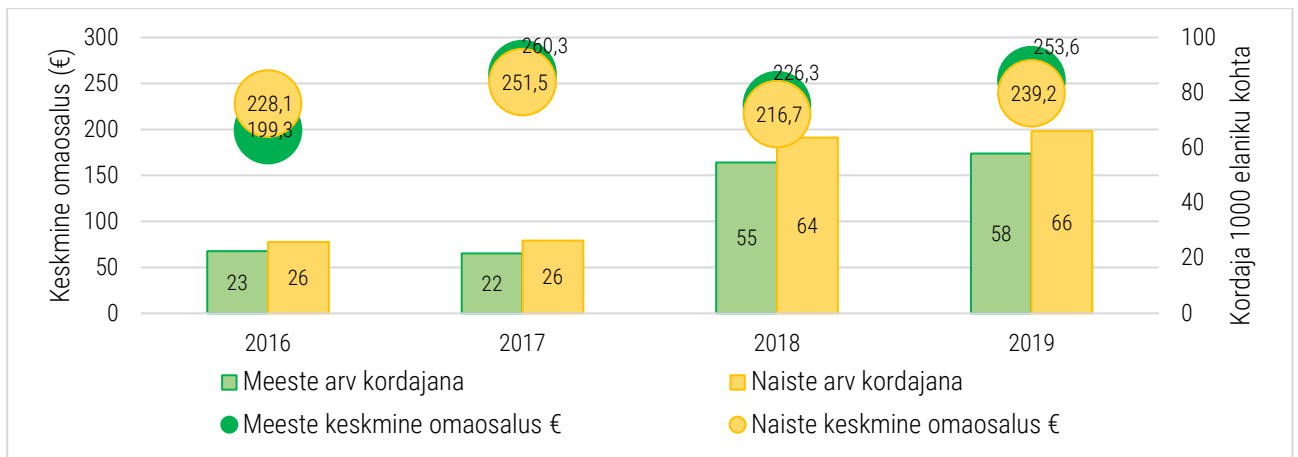
3.4.3. Hambaproteesid

Mitterahaline proteesihüvitis rakendus 1. jaanuarist 2018. Hüvitist saab kasutada haigekassa lepingupartnerite juures. Hüvitise summa on **260 eurot kolmeks aastaks ning seda saavad kasutada järgmised ravikindlustatud isikud:**

- ✓ pensionärid, kellele on riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel määratud töövõimetuspension või vanaduspension;
- ✓ osalise või puuduva töövõimega inimesed;
- ✓ üle 63-aastased inimesed.

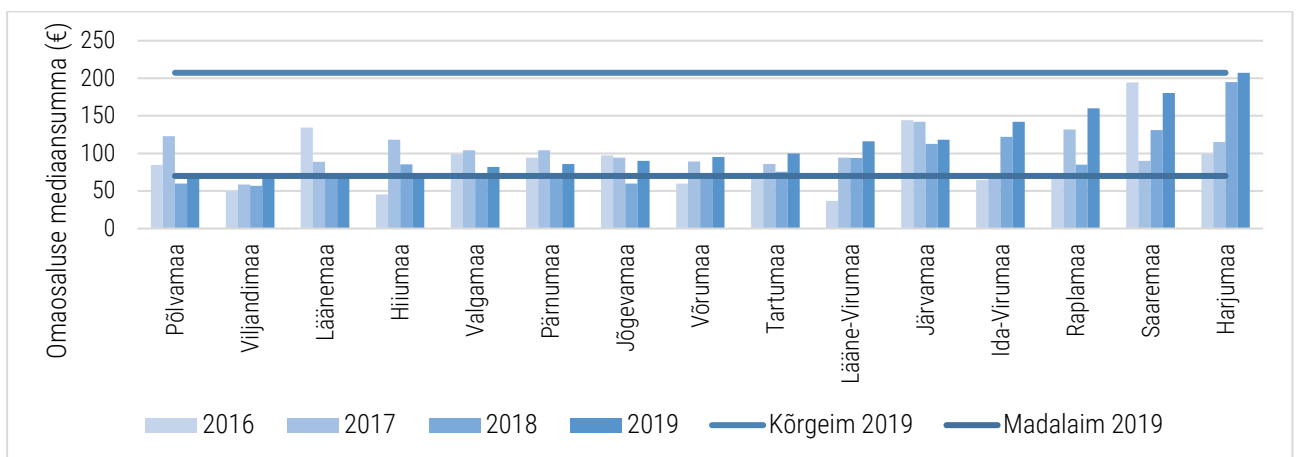
Proteesihüvitist kasutas 2019. aastal üle 12 tuhande naise ja üle 6 tuhande mehe. Hüvitise rakendumise järel nende arv suurenes – meeste arv 2,7 korda ja naiste arv 2,6 korda. Keskmiselt olid hüvitise kasutajad vanemaealised (68–70-aastased). **Analüüsi perioodil kasvas keskmine omaosalus naistel 5% (11,2 eurot) ja meestel 27% (54,2 eurot).** Kuigi sagedamini kasutasid hüvitist naised (13–18%), oli meeste omaosalus (v.a 2016. a) 3–6% suurem (joonis 12). Naiste omaosaluse suurenemine võib väiksem olla ka seetõttu, et nad on varem oma suutervise eest rohkem hoolt kandnud – pesevad sagedamini hambaid, käivad nooremana sagedamini hambaarsti juures ja nt 55–64- aastastel naistel puudub vähem hambaid kui meestel.²²

²² Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018:
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/155471416749_TKU2018_kogumik_28mar2019_1.pdf



Joonis 12. Proteesihüvitise kasutamine sugude järgi kordajana 1000 elaniku kohta ja keskmine omaosaluse summa.

Omaosalust maksid kõige vähem Põlva- ja Viljandimaa (70 eurot) ning kõige rohkem Harjumaa (207,3 eurot) elanikud. Erinevus nende maakondade vahel oli **ligi kolmekordne** (joonis 13). Põhjuseks võib olla asjaolu, et Põlvamaal, kus sissetulekud on väiksemad, valivad inimesed rahalistel põhjustel odavamad proteesid või uuendavad neid harvem kui Harjumaa elanikud. Lisaks võivad Harjumaa elanikud valida kallimad proteesid või implantaadid, kuid nende hind on ka kallim. Proteesihüvitise kasutamist soodustas hüvitise muutmise mitterahaliseks (ehk arvestus käib automaatselt teenuseosutaja juures) ja teenuse osutamise kohtade lisandumine. Alates hüvitise rakendamisest lisandus **53 teenuseosutajat**, 2019. aastal oli neid 392.



Joonis 13. Proteesihüvitise omaosaluse mediaansumma maakonniti.

Omaosalus hambaproteesimisel

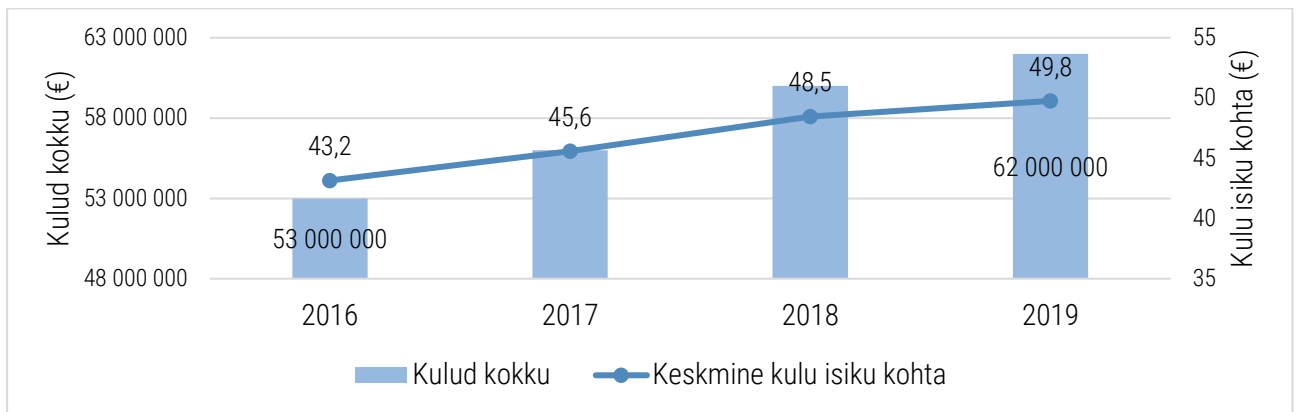
- ✓ Proteesihüvitise järjest sagedasemat kasutamist on soodustanud selle muutmise mitterahaliseks, sagedasema kasutamise tõttu on ka omaosaluskoormus suurenenud.
- ✓ Kui täiskasvanute hambaravihüvitist kasutavad pigem naised, siis proteesihüvitist kasutavad pigem mehed, kuna nende suutervise olukord on kehvem.
- ✓ Harjumaa elanikud on omaosalusena maksnud ligi kolm korda rohkem kui Põlva- ja Viljandimaa elanikud.

3.5. Ravimid

3.5.1. Käsimüügi- ja retseptiravimid

- ✓ Retseptiravimitele kehtivad 100-, 90-, 75- ja 50%-lised soodusmäärad ravikindlustatud isikutele.
- ✓ Kõrgem soodusmäär kehtib raskete ja krooniliste haiguste raviks vajalikele peamistele ravimitele ning teatud elanikkonnarühmadele, nt vanadus- ja töövõimetuspensionäridele.
- ✓ Soodustus arvutatakse ravimite loetelus²³ kehtestatud piirhinna põhjal.
- ✓ Iga retsepti kohta lisandub retseptitasu, mis on alates 2018. aasta 1. jaanuarist 2,50 eurot.

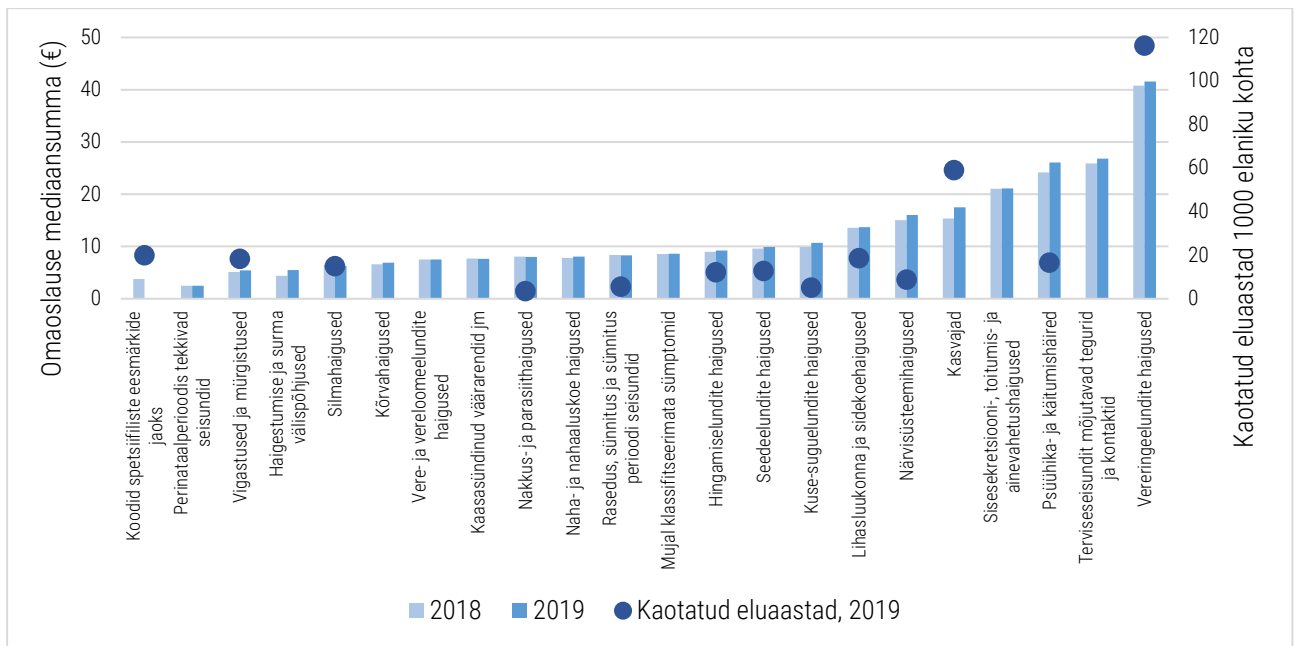
Käsimüügiravimite keskmise kulu arvutamisel kasutati üldist aastast käsimüügiravimite kulu Raviameti andmetel. Aastati jagati kulud nende isikute arvuga, kes konkreetsel aastal valimis olid. **Käsimüügiravimite keskmine kulu inimese kohta kasvas vaadeldaval perioodil 15%** (joonis 14).



Joonis 14. Käsimüügiravimite kulud kokku ja keskmine kulu valimisse kuulunud isiku kohta.

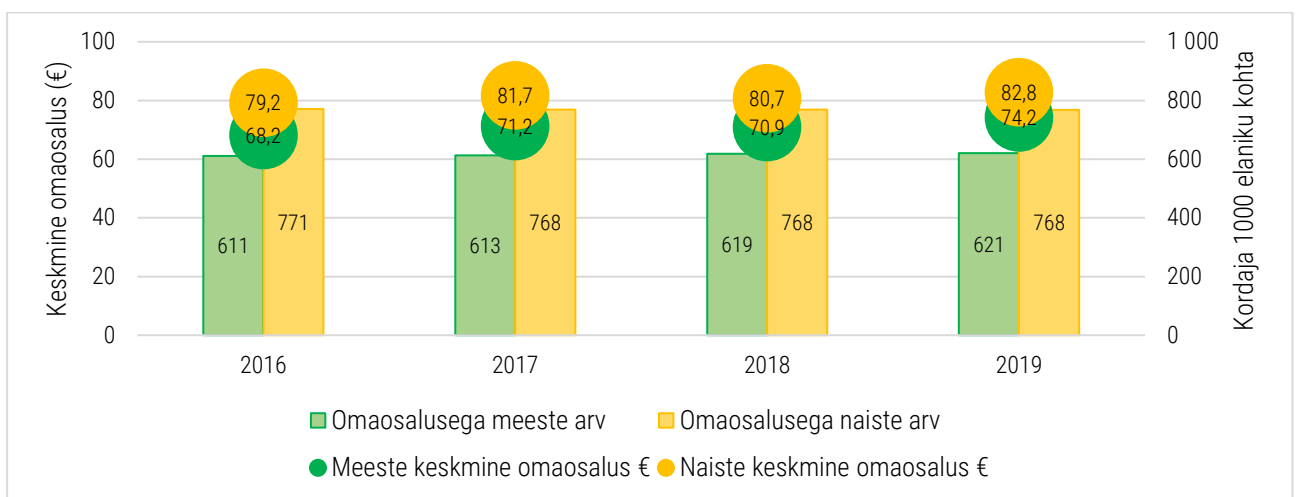
Retseptiravimite puhul tasuti kõrgeimat omaosalust vereringeelundite haiguste (mediaan omaosalus 41,6 eurot ja kasv vaadeldaval perioodil 1,9%), psüühika- ja käitumishäirete (26,1 eurot ja 7,3%), sisesekreetsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaiguste (21,1 eurot ja muutusteta) ning kasvujate (17,5 eurot ja 12%) korral (joonis 15). Vereringeelundite haiguste puhul kaotame enneaegsete haigestumiste ja surmade tõttu kõige rohkem eluaastaid ning ka omaosalus on retseptiravimite kasutamisel suurim, sarnane seis on kasvujate puhul. Kuigi psüühika- ja käitumishäirete puhul on retseptiravimite omaosaluse määr suhteliselt kõrge, hoiab retseptiravimite kasutamine ära enneaegse tervisekao ja surma.

²³ Eesti Haigekassa ravimite loetelu: <https://www.riigiteataja.ee/akt/123092011004?leiaKehtiv>



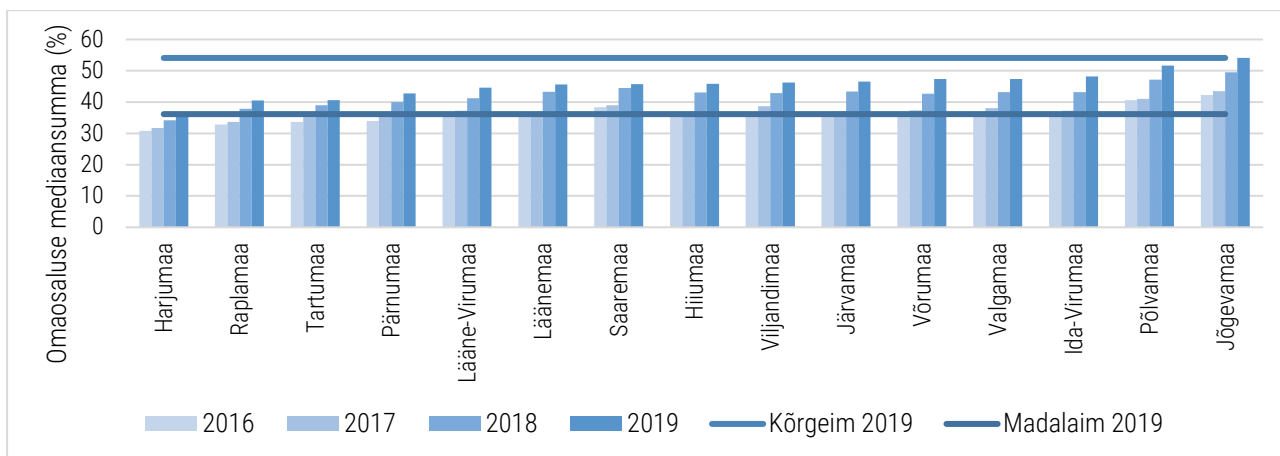
Joonis 15. Retseptiravimite omaosaluse mediaansumma haiguste ja seisundite kaupa ning enneaegse haigestumuse ja suremuse tõttu kaotatud eluaastad 1000 elaniku kohta.

Retseptiravimi keskmine väljaostja oli 47-aastane. Sagedamini (27,4%) ostsid ravimeid välja naised kui mehed. Analüüsis vaadeldud perioodil kasvas ravimite omaosalus mõningal määral nii naistel kui meestel. Naiste keskmine omaosalus oli 10,4% suurem kui meestel, mis võib olla seotud naiste suurema tervishoiuteenuste kasutamisega ning sellega, et nad pööravad oma tervise seisundile rohkem tähelepanu ja on terviseteadlikumad. **Ravimitega seotud omaosalust tasunud inimeste arv kasvas 1,2% ja seda eelkõige meeste arvelt,** kelle osakaal kasvas 3% võrra. Aastal 2018 rakendunud täiendava ravimihüvitise ja erineva soodsumääraga ravimite retseptitasu ühtlustamise positiivset mõju omaosalusele analüüsi tulemuste põhjal selgelt välja tuua ei saa (joonis 16).



Joonis 16. Retseptiravimite kasutajate arv sugude järgi kordajana 1000 elaniku kohta ja keskmine omaosaluse summa.

Mediaansummana tasusid retseptiravimitega seotud omaosalust kõige enam Jõgevamaa (2019. a 54,1 eurot) elanikud, samas kui Harjumaa elanikud tasusid 33,1% vähem ehk 36,2 eurot (joonis 17). Seda võib seostada ka tervena elada jäänud aastatega – 2019. aastal elati Jõgevamaal 9,4 aastat vähem tervena kui Harjumaal.



Joonis 17. Retseptiravimite omaosaluse mediaansumma maakonniti.

Omaosalus ravimite kasutamisel

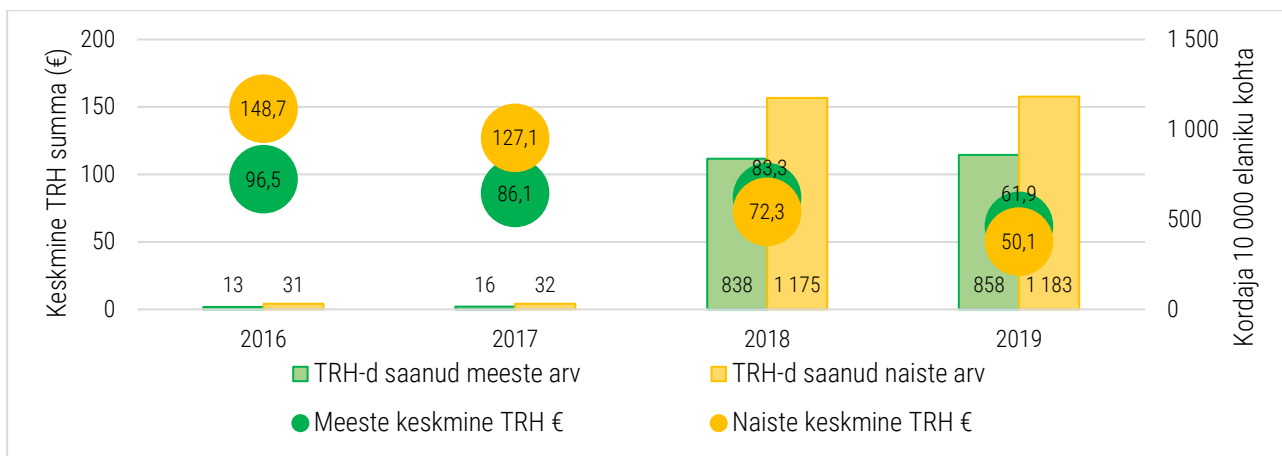
- ✓ Inimesed ostavad järjest enam käsimüügiravimeid, mis suurendab omaosalust.
- ✓ Retseptiravimite omaosaluskoormus on mõningal määral kasvanud, välja arvatud täiendava ravimihüvitise rakendumise perioodil.
- ✓ Sagenenud on retseptiravimite väljaostmine, mis on omaosalust suurendanud.
- ✓ Omaosalus on suurim vereringeelundite haiguste korral, mille tõttu kaotame ka kõige enam eluaastaid.
- ✓ Omaosalus on suurem maakondades, kus tervena elada jäänud eluaastate arv on väiksem.

3.5.2. Täiendav ravimihüvitis

Täiendavat ravimihüvitist (TRH) maksti kuni 2017. aasta lõpuni ravikindlustatud isiku taotluse alusel ja juhul, kui retseptiravimite kulu oli suurem kui 300 eurot. Alates 1. jaanuarist 2018 arvestatakse TRH ravikindlustatud isikutele automaatselt järgmiselt:

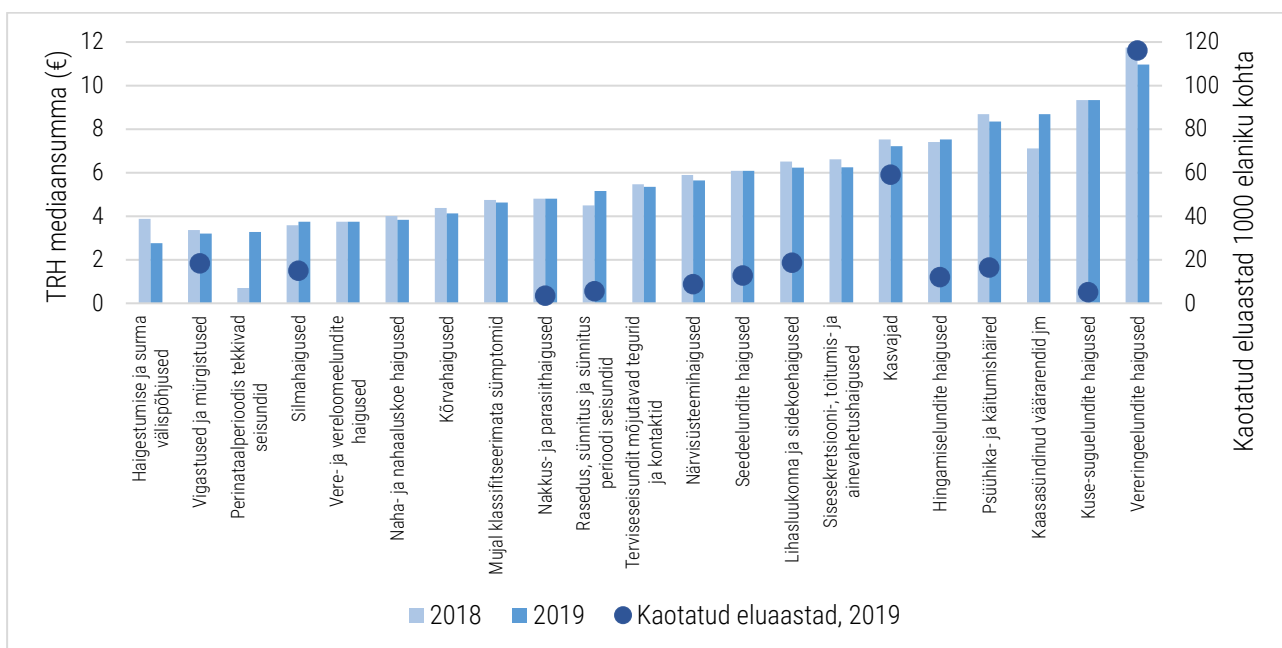
- ✓ kui soodusretseptiga ostetud ravimite summa on aastas 100–300 eurot, hüvitatakse 100 eurot ületavast osast 50%;
- ✓ kui soodusretseptiga ostetud ravimite summa ületab aastas 300 eurot, hüvitatakse 300 eurot ületavast osast 90%.

TRH automaatseks muutmise järel on selle kasutamine hüppeliselt kasvanud. Põhjustena võib välja tuua, et inimesed ei pea selle saamiseks haigekassale eraldi taotlust esitama ja TRH arvestamiseks tehtavate kulutuste summa piir on vähenenud. Kuna TRH rakendub alates 100 eurost, vähenes 2016. aastal võrreldes 2017. aastaga ka keskmine TRH summa (joonis 18). Aastatel 2016 ja 2017, kui TRH-d automaatselt ei arvestatud, kasutasid seda pigem naised, mistõttu oli neil keskmine TRH vastavalt 54,2% ja 47,5% suurem kui meestel. Alates TRH muutmisest automaatseks on meestel keskmine TRH summa suurem kui naistel – 2018. aastal 15,2% ja 2019. aastal 23,5%.



Joonis 18. Täiendava ravimihüvitise saajate arv kordajana 1000 elaniku kohta ja keskmine TRH summa.

Keskmine TRH saaja oli pigem vanemaealine, vanus kasvas vaadeldaval perioodil 58 aastalt 67 aastani (vanuse mediaan vastavalt 62 ja 69). Haigusseisunditest on TRH mediaansumma kõrgeim vereringeelundite puhul (11 eurot), samas langes mediaansumma vaadeldaval perioodil 6,7% (joonis 19). Maakonniti oli 2019. aastal TRH mediaansumma erinevus 28–32,8 eurot, olles madalaim Ida-Virumaal ja kõrgeim Saaremaal.



Joonis 19. TRH mediaansumma haiguste ja seisundite kaupa ning enneaegse haigestumuse ja suremuse tõttu kaotatud eluaastad 1000 elaniku kohta.

Täiendava ravimihüvitise:

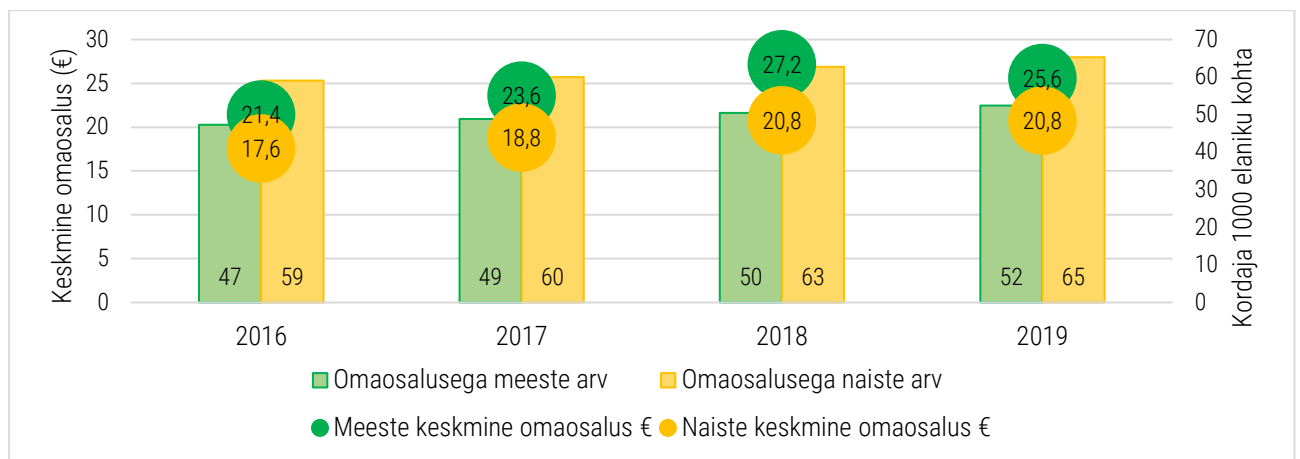
- ✓ automatiseerimine on suurendanud sellest kasu saajate arvu ning aidanud kaasa omaosaluskoormuse vähenemisele, eelkõige vanemaealiste hulgas;
- ✓ keskmine summa on langenud soodusretseptiga ostetud ravimite piirmäärade langetamise tõttu;
- ✓ mediaansumma on kõrgeim vereringeelundite haiguste puhul, mille tõttu kaotatakse enim eluaastaid.

3.6. Meditsiiniseadmed

Haigekassa hüvitab meditsiiniseadmeid

- ✓ meditsiiniseadmete loetelus²⁴ kehtestatud piirhinnast 90%-lise või 50%-lise soodusmääraga ravikindlustatud isikutele;
- ✓ inimene peab ise tasuma vastavalt 10% või 50% piirhinnast ja piirhinda ületava osa.

Vaadeldaval perioodil kasvas meditsiiniseadmete kasutajate arv **11,5% võrra** – omaosalusega meeste arv 12,6% ja naiste arv 10,7%. Kuigi 2019. aastal oli omaosalusega naised **37,9% rohkem**, oli naiste keskmine omaosalus **18,9% väiksem** kui meestel (joonis 20).



Joonis 20. Meditsiiniseadmeid kasutajate arv sugude järgi kordajana 1000 elaniku kohta ja keskmine omaosaluse summa.

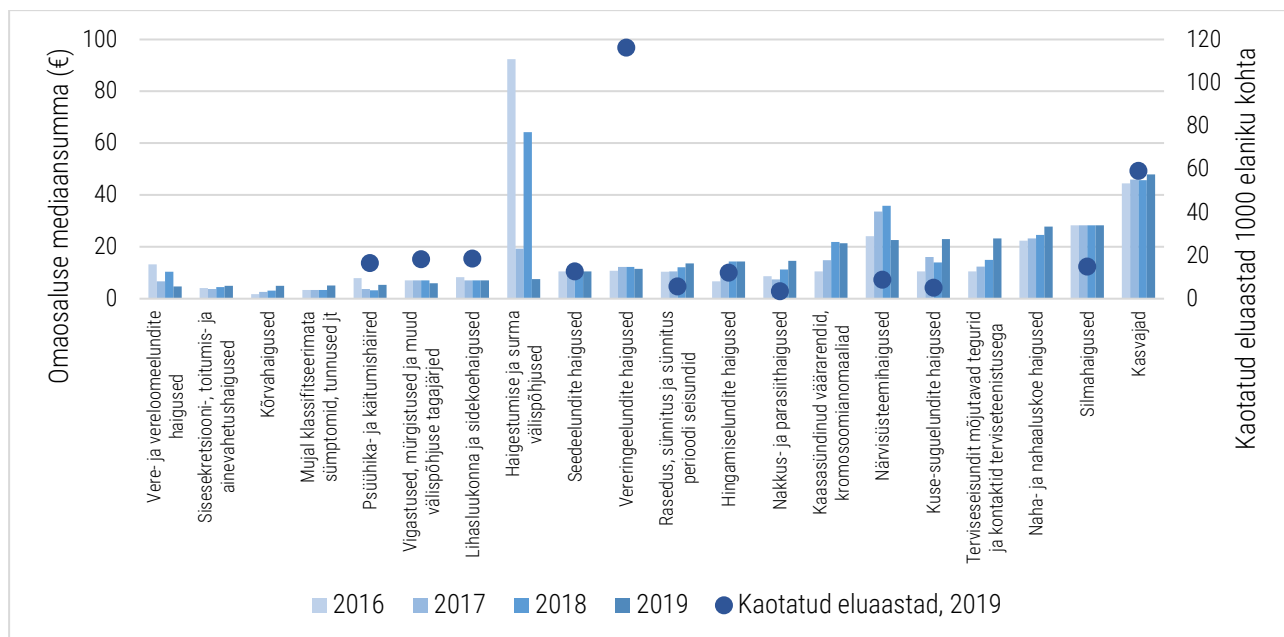
Meditsiiniseadmete²⁵ omaosalus on suurim järgmiste haiguste ja seisundite puhul (joonis 21):

- ✓ kasvajakasvaja – omaosaluse mediaansumma on 47,9 eurot, mis on vaadeldaval perioodil kasvanud 7,6%;
- ✓ silmahaigused – omaosaluse mediaansumma on 28,3 eurot, mis ei ole vaadeldaval perioodil muutunud;
- ✓ nahahaigused – omaosaluse mediaansumma on 27,8 eurot, mis on vaadeldaval perioodil kasvanud 24,4% võrra.

2018. aastal on kasvanud haigestumisest ja surma välispõhjustest tingitud omaosalus, mille põhjuseks võivad olla vigastused ning nende raviks vaja olnud ja kasutatud ortooside maksumus.

²⁴ Eesti Haigekassa meditsiiniseadmete loetelu ja meditsiiniseadmete loetellu kantud meditsiiniseadme eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord: <https://www.riigiteataja.ee/akt/116122020016>

²⁵ Hüvitatavad meditsiiniseadmed haiguste kaupa: <https://www.haigekassa.ee/inimesele/meditsiiniseadmed>



Joonis 21. Meditsiiniseadmete omaosaluse mediaansumma haiguste ja seisundite kaupa ning enneaegse suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastad 1000 elaniku kohta.

Maakonniti suuri erinevusi omaosaluse mediaansummas (5,3–7,1 eurot) ei olnud.

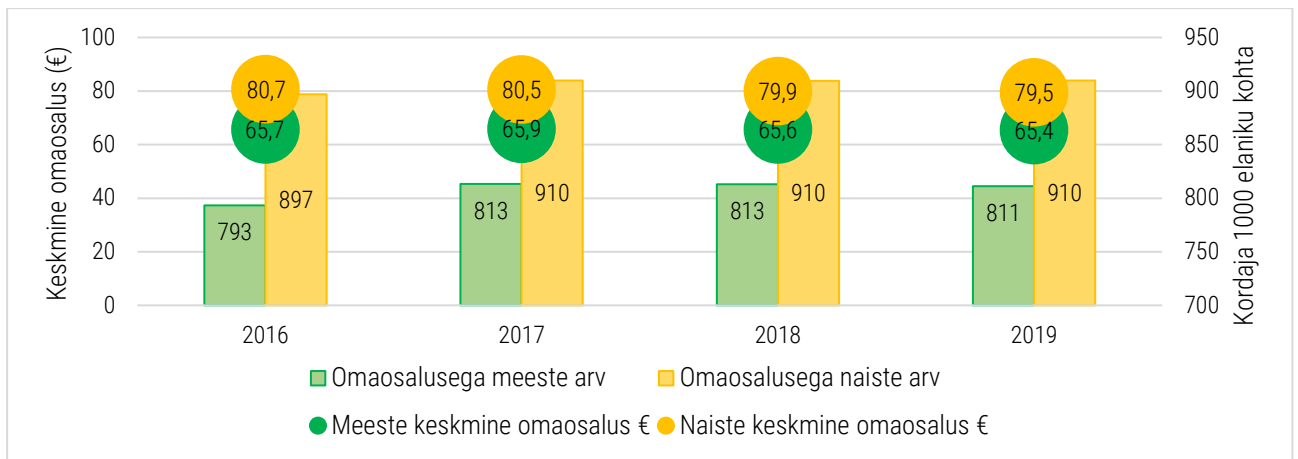
Meditsiiniseadmete:

- ✓ kasutamine on kokkuvõttes püsinud samal tasemel;
- ✓ omaosalus on keskmiselt inimese kohta mõnevõrra suurenenud;
- ✓ suurimat omaosalust tasuti kasvajate korral.

3.7. Kulud transpordile

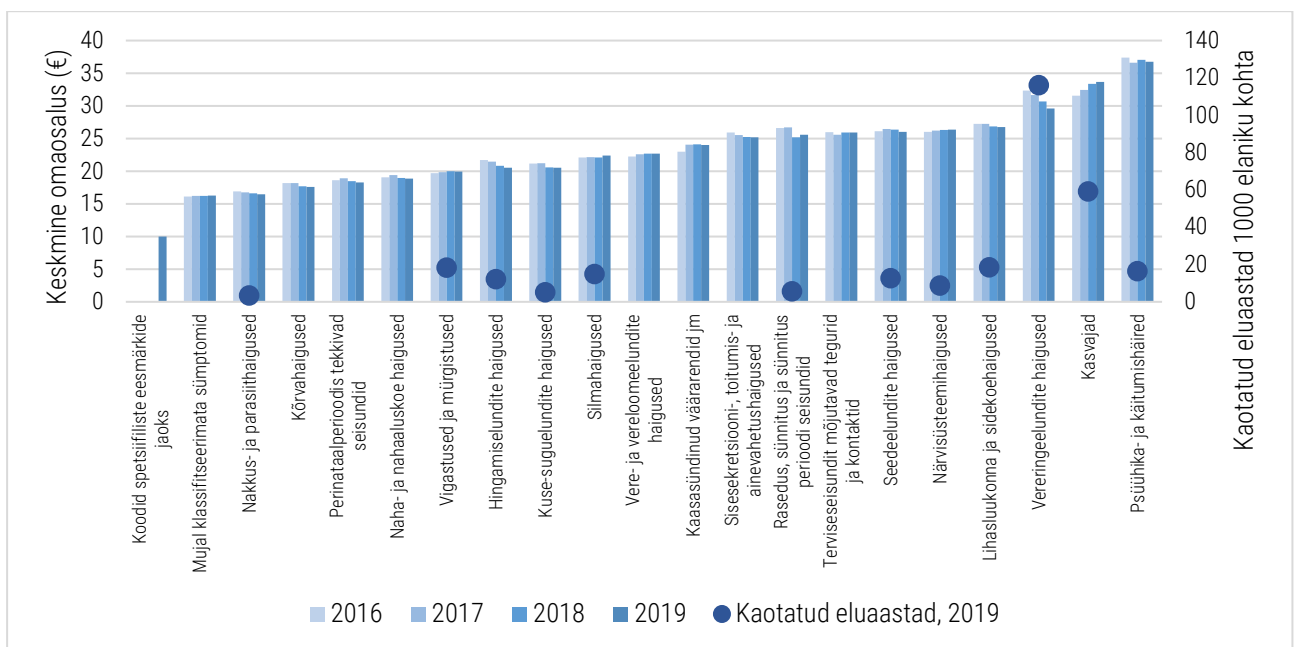
Transpordikulude arvutuste aluseks võeti kõik raviarved, mille puhul võis eeldada, et inimene pidi tervishoiuteenuse (v.a hambaravi ja -proteesid) saamiseks TTO juurde sõitma. Lisaks eeldati, et isikliku ja ühistranspordi kulud on võrdsed, kuid isiku elukoha maakonna piires TTO juurde sõitmise kuluks arvestati 10 eurot ja teise maakonda sõitmise kuluks 15 eurot.

Vaadeldaval perioodil ei ole transpordi kasutamise ja sellega seotud kuludes olulisi muutusi toimunud. Samas **kasutavad naised transporti 25% võrra rohkem kui mehed**, mistõttu on ka nende **kulud transpordile 21,5% suuremad** (joonis 22). Tulemused on tihedalt seotud tervishoiuteenuste kasutamisega – naised tarbivad tervishoiuteenuseid sagedamini kui mehed.



Joonis 22. Transpordi kasutanute arv sugude järgi kordajana 1000 elaniku kohta ja keskmine omaosaluse summa.

Omaosalusena kulutavad inimesed transpordile tervishoiuteenuste kasutamiseks enim psüühika- ja käitumishäirete tõttu – keskmiselt 36,8 eurot inimese kohta, mis vaadeldaval perioodil mõnevõrra (1,6%) vähenes. Järgnevad kulud kasvajate ja vereringeelundite haiguste tõttu TTO juures käimiseks, vastavalt 33,7 eurot (kasv 2,1 eurot) ja 29,6 eurot (vähenemine 2,7 eurot) (joonis 23). Vereringeelundite haiguste tõttu tekkinud kulud on võimalik mõnevõrra vähendada, kui vähendada välditavaid eriarsti vastuvõtte ja asendada need perearsti või -õe külastusega. Psüühika- ja käitumishäirete kulud näitavad, et inimesed valivad vastavate tervisemurede korral abi saamiseks pigem elukohast kaugemal asuva TTO, mida võib seostada spetsialistide vähesuse ja valehääbiga. Kasvajate puhul on tulemus ootuspärane, sest vähiravi osutatakse peamiselt piirkondlikes ja keskhaiglates, mis asuvad Tallinnas ja Tartus, mistõttu teiste maakondade elanikel tulebki vastavate TTO-de juurde jõudmiseks transpordi kasutada.



Joonis 23. Transpordi keskmine omaosaluse summa haiguste ja seisundite kaupa ning enneaegse haigestumuse ja suremuse tõttu kaotatud eluaastad kordajana 1000 elaniku kohta.

Transpordikuludega seotud:

- ✓ keskmine omaosalus on mõnevõrra vähenenud;
- ✓ omaosaluse kulude tegijate arv on jäänud samaks;
- ✓ omaosaluse andmed näitavad, et psüühika- ja käitumishäirete puhul valivad inimesed elukohast kaugemal asuva TTO, mistõttu on ka kulutused transpordile kõige suuremad;
- ✓ omaosaluse andmed näitavad, et kasvajate tõttu tuleb vastava ravi saamisel elukohast kaugemale ravile sõita.

3.8. Töövõimetuse tõttu saamata jäänud tulu

Töövõimetuse tõttu saamata jäänud tulu arvutamise aluseks võeti kõik need töövõimetuslehed, mille puhul oli lehe avamisel tööandja kindlustus, mille algus oli analüüsi perioodil, ja mis olid kas välja makstud või maksmisele suunatud.

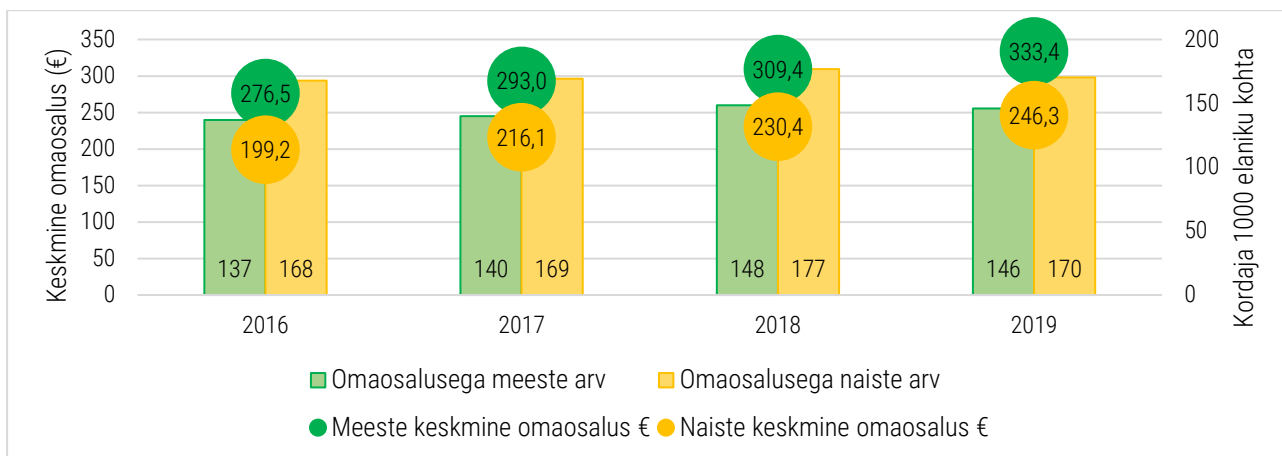
Analüüsi perioodil hüvitas haigekassa kindlustatud isikule saamata jäänud tulu järgmiselt:

- ✓ üldjuhul alates üheksandast päevast;
- ✓ üldjuhul kuni 70% ulatuses eelneva aasta kalendripäeva sotsiaalmaksuga maksustatud keskmisest tulust;
- ✓ teatud haiguste ja seisundite puhul esimesest päevast 100%²⁶.
- ✓ Inimese enda kanda oli vaadeldaval perioodil kolme esimese päeva kaotatud tulu, kui tööandja ei olnud teinud erisust.
- ✓ Hooldushüvitise puhul hüvitab haigekassa alates esimesest päevast 80% eelneva aasta kalendripäeva sotsiaalmaksuga maksustatud keskmisest tulust.

Nende inimeste arv, **kellel jäi töövõimetuse tõttu tulu saamata, kasvas vaadeldaval perioodil 4% võrra**. Naistel jäi 2019. aastal tulu saamata **34,5%** sagedamini kui meestel. Kuigi naistel jäi tulu sagedamini saamata, oli **meeste keskmine saamata jäänud tulu ehk omaosalus 35,4% suurem kui naistel**. Lisaks suurenes vaadeldaval perioodil saamata jäänud tulu nii meestel (20,5%) kui ka naistel (23,7%) (joonis 24). Tulemused on tihedalt seotud sissetulekute muutumise ja suurusega – samal perioodil kasvas keskmine brutopalk 23% võrra ja 2019. aastal oli sooline palgalõhe 17,1%²⁷ (vaadeldaval perioodil vähenes 3,8 protsendipunkti).

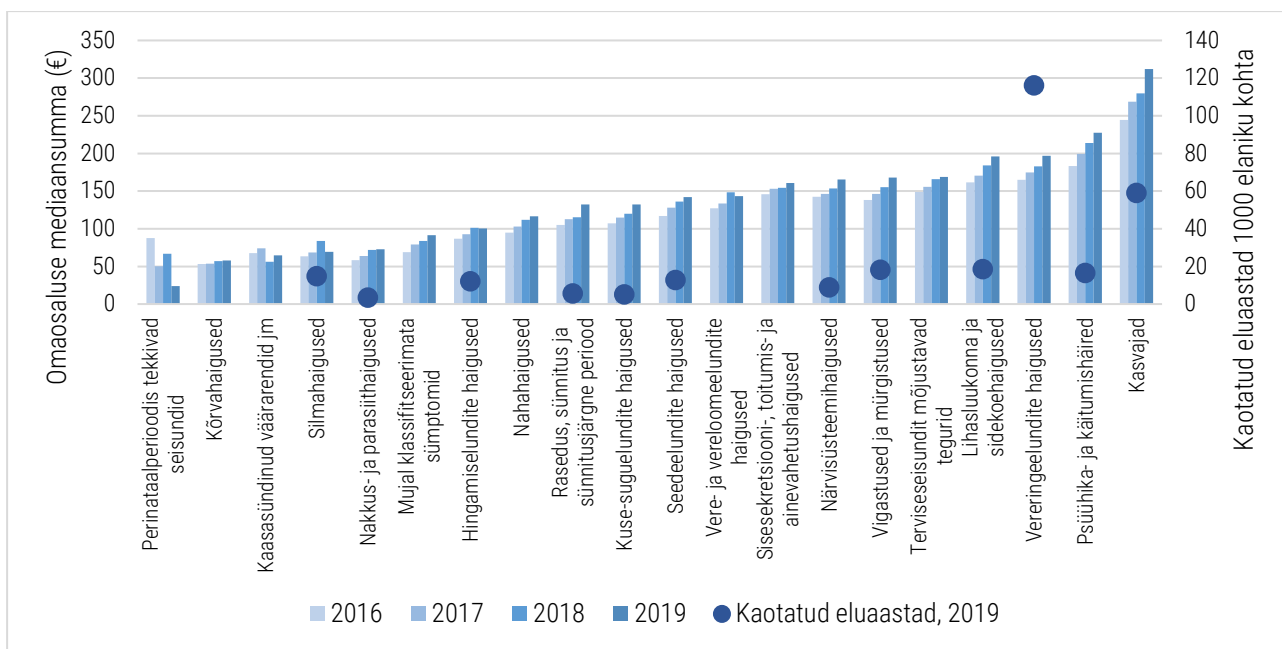
²⁶ Töölt vabastamise põhjused ja hüvitise määrad on leitavad siit: <https://www.haigekassa.ee/inimesele/haigekassa-huvitised/toovõimetushuvitised>

²⁷ Statistikaamet: <https://www.stat.ee/et/find-statistics/statistics-theme/work-life/wages-and-salaries-and-labour-costs/palgalõhe>



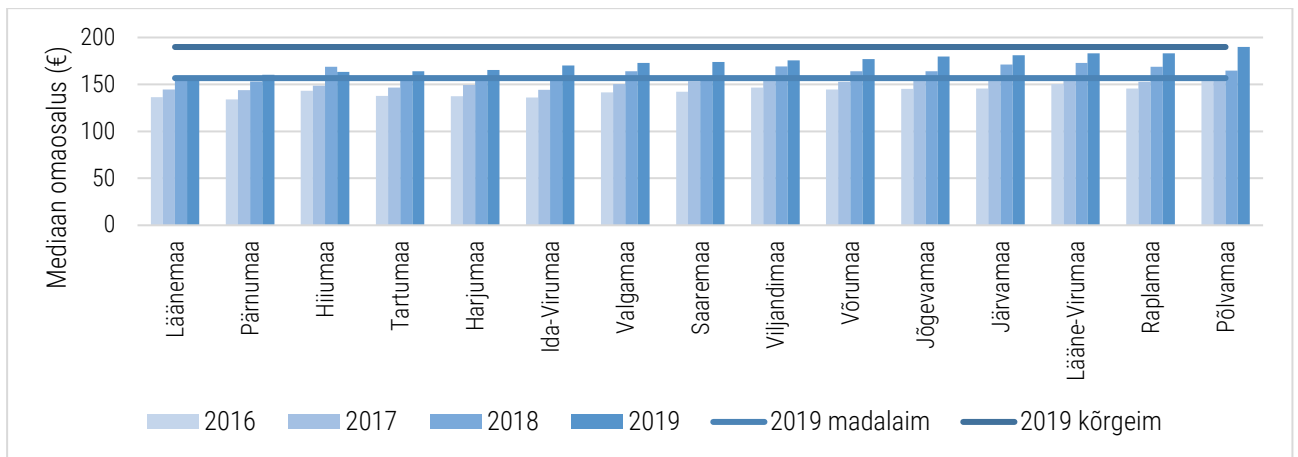
Joonis 24. Töövõimetuse tõttu saamata jäänud keskmine tulu (omaosalus) ja omaosalusega inimeste arv kordajana 1000 elaniku kohta.

Suurim saamata jäänud tulu oli tingitud kasvajatest (2019. aastal mediaan 312 eurot ja kasv vaadeldaval perioodil 27,6%), psüühika- ja käitumishäiretest (227,5 eurot ja 24,2%) ning vereringeelundite haigustest (196,9 eurot ja 19,3%) (joonis 25). Tulemused on väga tihedalt seotud haiguste ja seisundite iseloomuga, nii kasvajate kui ka psüühika- ja käitumishäirete puhul on ravi ja jätkuravi sageli pikaajaline, mistõttu ollakse tööelust eemal ja tulu jääb pikema perioodi jooksul saamata.



Joonis 25. Saamata jäänud mediaantulu haiguste ja seisundite kaupa ning enneaegse haigestumuse ja suremuse tõttu kaotatud eluaastad 1000 elaniku kohta.

Põlvamaa elanikel jääb tervise tõttu tulu saamata 21,2% rohkem kui Läänemaa elanikel (mediaansumma vastavalt 189,9 eurot ja 156,7 eurot) (joonis 26). See on seostatav elanike üldise terviseseisundi ebavõrdsusega maakonniti.



Joonis 26. Saamata jäänud mediaantulu maakonniti.

Töövõimetushüvitise kasutamist iseloomustab see, et:

- ✓ enim kasutavad seda naised;
- ✓ naiste keskmine saamata jäänud tulu on madalam kui meestel, kuna nende keskmine palk on madalam;
- ✓ enim jääb tulu saamata kasvajate, psüühika- ja käitumishäirete ning vereringeelundite haiguste tõttu ehk nende haigusseisundite puhul, mille tõttu on tervisekaotus Eestis suurim.

3.9. Leibkonna sissetulek ja omaosaluskoormus

Leibkonna sissetuleku ja omaosaluskoormuse vahelise seose analüüsimiseks moodustati leibkonnad rahvastikuregistri 2019. aasta andmetel nendest inimestest, kelle sissekirjutus oli tehtud samale aadressile. Piiriks seati see, et ühte leibkonda kuulub kuni 15 inimest. Leibkonna sissetulekutena arvestati: töötasu, töötü toetus, vanaduspension, ametipension, omanditulu ja toetused. Andmed saadi Maksu- ja Tolliametist, Sotsiaalkindlustusametist ning Haridus- ja Teadusministeeriumist.

Valimis oli 541 780 leibkonda, kellel oli tulu ja 24 267 leibkonnal tulu puudus. Leibkondades oli kokku 1 282 854 isikut, mis moodustas 96,7% elanikkonnast. Igasse teise leibkonda kuulus vähemalt üks 65-aastane või puudega isik ning seda pigem suuremate Ida- ja Kagu-Eestis elavate leibkondade puhul. Leibkondade omaosaluskoormuse analüüsimiseks jaotati need kolme gruppi omaosaluse osakaalu järgi sissetulekust:

- ✓ **0–20% (pigem väiksem koormus)**, kuhu kuulus 95,5% leibkondadest (I grupp);
- ✓ **21–40% (suur koormus)**, kuhu kuulus 2% leibkondadest (II grupp);
- ✓ **41% ja rohkem (väga suur koormus)**, kuhu kuulus 2,5% leibkondadest (III grupp).

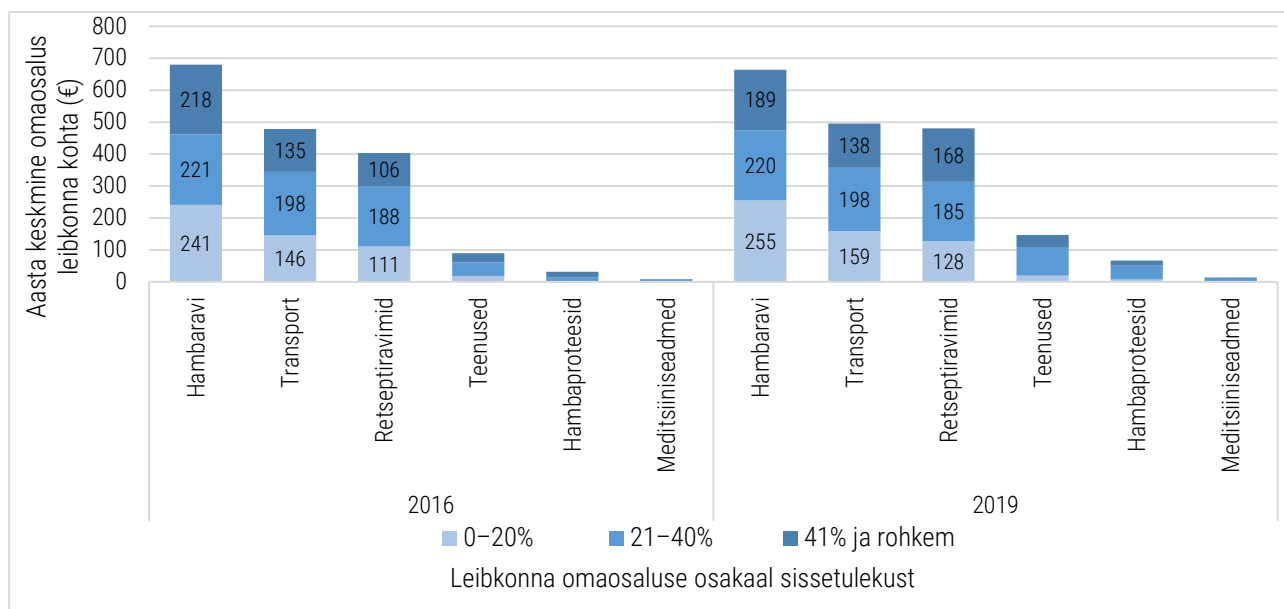
Aastate 2016 ja 2019 võrdluses toimusid leibkondades järgmised muutused:

- ✓ kõige rohkem suurenes väga suure koormusega grupis üheliikmeliste puudega isikuga leibkondade arv – 601 → 5260;
- ✓ suure koormusega leibkondade aastane sissetulek suurenes **16,5%**, keskmiselt 541 eurot aastas;
- ✓ suurenes nende leibkondade osakaal, kellel on väga suur koormus – **1,7% → 2,5%**;
- ✓ väga suure koormusega leibkondade aastane sissetulek vähenes **13,5%**, keskmiselt 132 eurot aastas;
- ✓ igas kolmandas leibkonnas on liige, kellel puudub tööga seotud sissetulek, selliste leibkondade arv suurenes analüüsi perioodil 20% võrra.

Kirde-, Kagu- ja Lõuna-Eestis on palju leibkondi (36–39% leibkondadest), kelle ainus sissetulek on toetused. Neis piirkondades on ka enim leibkondi (62–65% leibkondadest), kuhu kuulub vähemalt 65-aastane või puudega isik.

Leibkondade omaosaluskoormust seoses sissetulekuga iseloomustab joonis 27:

- ✓ töötasu saavatel leibkondadel on omaosaluse osakaal sissetulekust pigem väiksem kui neil, kellel tööga seotud sissetulek puudub;
- ✓ omaosaluskoormus on suurem leibkondadel, kelle sissetulek on väiksem;
- ✓ pigem väiksema koormusega grupil on omaosaluskoormus 13,6% võrra suurenenud;
- ✓ suure koormusega gruppi kuuluvate inimeste hulgas on suurenenud teenuste (2,1 korda) ja hambaproteesihüvitise (2,4 korda) kasutamine;
- ✓ väga suure koormusega gruppi kuuluvate inimeste hulgas on hambaravi kasutamine vähenenud (leibkonna kohta 13,3%), pigem ostavad nad välja retseptiravimid, millele kulutused leibkonna kohta on kasvanud 59,1%.



Joonis 27. Leibkonna omaosaluse osakaal sissetulekust omaosaluskoormuse grupiti.

Leibkondade tüüpide kaupa analüüsi, millistel neist on kõige suurem risk väga suure omaosaluskoormuse (41% ja rohkem) tekkeks. Selgus, et suurim on see üksikvanematel ja üksi elavatel meestel, kes on alla 65-aastased. Väga suure omaosaluskoormuse teket mõjutab väga palju see, kui leibkonnal puudub tööga seotud sissetulek. Samas parandab puudega isiku kuulumine leibkonda leibkonna sissetulekut, seda eelkõige riigipoolsete toetuste tõttu, mis mõnevõrra vähendab väga suure omaosaluskoormuse tekkimist. Maakondades on kõige halvemas seisus omaosaluskoormuse tõttu Valgamaa ja Võrumaa. Aastate jooksul on väga suure omaosaluskoormuse tekkimise risk suurenenud, olles 2019. aastal 1,9 korda suurem kui 2016. aastal.

Meestel on väga suure omaosaluskoormusega (41% ja rohkem) leibkonda kuulumise riskiteguriteks elatumine vaid sotsiaalkindlustuse toetustest või töötuks olemine. Riskiteguriks on ka lihas-luukonna haigused, psüühilised haigused või vereringeelundite haigused. Enim on väga suure omaosaluskoormuse tekke ohus mehed vanuses 50–59, aga ka 20–29-aastased, kes elavad Ida-Virumaal või Valgamaal. Naiste puhul on riskitegurid suuresti sarnased nagu meestel, lisariskina võib välja tuua sisesekreetsiooni

elundkonna haigused (nt diabeet jms). Samuti on suuremas ohus väga eakad naised ja nooremad vanuserühmad (20–29 ja 40–49).

Analüüsi perioodil on meeste puhul 1,16 korda suurenenud risk sattuda väga suure omaosaluskoormusega leibkonda, kes kulutab 41% ja rohkem leibkonna aastasest sissetulekust tervishoiule. Naiste puhul on see risk vähenenud 1,12 korda.

Leibkonna sissetuleku ja omaosaluskoormuse analüüsist selgus, et:

- ✓ leibkonna sissetuleku suuruse ja omaosaluskoormuse vahel on negatiivne seos – väiksema sissetulekuga leibkondade omaosaluskoormus on suurem;
- ✓ kasvanud on selliste leibkondade osakaal (1,7%-lt 2,5%-le), kelle omaosaluskoormus on väga suur (kulutavad oma aastasest sissetulekust tervishoiule 41% ja rohkem);
- ✓ üheliikmelised puudega inimesega leibkonnad satuvad järjest sagedamini selliste leibkondade hulka, kelle omaosaluskoormus on väga suur;
- ✓ väga suure omaosaluskoormusega gruppi kuuluvad leibkonnad teevad tervishoiuteenuste kasutamisel valiku – pigem ostavad välja retseptiravimid kui kasutavad hambaravi;
- ✓ pigem väiksema ja suure omaosaluskoormusega (kuni 20 ja 21–40% oma aastasest sissetulekust) leibkondade omaosaluskoormus on suurenenud vastavalt 14% ja 17% võrra;
- ✓ suure omaosaluskoormusega (21–40% oma aastasest sissetulekust) leibkonnad kulutavad järjest sagedamini teenustele ja hambaproteesidele;
- ✓ Valgamaa ja Võrumaa leibkondade väga suure omaosaluskoormuse tekkimise risk on suurem kui teiste maakondade leibkondadel.

4. Järeldused ja kokkuvõte

Omaosaluskoormus Eestis piirab osadel inimestel neile vajalike tervishoiuteenuste ja -sekkumiste kasutamist. Analüüsist selgus, et 2019. aastal oli **vaadeldud sekkumiste puhul omaosalus meestel keskmiselt 339 eurot ja naistel 375 eurot aastas** (joonis 28). Meeste keskmine sissetulek oli 1250 eurot ja naistel 928 eurot kuus. Seega kulutavad mehed tervishoius omaosalusele keskmiselt 27% ja naised 40% ühe kuu sissetulekust. Nii mehed kui naised kulutavad kõige enam hambaravile ja transpordile, samas ostavad mehed mõnevõrra sagedamini käsimüügiravimeid ja naised ostavad välja pigem retseptiravimid. Suurema kululiigi moodustab ka töövõimetuse tõttu saamata jäänud tulu, mis on meestel suurem kui naistel. Teistele tervishoiuteenustele ja sekkumistele on kulud aastas alla 20 euro.

Võib ju väita, et keskmine kulutus ühes kuus, mis on meestel 28 eurot ja naistel 31 eurot, on väike, kuid analüüsi tulemused näitavad, et on olemas leibkondi (2,5% leibkondadest), kes kulutavad oma sissetulekust väga suure osa omaosalusele (41% ja rohkem oma aastasest sissetulekust). Samas tuleb silmas pidada, et tegu on keskmise omaosalusega, mis ei iseloomusta kõiki inimesi, kuid omaosalus põhjustab teatud elanikerühmades siiski piiranguid erinevate tervishoiuteenuste, ravimite jm kasutamisel, kuna nad ei saa neid endale rahaliselt lihtsalt lubada ja peavad tegema valikuid.



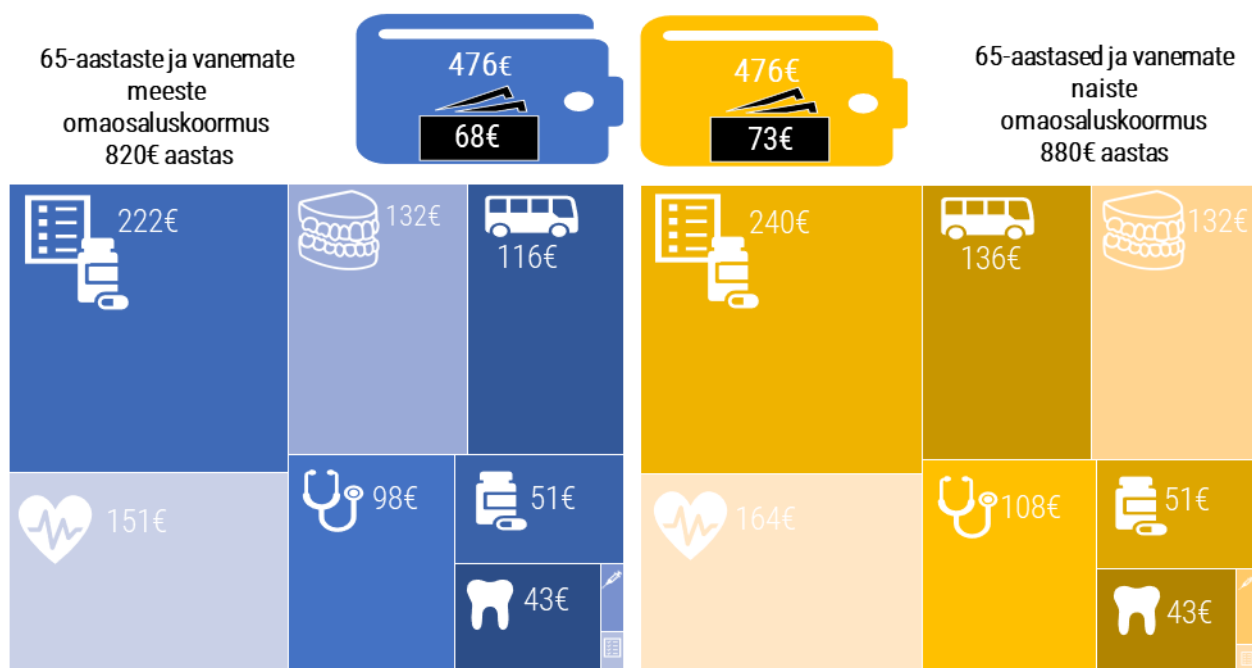
Joonis 28²⁸. Meeste ja naiste sissetulekud ja kuine omaosaluskoormus ning keskmise aastase omaosaluskoormuse jagunemine tervishoiusekkumiste kaupa.

28

-  – hambaravi
-  – retseptiravimid
-  – käsivõimendajad
-  – töövõimetuse tõttu saamata jäänud tulu
-  – transport
-  – tervishoiuteenused
-  – vaktsineerimine
-  – hambaproteesid
-  – tervisetõendid
-  – meditsiiniseadmed

Valikuid peavad tegema eelkõige 65-aastased ja vanemad inimesed, kes on enamasti pensionärid ja väiksema sissetulekuga. Varasemad uuringud²⁹ on näidanud, et nende omaosaluskoormus on suurem, mida kinnitasid ka käesoleva analüüsi tulemused. **65-aastastel ja vanematel inimestel kulub tervishoius omaosalusele ligi kaks kuupensionit aastas**, kusjuures **naistel on aasta keskmine omaosalus suurem (880 eurot) kui meestel (820 eurot)** (joonis 29). Vanemaealiste kulutused tervisele ja tervishoiuteenustele on suuremad, kuna vanusega sageneb krooniliste ja teiste haigustega elamine. Omaosaluskoormuse suurenemisele aitab ühest küljest kaasa järjest pikenev eluiga, samuti rahvastiku tervena elada jäänud aastate arv, mis pigem on vähenemas, mistõttu kasutatakse tervishoiuteenuseid järjest kauem ja kulud omaosaluskoormusele suurenevad.

Kui kõigi elanike suurimat omaosaluskoormust põhjustab hambaravi, siis vanemaealistel on suurim omaosaluskoormuse allikas retseptiravimid ja meditsiiniseadmed. Järgmise suurema kululiigi puhul on naiste ja meeste vahel erinevused – meestel on selleks proteeside soetamisega seotud kulud (132 eurot) ja naistel kulud transpordile (136 eurot). Sellest võib järeldada, et ka vanemaealised naised käivad sagedamini TTO juures kui mehed, mida näitavad ka kulud teenustele, mis on naistel mõnevõrra suuremad (naistel 108 eurot ja meestel 98 eurot).



Joonis 29. 65-aastaste ja vanemate meeste ja naiste kuine vanaduspension³⁰ ning keskmise aastase omaosaluskoormuse jagunemine tervishoiusekkumiste kaupa aastal 2019.

Sissetulekutega seotud omaosaluskoormuse analüüs näitas, et suurema omaosaluskoormusega on need leibkonnad, kus on 65-aastane ja üksi elav pensionär, puudega üksi elav isik või sissetulekuta inimene. Mõneti on vähenenud ravimitest tingitud omaosaluskoormus, mis vanemaealiste puhul on omaosaluskoormuse põhjustajana siiski esimesel kohal. Sellele on kaasa aidanud täiendava ravimihüvitise süsteemi muutumine automaatseks. Hambaravihüvitis ei ole jõudnud madalama

²⁹ https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/402061/Estonia-Estonian-WHO-FP-014-digital-single-pages.pdf; https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/som_eteu_andresvork_raport_9aprill2018.pdf

³⁰ Statistikaamet: <http://andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=et&DataSetCode=SK153>

sissetulekuga inimesteni, kuna analüüsi tulemused näitasid, et nad teevad valikuid – eelistavad eelkõige välja osta retseptiravimid ja hambaravi jaoks neil raha lihtsalt ei jätku³¹.

Kokkuvõtteks, tervisesüsteemis tehtud muudatused (täiendava ravimihüvitise automatiseerimine ja hambaravihüvitise lisamine) on omaosaluskoormust mõningal määral vähendanud, aga ei ole jõudnud kõige haavatavamate elanikerühmadeni ning üks lahendustee omaosaluskoormuse vähendamiseks või ümberjagamiseks ei pruugi sobida kõigile. Seega tuleb esmajärjekorras keskenduda lahendustele, mis vähendavad omaosaluskoormust nii, et väheneks haavatavamate elanikerühmade tervishoiukuludest tingitud vaesumise risk või vaesumine ning seeläbi oleks neile tagatud vajalike terviseteenuste kättesaadavus.

³¹ Täiskasvanute hambaravihüvitis. Kas täiskasvanute hambaravihüvitis on muutnud hambaravi kättesaadavamaks? <https://www.riigikontroll.ee/DesktopModules/DigiDetail/FileDownloader.aspx?FileId=14996&AuditId=2537>

5. Omaosaluskoormuse lävendi seadmise analüüs

Lisaks isikupõhise omaosaluskoormuse analüüsile tehti nelja võimaliku omaosaluskoormuse vähendamise stsenaariumi mõjuhinnang, millesse hõlmati neli omaosaluskoormuse kululiiki (tervishoiuteenused, sh visiidi- ja voodipäevatasud, retseptiravimid, meditsiiniseadmed ja proteesihüvitis). Stsenaariumide koostamise aluseks võeti teiste riikide kogemused. Leibkonnagruppidele seati erinevad omaosaluskoormuse lävendid ühe aasta kohta ning hinnati seda, kui paljusid inimesi või leibkondi stsenaarium mõjutab ja nende kulused vähendab ning millist mõju see avaldab haigekassa eelarvele. Iga stsenaariumi põhimõtted ja mõju hindamise tulemused on esitatud joonisel 30 ja lisas 2 on kirjeldatud stsenaariumide näited ja arvutuskäigud.

Tehtud mõjuhinnangu põhjal saab järeldada, et:

- ✓ 65-aastaste ja vanemate elanike omaosaluskoormust mõjutavad I ja IV stsenaarium;
- ✓ kõige rohkem mõjutab elanikke IV stsenaarium (6% leibkondadest) ja kõige vähem mõjutavad elanikke II stsenaarium (0,3% sihtrühmast) ja III stsenaarium (0,8% sihtrühmast);
- ✓ haigekassa eelarvele on kõige kulukam I stsenaarium (12,8 miljonit eurot);
- ✓ **III stsenaariumi** tulemusena väheneb väga suure koormusega grupi osakaal 2,5%-lt 2,3%-le, kuid ca 12 000 leibkonnale muutusi ei kaasne. Samas väheneb 663 leibkonna koormus, neist 63% satub suure koormusega gruppi ja 37% pigem väiksema koormusega gruppi;
- ✓ **IV stsenaariumi** tulemusena toimuvad muudatused on sarnased III stsenaariumiga – 712 leibkonna koormus väheneb, neist 59% satub suure koormusega gruppi ja 41% pigem väiksema koormusega gruppi.

Kokkuvõtteks on tervisesüsteemis tehtud muudatused omaosaluskoormust mõningal määral vähendanud, aga ei ole jõudnud kõige haavatavamate elanikerühmadeni ning üks lahendustee omaosaluskoormuse vähendamiseks või ümberjagamiseks ei pruugi sobida kõigile. Seega tuleb esmajärjekorras keskenduda lahendustele, mis vähendavad omaosaluskoormust nii, et väheneks haavatavamate elanikerühmade tervishoiukuludest tingitud vaesumise risk või vaesumine ning analüüsitud stsenaariumitest on kõige suurema mõjuga haavatavatele elanikerühmadele I stsenaarium.

I stsenaarium	II stsenaarium	III stsenaarium	IV stsenaarium
Sihtrühm: 65-aastased ja vanemad	Sihtrühm: kuni 64-aastased	Sihtrühm: leibkonnad	Sihtrühm: 18-aastased ja vanemad
Põhimõte: aastane omaosalus ei ületa ühe kuu rahvapensionit	Põhimõte: aastane omaosalus ei ületa ühe kuu miinimumpalka	Põhimõte: leibkonna täiskasvanute inimeste arv korda miinimumkuupalk	Põhimõte ja lävend: 18–64-aastaste arv korda miinimumkuupalk (584 eurot) + 65-aastaste ja vanemate arv korda rahvapension (225,2 eurot)
Lävend: 2021. aasta rahvapension kuus – 225,2 eurot	Lävend: 2021. aasta miinimumpalk kuus – 584 eurot	Lävend: 2021. aasta miinimumpalk kuus – 584 eurot	
Mõjutab: ca 68 000 inimest (26% sihtrühmast)	Mõjutab: ca 3400 inimest (0,3% sihtrühmast)	Mõjutab: ca 4200 leibkonda (0,8% leibkondadest, 9945 inimest)	Mõjutab: ca 31 000 leibkonda (6% leibkondadest, 73 403 inimest)
Mõju: aasta keskmine omaosalus väheneb keskmiselt 186 eurot inimese kohta	Mõju: aasta keskmine omaosalus väheneb keskmiselt ca 500 eurot inimese kohta	Mõju: aasta keskmine omaosalus väheneb keskmiselt ca 540 eurot leibkonna kohta	Mõju: aasta keskmine omaosalus väheneb keskmiselt ca 216 eurot leibkonna kohta
Kulu haigekassa eelarvele: 12,8 miljonit eurot aastas	Kulu haigekassa eelarvele: 1,7 miljonit eurot aastas	Kulu haigekassa eelarvele: ca 2,3 miljonit eurot aastas	Kulu haigekassa eelarvele: ca 6,7 miljonit eurot aastas

Joonis 30. Omaosaluskoormuse vähendamise stsenaariumid ja nende mõju.

Lisa 1

Vaktsineerimise kuludesse arvestatud vaktsiinid:

Nakkushaigus	Kellele tasuline
Läkaköha	Täiskasvanutele
Difteeria	Täiskasvanutele
Teetanus	Täiskasvanutele
Poliomüeliit	Täiskasvanutele
B-viirushepatiit	Täiskasvanutele
Leetrid	Täiskasvanutele
Mumps	Täiskasvanutele
Punetised	Täiskasvanutele
A-viirushepatiit	Kõigile
Jaapani entsefaliit	Kõigile
Kollapalavik	Kõigile
Koolera	Kõigile
Kõhutüüfus	Kõigile
Marutõbi	Täiskasvanutele
Meningokokknakkus	Kõigile
Papilloomiviirusnakkus	12-aastastele tasuta, teistele tasuline
Pneumokokknakkus	Kõigile
Puukentsefaliit	Kõigile
Tuulerõuged	Kõigile
Gripp	Kõigile, v.a hooldekodude elanikud

Lisa 2

Kirjeldamiseks joonisel 30 toodud omaosaluskoormuse lävendite seadmist stsenaariumide rakendumise kohta koostati näited.

Näite kirjeldamise aluseks on leibkond, kuhu kuuluvad krooniliste haigustega pensioniealised vanavanemad, kaks lapsevanemat, kellest üks on kroonilise haigusega, nende täiskasvanud puudega laps ja üks alaealine laps. Vanavanemate aastane omaosaluse summa põhineb joonisel 29 toodud mehe ja naise keskmistele, teiste leibkonnaliikmete aastase omaosalusena on esitatud väljamõeldud summad.

Leibkonna liige	Omaosalus aastas	I stsenaariumi omaosalus	II stsenaariumi omaosalus	III stsenaariumi omaosalus	IV stsenaariumi omaosalus
Vanaema	880 eurot	225,20 eurot	Lävend puudub, omaosaluse summa võrreldes praegusega ei muutu	Leibkonna: - omaosaluse summa kokku on 2865 eurot . - lävend põhineb täiskasvanute arvul (5) - lävendi summa on 2920 eurot . Omaosaluse summa võrreldes praegusega ei muutu, sest leibkonna omaosalus on lävendist väiksem.	Leibkonna: - omaosaluse summa kokku on 2865 eurot . - lävendi summa on 2202 eurot . Omaosalus väheneb, sest riik katab lävendit ületava osa (662,6 eurot).
Vanaisa	820 eurot				
Isa	400 eurot	400 eurot			
Ema	80 eurot	Lävend puudub, omaosaluse summa võrreldes praegusega ei muutu	80 eurot		
Puudega täiskasvanu	675 eurot	584 eurot			
Alaealine laps	10 eurot	10 eurot			

I stsenaariumi puhul katab riik vanaema omaosalusest $880 - 225,2 = 654,8$ eurot ja vanaisa omast $820 - 225,2 = 594,8$ eurot, kokku 1249 eurot.

II stsenaariumi puhul katab riik puudega täiskasvanu puhul omaosalusest $675 - 584 = 91$ eurot. Teised leibkonnaliikmed maksavad samas mahus nagu praegu.

III stsenaariumi puhul on leibkonnas viis täiskasvanud liiget, seega leibkonna omaosaluse aastane maksimaalne summa võib olla $5 \cdot 584 = 2\,920$ eurot. Antud juhul on leibkonnal kulunud 2 865 eurot ja riik nende omaosalusest midagi enda kanda ei võta.

IV stsenaariumi puhul on leibkonna maksimaalse omaosaluse lävend $3 \cdot 584 + 2 \cdot 225,2 = 2\,202,4$ eurot. Leibkonnal on omaosalusele kulunud 2 865 eurot, millest riik katab $2\,865 - 2\,202,4 = 662,6$ eurot.