

Analüüs hambaravihüvitise täiendamiseks

Sisukord

Taust	1
1. Suutervis Eestis	2
2. Hambaravi ennetustegevused	5
3. Hambaravi rahastamine Eestis	7
3.1. Hambaravi korraldus ja rahastamise ajalugu.....	7
3.2. 2017. aasta 1. juulist rakendatud reform	8
4. Hambaraviteenuste ja hüvitiste kasutus ning kulud	12
5. Elanike hinnangud hambaraviteenuse kättesaadavusele	21
6. Hambaraviteenuse osutajad ja teenuse hindade võrdlus.....	30
6.1. Hambaraviteenuse osutajad	30
6.2. Hambaravihindade võrdlus.....	32
7. Täiskasvanute hambaravi hüvitise tugevad ja nõrgad küljed	38

Taust

Eesti Keskerakonna, Eesti Konservatiivse Rahvaerakonna ja Isamaa Erakonna vahel 17. aprillil 2019 sõlmitud valitsuse moodustamise ja valitsusliidu tegevusprogrammi põhialuste kokkuleppes lepitakse kokku Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm aastateks 2019–2023, mille punkti 7.15 kohaselt on võetud ülesanne vaadata üle hambaravihüvitise kord ning muuta hüvitis patsiendiga kaasaskäivaks. Lisaks on võetud ülesanne pöörata erilist tähelepanu profülaktikale ja noorte hambaravile.

Selle tegevuse raames esitab sotsiaalminister analüüsi ja ettepanekud täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitise täiendamiseks. Lisaks kirjeldatakse ülevaatlilikult teemavaldkonnaga seotud probleeme ja tegevusi.

Kindlustatud täiskasvanu mitterahaline hambaraviteenuse hüvitis esmavajalike teenuste saamiseks kehtib 1. juulist 2017. a. Kõrgendatud piirmääras hüvitisele 85 eurot kalendriaastas on õigus töövõimetus- või vanaduspensionäril, osalise või puuduv töövõimega isikul, üle 63-aastaselt, rasedal, alla üheaastase lapse emal ja isikul, kellel on tekkinud talle osutatud tervishoiuteenuse tagajärjel või temal diagnoositud haiguse tõttu suurenenud vajadus saada hambaraviteenust. Nende isikute omaosalus on 15% teenuste piirhindast. Teistele täiskasvanud kindlustatud isikutele kehtib hüvitis piirmääras 40 eurot kalendriaastas omaosalusega 50% teenuse piirhindast.

Kindlustatud isik saab hüvitist kasutada haigekassa lepingupartneri juures, haigekassa sõlmib ravi rahastamise lepingu kõigi seda taotlevate hambaraviteenuse osutamise tegevusluba omavate isikutega ilma valikumenetluseta.

Hambaravi analüüsi on koostanud Sotsiaalministeerium koostöös Eesti Haigekassaga (edaspidi haigekassa).

Analüüsis kirjeldatakse järgmisi teemavaldkondi:

- 1) Eesti elanikkonna suutervis;
- 2) hambaravi ennetustegevused;
- 3) hambaravi rahastamine Eestis;
- 4) hambaraviteenuste ja hüvitiste kasutus ning kulud;
- 5) hambaraviteenuse osutajad ja haigekassa lepingupartnerid;
- 6) hambaravi hindade võrdlus;
- 7) ettepanekud täiskasvanute hambaravi hüvitise edasiseks arenduseks.

Memorandumis on esitatud sellised teemavaldkonnad, et ilmestada elanikkonna suutervise ja hambaravi kättesaadavuse olukorda Eestis. Esmalt kirjeldatakse elanikkonna suutervise hetkeolukorda ning tutvustatakse hambaravi ennetamise tegevusi. Seejärel antakse ülevaade hambaravi rahastamisest, kirjeldatakse hambaravi kasutamise statistikat ja kulusid. Lisaks analüüsitakse hambaraviteenuse osutajaid ja haigekassa lepingupartnereid ning esitatakse hambaravi hindasid võrdlev analüüs. Viimaks tehakse ettepanekud hambaravihüvitise edasiseks arendamiseks vastavalt analüüsist selgunud kitsaskohtadele.

1. Suutervis Eestis

Suutervise haigused mõjutavad üldist tervist ning põhjustavad lokaalseid või esteetilisi probleeme, mis mõjutavad inimese elukvaliteeti. Suuõõne tervis on osa inimese üldisest terviklikust seisundist, kuna see mõjutab teiste elundisüsteemide talitlust. Mitmed suuõõne haigused võivad soodustada infektsioonide kujunemist ning järjest enam avaldatakse uurimistöid suuõõne infektsioonide seoste kohta mitmesuguste süsteemsete haigustega nagu diabeet, reuma, mao- ja sooletrakti haigused jm.

Peamisi suuterviseiga seonduvaid haiguseid on võimalik õige suuhügieeniga ennetada. Õigete võtetega hammaste pesemine on peamine hea suuhügieeni tagamise meetod. Samuti seostatakse hammaste regulaarset pesemist enesekindlusega kuni selleni välja, et lapsed ja noored tunnevad, et neil on kontroll oma tervise üle. Eriti oluline on ennetus just noorukieas, sest noorena tekkinud harjumused säilivad ka täiskasvanuna. Seega on lastevanemate ja laste õigete hügieeniharjumuste ja ennetava kontrolli abil võimalik vältida olukordi, kus täiskasvanueas neelab olulise osa sääste hambaravi.

Rahvusvahelisel tasemel on rõhutatud hambahaiguste ennetuse olulisust, mis peaks olema toetatud nii riiklike ennetusprogrammide ja rahastusega kui ka hambaarstidepoolse ennetustööga¹. Maailma Terviseorganisatsioon (edaspidi WHO) on seadnud eesmärgi, et aastaks 2020 oleks 80% vähemalt 6-aastastest lastest kaariesevabad ja 12-aastaste laste puhul jääks DMFT indeksi² väärtus alla 1,5³.

Praegu puudub Eestis riiklik, kogu elanikkonda hõlmav suutervise statistika, mis annaks objektiivse ülevaate elanikkonna suutervisest. Tervise Arengu Instituut (edaspidi TAI) kogub regulaarselt teenusekasutuse statistikat ning haigekassa kogub andmeid ravikindlustatutele hüvitatud hambaravi kohta.

Alates 1. juulist 2015 kogutakse tervise infosüsteemi (edaspidi TIS) elektroonilisi hambaravikaarte. Siiski ei ole paljud teenuseosutajad veel TIS-i täielikult kasutusele võtnud ega edasta TIS-i kõikide visiidil käinud isikute andmeid⁴. 2019. aasta oktoobrikuu seisuga on TIS-iga liidestunud 545 hambaraviteenuse osutajat, kuid hambaravikaarte on nendest esitanud vaid 369 liidestunud teenuseosutajat. Alates 2015. aastast ei ole ka märkimisväärselt kasvanud hambaravikaarte edastavate teenuseosutajate arv (2015. aastal 258, 2016. aastal 318, 2017. aastal 355 ja 2018. aastal 364). Seega on teenuseosutajaid vaja täiendavalt motiveerida TIS-iga liidestuma ning hambaravikaarte edastama, kuna pikemas perspektiivis on just TIS-i andmekogu täienemisel võimalus koguda andmeid elanikkonna suurtervise hindamiseks.

Lisaks nimetatud andmekogudele küsitakse suutervise kohta andmeid rahvastiku tervisekäitumise uuringute raames. Tabelis 1 on esitatud näiteks kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu⁵ ja tabelis 2 Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu⁶ tulemused. Uuringutes küsitakse elanikkonnalt hammaste pesemise sagedust. Seda indikaatorit kasutatakse, et välja selgitada nii laste kui täiskasvanud elanikkonna suuhügieeniharjumused ja terviseharitus. Uuringutest selgub, millises vanuses on suuremad murekohad, eristatult sugude kaupa. Nende andmete põhjal on võimalik sihitatumalt teha teavitus- ja ennetustegevusi.

¹ Vt Dr Z. Jakab, WHO Regional Director for Europe. "Inequalities in Health: Challenges and Opportunities in Europe". 21st Congress of the European Association of Dental Public Health. <https://www.eadph.org/congresses/21th/EADPH2016.pdf>

² DMFT (jäävhambad) on kaariese esinemissageduse indeks jäävhambaste puhul, mille arvestamiseks liidetakse suus olevate kariossete, eemaldatud ja täidistega hammaste arv.

³ https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_eastern_europe.pdf

⁴ [Hambaravi statistika kvaliteediraport](#)

⁵ [Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring](#)

⁶ [Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring](#)

	Poisid ja tüdrukud				Poisid				Tüdrukud			
	Kokku	11	13	15	Kokku	11	13	15	Kokku	11	13	15
Üle ühe korra päevas	64,8	64,6	63,1	67	54,7	57	52,5	54,6	75	71,8	74,2	79,4
Üks kord päevas	30,1	28,8	32,3	28,9	37,7	34,3	40,3	38,3	22,4	23,7	23,9	19,3
Harvem kui üks kord päevas	5,1	6,5	4,6	4,2	7,6	8,7	7,1	7,1	2,6	4,5	1,9	1,3

Tabel 1. Hammaste pesemise sagedus soo ja vanuse järgi 2013/2014

Allikas: Tervise Arengu Instituut, kooliõpilaste tervisekäitumise uuring

	Mehed ja naised kokku	Mehed						Naised					
		Kokku	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	Kokku	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64
≥ 2 korda päevas	63,6	50,5	48,7	65,2	53,7	50,8	34,4	72,4	73,9	72,9	78,2	69,8	68,9
Üks kord päevas	31	39,3	41,9	28,1	40,8	37,7	48,7	25,4	21,1	25,2	20,8	29	28,3
< 1 kord päevas	3,8	7,2	9,4	5,7	4,1	9,3	8	1,5	4,4	1,9	1	0,3	1,1
Ei pese üldse	1,6	3	0	1	1,4	2,1	8,9	0,7	0,6	0	0	0,9	1,7

Tabel 2. Hammaste pesemise sageduse, soo ja vanuse järgi aastal 2018

Allikas: Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu raames küsitakse infot puuduvate hammaste kohta (tabel 3). Küsitluse tulemusel on võimalik välja selgitada milliste vanuserühmade puhul on suutervise seisund kehvem ning vastavalt kavandada hambaravi ennetavaid programme või täiendavaid hüvitisi.

	Mehed ja naised kokku	Mehed						Naised					
		Kokku	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	Kokku	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64
Mitte ühtegi	33	31,8	81,2	54,3	29	15	5,3	33,9	80,3	59,7	36,1	14,4	3,9
1–5 hammast	47,7	46,5	18,8	44,3	59	54,3	42,9	48,6	19,1	38,3	57,9	65,3	49,4
6–10 hammast	8,5	10,2	0	1	7,4	15,4	21,2	7,4	0,6	1,3	3	12,2	15,6
> 10 hammast, kuid mitte kõik	8,7	9,5	0	0	4,1	13,7	23,9	8,2	0	0,6	1,7	7,2	25,3
Kõik või on täisprotees	2	2,1	0	0,5	0,5	1,7	6,6	1,9	0	0	1,3	0,9	5,8

Tabel 3. Puuduvate oma hammaste arvu osakaal vastajatest, soo ja vanuse järgi aastal 2018

Allikas: Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring

Täiendavalt on tehtud ka eri sihtrühmadele sihipäraseid uuringuid suutervise seisundi hindamiseks. Hambakaarise levimust on hinnatud pisteliselt ja sõltuvalt üksikute projektide rahastamise võimalustest. Käesoleval aastatuhandel on tehtud järgmised uuringud: 2001. aastal hinnati üle Eesti 2–4-aastaste laste hammaste seisundit; 2005. aastal korraldati Tartu linna esimese klassi õpilaste hulgas uuring, mille käigus hinnati hambakaarise esinemist, määrati hambumus ja tehti pea antropomeetiline mõõtmine; 2009. aastal uuriti vanemate mõju laste hammaskonnale; 2012. aastal tehti Lõuna-Eesti 8–10-aastaste laste hambakaarise esinemissageduse uuring.

2018. aastal toimus 3-, 6- ja 12-aastaste laste hammaste tervisliku seisukorra kaardistamine. Uuringu põhilised eesmärgid olid:

- hinnata kaarise levikut 3-, 6- ja 12-aastaste laste seas;
- määrata hügieeniindeksid ehk katu hulk hammastel;
- uurida hambumusanomaaliat esinemissagedust;
- hinnata kaarieseriski ehk kaarise arengut soodustava käitumise olemasolu.

Uuringu korraldas Eesti Hambaarstide Liit (edaspidi EHL) koostöös haigekassaga⁷. Kokku uuriti 434 kolmeaastase, 467 kuueaastase ja 412 kaheteistaastase lapse suutervist. Uuringust selgus, et

⁷ [3-, 6- ja 12-aastaste laste hammaste tervisliku seisukorra kaardistamine](#)

kolmeaastaste seas oli tervete hammastega lapsi 71 protsenti ehk kaarieseravi vajas 29 protsenti lastest. Karioosete hammastega lastest ligi kolmandikul vajas ravi üks hammas, suurim ravi vajavate hammaste arv oli aga 15. Hambaemali esmased muutused, mis kohest ravi ei vaja, aga viitavad edasisele kaariese arengule, märgiti ära 49 protsendil kolmeaastastest. Kuueaastaste hulgas oli tervete piimahammastega lapsi 28 protsenti. 58 protsendil olid piimahammastes kohest ravi vajavad hambaaugud. Esmaseid muutusi, mis viitavad võimalikule kaariese arengule, esines 66 protsendil uuritud lastest. 2-aastaste seas oli tervete hammastega lapsi 32 protsenti, sh tervete jäävhammastega 39 protsenti. Kui eraldi hinnati esimeste jäävhammaste olukorda, siis leiti, et esimestes purihammastes olid täidised 47 protsendil lastest ja kaariesest kahjustatud esimesi purihambaid oli viiendikul. Uurimisrühma hinnangul on selles vanuses Eesti laste seas kaariese levik Euroopa eakaaslastest suurem. Seega on Eesti laste kaariese-alane suutervis võrdluspildis Euroopa teiste riikidega pigem keskmisest tasemest allapoole jääv. Rahvusvahelistest uuringutest on teada, et hambakaariese avaldumine väikelastel mõjutab ka jäävhammaste tervist. Selline seos selgus ka käesolevas uuringus 6-aastaste hammaste hindamisel. Seega on lapsevanemate tähelepanu ja hoolivus laste hambakaariese ärahoidmisel juba varajases east alates väga oluline.

2019. aastal alustati sarnast uuringut täiskasvanud elanikkonna hulgas. Projekti eesmärk on kirjeldada Eesti täiskasvanud elanikkonna suutervise seisundit, et võrrelda seda teiste riikide elanike suutervise seisukorraga. Uuringu eesmärk on planeerida ka täiskasvanute hambaravi- ja proteesihüvitise mahtu lähtuvalt inimeste reaalsest vajadusest. Täiskasvanud elanikkonna suutervist hindav uuring valmib aastal 2021. Nii laste kui ka täiskasvanute suutervise uuringut on plaanis korrata viieaastase intervalliga.

Korrektset täidetud ja TIS-i edastatud hambaravikaartide põhjal on tulevikus ka Eestis võimalik hakata koguma riiklikul tasandil detailsemat statistikat nii laste kui täiskasvanute suutervise olukorrast ning vastavalt töötada välja ja rakendada programme elanikkonna suutervise parandamiseks. See eeldab aga kõigi hambaraviteenuse osutajate liidestumist TIS-iga ning ühtlasi andmete korrektset edastamist.

Andmekvaliteedi parandamiseks on oluline välja töötada hambaravi protsessi hindavad indikaatorid, mis võimaldavad muu hulgas hinnata elanikkonna suutervist kokkulepitud regulaarsusega.

2. Hambaravi ennetustegevused

Vabariigi Valitsuse 2019–2023 tööplaanis on lisaks hambaravihüvitise analüüsimisele võetud eesmärk pöörata suuremat tähelepanu hambaravi ennetamisele ning laste ja noorte hambaravile. Tõhusad hambaravi ennetustegevused aitavad oluliselt kaasa hambaraviteenuste vajaduse vähenemisele ning sellest tulenevalt vähenevad ka kulutused hambaravile.

Haigekassa panustab hambaravi ennetavatesse tegevustesse. Alates aastast 2011 on haigekassa eraldanud EHL-ile erinevate projektide raames üle miljoni euro, et teha hambaravialast ennetustööd.

Üks olulisemaid ja tuntumaid on haigekassa ja EHL-i koostöös ellu kutsutud projekt „Laste hammaste tervis”, mis on rohkem teada nimega „Suukool”.⁸ Projekti tegevused on mitmekülgsed: teavitusmaterjalide väljatöötamine, tootmine ja levitamine, loengute pidamine, kampaaniate korraldamine, üritustel osalemine, mitmesuguste partneritega (ämmaemandad, pereõed, õppeasutuste meditsiinitöötajad, õppe- ja teadusasutused jpt) kontaktide loomine ja koostöö. Tegevuste eesmärk on täiendada laste ja nende vanemate teadmisi suutervisest ning parandada tervislikku käitumist. Suukoolis jagatav teave on mõeldud eelkõige neile, kes puutuvad kokku lastega: lapsevanemad, vanavanemad, õpetajad, kasvatajad, hooldajad jne. Kõik projekti materjalid on tasuta ning need on koostatud koostöös ekspertidega ja mõeldud jagamiseks nii lastele peetavate loengute ajal kui ka hambaravikabinetis laste premeerimiseks või nende vanematele info edastamiseks. Vaatamata ulatuslikule teavitustööle on haigekassa tõdenud, et laste hambaraviga hõlmatusele ja hambaravi tulemustele tuginedes on vaja teha veelgi laiapõhjalisemat teavitustööd nii elanikkonna kui sidusrühmade seas ning tõhustada hambaarsti juurde suunamist perearstide ja kooliõdede poolt.

Viimasel kolmel aastal on haigekassa koostöös projektiga „Suukool“ tellinud ja jaganud hambaharju lasteaedadesse, vähekindlustatud peredele, internaatkoolidesse ja kutsekoolidesse. Kokku on jaotatud üle 50 000 hambaharja. See tegevus jätkub ka edaspidi.

Täiendavalt on korraldatud mitmeid suutervisise kampaaniaid. Värskemad nendest on näiteks „Hambad suus“ (2016) ja „Suuvärk korda“ (2017). Mõlema eesmärk oli suurendada laste ja noorte teadlikkust suutervisest ning meenutada vajadust käia vähemalt üks kord aastas hambaarsti juures kontrollis. Kuna kõige vähem jõuavad hambaarsti juurde noored vanuses 15–19 eluaastat (53–59%), on see kampaania suunatud eelkõige sellele vanuserühmale, et aidata neil astuda täiskasvanuella tervete hammastega.⁹

2017. aastal korraldati katseprojekt Nõmme koolides, kus paluti lapsega hambaarstile mineku kinnitamiseks lapsevanema allkirja. See projekt osutus väga edukaks. Järgmine sarnane projekt on plaanis Põhja-Tallinna piirkonnas perioodil 2019–2020. 2018. aastal korraldati suutervisise kampaania „AGA mina“, mis oli üks osa EV100 aastapäeva kingitusest. „AGA mina“ on väärtuspõhiste hoiakute kujundamise kampaania, mis tuleneb soovist kinkida tulevastele põlvkondadele teadlikum, tervem ja turvalisem elukeskkond.¹⁰ 2019. aastal valmivad suuhoolduse humoorikad õppevideod, mis lähenevad lastele, noortele ja vanematele sihtrühmapõhiselt. Käsitletakse hambaarsti juures käimise vajalikkust, hammaste pesu väikelapseas, hammaste pesu lapseas, suuhooldust breketravi ajal ning täiskasvanute hammaste hooldust.

Äsja on avalikustatud hambapesulaul (sõnad, muusika, esitus: Stig Rästa), mille eesmärk on motiveerida lapsi hambaid pesema ning laulu abil õigeid võtteid kasutama.

⁸ <https://www.suukool.ee/et/>

⁹ <https://www.haigekassa.ee/uudised/algab-lastele-ja-noortele-suunatud-hammaste-tervise-kampaania-mis-kutsub-ules-oma>

¹⁰ <https://www.haigekassa.ee/uudised/hambaarsti-juurde-joudsid-i-poolaastal-vaid-41-koigist-3-19aastastest-lastest>

Suutervisest teadlikkuse suurendamiseks ning hambaravi ennetustegevuste ja kättesaadavuse planeerimiseks Eesti eri piirkondades analüüsib haigekassa laste ja noorte hambaraviteenuste kasutamist kvartalis, võttes välja piirkondliku ja vanusepõhise hõlmatuse. Hõlmatuse numbrite abil suunatakse teavitus just nendesse piirkondadesse, kus teenust on kasutatud vähe.

Haigekassa on oma arengukavas aastateks 2020–2023 kirjeldanud, et keskendutakse veelgi enam laste hambaravi korraldusele ning elanikkonna ja sidusrühmade suutervisega seotud teadlikkuse suurendamisele. Kavas on teha fookusgrupi uuring ja võtta sihtrühmad ette väiksemate vanusevahemike kaupa, et kõigile võimalikult lähedale jõuda.

3. Hambaravi rahastamine Eestis

Vabariigi Valitsuse aastate 2015–2019 tegevusprogrammis võeti ülesandeks viia ellu täiskasvanute hammaste parandamise programm. Selleks eraldati haigekassale riigieelarvest alates 2017. aastast 6 miljonit eurot ja alates 2018. aastast 12 miljonit eurot. Haigekassa koostöös Sotsiaalministeeriumiga valmistas seda reformi ette kaks aastat ja alates 2017. aasta teisest poolaastast rakendati Eestis uuendatud täiskasvanute hambaravi hüvitist. Alljärgnevates alapeatükkides on kirjeldatud hambaravi korraldamise ja rahastamise ajalugu Eestis ning 2017. aasta teisel poolaastal rakendatud reformi põhiluseid.

3.1. Hambaravi korraldus ja rahastamise ajalugu

Alates 1991. aastast kuulus hambaravi haigekassa rahastatavate tervishoiuteenuste hulka sarnaselt kõigi muude tervishoiuteenustega. Hambaraviteenused olid kõikidele ravikindlustatud isikutele riiklike teenuseosutajate poolt tasuta. Samuti oli eraettevõtetal õigus küsida piiramatut omaosalust, mistõttu otsustas üha enam hambaarste avada erapraksise. Vähenes riiklike teenuseosutajate arv, mille tulemusena tasus riik 1990. aastate lõpuks alla 30% hambaravi kogukuludest. 2000. aastaks oli inimeste omaosalus hambaraviteenuste kasutamisel reguleerimata ja teenuseosutaja võis küsida tasu vastavalt enda kehtestatud hinnakirjale. Hambaravi muutus elanikkonnale järjest halvemini kättesaadavaks. Peamisteks põhjusteks peeti kõrget omaosalust, riiklike teenuseosutajate vähesusest tingitud pikki ooteaegasid, haigekassa piiratud vahendeid hambaravi eest tasumiseks ja ressursside killustumist hambaraviteenuse osutajate vahel. Kättesaadavuse probleem järjest süvenes ja hambaraviteenuste kasutamine vähenes, mistõttu leiti, et hambaraviteenuse korraldust ja rahastamist on vaja reformida.

2002. aastal kehtestati ravikindlustuse seadus¹¹, millega muudeti elanike õigusi hambaravile. Olukorras, kus rahalised vahendid olid endiselt piiratud, otsustati esikohale seada alla 19-aastaste isikute hambaravi (sealhulgas ortodontia teatavate diagnooside korral ja vältimatu hambaravi). Neile säilitati tasuta hambaravi haigekassa lepingupartnerite juures ja omaosalust ei rakendatud. Täiskasvanute puhul seni kasutusel olnud hambaravi mitterahaline hüvitis¹² asendati kindlaksmääratud ülempiiriga ehk rahalise hüvitisega¹³.

Rahalise hüvitise rakendamisel oli eesmärk katta vähemalt üks ennetav visiit aastas kogu kindlustatud täiskasvanud elanikkonnale. Eesmärgi saavutamiseks tuli patsiendil teenuseosutajale teenuse eest ise maksta ja hiljem taotleda haigekassalt hüvitist avalduse alusel. Kõrgemad hüvitise määrad kehtestati teatavatele rühmadele, kelle eeldatav hambaravivajadus võiks olla suurem. Nendeks olid rasedad, alla 1-aastaste laste emad ja isikud, kellel on teatud tervises seisundist tulenev kõrgendatud vajadus hambaravi järele. Muudatusega kehtestati järgmised hambaravi rahalise hüvitise määrad: üle 19-aastastele isikule 150 krooni (9,59 eurot), rasedale 450 krooni (28,77 eurot) ning suurenenud hambaravivajadusega isikule ja alla 1-aastase lapse emale 300 krooni (19,18 eurot). Kui hambaraviteenuse hind ületas rahalise hüvitise määrasid, tuli ülejäänud kulud inimesel oma vahenditest katta. Kohustusliku omaosaluse määra hüvitisele ei kehtestatud. Seega kui inimese raviarve jäi hüvitatava summa piiresse, siis omaosalust ei kaasnud.

2007. aastal hambaravi rahaliste hüvitiste määrasid tõsteti. Haigekassa hüvitas ravikindlustatud isikule hambaraviteenust järgmiselt: üle 19-aastasele isikule 19,18 eurot, rasedale, suurenenud vajadusega isikule ja alla 1-aastase lapse emale 28,77 eurot. Võrreldes varasemaga kasvas üle 19-aastaste isikute hambaraviteenuse hüvitise määr 50% ning suurenenud vajadusega isikute ja alla 1-aastase lapse ema

¹¹ <https://www.riigiteataja.ee/akt/181723>

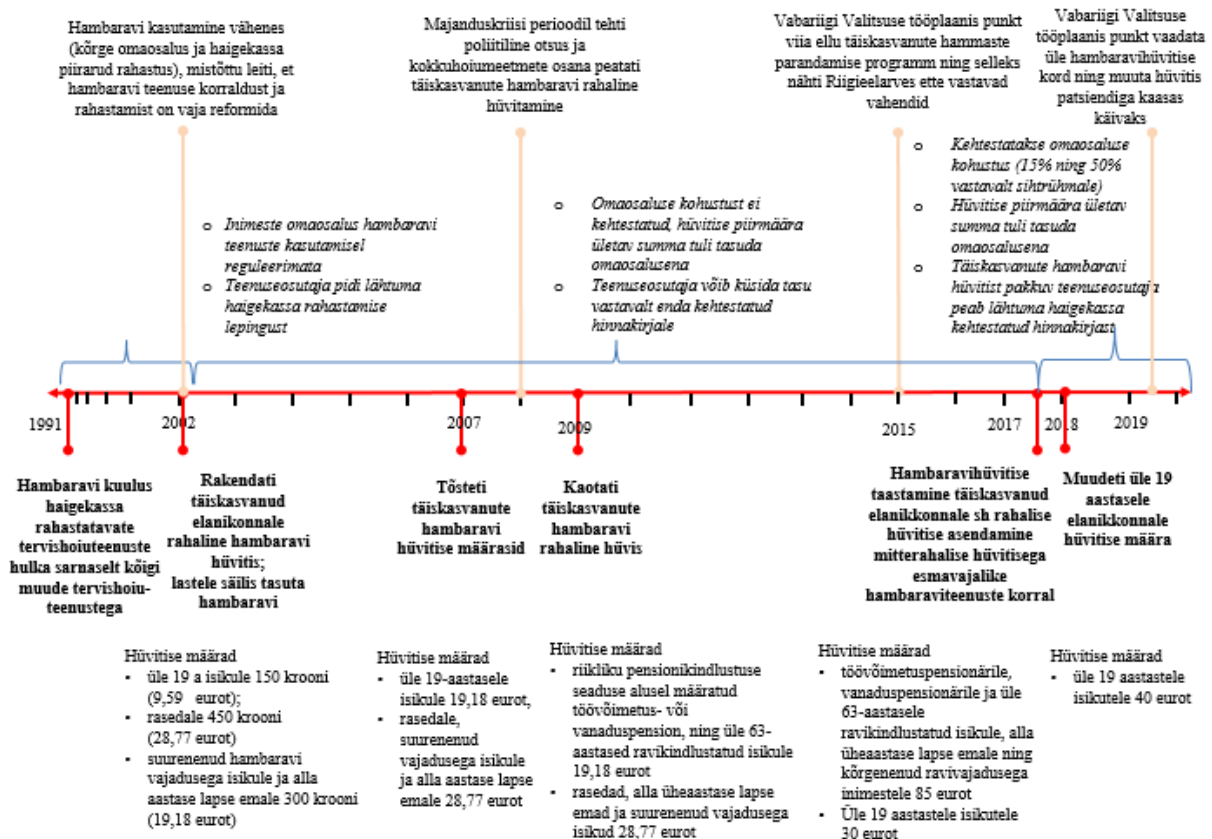
¹² **Mitterahaline hüvitis** tähendab, et haigekassa tasub oma lepingupartnerile Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud teenuste ja nende piirhindade alusel ning isik teenuste saamisel ise maksta ei pea.

¹³ **Rahaline hüvitis** tähendab, et haigekassa hüvitab hambaravikulud isikule vastavalt talle osutatud teenuste eest kindlaksmääratud summa ulatuses.

hüvitise määr 15%.¹⁴ See tõi kaasa hambaravihüvitise eelarve enam kui kahekordistumise ning võrreldes varasema aastaga kasvas ka makstud hüvitiste arv (33%).

Majanduskriisi perioodil tehti poliitiline otsus ja kokkuhoiumeetmete osana peatati täiskasvanute hambaravi rahaline hüvitamine. 2009. aastal jõustus seadusemuudatus, millega vähendati oluliselt hüvitiste saajate sihtrühma. Muudatuse jõustumisest alates said 19,18 euro suurust hambaraviteenuse hüvitist taotleda vaid need isikud, kellele oli riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel määratud töövõimetus- või vanaduspension, ning üle 63-aastased ravikindlustatud isikud. Kõrgendatud määras ehk 28,77 euro suuruse hüvitise maksmist jätkati rasedatele, alla üheaastase lapse emadele ja neile, kellel oli tervishoiuteenuse tagajärjel tekkinud suurenenud hambaraviteenuse vajadus.

Joonisel 1 on kirjeldatud hambaravi rahastamise reforme ajateljel aastast 1991 kuni 2019.



Joonis 1. Hambaravihüvitise ajalugu 1991–2019

Allikas: Autori koostatud

Mitterahalise hüvitisena jätkati alla 19-aastaste ravikindlustatud isikute hambaravi ja täiskasvanud ravikindlustatud isikute vältimatut hambaravi erakorraliste seisundite korral. Samuti ei rakendatud nende teenuste puhul omaosalust (v.a visiiditasu).

Järgmine hambaravi rahastamise ja korralduse muudatus tehti 2017. aasta juulis, kui valitsus otsustas kehtestada täiskasvanutele mitterahalise hambaravihüvitise. Seega, majanduskriisiaegses ajutisena mõeldud kokkuhoiumeetmes ei tehtud muudatusi kaheksa ja poole aasta jooksul.

3.2. 2017. aasta 1. juulist rakendatud reform

¹⁴ Eesti Haigekassa aruanne 2007

Hambaravihüvitise reformi peamine eesmärk oli võimaldada kõikidele ravikindlustatud täiskasvanutele mitterahaline hüvitis esmavajalike hambaraviteenuste eest. Hüvitis laiendab hambaravi kättesaadavust, aitab kontrollida hambaraviteenuste hinnataset ja jälgida paremini ravikindlustatud isikutele osutatavate raviteenuste kvaliteeti. Ühtlasi oli rakendatud hüvitise eesmärk omaosaluse kaudu jagatud vastutusega motiveerida inimest oma suutervise eest hoolt kandma.

Hambaravihüvitise muutmiseks telliti 2014. aastal Tartu Ülikooli rakendusuuringute keskuselt analüüs (edaspidi RAKE uuring).¹⁵ Tehtud analüüsi ja Eesti varasema kogemuse põhjal tehti Vabariigi Valitsusele ettepanekud täiskasvanud elanikkonnale hambaravi mitterahalise hüvitise laiendamiseks.

Alates 2017. aasta 1. juulist seni hüvitist saanute sihtrühmade hüvitise määrad tõusid. Hüvitise maksmist jätkati töövõimetuspensionärile, vanaduspensionärile ja üle 63-aastasele ravikindlustatud isikule, alla üheaastase lapse emale ning kõrgeenenud ravivajadusega inimestele. Muudatuse järgi tasub haigekassa neile sihtrühmadele kuni 85 eurot hambaravikuludest igal aastal. Lisaks rakendati 15% omaosaluskohustust, mille kohaselt katab haigekassa 85% raviarvest arvestusega, et haigekassale esitatud raviarve või arvete kogusumma ei ületa 100 eurot aastas. Täiendavalt lisati alates 2018. aastast kõrgendatud ravivajadusega gruppi inimesed, kellel on diagnoositud I tüüpi diabeet või Sjögreni sündroom.

Ülejäänud enam kui 19-aastastele täiskasvanud ravikindlustatud isikutele kehtestati samuti mitterahaline hüvitis piirmääraga 30 eurot ja omaosalusega 50% teenuse piirhinnast. Seega katab haigekassa 50% raviarvest arvestusega, et 2017. aastal haigekassale esitatud raviarve või arvete kogusumma ei ületa 60 eurot aastas.

Hüvitise saamine reguleeriti ravikindlustuse seaduses ja eesmärk oli igal aastal koos tervishoiuteenuste loetelu teiste muudatustega üle vaadata ka hüvitise määr. Juba 2018. aastast tõsteti hambaravihüvitise summa üle 19-aastastele isikutele 40 euroni ehk haigekassa katab 50% kuni 80-eurosest hambaravikulust aastas.

Omaosaluse kehtestamisel toetuti RAKE uuringu¹⁶ tulemustele. Uuringus toodi välja, et enamikus riikides, kus hambaravi hüvitatakse, kasutatakse isikute enda suutervise eest paremini hoolt kandmise motiveerimiseks omaosalust. Samuti seati hüvitisele piirmäär, mis on omakorda täiendav motivatsioon inimesel oma suutervise eest paremini hoolt kanda. Seega on rakendatud täiskasvanute hambaravi hüvitisel endiselt suur omavastutuse osakaal, mis ei võta inimeselt vastutust oma suutervise eest paremini hoolt kanda.

Lisaks kehtestati esmavajalike teenuste loetelu, mida haigekassa hüvitise raames kompenseerib. Esmavajalike teenuste kehtestamisel oli oluline roll eelarve piirangul, kuid samas tagab see olukorra, et haigekassa poolt rahastatavat hüvitist kasutatakse eelkõige profülaktikaks vajaliku iga-aastase vastuvõtu rahastamiseks. Seega hüvitatakse eespool nimetatud summade ulatuses patsiendile just esmavajalikud teenused. Esmavajalike hambaraviteenuste loetellu, mis lepiti kokku koostöös hambaarstidega, kuuluvad:

- diagnostika (sh röntgenülesvõtted);
- ravimi asetamine ja ajutise täidise paigaldamine;
- odavama püsiva täidise paigaldamine;
- hamba eemaldamine;
- mädakolde avamine ja ravimine;
- juureravi;
- igemealuse hambakivi eemaldamine kirurgiliselt;
- tuimestus.

¹⁵ Tartu Ülikool RAKE 2014. aasta uuring [Välisriikide: Inglismaa, Hollandi, Soome, Rootsi, Taani, Läti, Leedu, Ungari, Sloveenia ja Prantsusmaa elanikkonna hambaravi ja hambahaiguste ennetuse rahastamise ülevaade ning rahastamisel kasutatavate põhimõtete analüüs](#)

¹⁶ *Ibid.*

2017. aasta 1. juulist rahastatavate hambaraviteenuste hinnakiri koostati ja kaasajastati koostöös EHL-iga ning referentsasutustega, kes esitasid andmed raviasutuste tegelike kulude kohta (vahendite andmed, sh instrumendid ja diagnostika ning tööjõukulu). EHL on haigekassale esitanud ettepanekuid hindade muutmiseks ning haigekassa on neid analüüsinud ja hindu vastavalt korrigeerinud. Vaatamata sellele ei ole EHL haigekassa kehtestatud hinnakirja heaks kiitnud.

Hüvitise väljatöötamisel võeti eelduseks, et inimestele ja hambaraviteenuse pakkujatele oleks teenuse osutamine ning hüvitise kasutamine võimalikult kiire ja lihtne. Seetõttu rakendati hüvitis mitterahalisena ning arendati välja haigekassa ja hambaraviteenuse osutaja vaheline elektrooniline andmevahetus, mille käigus toimub hambaravihüvitise limiidi arvestus. Võrreldes varem kasutusel olnud süsteemiga ei pea inimene ise hüvitise saamiseks täitma ega haigekassale või arstile esitama avaldust või muud dokumenti. Samuti väheneb mitterahalise hüvitise puhul teenuse kättesaadavuse ebavõrdsus, kuna teenuse saamise hetkel ei ole inimesel enam vaja tasuda teenuse eest täies ulatuses ega hiljem kompensatsiooni taotleda, vaid hüvitis arvestatakse raviarve summast automaatselt maha.

Lisaks omaosaluse kehtestamisele tehti RAKE uuringus¹⁷ ettepanek hambaravi hindu reguleerida. Seetõttu on hambaravihüvitise puhul nõue, et hüvitise raames tuleb teenuseosutajatel lähtuda haigekassa hinnakirjast. Seeläbi on haigekassal võimalik jälgida, et hüvitise eest on võimalik saada erinevate teenuseosutajate juures samas mahus teenust. Lisaks on haigekassal võimalus kontrollida ravikindlustuse vahendite kasutamise sihipärasust.

Hinnakontrolli ja teenuse kvaliteedi jälgimise eesmärgil otsustati hambaravi reformi käigus, et hüvitis saab kasutada ainult haigekassa lepingupartnerite juures. See võimaldab inimestel saada õiglase hinnaga ning samas kvaliteetset teenust. Hambaraviteenuste osutamiseks sõlmitakse ravi rahastamise leping kõigi hambaraviteenuse osutamise tegevusluba omavate, lepingu sõlmimist taotlevate ja lepingutingimustele vastavate hambaraviteenuse osutajatega. Haigekassa on kahe aasta jooksul sõlminud lepingu kõigi soovijatega, et hambaravihüvitise saamine oleks paremini kättesaadav ja inimesed ei peaks lepingu puudumise tõttu oma hambaarsti vahetama.

Haigekassa on teinud ulatusliku kaasamiskampaania, et motiveerida võimalikult suurt hulka hambaraviteenuse osutajaid sõlmima haigekassaga lepingut täiskasvanute hambaraviteenuse osutamiseks. Korraldati piirkondlikke teabepäevi ja konverentse koostöös EHL-iga, et tutvustada uuendatud hinnakirja ning rakendunud täiskasvanute mitterahalise hambaravihüvitise sisu. Haigekassa uuendas ka kodulehte eraldi alamlehega, kus on leitav põhjalik hüvitisega seonduv teave nii partnerile kui patsiendile. Koostöös OÜ-ga Celsius Healthcare on haigekassa avaldanud mitmeid artikleid ajakirjas Hambaarst.

Laste hambaraviteenuse juures muudatusi ei tehtud ning laste ravi jäi endiselt haigekassa poolt täies ulatuses rahastatavaks. Laste hambaravi rahastatakse haigekassa lepingupartnerite juures vastavalt haigekassa kehtestatud hinnakirjale.

Lisaks täiskasvanute hambaravi hüvitise reformile laiendati alates 2019. aastast tasuta hambaravi võimalusi sügava füüsilise ja vaimse puudega inimestele, kes ise ei suuda oma suuhügieeni eest hoolt kanda. Nende inimeste hambaravi eest tasub haigekassa kogu ulatuses ehk hambaid saab tasuta ravida kogu elu. Haigekassa on seadnud kriteeriumid, millele puudega inimese terviseseisund peab vastama, et ta saaks tasuta hambaravi. Õiguse tasuta hambaraviks määrab patsiendi perearst või eriarst (hambaarst). Esimesel aastal rakendati kriteeriumid, millest inimese perearst või eriarst peab eluaegse hambaravi määramisel lähtuma. Eelkõige on hambaravi hüvitamise aluseks inimese toimetulek tema

¹⁷ Tartu Ülikool RAKE 2014. aasta uuring [Välisriikide: Inglismaa, Hollandi, Soome, Rootsi, Taani, Läti, Leedu, Ungari, Sloveenia ja Prantsusmaa elanikkonna hambaravi ja hambahaiguste ennetuse rahastamise ülevaade ning rahastamisel kasutatavate põhimõtete analüüs](#)

tervise seisundist¹⁸ lähtuvalt, mille tõttu patsient ei ole suuteline suuõõne hügieeni tagama ka adekvaatse juhendamise korral.

Täiskasvanute hambaravi hüvitise reformi elluviimisel prognoositi, et see mõjutab ligikaudu 900 tuhandet Eesti kindlustatud, kellest ligikaudu 400 tuhandel tekkis õigus kõrgendatud piirmääraga hüvitisele (85 eurot) ja ligikaudu 500 tuhandel tekkis õigus saada 40-eurost hambaravihüvitist. Arvestades varasemat teenusekasutust, elanikkonna hinnanguid hambaravi kasutuse kohta¹⁹ ning rahvusvahelist kirjandust²⁰, arvestati hüvitise väljatöötamise raames, et teenusekasutus võiks olla 2017. aastal endise mitterahalise hüvitise sihtrühma puhul 45% ja ülejäänud täiskasvanute puhul 41%. Tegelik hõlmatus jäi aga vastavalt 10% ja 7% juurde. Seetõttu jäi ka hüvitise eelarve alataidetuks (eelarvestati 5,76 miljonit ja tegelik kulu oli 3,63 miljonit). Alataitmine oli aga prognoositav, kuna teenuse etapilane rakendumine ning lepingupartneritega lepingute sõlmimine võttis oodatust enam aega. Aastal 2018 on hõlmatus määr võrreldes varasema aastaga küll enam kui mitmekordistunud (24% ja 21%), kuid endiselt ei ole see ligilähedane esialgu prognoositule (45% ja 41%). Samas on kulude kasv olnud suurem, kuna inimesed on keskmiselt kasutanud hüvitisest ära suurema osa. Kui 85 eurot hüvitist saavate sihtrühmade puhul prognoositi, et nad kasutavad aastas keskmiselt ära 55% hüvitise kogusummast, siis 2018. aasta andmetel kasutati keskmiselt ära 82%. 40 eurot hüvitist saava sihtrühma puhul olid vastavad näitajad 70% ja 84%. 2019. aasta esimese poolaasta andmetelt on näha, et on kasvanud hõlmatus osakaal (poolaasta seisuga 16%). Haigekassa on prognoosinud, et 2019. aasta lõpuks võiks saavutada hõlmatus osakaalu 85-eurose sihtrühma puhul 30% ja 40-eurose sihtrühma puhul 26%.

Kokkuvõttes võib väita, et hüvitise rakendumine seoses sihtrühma hõlmatusesega on olnud oodatust aeglasem, aga samas on hõlmatus osakaal aasta-aastalt kasvanud ning sellest lähtuvalt võib eeldada kasvu ka tulevikus. Samas on hüvitist saanud isikud sellest ära kasutanud suurema osa kui esialgu prognoositud. Mõlemat tegurit arvesse võttes on pigem ette näha hambaravihüvitise eelarve kasvu.

¹⁸ Intellektipuu (sügav vaimne alaareng), autistliku spektrumi häire, dementsus, muud psüühilised kõrvalekalded (näiteks krooniline raske psühhos), füüsilised, haigustest tingitud seisundid; halvatusseisundid, mis haaravad mõlemat ülajäset, ja on tingitud kesknärvisüsteemi või neuromuskulaarse ühiku haigusest; liigutushäired, nagu parkinsonistlik sündroom, generaliseerunud düstoonia, raskekujuline tantstõbi; kaasasündinud või omandatud füüsilised iseärasused, näiteks jäsene ja selle olulise osa puudumine arenematuses või amputatsiooni tõttu, mille tõttu isik ei tule toime suuhügieeniga

4. Hambaraviteenuste ja hüvitiste kasutus ning kulud

Hambaravireformide mõju on võimalik hinnata teenusekasutusega ja selle muutustega ajas. Käesolevas peatükis analüüsitakse TAI ja haigekassa kogutud hambaraviteenuse kasutuse ja kulu andmeid.

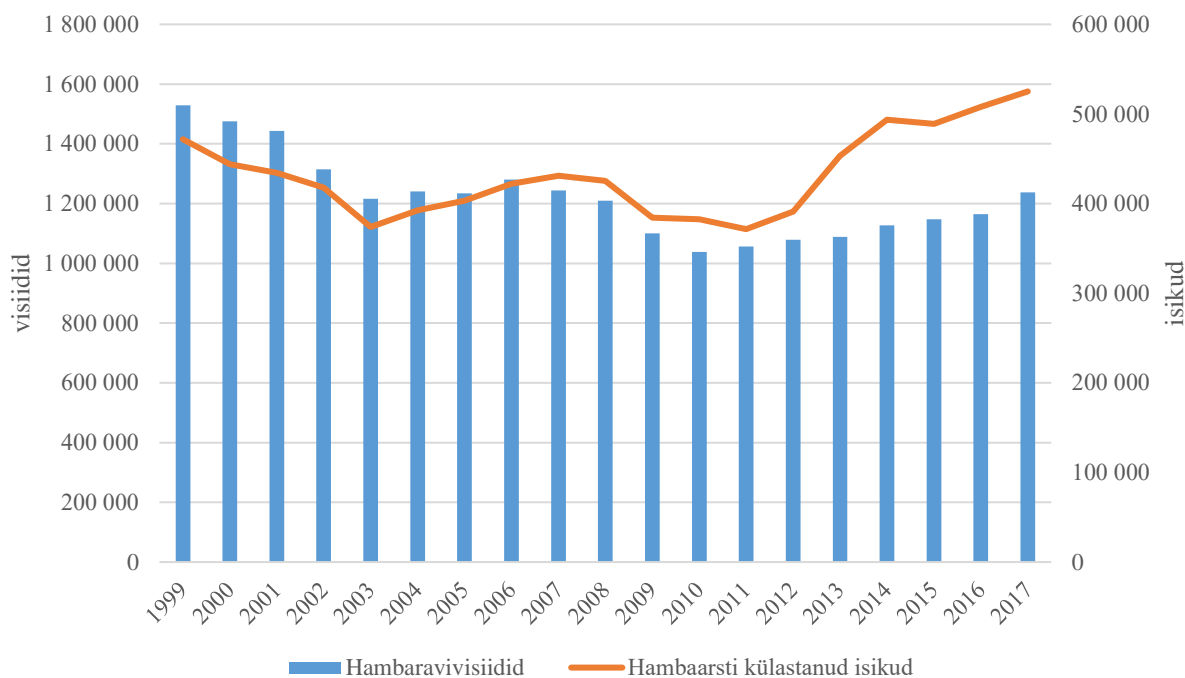
Tabelis 4 on vanuserühmade kaupa kirjeldatud elanikkonda, kes on valitud aastatel käinud vähemalt üks kord aastas hambaarsti vastuvõtul. Kõige värskemate 2017. aasta andmete kohaselt on hambaravi kasutanud 52% kogu elanikkonnast. See on kõrgeim osakaal võrreldavate aastate jooksul. Kuni 15-aastaste hulgas on vastav näitaja 74% ning 15-aastaste ja vanemate hulgas 48%. Kahtlemata on laste ja vanema elanikkonna hõlmatus suure erinevus tingitud teenuse kättesaadavusest, kuna laste hambaravi on tasuta. Sellegipoolest on 15-aastaste ja vanemate hulgas hõlmatus kasvanud ja alla 15-aastaste laste hulgas on see pigem vähenenud.

	2000			2009			2015			2017		
	Kokku	0–14	15 +	Kokku	0–14	15 +	Kokku	0–14	15 +	Kokku	0–14	15 +
Hambaravivisiidid	1 890 826	415 053	1 475 773	1 485 949	386 067	1 099 882	1 504 094	357 012	1 147 082	1 564 020	326 806	1 237 214
Hambaarsti külastanud isikud	630 247	186 145	444 102	569 792	185 428	384 364	666 601	177 554	489 047	682 531	157 399	525 132
Eesti elanikkond kokku	1 401 250	250 340	1 150 910	1 335 740	199 680	1 136 060	1 313 271	209 596	1 103 675	1 315 635	213 609	1 102 026
Hambaarsti külastanud elanikkonna osakaal	45%	74%	39%	43%	93%	34%	51%	85%	44%	52%	74%	48%

Tabel 4. Hambaraviteenuse kasutus valitud aastatel

Allikas: Tervise Arengu Instituut ja Statistikaamet

Kui vaadata eraldi hambaravivisiitide arvu, ei ole see aastaks 2017 jõudnud sarnasele tasemele, nagu see oli 2000. aastal. Joonisel 2 on näha, et alates 1999. aastast kuni rahalise hüvitise rakendamiseni 2003. aastal on hambaravivisiitide arv vähenenud (21%). Hüvitise rakendamisest kuni 2006. aastani on näha visiitide arvus väikest kasvu, kuid pärast 2009. aasta reformi langes hambaravivisiitide arv 2010. aastal rekordmadalale tasemele. Ehkki hambaravivisiitide arv on alates 2010. aastast olnud taas tõusuteel, ei ole see jõudnud kriisieelsele ega 2002. aasta tasemele, kui kehtis veel mitterahaline hambaravihüvitis.



Joonis 2. Hambaravi saanud 15 aastat ja vanemate isikute arv ning nende hambaravivisiitide arv aastatel 1999–2017

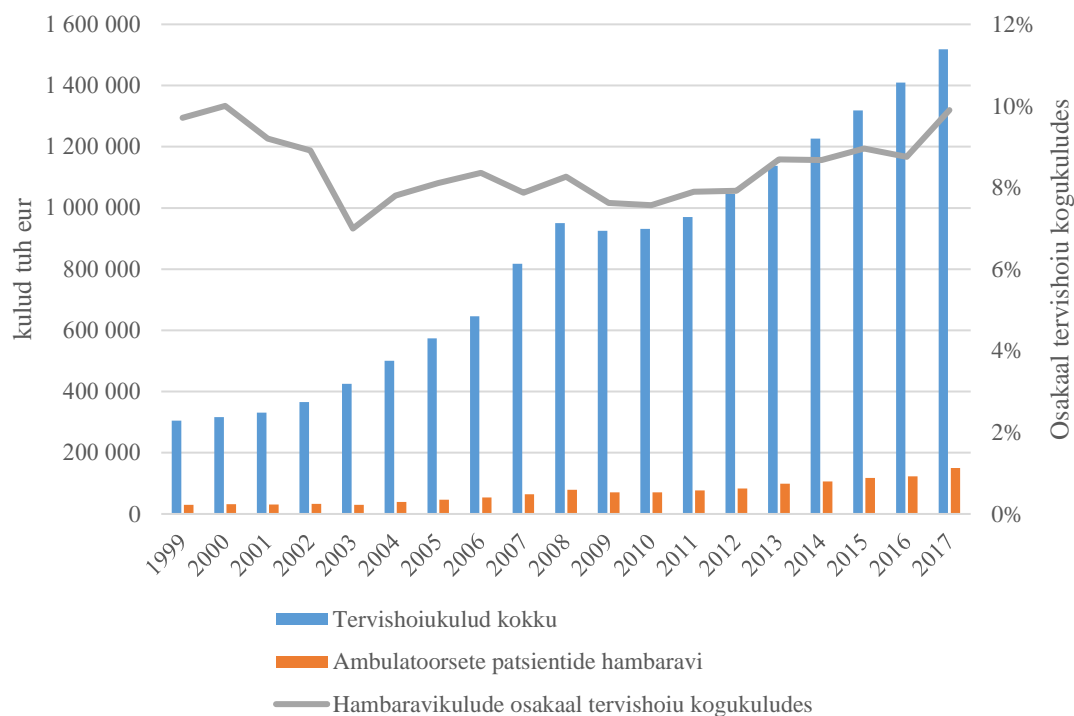
Allikas: Tervise Arengu Instituut

2017. aastal on visiitide arv kasvanud 6% võrreldes varasema aastaga, mis on suurim aastane kasv alates 1999. aastast. Osaliselt võib olla visiitide arvu kasv tingitud täiskasvanute hambaravihüvitise rakendamisest vaatamata sellele, et hüvitist rakendati alles teisest poolaastast ning esialgu oli teenuseosutajate seas ka vähem pakkujaid.

Kokkuvõttes võib järeldada, et hambaravihüvitiste reformid on oluliselt avaldanud mõju hambaraviteenuse kasutusele. Enne 2017. aastat tehtud reformid on nende rakendumisel kaasa toonud teenusekasutuse vähenemise. Samas, 2017. aastal rakendatud täiskasvanute hambaravi hüvitis on teenusekasutuse andmetel olnud sihipärane, kuna sellega on kaasnenud hambaravivisiitide arvu kasv.

Joonisel 3 on lisaks näha, et hambaravi hüvitamise reformid aastatel 2003 ja 2009 on kaasa toonud ka suurima aastase languse hambaarsti juures käivate inimeste arvus (2002/2003 11% ja 2008/2009 10%). Inimeste arvu tõlgendamisel tuleb arvestada, et kuni 2012. aastani ei kogutud andmeid mitte kõigi hambaarsti külasthanud isikute kohta, vaid loetletud on isikud, kes külastasid hambaarsti sellel aastal esimest korda. Sellest arvestusmetoodika muudatusest võib olla tingitud ka üsna kiire hambaravil käinud isikute arvu kasv alates 2012. aastast. Ühtlasi võib teenusekasutuse kasv olla tingitud ka kriisijärgsest elatustaseme paranemisest, sest teenuse kasutus on kasvanud olenemata sellest, et kuni aastani 2017 ei ole tehtud muudatusi hambaravi rahastamises. 2017. aasta andmete põhjal võib väita, et teenusekasutuse suurem kasv ja teenust kasutanud isikute arvu kasv on vähemalt osaliselt seotud uuendatud mitterahalise hüvitise rakendamisega.

Joonisel 3 on esitatud tervishoiu ja hambaravi kogukulud ning hambaravikulude osakaal tervishoiu kogukuludes aastatel 1999–2017.



Joonis 3. Tervishoiu ja hambaravi kogukulud ning hambaravikulude osakaal tervishoiu kogukuludes aastatel 1999–2017

Allikas: Tervise Arengu Instituut

Märkus: klassifikaator muutus alates 2003. aastast

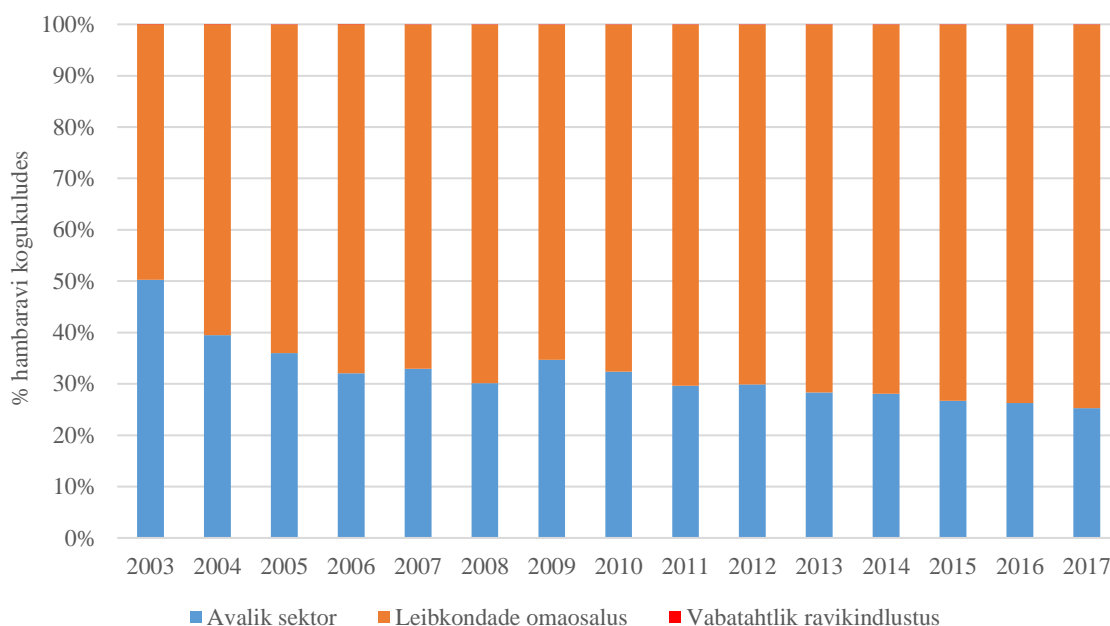
Alates 1999. aastast on kulutused hambaravile kasvanud ning on selle aja jooksul vähenenud vaid kahel korral (2003 ja 2009). Hambaravikulude osakaal tervishoiu kogukuludes on püsinud vahemikus 7–10%. Majanduskriisiaegsel perioodil langesid kulutused hambaravile 10%, samal ajal kui tervishoiu kogukulud langesid 3%. Suure languse üheks põhjuseks on hambaravikulude tihe seos elanikkonna sissetulekuga, kuna suurema osa hambaravikuludest moodustab leibkondade omaosalus (vt joonis 5). Aastal 2017 on hambaravikulude osakaal tervishoiu kogukuludes taas tõusnud ligi 10%-ni ehk 2000. aasta tasemele, mis osaliselt võib olla tingitud täiendavast riigieelarvelisest panusest hambaravisse alates 2017. aasta teisest poolaastast. Samuti on 2017. aasta kulude kasv tingitud teenusekasutuse kasvust.

Igas riigis sõltub tervishoiupoliitikast see, kelle kulud, millised kulud ja kui suures ulatuses katab avalik sektor ja kui suure osa maksavad leibkonnad ise, sh kuidas omaosalus eri sihtrühmade vahel jaguneb. 2017. aastal moodustas hambaravi Eesti inimeste omaosaluskoormusest 31%²¹, mis on kokku käsi- ja retseptimüügi ravimite kulu ees esimesel kohal. WHO hinnangul tuleb kriitiliselt hinnata omaosaluspoliitika toimivust, kui see moodustab enam kui 15% tervishoiu kogukuludest, et vältida olukord, kus see põhjustab inimestele suurt rahalist koormust või osutub rahaliseks piiranguks inimesele vajamineva abi saamisel.²²

Kokkuvõtvalt ilmestab hambaravi rahastamise muudatuste mõju joonis 4, kus on esitatud eri rahastamisallikate osakaal hambaravi kogukuludes.

²¹ Tervise Arengu Instituudi andmetel

²² Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019) WHO [Can people afford to pay for health care?](#)



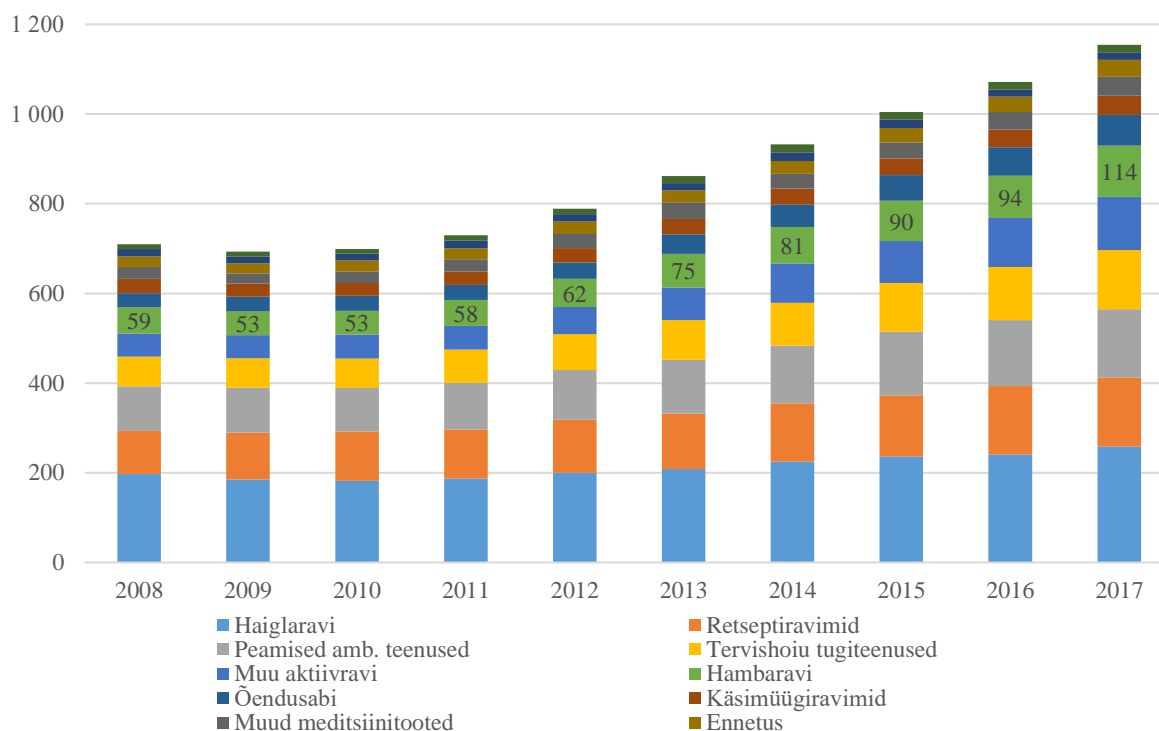
Joonis 4. Rahastamisallikate osakaal hambaravi kogukuludes aastatel 2003–2017

Allikas: Tervise Arengu Instituut

Kogu perioodi jooksul on märgata, et vabatahtliku hambaravi kindlustuse osakaal on jäänud marginaalseks ning see moodustab alla 1% hambaravi kogukuludest. Alates aastast 2003 on kasvanud leibkondade omaosaluse osakaal hambaravi kogukuludes. Kui aastal 2003 moodustasid ligikaudu poole hambaravi kogukuludest avaliku sektori kulud, siis aastaks 2017 on vastav näitaja 25%. 2009. aasta leibkondade omaosaluskoormuse vähenemine on tingitud sellest, et vähenes hambaravi kogukulu tulenevalt täiskasvanute hambaravi hüvitise kaotamisest suurele osale elanikkonnast. Omaosaluse osakaal kogu hambaravi rahastamisest on aastast 2010 pidevalt kasvanud. Ka uue rakendunud täiendava hambaravi hüvitise reformi perioodil, 2017. aastal, on märgata omaosaluskoormuse osakaalu kasvu vaatamata sellele, et reformi panustati 2017. aastal 6 miljonit eurot riigieelarvest.

TAI koostatud 2017. aasta tervishoiu kogukulude analüüs²³ on välja toonud, et võrreldes 2008. aastaga on tervishoiukulud kõige rohkem suurenenud ühe inimese kohta neljas teenuste rühmas: ambulatoorne eriarstiabi koos päevaraviga, õendusabi, tugiteenused ja hambaravi. Võrreldes 2016. aastaga suurenes keskmine inimese kohta kulutatud summa tervishoius 82 euro võrra. Kõige rohkem ehk 20 eurot ühe inimese kohta suurenesid kulud hambaravile (94 eurot kasutati 2016. aastal ja 114 eurot 2017. aastal, vt joonis 5). Hambaravi kogukulude kasvu võib olla mõjutanud teenusekasutuse kasv ning lisaks ka haigekassa poolt rahastatavate hambaraviteenuste hinna muutus.

²³ Ruuge M, Inno M. Tervishoiukulud 2017. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2018

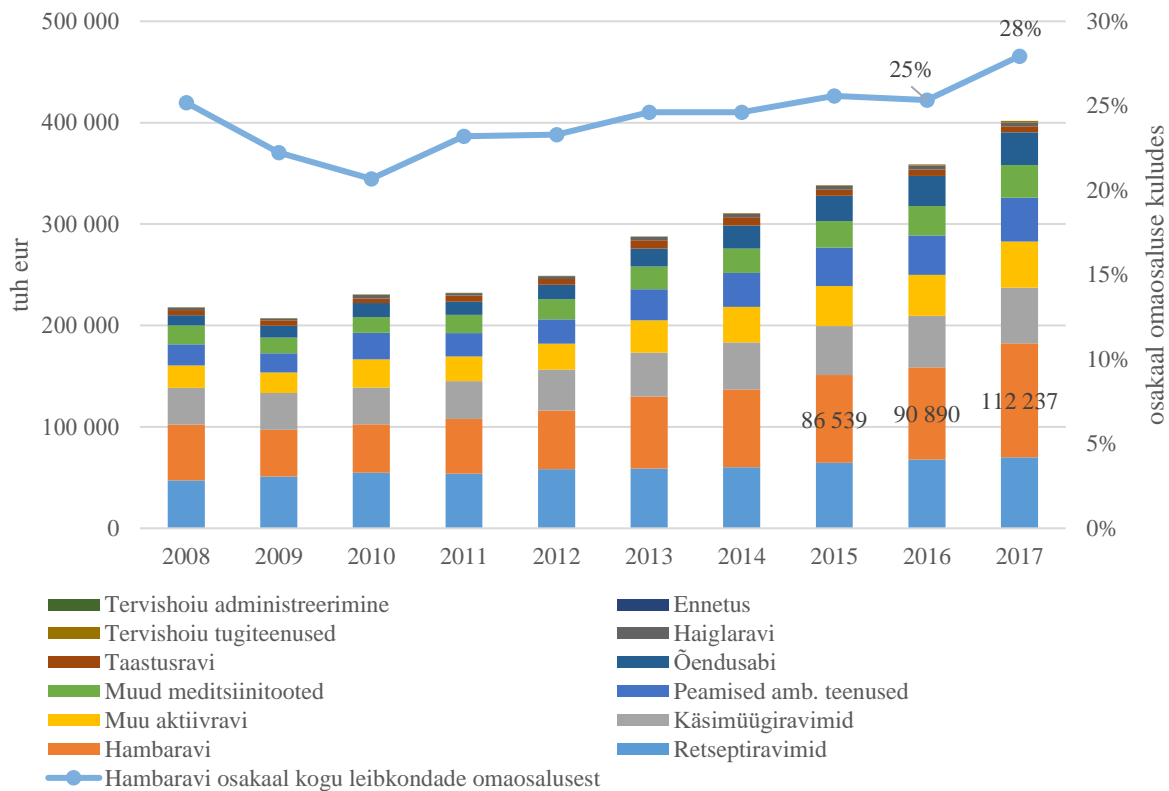


Joonis 5. Kõik tervishoiukulud inimese kohta teenuste kaupa (eurot), 2008–2017

Allikas: Tervise Arengu Instituut

Vaadates toimunud muutusi leibkondade endi poolt tehtud tervishoiukulutustes, moodustas hambaravikulude tõus 2017. aastal kogu leibkondade kulude tõusust üle poole. TAI hinnangul on kulutuste tõus suuresti seotud 1. juulist 2017 kehtima hakanud täiskasvanute hambaravi hüvitisega, mis innustas inimesi üle mitme aasta rohkem hambaarsti juurde minema.

Arvestades leibkonna kulude andmeid, on tervishoiuteenustest hambaravi 2017. aasta andmetel suurim kuluartikkel. Kui hambaravikulud kokku olid 2017. aastal ühe inimese kohta keskmiselt 114 eurot, siis 75% ehk 85 eurot sellest maksid leibkonnad ise. Joonisel 6 on esitatud leibkondade omaosalus tervishoiuteenuste kaupa (tuh eurot) ja hambaravikulude osakaal kogu omaosaluse kuludes aastatel 2008–2017. 2017. aastal on hambaravis leibkondade omaosalus kasvanud 23% (2016. aastal oli kasv 5% ja 2015. aastal 13%). Alates 2009. aastast on tegemist suurima kasvuga omaosaluses.



Joonis 6. Leibkondade omaosalus tervishoiuteenuste kaupa (tuh eurot) ja hambaravikulude osakaal kogu omaosaluse kuldes, 2008–2017

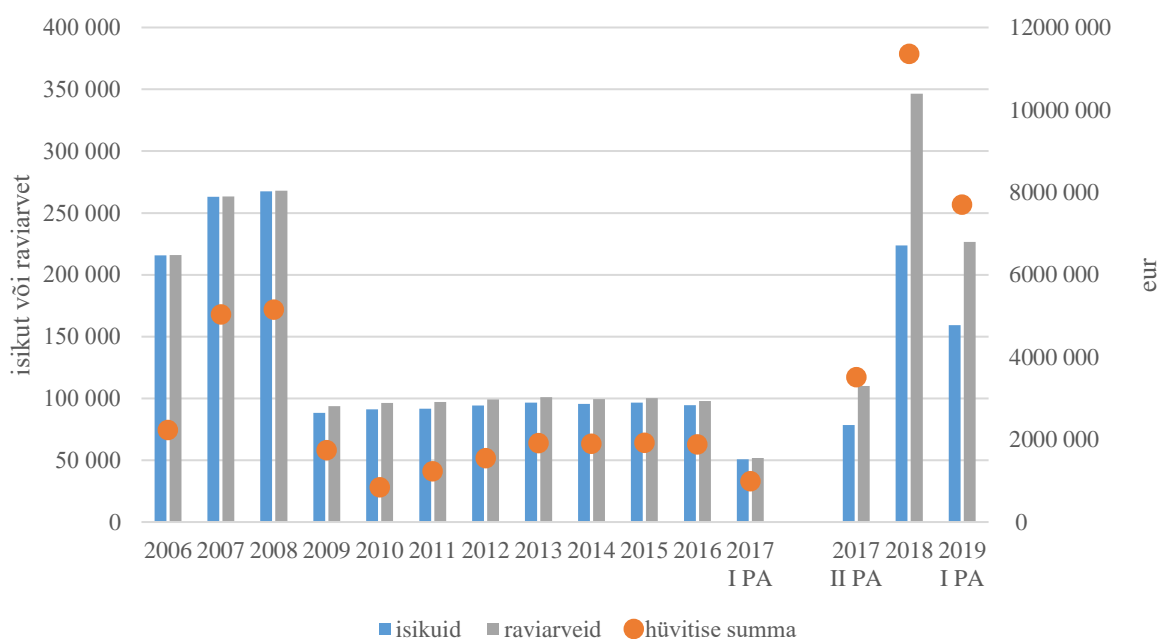
Allikas: Tervise Arengu Instituut

Leibkondade omaosaluse kasvu võivad mõjutada mitmed tegurid, sh teenusekasutuse kasv tulenevalt üldisest elatusaseme kasvust või teenusekasutuse kasv tulenevalt uue hüvitise rakendamisest. 2017. aasta teisest poolaastast rakendatud reformi mõju hindamiseks leibkondade omaosalusele tuleks muutusi leibkondade kuldes ja hambaravi kasutuses veel mõne aasta andmete põhjal jälgida. Samas võib juba olemasolevate andmete alusel prognoosida, et paranenud kättesaadavus, millega kaasneb kohustuslik omaosalus (vastavalt 50% või 15%) ning hüvitise ülempiir (40 või 85 eurot aastas), suurendab leibkondade poolt teenustele tehtavaid kulutusi. Väiksema sissetulekuga ning suurenenud teenusevajadusega inimeste puhul võib see aga endiselt kaasa tuua teenusest loobumise. Seega on täiendavalt vaja analüüsida, kas hüvitise rakendamisest on olnud kasu just neile sihtrühmadele, kes varem suurtest kuludest tingituna teenuse kasutamata jätsid, nagu vaesemad leibkonnad, pensionärid ja töötud ning suurenenud teenusevajadusega inimesed.

TAI andmetel on võimalik analüüsida kogu riigis tehtud hambaravivisiite ja hambaravi saanud isikute arve. Haigekassa andmete põhjal on võimalik saada ülevaade sellest, kuidas on aastate jooksul hambaravi hüvitamise muudatused mõjutanud haigekassa rahastatavate teenuste kasutust ravikindlustatud isikute puhul ja haigekassa kulusid hambaravile. Haigekassa andmekogus kajastuvad aga vaid need hambaraviga seotud andmed, mille eest on haigekassa tasunud, vastavalt eri perioodidel kehtinud hüvitise korrale (kas avalduse alusel rahalise hüvitisena isikule või lepingu alusel otse teenuseosutajale). Andmetes ei kajastu need juhud, kui inimene on külastanud hambaraviteenuse osutajat, kellel ei ole haigekassaga lepingut sõlmitud, ning on seetõttu tasunud teenuse eest ise ega ole hiljem ka haigekassale avaldust esitanud rahalise hüvitise saamiseks.

Joonisel 7 on esitatud hambaravi rahalise ja mitterahalise hüvitise kasutus ning hüvitise kulu 2006 kuni 2019. aasta esimese poolaasta lõpuni. Esmalt on jooniselt märgata, et kuni 2017. aasta teisest poolaastast rakendatud mitterahalise hüvitiseni oli nii hüvitist saavate isikute kui ka raviarvete arv võrdlemisi sama. See viitab olukorrale, et enamasti kasutati hüvitist ära ühe vastuvõtu käigus või esitati haigekassale enamasti rahalise hüvitise taotlus just ühe vastuvõtu kohta. 2009. aasta muudatuse tulemusel vähenes

hüvitist kasutanud isikute arv enam kui kolm korda. 2010. aasta aruandes on haigekassa välja toonud, et hambaravihüvitiste kulude vähenemine oli prognoositust suurem²⁴. Põhjuseid otsis haigekasse elanikkonna küsitlusest, millest selgus, et võrreldes 2009. aastaga on 15% suurenenud selliste isikute hulk, kes põhjendavad hambaarstil mittekäimist majanduslike põhjustega, ning 13% kõigist vastanutest häirib tervishoiuteenuste liiga kõrge hind²⁵. Aastatel 2009–2016 ei ole hüvitist saanud isikute arv oluliselt muutunud. Alates 2017. aasta teisest poolest on hüvitise kasutus kasvanud ning tõusnud on ka haigekassa kulud. Kui 2016. aastal sai hüvitist ligikaud 90 tuhat inimest, siis aastaks 2018 oli see kasvanud ligikaudu 220 tuhande inimeseni. Hüvitise kasutuse kasv 2017. aasta teisest poolest alates on osaliselt tingitud sellest, et inimeste teadlikkus hüvitise kättesaadavusest on paranenud ning kahe aasta jooksul on lisandunud ka haigekassa lepingupartnereid, kes teenust pakuvad. Lisaks on tõenäoliselt hüvitise kasutamist positiivselt mõjutanud hüvitise määra tõstmine alates 2018. aastast 30 eurolt 40 euroni.



Joonis 7. Hambaravi rahalise ja mitterahalise hüvitise kasutus ja kulu 2006 kuni 2019 I poolaasta
Allikas: Eesti Haigekassa

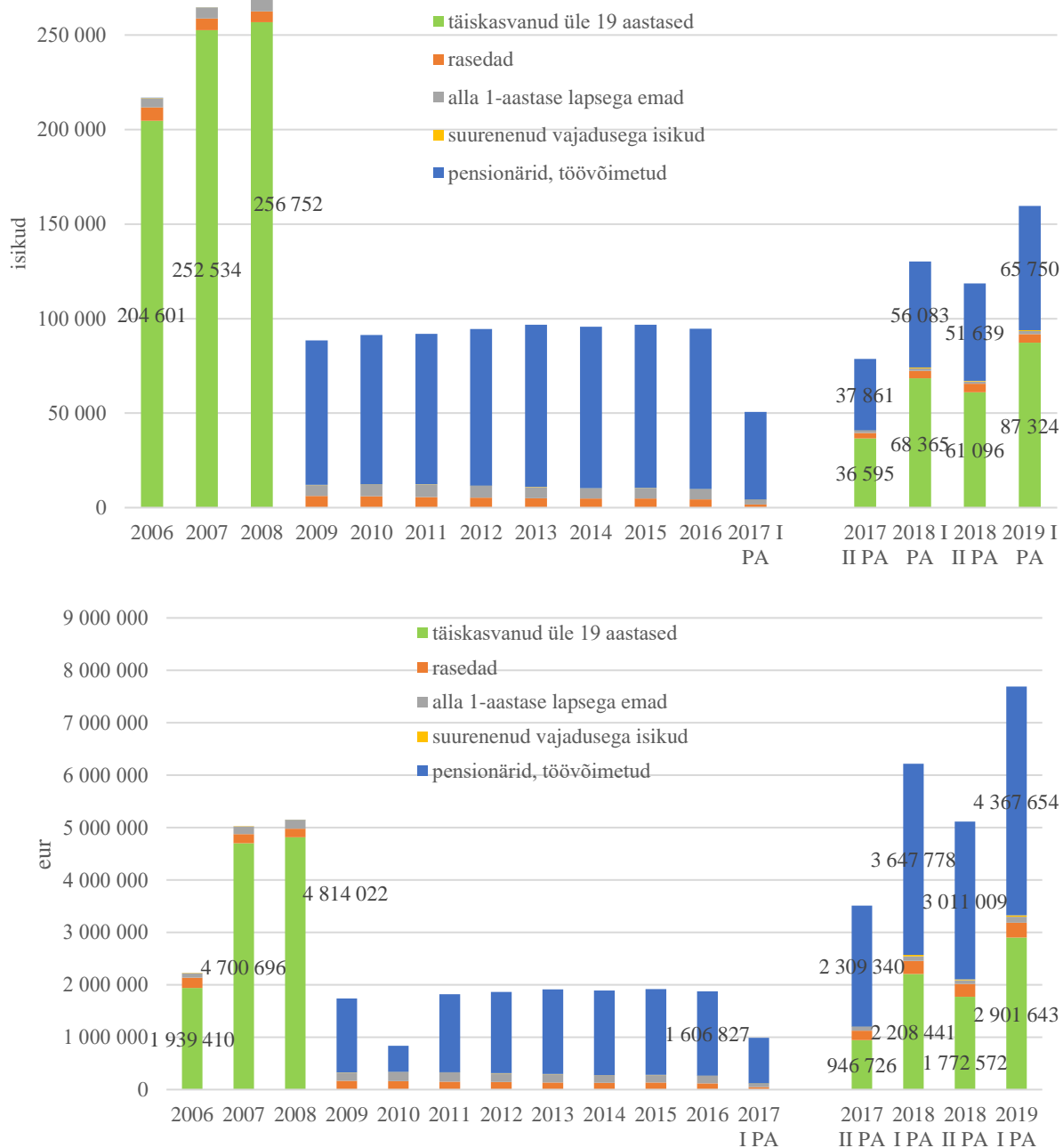
Joonisel 8 on esitatud hüvitist saanud isikute arv hüvitise sihtrühmade kaupa ning hüvitise kulu aastast 2006 kuni 2019. aasta esimene poolaasta. Seni kui rahalist hüvitist maksti kõigile üle 19-aastastele isikutele aastani 2009, oli hüvitise kasutus vastava sihtrühma poolt ka kõige suurem. Ka aastaks 2018, kui kehtib uus kõrgem hüvitise määr, ei ole hüvitise saajate hulk ületanud aastatel 2007 ja 2008 rahalist hüvitist kasutanud isikute arvu.

Alates 2009. aastast kuni uue hüvitise kehtima hakkamiseni kasutasid rahalist hüvitist valdavalt vanadus- ja töövõimetuspensionärid. Rasedate, alla 1-aastaste laste emade ning suurenenud ravivajadusega isikute puhul ei ole hüvitist kasutanud isikute arv oluliselt suurenenud tulenevalt 2017. aastal rakendunud hüvitise muudatusest. Küll aga on enam hakanud hüvitist kasutama pensionärid ning osalise või puuduva töövõimega isikud, kelle jaoks on hüvitise kõrgem määr ning mitterahalise hüvitise rakendumine oluliseks motivatsiooniks hambaarsti külastada.

²⁴ [Haigekassa majandusaasta aruanne 2010](#)

²⁵ Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi 2010. aasta uuringus inimeste hinnangust tervisele ja arstiabile

Kui vaadata eraldi ka hüvitise kulusid, toimus oluline kulude langus 2009. aastal ning tõus alates 2017. aastast. Alates uue mitterahalise hüvitise kehtima hakkamisest on märgata, et kuigi kõige enam kasutab hüvitist üle 19-aastaste sihtrühm, on kulud tulenevalt kõrgemast hüvitise määrast suuremad pensionäridel ja osalise või puuduva töövõimega isikutel. Üle 19-aastased isikud kes saavad kasutada 40-eurost hüvitist, kasutavad hüvitist vähem. Osaliselt võib see esimese kahe aasta jooksul olla tingitud väiksemast teadlikkusest uue hüvitise rakendumise kohta, kuna teistel sihtrühmadel oli varem võimalik kasutada rahalist hüvitist.



Joonis 8. Hambaravi rahalise ja mitterahalise hüvitise kasutus ja kulu hüvitise sihtrühmade kaupa 2006 kuni 2019 I poolaasta

Allikas: Eesti Haigekassa

Kokkuvõttes võib teenusekasutuse analüüsile tuginedes väita, et alates mitterahalise hüvitise rakendumisest on hambaarsti vastuvõtul käivate isikute arv suurenenud. Oluliselt on kasvanud selliste

isikute arv, kellele osa hambaravikulust kaetakse, kuna hüvitist kasutanud isikute arv on samuti kasvanud.

Reformi kavandades prognoositi, et mitterahaline hüvitis võib suurendada omaosaluskoormust, sest hüvitise puhul rakendati 50% ja 15% omaosalust vastavalt sihtrühmale ning maksimaalset hüvitise määra. See on kaasa toonud leibkondade endi poolt tehtud hambaravikulutuste kasvu ning oluliselt on kasvanud ka omaosaluskoormus absoluutsummas, mis võib mõjutada vaesemate leibkondade toimetulekut.

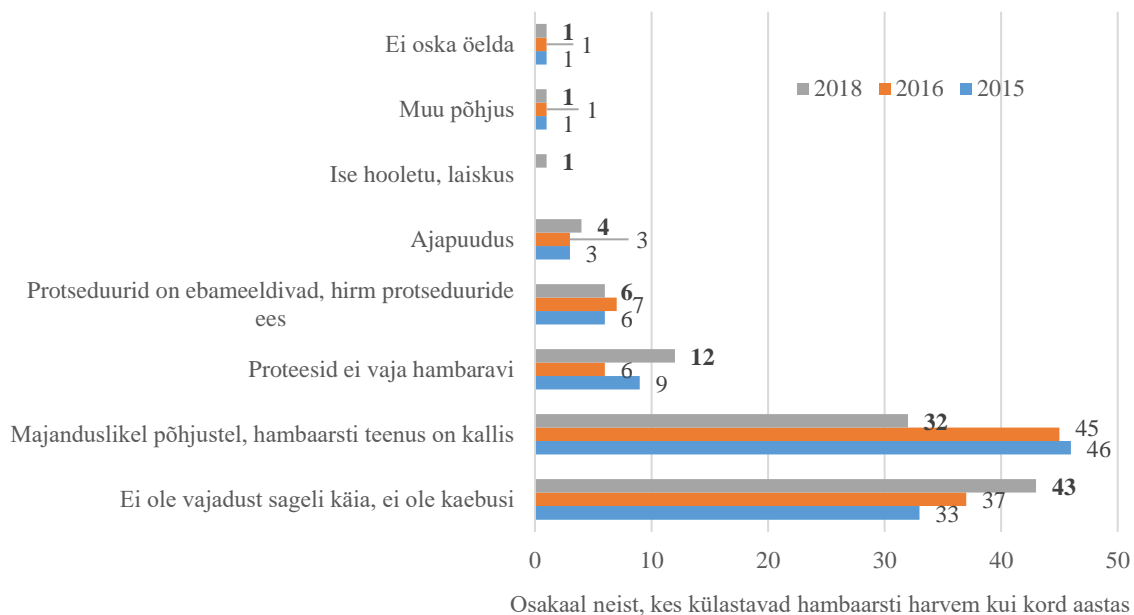
Selleks, et anda reformi mõjule täpsem hinnang, on täiendavalt vaja analüüsida, kuidas hüvitise rakendamine eri sihtrühmadele on mõjunud ehk täpsemalt kas ja millised sihtrühmad endiselt hambaarsti ei külasta. Lisaks on oluline analüüsida hambaravikulude mõju omaosalusele ja tervishoiukuludest tingitud vaesumisele.

5. Elanike hinnangud hambaraviteenuse kättesaadavusele

Lisaks teenusekasutuse andmetele annavad teenuse kättesaadavusest ülevaate ka elanikkonna küsitlusuuringute tulemused. Inimeste hinnangute põhjal on võimalik teada saada hambaravi kättesaadavuse probleemkohad ja põhjused, miks hambaravi jääb vajaduse korral kättesaamatuks. Käesolevas peatükis analüüsitakse hiljutisemaid elanikkonna küsitlusuuringute andmeid, et hinnata 2017. aastal rakendunud hambaraviüvitise mõju.

Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi koostöös tehakse alates 2001. aastast uuringut „Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2018“²⁶, mille eesmärk on saada ülevaade Eesti elanike hinnangutest tervishoiuteenuste kättesaadavusele ja kvaliteedile ning ravikindlustusele ja tervishoiukorraldusele.

Uuringus küsitakse kõigilt (vanematelt kui 15-aastased) Eesti elanikelt, kui sageli nad tavaliselt hambaarsti juures käivad. Vähemalt üks kord aastas või sagedamini külastab hambaarsti 2018. aasta andmete kohaselt 62% (2016. aastal 42%, 2015. aastal 37%, 2001. aastal 42%²⁷) täiskasvanud elanikest. Neilt, kes käivad hambaarsti juures harvem kui üks kord aastas, küsitakse põhjendust, miks see nii on. Esmalt tuuakse hambaarsti külastamata jätmise põhjenduseks, et kaebuste puudumise tõttu pole vajadust sagedamini käia (joonis 9). 2015. ja 2016. aastal on aga esmalt välja toodud majanduslikud põhjused ja teenuse kallidus. 2018. aasta küsitluse andmete kohaselt on langenud nende isikute osakaal, kes majanduslikel põhjustel on jätnud hambaarsti juures käimata. Vaatamata sellele on neid isikuid täisealisest (15–74-aastased) elanikkonnast üle 30%, kes suurte kulude tõttu jätvad hambaarsti vastuvõtul käimata. 12% küsitletud elanikest ütleb, et proteeside tõttu ei ole neil vaja igal aastal käia, ning 6% tunnistab hirmu hambaravi ebameeldivate protseduuride ees. See omakorda viitab asjaolule, et hambaraviga hõlmatusel on samuti piir ning kogu elanikkond ka igal aastal hambaarsti külastamist ei vaja või soovi.



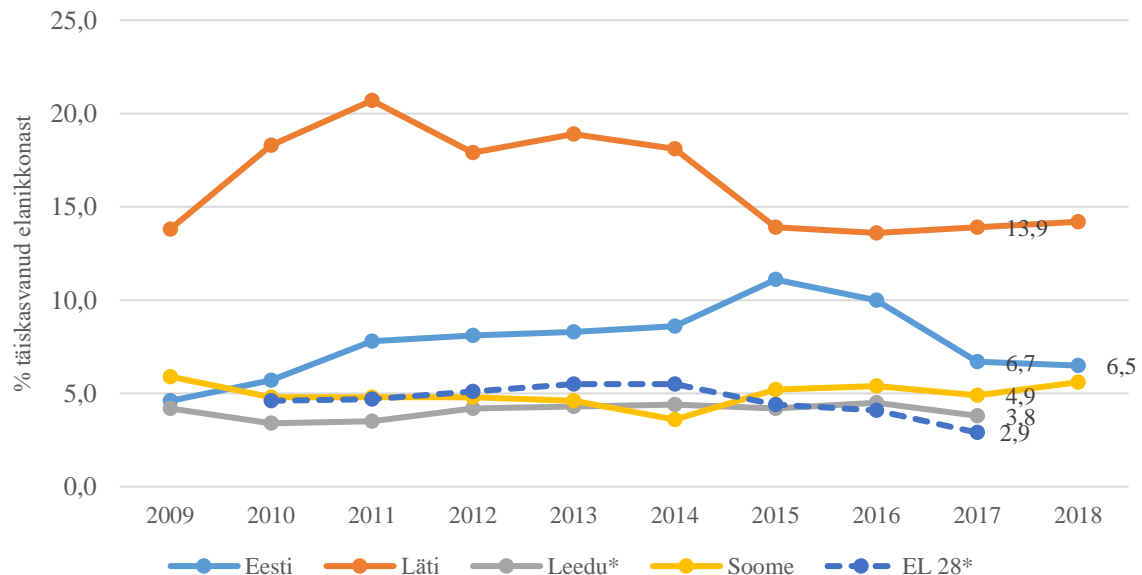
Joonis 9. Takistused hambaarsti külastamiseks vähemalt üks kord aastas 2015, 2016 ja 2018
Allikas: Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2018

²⁶ [Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2018](#)

²⁷ [Elanike ootused arstiabi suhtes, 2001](#)

Euroopa Liidu (edaspidi EL) liikmesriigid koguvad võrdlevaid andmeid tervishoiu, sealhulgas hambaravi kättesaadavuse ja kasutamise kohta hinnangute kohta leibkonna sissetulekut ja elutingimusi käsitleva uuringu (*European Union Statistics on Income and Living Conditions – EUSILC*) kaudu.²⁸ EUSILC andmed võimaldavad analüüsida ja hinnata täiskasvanud elanikkonna poolt välja toodud probleeme tervishoiuteenuste kättesaadavuses ja rahuldamata tervisevajaduses. Rahuldamata vajadus on teenuse kättesaadavuse indikaator, mida defineeritakse juhtudena, kui inimestel on tervishoiuteenuseid vaja olnud, kuid takistuste tõttu ei ole tervishoiuteenuseid tarbitud. Näiteks tekib rahuldamata hambaravivajadus, kui hambaravi külastada soovinud isik ei ole seda teinud, kuna tal ei ole võimalik hambaravi eest tasuda. Sellisel juhul tekib teenuse kulukusest tingitud rahuldamata hambaravivajadus.

Alljärgnevalt kirjeldatakse ELi ja naaberriikide andmeid rahuldamata hambaravivajaduse kohta. EUSILC andmetele tuginedes on Eesti elanike hinnang hambaraviteenuse kättesaadavusele alates aastast 2015 paranenud (joonis 10). Inimeste nimetatud rahuldamata hambaravivajadus, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, kasvas kuni 2015. aastani pidevalt, jõudes 11,1%-ni ja alates 2015. aastast on see taas vähenenud. Vaatamata teenusekasutuse ja teenust saanud isikute arvu kasvule suurenes 2015. aastani ka sellise elanikkonna osakaal, kes hindas hambaravi kättesaadavust halvaks või väga halvaks. Võrreldes 2016. aastaga on 2018. aastaks elanike hinnangul kättesaadavus paranenud, langedes 10%-lt 6,5%-ni.



Joonis 10. Inimeste nimetatud rahuldamata hambaravivajadus, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, ELis ja valitud riikides aastatel 2009–2018

*2017. aasta andmed

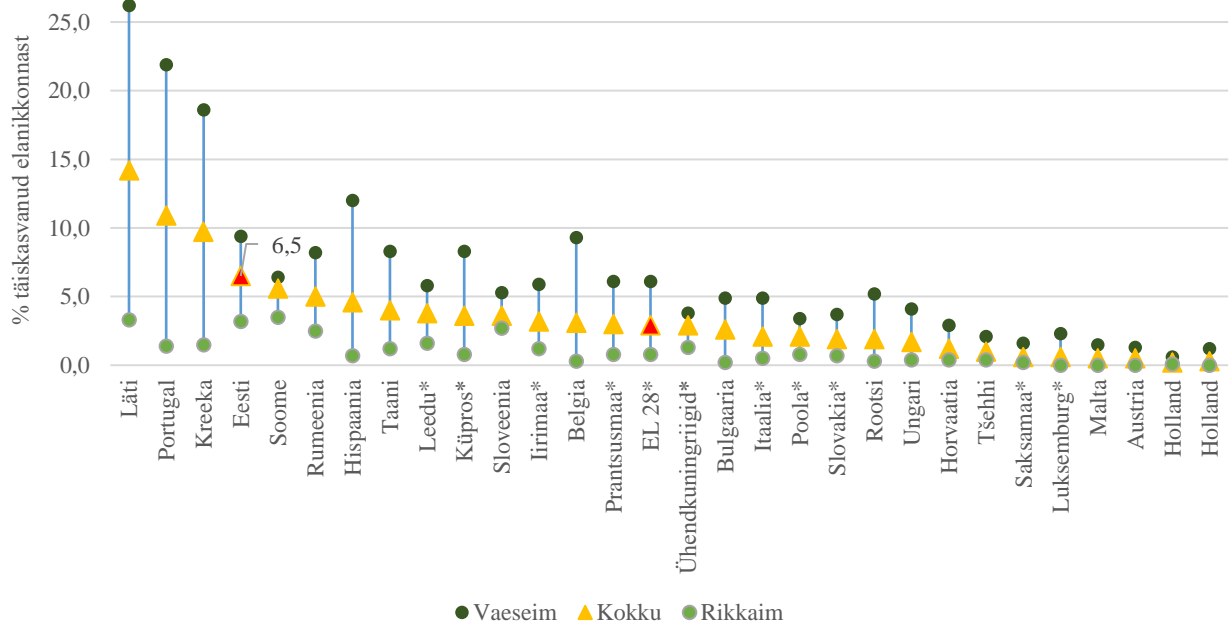
Allikas: Eurostat EUSILC andmed

Joonisel 10 on võrreldud Eesti andmeid naaberriikide ning ELi keskmisega. Leedus ja Soomes on inimeste hinnangute kohaselt rahuldamata hambaravivajadus väiksem kui Eestis ja Lätis. Hambaraviteenuste kättesaadavus on Eestis endiselt suurem probleem kui ELis keskmiselt. Inimeste hinnangute kohaselt oli 2017. aastal ELis vaid 2,9% neid inimesi, kes tunnetasid rahuldamata hambaravivajadust (Eestis 6,7; ELi kõrgeim näitaja on Lätis 13,9% ning madalaim Hollandis 0,3%, vt joonis 11). Lisaks on ELis hinnang rahuldamata hambaravivajadusele võrreldes 2010. aastaga langenud, samal ajal kui Eestis on see 2018. aastal endiselt kõrgem kui aastal 2010.

EUSILC uuringule tuginedes on võimalik hinnata ka sissetulekutega seotud ebavõrdsust. Eestis on võrreldes ELi riikidega sissetulekutega seotud ebavõrdsus hambaravis suur. Eestit edestavad vaid Läti,

²⁸ Eesti sotsiaaluuringu andmed: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/databasetree.asp>.

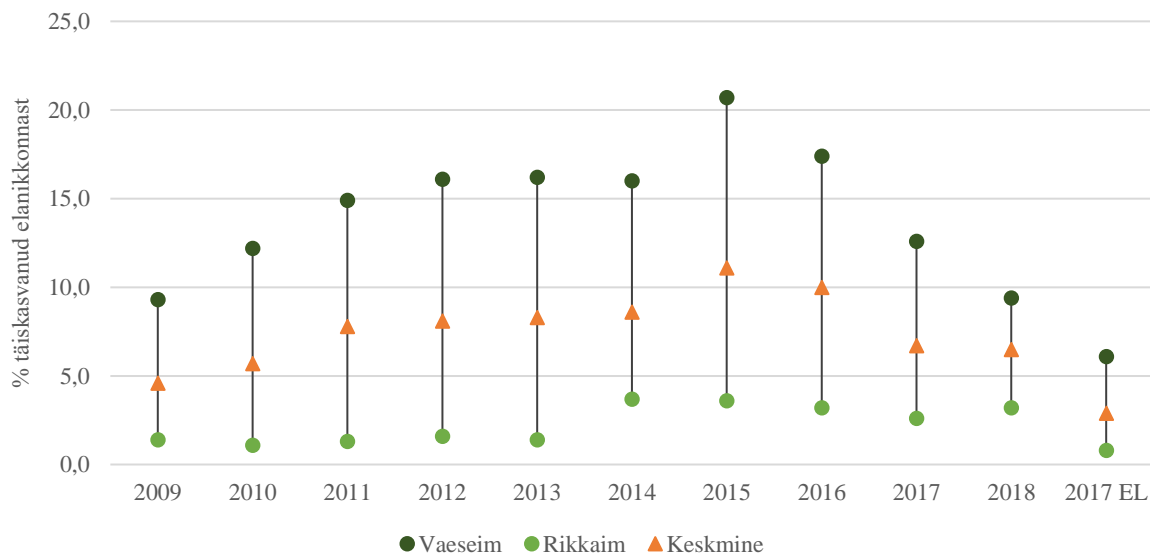
Portugal ja Kreeka. Joonisel 11 on kirjeldatud sissetulekuga seotud ebavõrdsust inimeste tunnetatud rahuldamata hambaravivajaduses, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, ELi riikides 2018. aastal. Sissetulekukvintilide järgi hindas ELis vaesemast kvintiilist keskmiselt 6,1% elanikest, et neil esines probleeme hambaravi kättesaadavusega, Eestis oli 2018. aastal vastav näitaja 9,4%. Rikkaima kvintiili elanikkonna hulgas oli aga probleeme kättesaadavusega vähem (Eesti 3,2% ja EL 0,8%), mis viitab sissetulekust tingitud ebavõrdsusele teenuse kättesaadavuses.



Joonis 11. Sissetulekuga seotud ebavõrdsus inimeste tunnetatud rahuldamata hambaravivajaduses, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, sissetulekukvintilide järgi ELi riikides 2018. aastal
*2017. aasta andmed

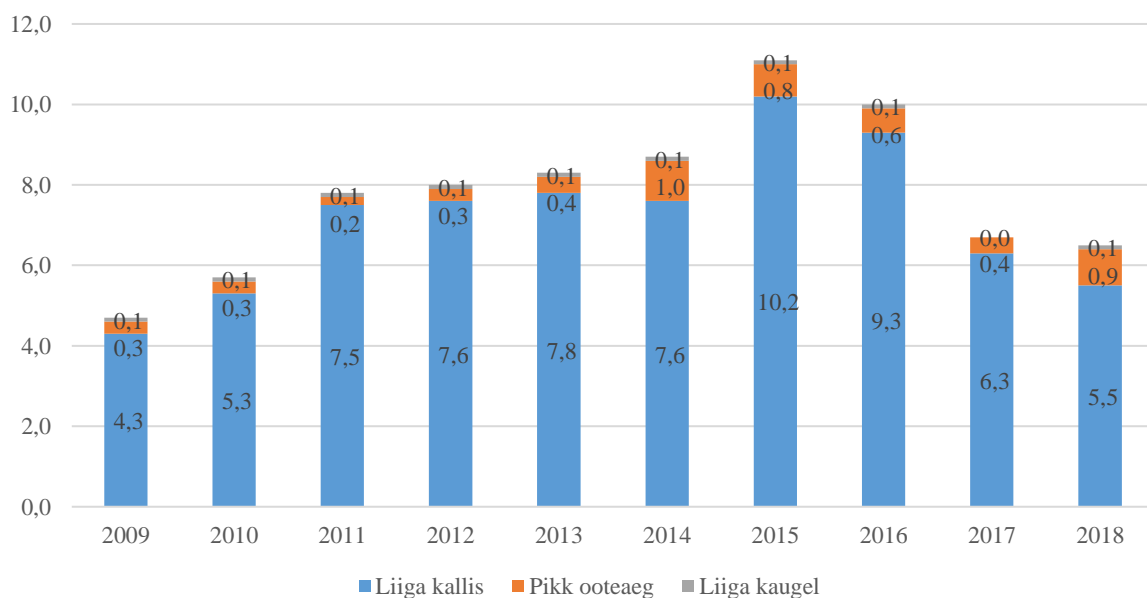
Allikas: Eurostat EUSILC andmed

Enne majanduskriisi oli suur sissetulekuga seotud ebavõrdsus hambaravis vähenemas (joonis 12). Alates 2009. aastast see taas suurenes. Aastatel 2009–2015 kasvas ebavõrdsus hambaravi kasutamises märgatavalt, mis taaskord viitab sellele, et hambaraviteenuste kättesaadavus on tihedalt seotud sissetulekuga. Lisaks teenusekasutuse kasvule on suurenenud ka ebavõrdsus hambaraviteenuse kättesaadavuses. Jõukamad leibkonnad on elatusaseme kasvust tingituna saanud endale hambaravi lubada, kuid madalama sissetulekuga leibkonnad mitte. Alates 2016. aastast on ebavõrdsus mõnevõrra vähenenud ja 2018. aastal on sissetulekust tingitud ebavõrdsus rahuldamata hambaravivajaduses taas väiksem kui 2009. aastal. Võib oletada, et 2017. aasta teisest poolaastast rakendatud hambaravihüvitis ja 2018. aastal rakendatud hüvitise määra tõus on parandanud inimeste hinnangut hambaraviteenuste kättesaadavusele ning vähendanud sissetulekust tingitud ebavõrdsust. Samas võib muutus hinnangutes olla osaliselt tingitud ka teistest teguritest, nagu üldine elatusaseme ja sissetulekute kasv.



Joonis 12. Sissetulekuga seotud ebavõrdsus inimeste tunnetatud rahuldamata hambaravivajaduses, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, sissetulekukvintilide järgi aastatel 2009–2018
 Allikas: Eurostat EUSILC andmed

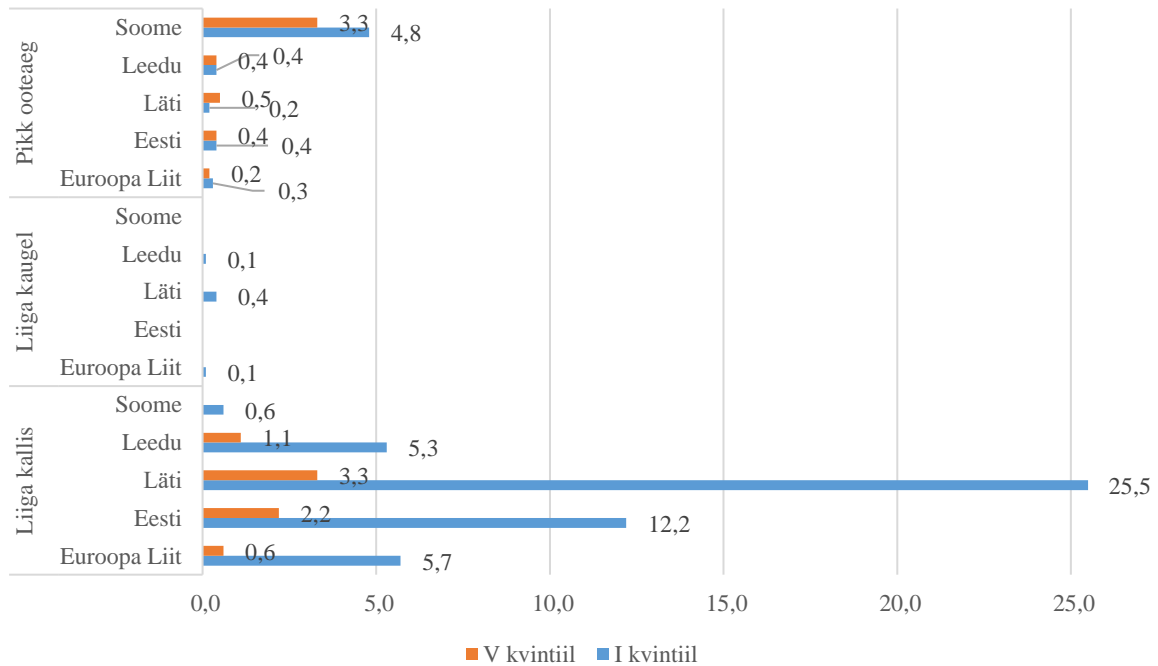
Hambaravi kõrge hind on inimeste hinnangute kohaselt kõige olulisem põhjus, millest tingituna rahuldamata hambaravivajadus tekib. See omakorda selgitab suurt sissetulekust tingitud ebavõrdsust. Alates 2009. aastast on kõige enam kasvanud rahuldamata hambaravivajadus tulenevalt selle kulukusest (joonis 13). Kuigi alates 2016. aastast on inimeste hinnangute kohaselt rahuldamata hambaravivajadus hakanud taas vähenema, on endiselt valdavaks takistuseks teenuse kättesaadavuse puhul just selle kulukus. Ooteajast tingitud rahuldamata hambaravivajadus on püsinud aastate jooksul alla 1%. Samuti ei ole oluliselt ajas muutunud teenuse kaugusest tingitud probleemid. Seega on hambaravi kättesaadavuse puhul kõige suurem probleem teenuse kulukus, mida on ka alates 2017. teisest poolaastast rakendunud kõrgema hüvitisega proovitud lahendada ning mis on esmaste andmete kohaselt toimunud. Uue hüvitamise süsteemi puhul on välja toodud, et see võib kaasa tuua teenuse kaugenemise elanikkonnast. Küsitlusuuringu andmete põhjal seda väita ei saa. Nii 2017. kui ka 2018. aasta andmete põhjal võib öelda, et hambaravi ooteajad ja kaugus patsiendist ei ole oluliseks takistuseks teenuse kättesaadavuses ning suurim takistus on inimeste hinnangute kohaselt endiselt teenuse maksumus.



Joonis 13. Osakaal täiskasvanud elanikkonnas, kes on tunnetanud rahuldamata hambaravivajadust, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, põhjuste järgi aastatel 2009–2018

Allikas: Eurostat EUSILC andmed

Joonisel 14 on kirjeldatud inimeste tunnetatud rahuldamata hambaravivajadust madalaima ja kõrgeima sissetulekukvintiili järgi Eestis, ELis ja naaberriikides 2017. aastal. Erinevate sissetulekurühmade vahel on teenuse barjäärina vaieldamatult suurim probleem teenuse kulukus. Erand on vaid Soome, kus kõrgeima ja madalaima kvintiili hinnangud erinevad enim ooteaja osas. Läti paistab silma väga suure sissetulekust tingitud ebavõrdsusega. Eestis on teenuse kallidusest tingitud erinevus sissetulekukvintiilide järgi suurem kui ELis, Leedus ja Soomes.

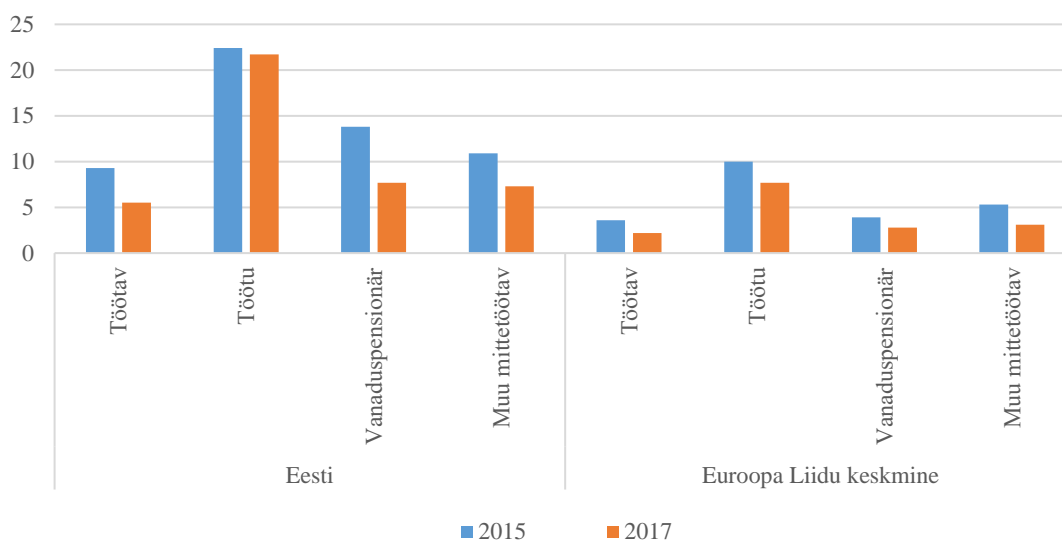


Joonis 14. Osakaal täiskasvanud elanikkonnas, kes on tunnetanud rahuldamata hambaravivajadust, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, kõrgeima ja madalaima sissetulekukvintiili järgi ELis, Eestis, Lätis, Leedus ja Soomes aastal 2017

Allikas: Eurostat EUSILC andmed

Samuti ei ole ooteaegade pikkus ega teenuse kaugus oluliselt kaasa toonud ebavõrdsust erinevate sissetulekurühmade vahel. Teenuse ooteaega hindavad probleemiks enamasti isikud, kelle sissetulek on kõrgem (1,4%). Samas on 2018. aastal kasvanud jõukamas leibkonnas elavate isikute osakaal, kes hindavad, et teenuse kättesaadavusega on probleeme seoses selle kaugusega. Teiste sissetulekurühmade jaoks on see probleem olematu või marginaalne.

EUSILC andmetel on võimalik eristada ka inimeste tunnetatud rahuldamata hambaravivajadust tööhõivestaatuse ja haridustaseme järgi. Joonisel 6 on kirjeldatud erineva tööhõivestaatusega inimeste tunnetatud rahuldamata hambaravivajadust, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, aastatel 2009, 2015 ja 2018. Kõigi sihtrühmade puhul on tunnetatud rahuldamata hambaravivajadus suurem kui ELis keskmiselt. Samas on 2017. aastal võrreldes 2015. aastaga oluliselt vähenenud tunnetatud rahuldamata hambaravivajadus töötava elanikkonna ja vanaduspensionäride hulgas, mis võib osaliselt olla tingitud suurema hüvitise rakendumisest. Töötute hulgas on tunnetatud rahuldamata hambaravivajadus vähenenud ELis keskmiselt enam kui Eestis. Endiselt on tegemist sihtrühmaga, kellel on suur rahuldamata hambaravivajadus.



Joonis 15. Osakaal täiskasvanud elanikkonnas, kes on tunnetanud rahuldamata hambaravivajadust, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, tööhõivestaatuse järgi Eestis ja ELis keskmiselt aastatel 2015 ja 2017

Allikas: Eurostat EUSILC andmed

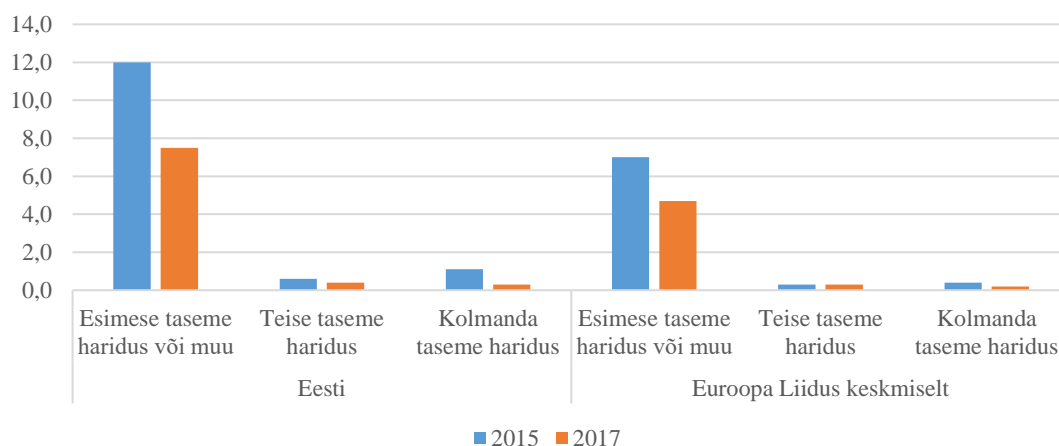
Tabeli 5 andmetel selgub, et töötute puhul on suurim takistus just teenuse kallidus. Pikk ooteaeg ja teenuse kaugus on vähem olulised. Vanaduspensionäride puhul on oluliselt vähenenud selliste elanike osakaal, kes teenuse kulukusest tingituna on jätnud hambaravi kasutamata (2018 võrreldes 2015). Teenuse kaugust näeb barjäärina kõige enam vanaduspensionäride sihtrühm, kuid ka see on teenuse kasutamata jätmise põhjusena vähenenud võrreldes 2015. aasta andmetega. Pikk ooteaeg on enim probleemiks töötavale elanikkonnale ning vähesel määral on kasvanud võrreldes 2015. aastaga selliste töötajate hulk, kes on jätnud teenuse kasutamata ooteajast tingituna.

Põhjus	Töehõivestaatus	2009	2015	2018
Liiga kallis	Töötav	3,2	8,3	4,9
	Töötü	15,1	21,7	17,5
	Vanaduspensionär	4,5	13,2	4,7
	Muu mittetöötav	5,5	10,1	6,9
Liiga kaugel	Töötav	0	0	0,1
	Töötü	0	0	0
	Vanaduspensionär	0,2	0,3	0,2
	Muu mittetöötav	0,2	0,3	0,1
Pikk ooteaeg	Töötav	0,3	1	1,1
	Töötü	0	0,7	0,5
	Vanaduspensionär	0,3	0,3	0,5
	Muu mittetöötav	0,1	0,4	0,6

Tabel 5. Osakaal täiskasvanud elanikkonnas, kes on tunnetanud rahuldamata hambaravivajadust, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, tööhõivestaatuse järgi aastatel 2009, 2015 ja 2018

Allikas: Eurostat EUSILC andmed

Joonisel 16 on kirjeldatud inimeste tunnetatud rahuldamata hambaravivajadust, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, haridustaseme järgi Eestis ja ELis keskmiselt aastatel 2015 ja 2017. Võrreldes 2015. aastaga on 2017. aastal Eestis rahuldamata hambaravivajadus vähenenud kõigi kolme haridustasemega inimeste seas rohkem kui ELis keskmiselt. Samas kurdab rahuldamata hambaravivajadust endiselt kõige enam esimese taseme haridusega elanikkond. Seega võib väita, et teenuse kättesaadavuses esineb haridustasemest tingitud ebavõrdsust.



Joonis 16. Osakaal täiskasvanud elanikkonnas, kes on tunnetanud rahuldamata hambaravivajadust, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, haridustaseme järgi Eestis ja ELis keskmiselt aastatel 2015 ja 2017

Allikas: Eurostat EUSILC andmed

Kui vaadata tulemusi erineva haridustasemega sihtrühmade puhul, on kõige suurem teenuse kättesaadavuse barjäär teenuse kulukus just esimese taseme haridusega inimeste puhul. Nemad ei kurda oluliselt probleemina teenuse kaugust või pikka ooteaega. Kui vaadata aga teise taseme haridust omavate isikute hinnanguid, on teenuse ooteaeg nende jaoks suurem probleem kui teenuse maksumus. Samas on mõlemad näitajad võrreldes 2015. aastaga 2018. aastaks langenud. Kolmanda taseme haridusega inimesed hindavad rahuldamata hambaravivajadust tervikuna madalamalt ning nende puhul on samuti pikk ooteaeg suurem probleem kui teenuse maksumus. Tabelis 6 kirjeldatud andmetele tuginedes võib väita, et madalama haridustasemega inimestel on teenuse maksumusest tingitud rahuldamata hambaravivajadus suurem.

		2009	2015	2018
Liiga kallis	Esimese taseme haridus või muu	5,7	11,3	7,5
	Teise taseme haridus	5	11,6	6,8
	Kolmanda taseme haridus	1,9	7,6	3
Liiga kaugel	Esimese taseme haridus või muu	0,2	0,2	0,1
	Teise taseme haridus	0	0,2	0,1
	Kolmanda taseme haridus	0	0,1	0,1
Pikk ooteaeg	Esimese taseme haridus või muu	0,2	0,5	0,5
	Teise taseme haridus	5,3	12,4	7,6
	Kolmanda taseme haridus	2,2	8,8	4,3

Tabel 6. Osakaal täiskasvanud elanikkonnas, kes on tunnetanud rahuldamata hambaravivajadust, mis on tingitud maksumusest, vahemaast ja ooteajast, haridustaseme järgi aastatel 2009, 2015 ja 2018

Allikas: Eurostat EUSILC andmed

Samas on olenemata haridustasemest hinnangud hambaravi kättesaadavusele erinevate põhjuste järgi 2015. aastaga võrreldes paranenud, mis viitab sellele, et uus täiendav hambaravi hüvitis ei ole sõltuvalt haridustasemest ühegi sihtrühma puhul kättesaadavust halvemaks muutnud.

Kokkuvõttes on inimeste hinnangute põhjal kõige suurem hambaraviteenuse kättesaadavuse takistus selle kõrge maksumus. Vähem valmistab probleeme teenuse kaugus või pikk ooteaeg. Kuigi viimase kolme aasta jooksul on hinnangud paranenud, on need endiselt kõrgemad kui ELis keskmiselt. Samuti esineb hambaravis just teenuse kulukusest tingitud ebavõrdsust, mis on oluliselt suurem kui ELis

keskmiselt. Sihtrühmadest avaldab teenuse kulukus kõige enam mõju töötutele ning madalama haridustasemega inimestele.

Sotsiaalministeerium tellis 2017. aastal analüüsi, et võrrelda sissetulekute ja omaosaluse seost tervishoiuteenuste kättesaadavuses ja kasutamises. Analüüsi eesmärk oli välja selgitada isikud ja leibkonnad, kelle puhul võib omaosalus muutuda takistuseks vajaliku abi saamisel ning kelle puhul esineb teenuste kättesaadavuses ebavõrdsust²⁹. Analüüsi eesmärk oli pakkuda välja edasisi lahendusi omaosaluspoliitika kujundamisel.

Tellitud analüüsi fookuses oli ebavõrdsus tervishoiuteenuste kättesaadavuses ja kasutamises, mis on tingitud inimeste ja nende leibkondade sissetulekust. Analüüsis selgus, et hambaraviteenuse tarbimises esineb selge sissetuleku ebavõrdsus. Hambaravist rahaliste probleemide tõttu loobujate osakaal on olnud viimastel aastatel stabiilne – ca 7% täiskasvanud elanikkonnast, kuid seejuures esineb enam kui kümnekordne erinevus sissetulekukvintilide järgi (20% esimeses kvintilis vs. 2% viiendas kvintilis).

Rahapuuduse tõttu ei ole meditsiiniabi (välja arvatud hambaravi) saanud 7,8% inimestest. Hambaravi puhul on see terviseuuringu³⁰ 2014 andmete põhjal koguni 26% (tabel 7).

Põhjus	Rahalised põhjused			
	Teenused	Hambaravi	Retseptiravimid	Vaimne tervis
Kas jäi saamata				
Jah	7,8	26,0	5,3	1,8
Ei	69,7	57,9	74,6	48,1
Puudus vajadus	22,4	16,1	20,1	50,0
Teadmata				0,02
Keeldus vastamast				0,01
Vastamata	0,05	0,05	0,05	0,05

Tabel 7. Saamata jäänud tervishoiuteenused rahalisel põhjusel, osakaalud (%)

Allikas: Andres Võrgu arvutused

Erinevat liiki arstiabi vajavate inimeste osakaal on samuti erinev (tabel 8). Eelnevalt kirjeldatud põhjuste paremaks võrdlemiseks tuleks eraldi vaadata inimeste osakaalu nende inimeste seas, kes endi sõnul tegelikult teenust vajasid. Selle tulemusena kasvab selliste inimeste osakaal, kelle endi sõnul on raha puudumine takistuseks hambaraviteenuste tarbimisel, 31%-ni abivajajatest ja retseptiravimite puhul 6,6%-ni abivajajatest.

Põhjus	Rahalised põhjused			
	Teenused	Hambaravi	Retseptiravimid	Vaimne tervis
Sihtrühm				
Osakaal inimestest	7.8	26.0	5.3	1.8
Osakaal abivajajatest	10.0	31.0	6.6	3.7

Tabel 8. Saamata jäänud tervishoiuteenustega inimeste osakaal kõikidest inimestest ja abivajajatest rahalisel põhjusel, osakaalud (%)

Allikas: Andres Võrgu arvutused

Naised on oluliselt enam esile toonud probleeme hambaravi kättesaadavusega rahalistel põhjustel (29% naised vs. 23% mehed). Hambaravi, retseptiravimite ja muude tervishoiuteenuste kalliduse probleem on

²⁹ Võrk A. (2018), [Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kasutamise Eesti terviseuuringu 2014 andmetel](#)

³⁰ Eesti terviseuuring 2014: <https://www.stat.ee/eesti-terviseuuring-2014>

kõige suurem 50–59-aastaste seas. Kõige enam on 50–59-aastased pidanud loobuma hambaraviteenustest rahaliste probleemide tõttu. Samas, tervikuna kulutavad hambaravile kõige enam keskealised. Eakamad inimesed on võrreldes keskealistega pidanud endi sõnul rahaliste probleemide tõttu vähem loobuma ravimitest, meditsiiniteenustest või hambaravist, kui arvestada muude tegurite, sh sissetulekute mõju. See viitab, et sama sissetuleku korral on eakad kõrgete hambaraviteenuse kulude puhul paremini kaitstud. Hambaravi puhul eristub ka selgelt vanuserühm 15–19, kes on kõigest vanuserühmadest kõige vähem välja toonud, et raha tõttu on pidanud loobuma hambaravist. See viitab olukorrale, et kui hambaravi on sihtrühmale hüvitatud, on sissetulekust tingitud ebavõrdsus teenuse kättesaadavuses väiksem või olematu.

Tööturuseisundite puhul näitavad andmed selgelt, et kõik probleemid on suuremad töövõimetuspensionäride ja töötute jaoks. Samas on ilmselt neil vajadus tervishoiuteenuste järele ka kõige suurem. Kõige vähem on probleemkohti välja toonud õppurid, kes on nooremaelised, tervemad ja ka ravikindlustatud. Töötute ja töövõimetuspensionäride jaoks on suuremad probleemid seotud just rahapuudusega, seda nii hambaravi kui ka muude teenuste puhul. Näiteks hambaravi kättesaamatust rahaliste probleemide tõttu toob välja ligikaudu iga teine (57%) töövõimetuspensionäridest ja iga kolmas (38%) töötut.

Ebavõrdsus nii isiku tulu kui ka leibkonna tulu järgi on sarnane – sissetulekute kasvades väheneb selliste inimeste osakaal, kes toovad välja rahapuudust põhjusena, miks ei saadud abi, olgu tegemist hambaravi, muude tervishoiuteenuste või retseptiravimitega. Analüüsist on näha, et hambaravi kättesaadavuse probleem hakkab vähenema, kui isiku kuine sissetulek jääb vahemikku 861–1100 eurot, ning oluliselt väiksem on see inimestel, kelle sissetulek on 1551 eurot või enam. Leibkonna ekvaliseeritud tulu järgi vaadates on sissetuleku efekt hambaravi puhul lineaarsem, st teiste pereliikmete madalam tulu suurendab kättesaadavuse probleeme veelgi ja kõrgem tulu seevastu vähendab.

Haridustasemetel on näha, et kõrgharidusega inimesed kulutavad keskmiselt enam tervishoiuteenustele, ennekõike hambaravile ja tervisekaupadele.

Väga halva ja halva tervisehinnanguga inimestel on alati enam probleeme tervishoiuteenuste kättesaadavusega. Võrreldes rahuldava tervisehinnanguga inimestega on hea ja väga hea tervisehinnanguga inimestel tervishoiuteenuste kättesaadavusega vähem probleeme.

Kokkuvõtvalt võib analüüsi tulemustele tuginedes väita, et Eestis esineb sissetulekust tulenev ebavõrdsus teenuse kasutamises. Sissetulekust tingitud ebavõrdsus saab olla tingitud esiteks sellest, et kõrge omaosaluse tõttu loobuvad vaesemad inimesed tervishoiuteenusest. Kõige suurem kättesaadavuse seos sissetulekuga on hambaravi puhul. Samas on kindlustusega kaetud inimesed (noored ja vanaduspensionärid) suhteliselt enam rahul hambaraviteenuse kättesaadavusega.

Sama tulemuseni on jõudnud ka juba varasemad uuringud³¹, mis näitavad, et täiskasvanute hambaravi kättesaadavus on eri sissetulekurühmade jaoks ebavõrdne ning tõenäoliselt kasutavad vaeseimad leibkonnad hambaravi liiga vähe. Seega on hambaravi heal kättesaadavusel oluline roll just madalama sissetulekuga inimeste seas, kelle teadmised ennetavast hambaravist ei pruugi olla head ning kelle jaoks hambaravi ei ole nende rahalise olukorra tõttu prioriteet.

See tähendab, et üks võimalus on Eestis tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks ja ebavõrdsuse vähendamiseks hambaravi omaosalust vähendada ning leida võimalusi omaosaluskoormuse ümberjaotamiseks, et kaitsta haavatavamaid elanikkonna rühmi suurte kulude eest.

³¹ Esimene uuring, mis analüüsis ebavõrdsust tervises ja tervishoiuteenuste kasutamises, oli Kunst *et al.* 2002. Järgnevad uuringud analüüsisid: omaosalust aastatel 1996, 2000 ja 2001 (Habicht *et al.* 2006), trende ja jätkusuutlikkust tervishoiuteenuste rahastamises (Counffinhal ja Habicht 2005, Võrk jt 2005, Thomson jt 2011, Aaviksoo jt 2011), ebavõrdsust tervishoiuteenuste kasutamises (Habicht, Kunst 2005) ja sissetulekuga seotud ebavõrdsust tervishoiu rahastamises ja tervishoiuteenuste kasutamises (Võrk, Saluse ja Habicht 2009, Võrk jt 2010, Võrk jt 2015).

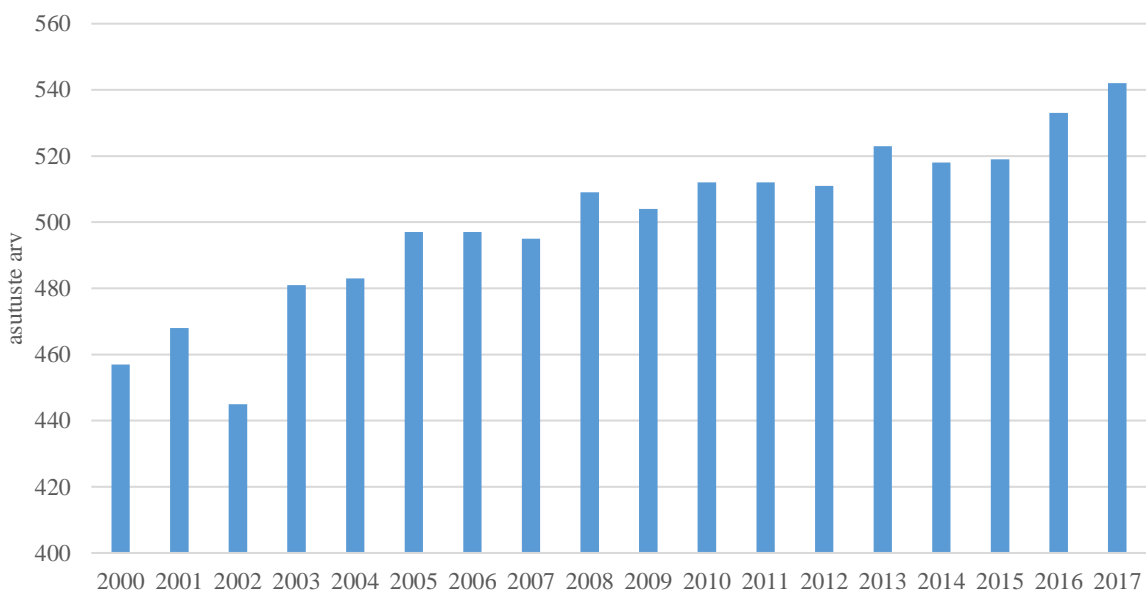
6. Hambaraviteenuse osutajad ja teenuse hindade võrdlus

Käesolevas peatükis on analüüsitud hambaraviteenuse osutajaid ning koostatud hambaraviteenuste hindade võrdlus.

6.1. Hambaraviteenuse osutajad

Hambaraviteenuse kättesaadavust on võimalik hinnata ka, tuginedes muutustele hambaraviteenuse osutajate arvus. Laiendatud hambaravi hüvitise rakendamisel on enim kritiseeritud ka seda, et hüvitis diskrimineerib patsiente, kes soovivad käia sellise hambaarsti juures, kellel puudub haigekassaga leping. Käesolevas peatükis on analüüsitud hambaraviteenuse osutajate ning haigekassa lepingupartnerite arvu muutust ajas.

Alates aastast 2000 on hambaraviteenuse osutajate arv pigem kasvanud, eranditena toimus 2002. aastal suur langus ja 2009. aastal väiksem langus (joonis 17). Võrreldes 2000. aastaga on hambaraviteenuse osutajate arv Eestis kasvanud koguni 17%. 2017. aasta teisel poolaastal rakendunud hambaravi hüvitise rahastamise muutus ei ole kaasa toonud teenuseosutajate arvu langust vastupidiselt 2002. ja 2009. aastal ellu viidud reformidele. Seega ei ole 2017. aasta reform vähendanud teenuseosutajate arvust sõltuvalt hambaraviteenuse kättesaadavust.



Joonis 17. Hambaraviasutuste arv aastatel 2000–2017

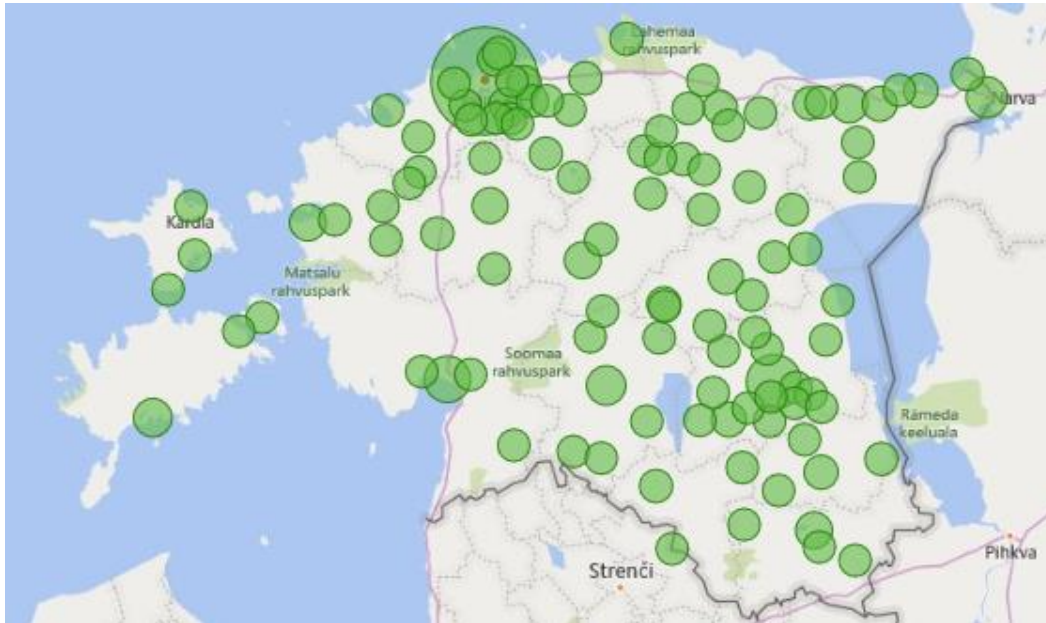
Allikas: Tervise Arengu Instituut

Olenemata visiitide arvu langusest (vt joonis 3) on hambaraviteenuse osutajate arv püsivalt kasvanud. See viitab olukorrale, et teenuse osutamine vähenenud mahtude juures on siiski olnud eraettevõtetele jätkusuutlik. Ilmselt on üks põhjendus selleks hambaraviteenuste kiire hinnakasv (vt joonis 20).

2017. aasta reformi rakendamisel on haigekassa jaoks olnud suurim probleem leida lepingupartnereid täiskasvanute uue mitterahalise hambaraviteenuse hüvitamiseks. Muudatusi rakendades prognoositi, et hüvitise kasutus võib rakendamise algusperioodil jääda väheseks, kuna haigekassa ei pruugi jõuda piisavalt paljude teenuseosutajatega lepingut sõlmida. Haigekassaga lepingu sõlmimine eeldas ka teenuseosutajate poolt täiendavaid IT-arendusi, mis võimaldaks uuendatud hüvitist automaatselt arvestada.

2017. aasta lõpuks oli haigekassal sõlmitud täiskasvanute hambaravi hüvitamiseks leping 143 teenuseosutajaga. 2018. aastal kasvas see 106 lepingupartneri võrra ning 2019. aasta juuli lõpu

seisuga on haigekassal 285 lepingupartnerit, kes osutavad teenust 323 erinevas tegevuskohas (vt joonis 18). Võrreldes laste hambaravi (334) pakkuvate haigekassa lepingupartnerite tegevuskohtadega on täiskasvanute hambaraviteenuse pakkujaid vaid 11 teenuseosutaja võrra vähem ning võrreldes proteesiteenust (384) pakkuvate teenuseosutajatega on täiskasvanute hambaravi pakkuvaid teenuseosutajaid 61 võrra vähem.



Joonis 18. Haigekassa lepinguga täiskasvanute hambaraviteenuse osutamise kohad
Allikas: Eesti Haigekassa

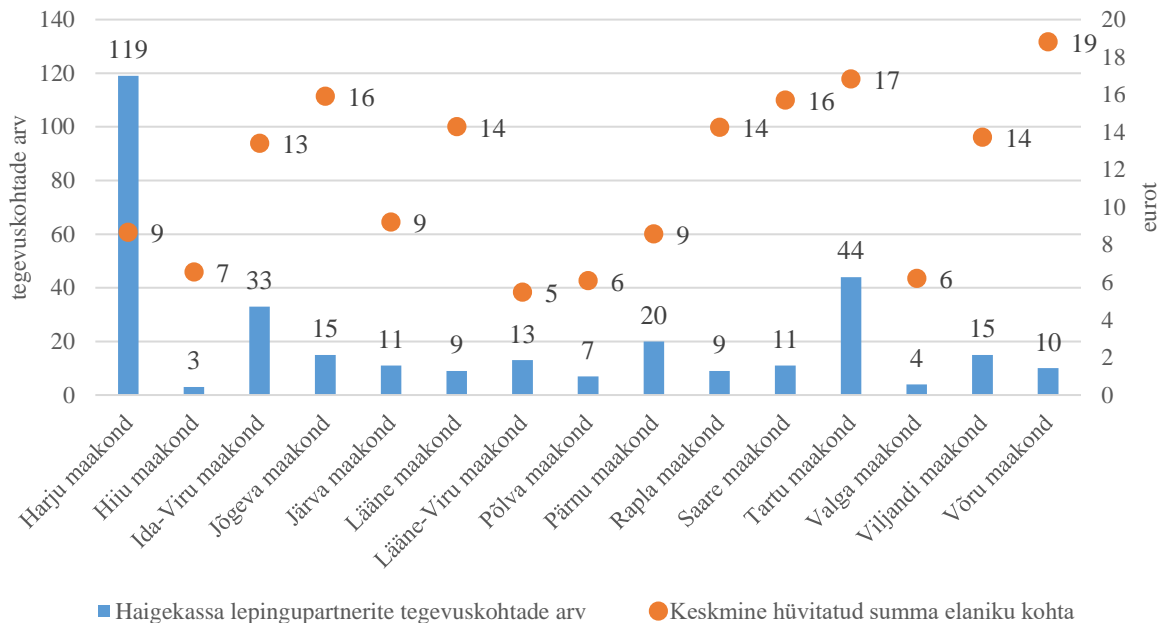
TAI andmetel oli 2017. aastal Eestis kokku 542 hambaraviasutust ja allüksust. Seda arvestades on 60%-l kõigist hambaraviasutustest ja allüksustest haigekassaga leping täiskasvanute hambaraviteenuse osutamiseks. Kui vaadata eraldi teenuseosutajaid, kellel on hambaravi pakkuvate võimalus, ning haigekassa lepingupartnerite arvu, on vastav osakaal 55%. Seega on enam kui pool hambaraviteenuse osutajatest sõlminud kahe aasta jooksul haigekassaga lepingu täiskasvanute hambaravi hüvitamiseks. Haigekassa eesmärk on sõlmida leping kahe kolmandikuga teenuseosutajatest. Haigekassa jätkab koostööd teenuseosutajatega, et motiveerida neid lepingut sõlmima. Samuti suureneb lepingu sõlmimine tõenäoliselt ka elanikkonna surve tulemusel, kes soovivad jätkata oma tavapärase hambaraviteenuse osutaja külastamist ning samas kasutada ka hüvitist.

Joonisel 19 on esitatud haigekassa täiskasvanute hambaravi lepingupartnerite teenuseosutamise asukohtade arv maakonniti 2019. aasta juulikuu andmetel. Lisaks on joonisel esitatud 19-aastastele ja vanematele elanikele 2018. aastal hüvitatav keskmine summa. Enim on teenuseosutajaid Harju maakonnas, millele järgnevad Tartu ja Ida-Viru maakond. Nendes piirkondades on vastavalt ka enim elanikke. Kõige vähem on teenuseosutajaid Hiiu- ja Valgamaal. Hiiumaal on vastavalt ka kõige vähem elanikke.

Haigekassa 2018. aasta aruande³² andmetel kasutati kõige rohkem hüvitist ühe lepingupartneri kohta Võru maakonnas, kus keskmiselt sai ühes raviasutuses teenust 1209 inimest, järgnes Ida-Virumaa 893 inimesega ühe raviasutuse kohta ning Rapla ja Tartu maakond, kus mõlemas oli keskmiselt 870 inimest ühe lepingupartneri kohta. Kõige vähem tundi hüvitise vastu huvi Hiiu maakonnas, kus ühe teenuseosutaja juures kasutas hüvitist keskmiselt 345 inimest, samuti Lääne-Virumaal, kus hüvitise kasutus oli 397 inimest ühe asutuse kohta. Võrreldes 2017. aastaga on tulemused sarnased. 2017. aastal oli hüvitise kasutamine teenuseosutaja kohta kõige kõrgem Ida-Virumaal (866 inimest raviasutuse

³² [Haigekassa aastaraamat 2018](#)

kohta), järgnes Tartumaa (797 inimest) ning Rapla maakond (674 inimest). 2017. aastal oli hüvitise kasutus lepingupartneri kohta kõige väiksem samuti Hiiu maakonnas (170 inimest).



Joonis 19. Haigekassa lepingupartnerite tegevuskohtade arv täiskasvanute hambaraviteenuse osutamiseks 2019. aasta juuli seisuga maakonniti ning 19-aastastele ja vanematele elanikele keskmine hüvitatud summa 2018. aastal

Allikas: Eesti Haigekassa, Statistikaamet

Ühe 19-aastase või vanema elaniku kohta on enim teenuseosutajate tegevuskohti Jõgeva, Lääne ja Järva maakonnas. Kõige vähem on teenuseosutamise tegevuskohti ühe elaniku kohta Valga, Harju ja Ida-Viru maakonnas. Keskmine hüvitise kulu 19-aastase või vanema elaniku kohta on kõige kõrgem Võru maakonnas ning kõige madalam Lääne-Viru maakonnas.

Kokkuvõttes tuleks haigekassal arvestada täiskasvanute hambaraviteenuse kättesaadavuse suurendamisel, et igas maakonnas oleks piisaval hulgal lepingupartnereid, mis vastab piirkonna elanike arvule. Lepingupartnerite vähesus võib mõjutada hüvitise kasutamise võimalust enim Valga, Harju ja Lääne-Viru maakonnas.

Arvestades täiskasvanute hambaravihüvitise pakkujate arvu 2019. aasta I poolaasta seisuga ning 2018. ja 2017. aasta teenusekasutust ning teenusele kättesaadavusele antud hinnanguid, ei ole alust arvata, et rakendatud hambaravihüvitise reform oleks avaldanud negatiivset mõju teenuse kättesaadavusele. Kahtlemata on hambaravi saanud inimeste hulgas olnud neid, kes on pidanud oma hambaraviasutust vahetama, et saada hambaravihüvitist, kuid vaadates teenusekasutuse andmeid, ei ole see avaldanud negatiivset mõju hambaarsti vastuvõtul käimisele. Nii 2017. kui ka 2018. aastal on kasvanud nii hambaarsti visiitide kui ka hambaarsti vastuvõtul käinud isikute arv. Lisaks on paranenud hinnangud teenuse kättesaadavusele. Suurenenud on hambaravihüvitist saanud isikute arv. Samuti on haigekassa saavutanud olukorra, kus täiskasvanute hambaraviteenust osutab üle poole kõigist hambaraviasutustest ning haigekassa lepingupartnerid on olemas igas Eesti maakonnas.

6.2. Hambaravihindade võrdlus

EHL on sagedasti väitnud, et Eestis on hambaravis piisav konkurents, et vähendada kiiret hinnakasvu. Samuti on tõstatatud küsimusi haigekassa poolt kehtestatud hambaravihindade korrektsuse kohta. Sellest lähtuvalt analüüsitakse käesolevas peatükis hambaravihindade muutust ajas. Lisaks on koostatud

kokkuvõtte eri teenuseosutajate hambaraviteenuste hindadest ning võrreldud neid haigekassa poolt kehtestatud hinnakirjaga.

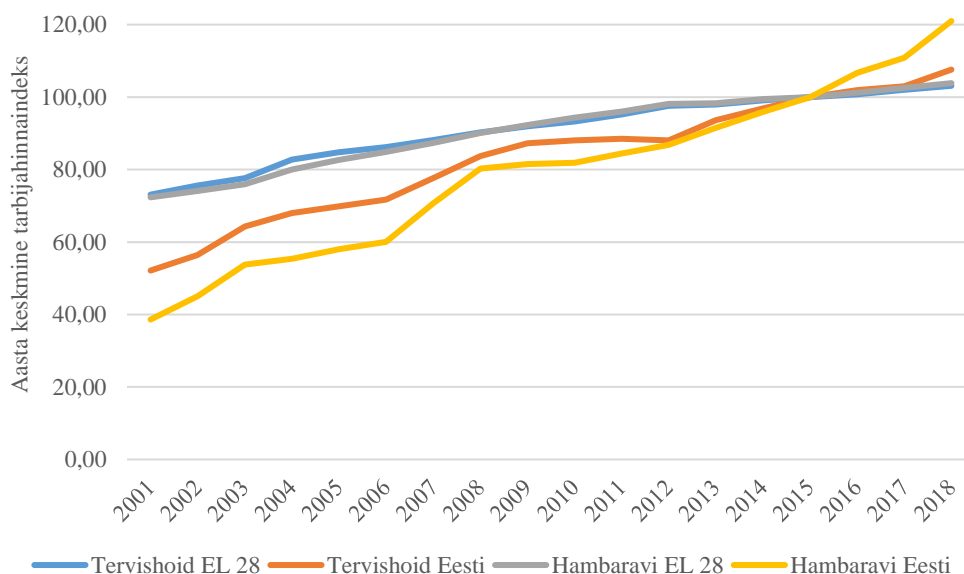
Tervishoiuteenuste hindade reguleerimine riigi või kindlustusasutuse poolt on tavapärane. Seda põhjusel, et tervishoius ei ole klassikalisi kaupu ega teenuseid pakkuvat turgu, sest süsteemis on palju informatsiooni asümmeetriat ja lahknevaid huvisid. Igal inimesel ei ole meditsiinilist pädevust ega oskust ise hinnata, milliseid teenuseid ta vajab ning mis on teenuse mõistlik hind. Sellistes tingimustes ei ole turg ise hinda reguleeriv, vaid inimene on pigem hinnavõtja staatuses. Teenusevajadust hindab raviarst, samas kehtestab ka teenuse hinna tervishoiuteenuse osutaja ehk hambaravi puhul enamasti raviarst. Hindade reguleerimine tagab optimaalse teenuste pakkumise ja motiveerib teenuseosutajat tõhusamalt käituma. Eesti tervishoiusüsteemi tõhususe ja hea toimimise tagamisel on olnud äärmiselt oluline roll haigekassal, kes tegeleb hindade reguleerimisega. Seda toetab ka OECD ulatuslik analüüs³³, milles kirjeldatakse keske hinnakujunduse positiivset mõju teenuse kvaliteedile, omaosaluskoormuse vähendamisele ja teenuste kättesaadavusele. WHO ja Eesti koostöös tehtud analüüsid on samuti rõhutanud, et keske hinnakujundus tõhustab haigekassa vahendite kasutust.³⁴

Seda, et konkurents hambaravis hinnakasvu ei vähenda, ilmestab ka varasem hambaraviteenuse rahastamissüsteem Eestis, kui haigekassa hambaraviteenuse hindu ei reguleerinud. 2002. aasta reformi ootus oli see, et konkurents toob kaasa hambaraviteenuste hindade languse, kuid see ootus ei ole ennast õigustanud.

Hambaraviteenuste hindade võrdluseks eri perioodidel on võimalik kasutada keskmist aastast tarbijahinnaindeksit. Joonisel 20 on esitatud ELi ja Eesti aasta keskmine tarbijahinnaindeks tervishoius ja hambaravis aastatel 2001–2018. Esmalt on näha, et Eestis on keskmised tarbijahinnad nii tervishoius kui ka hambaravis kasvanud kiiremini kui ELis keskmiselt. Kui ELi keskmised tarbijahinnad on võrdlemisi sarnased nii hambaravis kui ka tervishoius, siis Eestis on tervishoius hinnad kasvanud tervikuna aeglasemalt kui hambaravis. Aastatel 2001–2018 kasvasid Eestis tarbijahinnad tervishoius keskmiselt 106% (EL28 41%), samal ajal kui hinnad hambaravis kasvasid 213% (EL28 43%). Kui vaadata eraldi majanduskriisijärgset perioodi, kasvasid aastatel 2009–2018 Eestis tarbijahinnad tervishoius keskmiselt 23% (EL28 12%), samal ajal kui hinnad hambaravis kasvasid 48% (EL28 13%). 2018. aasta andmete kohaselt on Eestis keskmine tarbijahind hambaravis 17% kõrgem kui ELis keskmiselt.

³³ [Price Setting and Price Regulation in Health Care, 2019. OECD](https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en). DOI:<https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>

³⁴ Thomson S, Vörk A, Habicht T, Rooväli L, Evetovits T, Habicht J (2010), WHO [Võimalused Eesti tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks](#)



Joonis 20. Euroopa Liidu (28) ja Eesti aasta keskmine tarbijahinnaindeks tervishoius ja hambaravis aastatel 2001–2018

Allikas: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (24.07.2019)

Esitatud andmete põhjal ei saa kinnitada väidet, et Eestis on hambaravi hinnakonkurents võrreldes ülejäänud tervishoiusektoriga aidanud hambaravi hindu vähendada. Pigem on tarbijahinnad võrreldes teiste tervishoiuteenustega hambaravis kasvanud keskmiselt kiiremini.

Vaadates detailsemalt 2017. ja 2018. andmeid, on tarbijahindade kasv olnud kiirem ka uue hüvitise rakendamise perioodil, mis võib olla osaliselt tingitud haigekassa hambaraviteenuste hinnakirja muutustest. Selleks, et hinnata haigekassa poolt hambaravi hinnakirja kehtestamise mõju, tuleks pikema perioodi jooksul jälgida tarbijahinnaindeksi muutust hambaravis, sest vaid pooleteise aasta andmetele tuginedes ei ole võimalik anda hinnangut reformi mõju kohta teenuste hindadele, arvestades et reformi rakendamise üks eeldus oli hambaraviteenuste hinnakirja kaasajastamine.

Lisaks keskmistele tarbijahindadele analüüsiti ka haigekassa rahastatavate hambaraviteenuste hinnakirja muutusi ajas. Tabelis 9 on esitatud valik hambaraviteenuseid ning nende hinnad aastatel 2002–2019.

NIMETUS	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ühe juurega hamba eemaldamine	1,21	1,92		7,22	9,84	12,59	12,91	12,91	13,83	14,83	16,55	18,29	30,83	35,93	37,52
Mitme juurega hamba eemaldamine	1,21	1,92		11,38	15,40	19,49	19,94	19,94	21,32	22,81	25,39	27,99	43,68	51,63	54,67
Injektsioonanesteesia	1,85	2,30	2,56	2,56	3,39	4,28	4,41	4,41	4,72	5,08	5,66	6,25	6,77	8,71	9,58
Intraoraalne hambaülesvõte (digitaalne või filmile)	3,77	4,03	4,41	4,41	5,56	6,65	6,65	6,65	6,65	6,65	6,65	6,65	3,30	10,89	11,91
Ühe kanaliga hamba juurekanali avamine ja laiendamine		24,67	27,16	27,16	30,36	30,49	30,81	30,79	31,71	32,72	34,44	36,18	18,44*	41,32*	44,36*
Juurekanali täitmine ühe kanaliga hambal		8,50	9,33	9,33	12,02	14,83	15,15	15,15	16,07	17,07	18,80	20,54			
Hambaarsti esmane vastuvõtt													25,41	27,26	29,16
Külastuse baashind														11,27	11,72
Profülaktiline visiit (konsultatsioon, hügieenivõtete õpetamine, hambapesu harjutamine, hambakivi eemaldamine)		7,03	7,73	7,73	9,52	11,38	11,57	11,57	12,18	12,86	14,01	15,17			
Haige uurimine, konsultatsioon, staatuse märkimine, raviplaani koostamine, hügieeni- või parodontaalindeksite määramine, hambakatu eemaldamine		7,03	7,73	7,73	9,52	11,38	11,57	11,57	12,18	12,86	14,01	15,17			
Hambumusest fotostaatuse koostamine													9,54	11,74	12,97

* alates 2017 on juurekanali täitmine juurekanali avamise ja laiendamise hinna sisse arvestatud

Tabel 9. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud hambaraviteenuste hinnad aastatel 2002–2019

Allikas: Eesti Haigekassa, <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/tervishoiuteenuste-loetelu>

Märkus: tabelis kajastuvad aasta alguses kehtinud teenuste hinnad

Tabelis esitatud teenuste hindasid on dünaamikas keeruline võrrelda, kuna on muutunud teenuste kirjeldused ja vastavalt ka teenuste sisu. Võimalik on võrrelda selliste teenuste hindu nagu injektsioonanesteesia, hambaülesvõte või näiteks hamba eemaldamine. Eeldatavasti ei ole nende teenuste kirjeldustes teenuste sisu ajas olulisel määral muutunud. Ajas ei ole võimalik võrrelda hambaarsti vastuvõtu hindu, kuna enne 2017. aastat oli vastuvõtu hinda arvestatud ka tegevusi (näiteks hambakivi eemaldamine), mis uuendatud hinnakirja alusel on eraldi välja toodud. Sellegipoolest on näha, et haigekassa kehtestatud hambaraviteenuste hinnad on pidevalt ajas muutunud ja pigem kasvanud. Vaid 2017. aasta on siinkohal teatud teenuste puhul erandlik, sest hinna langus võib olla tingitud muudatustest teenuste kirjelduses. Igal aastal mõjutavad hambaraviteenuste hindu tervishoiutöötajate kollektiivleppes tulenev palgakulude muutus ja muudatused üldkuludes.

Lisaks koostati analüüsi käigus ka ülevaade praegustest turuhindadest. Selleks valiti juhuslikkuse alusel kümme teenuseosutajat, kelle teenuste hinnakiri oli kodulehel avalikustatud ning kellel ei ole haigekassaga täiskasvanute hambaravi hüvitamiseks lepingut. Tabelis 10 on võrdluseks esitatud hambaraviteenuse osutajate hinnad 2019. aasta juulikuu seisuga.

<i>Teenuseosutaja asukoht</i>	Saue	Tallinn	Tallinn	Tallinn	Tallinn	Tartu	Tartu	Pärnu	Pärnu	Tapa/ Rakvere /Sõmeru/ Vinni
	HR 1	HR 2	HR 3	HR 4	HR 5	HR 6	HR 7	HR 8	HR 9	HR 10
<i>Diagnostika ja raviplaani koostamine</i>										
Hambaarsti vastuvõtt*	15,00	22,00	10,00	30,00	15,00	20,00	25,00	17,00	15,00	20,00
Hambumusest fotostaatuse koostamine*	15,00	35,00	20,00	30,00		25,00	45,00	39,00	35,00	30,00
Külästuse baashind (hambaravi)*			5,00			5,00	10,00			
<i>Radioloogilised uuringud</i>										
Intraoraalne hambaülesvõte (digitaalne või filmile)*	7,00	12,00	5,00	10,00	10,00	12,00	10,00	9,00	8,00	8,00
<i>Anesteesia</i>										
Injektsioonanesteesia*	7,00	10,00	6,00	10,00	10,00	12,00	10,00	9,50	10,00	8,00
<i>Hammaste restauratiivne ravi</i>										
Ühe pinna täidis*		54,00-115,00	30,00-40,00	65,00		50,00	50,00		30,00-90,00	35,00-80,00
Ajutise täidise paigaldamine ühele hambale*		17,00	15,00	15,00	15,00	7,00-11,00	40,00			10,00
Ühe juurekanali avamine ja puhastamine (sh juurdepääsu rajamine ja ravimi asetamine)*	39,00	49,00	30,00	43,00	45,00	40,00	45,00	45,00	35,00-70,00	50,00-110,00
Ühe juurekanali täitmine*	35,00	46,00	30,00	45,00	35,00	40,00	45,00	36,00	40,00-75,00	50,00-110,00
<i>Kirurgia</i>										
Ühe juurega hamba eemaldamine*	30,00		25,00-35,00	45,00	32,00	40,00	45,00	30,00-50,00	25,00-35,00	40,00
Sügavalt murdunud hamba või purunenud hamba eemaldamine*	52,00		60,00	80,00	60,00	90,00	75,00	90,00-173,00	35,00-70,00	50,00-100,00

Tabel 10. Valiku hambaraviteenuse osutajate hinnad 2019. aasta juulikuus seisuga

Allikas: Eesti Haigekassa ning teenuseosutajate veebileheküljed

Tabelis 10 on esmalt näha, et teenuste hinnad võivad sõltuvalt teenusepakkujast kordades erineda. Näiteks ühe juurega hamba eemaldamine võib maksta patsiendile 25 eurost kuni 130 euroni. Selle teenuse puhul ei ole suur ka tõenäosus, et arsti kasutatav materjal erineks hinnas nii mastaapselt. Ka näiteks standardsete teenuste puhul nagu injeksioonanesteesia võivad teenuse hinnad varieeruda kaks korda (6 eurost kuni 12 euroni). Patsiendil on aga endal keeruline anda hinnangut kas ja kui palju selline hinnaerinevus on põhjendatud erinevusest teenuse kvaliteedis. Lisaks on enamiku teenuseosutajate kodulehele lisatud klausel, et teenuse täpne hind selgub kohapealsel vaatlusel ning tegelikult puudub enamasti inimesel teadmine, kui palju hambaravi võib maksta. Erinevused hindades on märkimisväärsed juba esmasel vastuvõtul. Portaali Medihub³⁵ on koondatud erinevate tervishoiuteenuse osutajate (sh hambaravi) teenuste hinnakirjad. Koduleheküljel on kiirelt eristatav informatsioon, et hambaarsti vastuvõtu hinnad võivad varieeruda 5 eurost kuni 40 euroni (joonis 21).

³⁵ <https://medihub.org/et/koik-teenused/hambad-proteesid/hambaravi>

Hambaarsti konsultatsioon	
5-9 €	6 kliinikut ✓
10-17 €	64 kliinikut ✓
18-25 €	28 kliinikut ✓
26-40 €	22 kliinikut ✓

Joonis 21. Väljavõte Medihubi kodulehelt hambaraviteenuse osutajate hindadest hambaarsti konsultatsiooniks

Allikas: [Medihub](#)

Kokkuvõtvat võib saadaoleva hinnainfo põhjal väita, et inimesel on keeruline teha hambaraviteenuse osutaja suhtes valikut, kuna puudub selge informatsioon erinevate teenuseosutajate poolt pakutava hinna ja kvaliteedi suhte kohta. Nagu 3. peatükis kirjeldati, on haigekassal teenusehindade kehtestamise ning teenuseosutajaga lepingu sõlmimisega võimalik kontrollida nii teenuse kvaliteeti kui ka seda, et teenuse eest makstaks õiglast hinda. Kui haigekassa poolt on teenuse hind määratud, on inimesel võimalik sama summa eest saada sarnases mahus teenust. Kui hind on iga teenuseosutaja enda määrata, võivad inimesed saada sama summa eest erinevas määras teenust. Seega on inimesel võimalik tugineda oma hambaarsti valikul haigekassa hinnakirjale ning veenduda, et ta tasub teenuse eest õiglast hinda, lisaks on tal võimalik kasutada täiendavat hambaravihüvitist. Seega, kindla hinnakirja olemasolu on hüvitise puhul eriti oluline, sest nii saab olla veendunud, et sama hüvitise summa eest saab inimene erinevate teenuseosutajate juures samas mahus ja kvaliteediga teenust. Inimene, kes soovib käia kindla teenuseosutaja juures, ei saa hambaravihüvitist küll kasutada, kuid eeldatavasti ei ole sellise valiku teinud inimene niivõrd hinnatundlik ning tema prioriteet teenuseosutaja valikul ei ole teenuse maksumus ega kontrollitud kvaliteet.

Kokkuvõtvalt võib teenuste hindade võrdlusele tuginedes väita, et seni ei ole alust arvata, et teenuste hindade reguleerimine oleks avaldanud negatiivset mõju teenuse kättesaadavusele. Seega ei ole andmetele tuginedes alust muuta täiskasvanute hambaravi hüvitise puhul teenuste hinnakiri teenuseosutaja poolt kehtestatavaks. Analüüsile tuginedes saab ümber lükata väite, et Eestis on hambaravihinna konkurents võrreldes ülejäänud tervishoiusektoriga aidanud hambaravikulid vähendada, kuna pigem on tarbijahinnad keskmiselt kasvanud kiiremini hambaravis kui tervishoius tervikuna. Haigekassa poolt reguleeritud hindadega on inimese seisukohast senisest lihtsam mõista hambaravile tehtavaid kulutusi. Erinevate teenuseosutajate hinna analüüs näitas, et sama teenuse puhul võivad teenuseosutajate hinnad erineda mitu korda. Haigekassa hinnakirjale tuginedes on inimesel võimalik teha enda jaoks sobiv teenuseosutaja valik sõltuvalt rahalistest võimalustest.

Üks võimalus hambaraviteenuste hinnastamise läbipaistvuse suurendamisel on EHL-i ettepanekul Sotsiaalministeeriumil koostöös EHL-i ja haigekassaga välja töötada kõigile hambaraviteenuse osutajatele hindade võrdlemist võimaldav mudel, mida hambaraviteenuse osutajad peaksid võrreldavuse huvides jälgima patsiendile teenust tutvustades. Mudeli eesmärk on suurendada hambaraviteenuste hinnastamise läbipaistvust kõigi hambaraviteenuse osutajate seas ning arendada ühist teavituspriaktikat endale teenuseosutajat valiva patsiendi teadlikkuse suurendamiseks.

7. Täiskasvanute hambaravi hüvitise tugevad ja nõrgad küljed

Analüüsile tuginedes on alljärgnevalt loetletud rakendunud täiskasvanute mitterahalise hüvitise tugevad küljed:

- suurenenud on hambaraviteenuse kasutus nii vastuvõtude kui isikute arvu poolest, st enam isikuid käib rohkem kordi aasta jooksul hambaarsti juures. Sellel on oluline roll hambaravi profülaktikas, et inimene igal aastal oma suutervist kontrolliks vältimaks probleemide süvenemist tulevikus;
- elanikkonna hinnangu kohaselt on võrreldes 2015. aastaga vähenenud selliste isikute osakaal, kes jätaavad hambaarsti juures käimata suurtest kuludest, pikast ooteajast või teenuse kaugusest tingituna; seega on hüvitise tulemusel paranenud elanikkonna hinnang hambaraviteenuse kättesaadavusele;
- lisaks on vähenenud ebavõrdsus teenuse kättesaadavuses erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnuste järgi, eelkõige sissetulekute järgi. Vähemalt osaliselt võib see olla tingitud kõrgemast hüvitise määraast haavatavatele ja suure teenusevajadusega sihtrühmadele;
- hüvitisele kehtestatud omaosalus ja maksimaalne piirmäär on motivatsioon, et iga isik oma suutervise eest ise paremini hoolt kannaks;
- hüvitis rakendati mitterahalisena, mis samuti vähendab ebavõrdsust, kuna isikule hüvitatakse kuld juba teenuse saamise hetkel. Seega ei pea inimesel olema valmidust esmalt kogu teenuse kuld ise katta ja seejärel taotleda rahalist hüvitist;
- haigekassa leping teenuseosutajaga annab inimesele kindluse, et ta saab kvaliteetse ja õiglaselt hinnastatud teenuse, mis on eriti oluline just vähem teadliku ja hinnatundliku sihtrühma jaoks.

Esitatud andmetele tuginedes võib välja tuua ka olulisemad probleemkohad:

- kuigi hinnang teenuse kättesaadavusele on paranenud, on see ELi keskmisega võrreldes endiselt halb ning suurim probleem on teenuse kulukus. Inimesed jätaavad kuludest tulenevalt teenuse kasutamata;
- uuendatud hüvitis on tõstnud leibkondade kulutusi hambaravile tulenevalt kohustuslikust omaosalusest. Paranenud kättesaadavus, millega kaasneb suur omaosalus (protsentuaalne omaosalus 50%) ning mille hüvitisel on ülempiir (40 eurot) aastas, suurendab omaosalusele tehtavaid kulutusi ning võib avaldada mõju vaesemate leibkondade toimetulekule;
- piisavalt hästi ei ole suurte kulude eest kaitstud madalama sissetulekuga elanikud, kes endiselt jätaavad hambaarsti juures käimata (töötud, madalama haridustasemega inimesed);
- inimesed ise ei hinda teenuse kaugust ja ooteaegu olulise barjäärina hambaraviteenuste kättesaadavuses, kuid hambaraviteenuse osutajad kirjeldavad seda probleemina.

Arvestades, et Eestis on väga suur ebavõrdsus hambaravi kättesaadavuses sotsiaaldemograafilises plaanis, on eriti oluline jälgida omaosaluse kasvu mõju just hinnatundlikule sihtrühmale, nagu vaesemad leibkonnad, töötud ja madalama haridustasemega isikud. Kehtiva hambaravihüvitise puhul puudub kaitse, mis on mõeldud spetsiaalselt vaestele, kuid just see sihtrühm jätab kõige tõenäolisemalt suurtest kuludest tingituna hambaarstil käimata. Lisaks, kui vaestele inimestele ei ole täiendavat kaitset ette nähtud, võib hüvitis ohustada vaesemate leibkondade toimetulekut.

Seega tuleb täiskasvanute hambaravi hüvitise muutmisel eelkõige keskenduda vaesemate leibkondade ning suuremas mahust teenust vajavate inimeste olukorra parandamisele. Prioriteetne on otsida võimalusi, kuidas kaitsta veelgi tõhusamalt elanikkonda suurte ravikulude eest ning muuta hambaravi kättesaadavamaks sihipäraselt just neile, kellele see praegu rahalistel põhjustel kättesaadav ei ole või kelle kuld on juba suured.

Vaadates koos teenusekasutust ja teenuse kättesaadavuse hinnanguid, võib öelda, et 2017. aastal ellu viidud reform on olnud õige samm õiges suunas. Alates 2017. aastast on enam inimesi on saanud hambaraviteenuseid, elanikkonna hinnang teenuse kättesaadavusele on paranenud ja vähenenud on ka ebavõrdsus. Lisaks on vähenenud suurtest kuludest tingitud rahuldamata hambaravivajadus erineva tööhõivestaatuse ja haridustasemega inimeste seas.

Samas näitavad tervishoiukulude andmed, et reformiga on kaasnud ka leibkonna kulude kasv hambaraviteenuste. Seega toob piiratud hambaravi hüvitamine (omaosaluse kohustus ja hüvitise piirmäär) tõenäoliselt kaasa takistused teenuse kättesaadavusel just hinnatundlikule ja suure teenusevajadusega sihtrühmale.