

## Tervishoiuteenuste kasutamine ravikindlustuseta isikute poolt

Kristiina Kahur<sup>1</sup>, Raul-Allan Kiivet<sup>2,3</sup> – <sup>1</sup>Eesti Haigekassa, <sup>2</sup>TÜ tervishoiu instituut, <sup>3</sup>Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Tippkeskus

ravikindlustuseta isikud, tervishoiuteenuste kasutamine, katmata ravivajadus

**Töö eesmärgiks oli võrrelda, kuidas kasutavad tervishoiuteenuseid mittekindlustatud ja ravikindlustusega isikud. Haiglaravi ja ambulatoorset eriarstiabi saanute osakaal mittekindlustatud isikute seas oli 2–3 korda väiksem võrreldes kindlustatud isikutega, niisama suur erinevus oli ravi järjepidevuses. Peamised haigusseisundid, mille ravivajadus jäi kindlustamata isikutel katmata, olid seotud ainevahetushaiguste ja luu-lihaskonnaahaigustega, sugulisel teel levivate nakkushaigustega ning ravitud haiguse või vigastuse järgse hooldusega. Arvestades, et mittekindlustatud isikud on keskmiselt terved kui kindlustatud, on lisaraha vajadus, mis võimaldaks kõigile mittekindlustatud isikutele kindlustatud isikutega võrdse ligipääsu arstiabile, maksimaalselt 100–150 miljonit krooni aastas.**

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (1) alusel on igal Eesti territooriumil viibival inimesel õigus saada vältimatut abi, mida juhul, kui isikul pole ravikindlustust, rahastatakse riigieelarvest. Vältimatu abina käsitletakse tervishoiuteenust, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse (1). Tervishoiuteenuste eest, mis ei ole osutatud vältimatu abi korras, peavad ravikindlustuseta isikud tasuma kas ise (2–5) või rahastavad neile osutatud tervishoiuteenuseid piiratud ulatuses kohalikud omavalitsused (6).

Eesti ravikindlustussüsteemi eripärast tulenevalt on ca 6% inimestest ravikindlustamata ja nende võimalused arstiabi kasutada on oluliselt väiksemad võrreldes kindlustatud isikutega. Ravikindlustuseta isikute piiratud ligipääs tervishoiuteenustele asetab nad ebavõrdsesse olukorda, millest on tingitud ka nende erinevad tervisenäitajad – keskmine eeldatav eluiga, tervena elatud eluaastad – võrreldes teiste rahvastikurühmadega. Haavatavatel sotsiaalsetel rühmadel, kelle hulka kuuluvad ka mittekindlustatud, on kehvemad võimalused tervislikeks valikuteks ja tavapäraselt on neile iseloomulik tervist ohustav riskikäitumine (7).

Vältimatus korras osutatud arstiabi on patsiendi paranemise või tervistumise seisukohalt oluliselt vähem tõhus võrreldes arstiabiga, mida oleks järjekindlalt osutatud haiguse esmaste sümptomite ilmumisest alates. Hilinenud või edasilükatud ravi tingib pideva või ajutise töövõime kaotuse ja vähendab seega isiku võimalusi (taas)sisenemiseks tööturule. Rahvatervise seisukohalt on teistele Eesti inimestele ohuks mittekindlustatute piiratud ligipääs tervishoiuteenustele seoses nakkushaigustega, mille võimalikust ebapiisavast ravist võivad tuleneda riskid ravikindlustuseta isikule endale ja tema lähedastele.

Käesoleva uurimistöö **eesmärgiks** oli anda ülevaade tervishoiuteenuste kasutamisest ravikindlustuseta isikute poolt: millist arstiabi neile osutatakse, kui sageli ja mis põhjustel. Selle alusel on püütud hinnata tervishoiusüsteemi täiendava töökoormuse kasvu ning rahavajadust, juhul kui ravikindlustuseta isikutele Eestis oleks tagatud kindlustatutega võrdne ligipääs arstiabile.

### Uurimismaterjal ja -meetodid

Tegemist on kvantitatiivse kirjeldava uurimisega, milles kasutati Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmekogu andmeid mittekindlustatud isikutele vältimatu abi andmise kohta.

Töös on tervishoiuteenuste kasutajateks arvestatud isikud, kellel on aasta jooksul olnud tervishoiuteenuse osutajaga kontakt, mille käigus on selle kinnituseks vormistatud raviarve. Võib arvata, et osa ravikindlustuseta isikute kontaktidest tervishoiusüsteemiga jääb dokumenteerimata, eeskätt pöördumised erakorralise meditsiini osakonda ja perearsti poole, mis toimuvad kergemate tervisehäädade tõttu. Samuti ei käsitleta siinkohal kiirabi kasutamist ravikindlustuseta isikute poolt ega juhtumeid, kui isikud on tasunud oma teenuste eest ise.

Tulenevalt Eesti ravikindlustuse seadusest (8) on ühelt poolt kõik kuni 19aastased ja teisalt kõik riiklikku pensioni (sh vanaduspension) saavad isikud ravikindlustusega kaetud või vähemalt on neil rühmadel õigus ravikindlustusele. Seetõttu võeti uuringurühmaks 20–59aastased ravikindlustuseta isikud, kellele oli 2005. aastal Eestis osutatud statsionaarset või ambulatoorset arstiabi ning kelle kohta olid vormistatud ja haigekassale kontrollimiseks edastatud raviarved.

Ravikindlustuseta isikute vanuselise ja soolise jaotuse leidmiseks kasutati uurimuses kaudset meetodit, toetudes Statistikaameti andmebaasile (9), milles on andmed kogu rahvastiku koosseisu kohta, ja haigekassa ravikindlustuse andmekogule, mis sisaldab andmeid ravikindlustatud isikute kohta. Statistikaameti andmetest lahutati maha haigekassas kindlustatud ning tulemusena selgus, et 20–59aastaste vanuserühmas oli Eestis 2005. a 84 892 mittekindlustatud isikut, mis moodustab sellest vanuserühmast 11%.

Anonüümsetelt raviarvetelt kasutati isikustatud andmeid osutatud teenuse liigi, maksumuse ja teenuse osutamise seotud diagnoosi kohta, et hinnata vältimatu abi osutamise sagedust, põhjuseid ning kulu. Teenuste liikidena käsitleti haiglaravi, perearstiabi ja ambulatoorset eriarstiabi.

## **Tulemused**

### **Vältimatu arstiabi kasutajad ja kasutamise sagedus**

Haigekassa andmekogule oli 2005. a jooksul esitatud 22 763 ravikindlustuseta isiku kohta kokku 33 581 raviarvet. Seega kasutas aasta jooksul vähe-

malt ühte kolmest arstiabi liigist 27% ravikindlustuseta isikutest. Ravikindlustuseta isikute arv ja vältimatut abi kasutanud isikute osakaal vastavas vanuserühmas on soo ja arstiabi liigi järgi esitatud tabelis 1.

Perearsti teenuseid oli vältimatu abi korras aasta jooksul kasutanud 2%, ambulatoorse eriarstiabi teenuseid 21% ja haiglaravi 6% mittekindlustatud isikutest. Ravikindlustuseta mehed vajasisid vältimatut abi rohkem kui naised ja vanuse kasvades suurenes haiglaravi saanud ravikindlustuseta meeste osakaal. Valdav osa mittekindlustatud isikutest (70–90%) pöördus aasta jooksul tervishoiuteenuse osutaja poole vältimatu abi saamiseks ainult üks kord.

Sõltuvalt arstiabi liigist osutati aasta jooksul 1–3%-le ravikindlustuseta isikutest vältimatut abi neljal ja enamal korral. Korduvate hospitaliseerimiste peamiseks põhjusteks olid nakkushaigused, traumad ja vigastused ning seedeelundite haigused. Sagedase ambulatoorse eriarstiabi kasutamise tingisid traumad, psüühikahäired ja nahahaigused.

Haiglaravi ja ambulatoorset eriarstiabi saanute osakaal mittekindlustatud isikute seas on 2–3 korda väiksem võrreldes kindlustatud isikutega. Veelgi suurem on erinevus eriarstiabi kasutamise sageduses (ravi järjepidevuses): ühe mittekindlustatud isiku kohta oli aastas keskmiselt 1,4 eriarsti vastuvõttu, samal ajal kui iga kindlustatud mehe kohta tuleb aastas 3,6 ja iga kindlustatud naise kohta keskmiselt 4,9 visiiti eriarsti juurde.

Ravijuhu keskmiste maksumuste arvestamisel selgus, et mittekindlustatud meeste haiglaravi on 23% kallim kui naistel ja keskmine maksumus kalineb vanuse kasvades nii meestel kui ka naistel. Võrreldes kindlustatutega on mittekindlustatud meeste haiglaravi kallim keskmiselt 8–22% ja naiste haiglaravi 14–71%. Suurema maksumuse peamiseks põhjuseks on pikem haiglaravi kestus: võrreldes kindlustatud isikutega ja sõltuvalt vanusest vajasisid mittekindlustatud mehed haiglaravi 1–4 päeva ja mittekindlustatud naised 1–6 päeva kauem.

### **Vältimatu abi saamise põhjused**

Ravikindlustuseta meeste ambulatoorse ravi põhjuseks on kõige sagedamini traumad ja vigastused (66%), psüühikahäired (5%) ning naha- ja naha-

**Tabel 1. Ravikindlustuseta isikute arv ja vältimatu arstiabi erinevate põhiliikide kasutajate osakaal vanuserühmas**

Vanuserühm	Arstiabi kasutajate osakaal (%) vanuserühmas			
	Ravikindlustuseta isikute arv	Ambulatoorne eriarstiabi	Haiglaravi	Perearstiabi
<b>Ravikindlustuseta MEHED</b>				
20–24	10 799	23,1	3,4	1,9
25–29	8222	27,4	4,8	2,1
30–34	7066	29,4	6,0	2,0
35–39	6395	27,5	6,7	1,8
40–44	7359	23,1	7,3	1,9
45–49	7050	21,5	8,0	1,8
50–54	5592	21,9	9,9	2,1
55–59	3684	22,7	10,3	2,7
<b>Kokku</b>	<b>56 167</b>	<b>24,7</b>	<b>6,5</b>	<b>2,0</b>
<b>Ravikindlustuseta NAISED</b>				
20–24	4886	14,2	3,8	2,6
25–29	3308	16,6	5,4	3,5
30–34	2603	19,2	5,1	4,1
35–39	2819	15,3	5,6	2,7
40–44	4295	12,0	4,2	2,1
45–49	4596	12,7	4,8	2,3
50–54	4365	13,4	5,3	2,7
55–59	1853	21,0	8,4	4,9
<b>Kokku</b>	<b>28 725</b>	<b>14,8</b>	<b>5,0</b>	<b>2,9</b>
<b>Ravikindlustuseta isikud KOKKU</b>				
20–24	15 685	20,3	3,6	2,1
25–29	11 530	24,3	5,0	2,5
30–34	9669	26,7	5,8	2,6
35–39	9214	23,8	6,4	2,1
40–44	11 654	19,0	6,2	2,0
45–49	11 646	18,0	6,7	2,0
50–54	9957	18,2	7,9	2,4
55–59	5537	22,2	9,7	3,4
<b>Kokku</b>	<b>84 892</b>	<b>21,3</b>	<b>6,0</b>	<b>2,3</b>

aluskoehaigused (4%). Ka kindlustatud meestel on traumad ambulatoorse ravi kõige sagedasemaks (21%) põhjuseks, kuid pöördumisi kõigi teiste põhjuste tõttu on mitu korda enam. Mittekindlustatud meeste haiglaravi on kõige sagedamini tingitud traumadest jt vigastustest (34%) ning kindlustatud meestel vereringeelundite haigustest (16%). Haiglaravi põhjuste edetabelis on seedeelundite haigused teisel kohal nii mittekindlustatud (15%) kui ka kindlustatud (13%) meeste seas.

Ravikindlustuseta naiste ambulatoorse ravi peamiseks põhjusteks on traumad ja vigastused (43%), kindlustatud naistel aga kontaktid terveteenistusega (19%), millest suurem osa on seotud raseduse jälgimise ja kontratseptsioonilase nõustamisega. Psüühika- ja käitumishäirete osakaal arstikülastuse põhjuste seas on niisama suur (8–9%) nii kindlustatud kui ka mittekindlustatud naistel. Mittekindlustatud naiste haiglaravi on võrdse osakaaluga (15%) põhjustatud traumadest ja

vigastustest, seedetraktihaigustest ning sünnituse ja rasedusega seotud seisunditest. Kindlustatud naiste haiglaravi põhjusteks on sünnituse ja rasedusega seotud seisundid (31%) ning haige lapsega haiglaravil viibimine (21%).

Selgitamaks välja, milles seisneb mittekindlustatud isikute n-ö katmata ravivajadus, võrdlesime arstikülastuste ja haiglaravi põhjuseid ravijuhtude arvuna 1000 mittekindlustatud või ravikindlustusega isiku kohta. Võrdluse tulemused on esitatud tabelis 2 ning joonisel 1 ja 2.

Võrreldes ravikindlustatud isikutega vajavad nii mittekindlustatud mehed kui ka naised haiglaravi 2 korda sagedamini kahel põhjusel: traumade ja vigastuste ning nakkushaiguste tõttu. Seedetraktihaiguste, nahahaiguste ja psüühikahäirete tõttu on mittekindlustatud ning ravikindlustusega isikud haiglaravil ühepalju. Kõigil ülejäänud juhtudel on mittekindlustatud meeste ja naiste tõenäosus sattuda haiglaravile oluliselt väiksem kui ravikindlustatutel.

**Tabel 2. Ambulatoorsete ravijuhtude arv 1000 mehe ja naise kohta diagnoosirühmiti ravikindlustuse olemasolu järgi**

Diagnoosirühm	MEHED		NAISED	
	Ravikindlustatud	Mittekindlustatud	Ravikindlustatud	Mittekindlustatud
Nakkus- ja parasiithaigused	59	8	151	6
Kasvajad	37	1	137	2
Vereloomeelundite haigused	4	<1	8	<1
Ainevahetushaigused	30	<1	118	1
Psüühikahäired	168	18	227	15
Närvisüsteemihaigused	39	8	55	4
Silmahaigused	87	8	135	6
Kõrvahaigused	35	4	44	3
Vereringehaigused	87	7	91	6
Hingamiseldundite haigused	75	8	107	7
Seedeeldundite haigused	51	12	60	9
Nahahaigused	82	15	119	9
Lihaskonnahaigused	123	9	175	6
Kuse-suguelundite haigused	65	4	402	11
Sünnitus, rasedus	-	-	44	3
Traumad jt vigastused	262	220	114	87
Kontaktid terviseteenistusega	39	13	496	13

Ambulatoorse eriarstiabi osas ei erine mittekindlustatud ja ravikindlustuseta isikute ravil viibimise sagedus ainult traumade ning vigastuste korral. Kõigil teistel põhjustel on mittekindlustatud meestel ja naistel tõenäosus arstiabi saada vähemalt 5–10 korda väiksem kui ravikindlustusega isikutel.

### Hinnang katmata ravivajadusele

Saadud tulemuste alusel püüdsime anda hinnangu tervishoiusteemi võimalikule töökoormuse kasvule ning lisaraha vajadusele, mis kaasneks olukorraga, kui mittekindlustatud isikutele oleks võimaldatud kindlustatud isikutega võrdne ligipääs ravikindlustushüvitistele. Ühe täiskasvanud mittekindlustatud isiku kohta toimus aasta jooksul 0,2 perearsti vastuvõttu. Keskmiselt on aastas ühe kindlustatud täiskasvanud isiku kohta 2,9 perearsti vastuvõttu ja koduvisiiti (10). Kui perearstide poolt mittekindlustatutele osutatud vastuvõttude ja koduvisiitide arv tõuseks samale tasemele kindlustatutega ehk 2,9 vastuvõttu isiku kohta aastas, siis suureneks perearsti vastuvõttude arv hinnanguliselt 232 000 vastuvõtu ehk 7% võrra aastas.

Ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi osutajate töökoormuse kasvule hinnangu andes lähtusime eeldusest, et tervishoiuteenuse kasutajate osakaal mittekindlustatute seas on samas suurusjärgus kindlustatutega; ambulatoorse eriarstiabi tervishoiuteenuseid kasutavate naiste arv kasvab

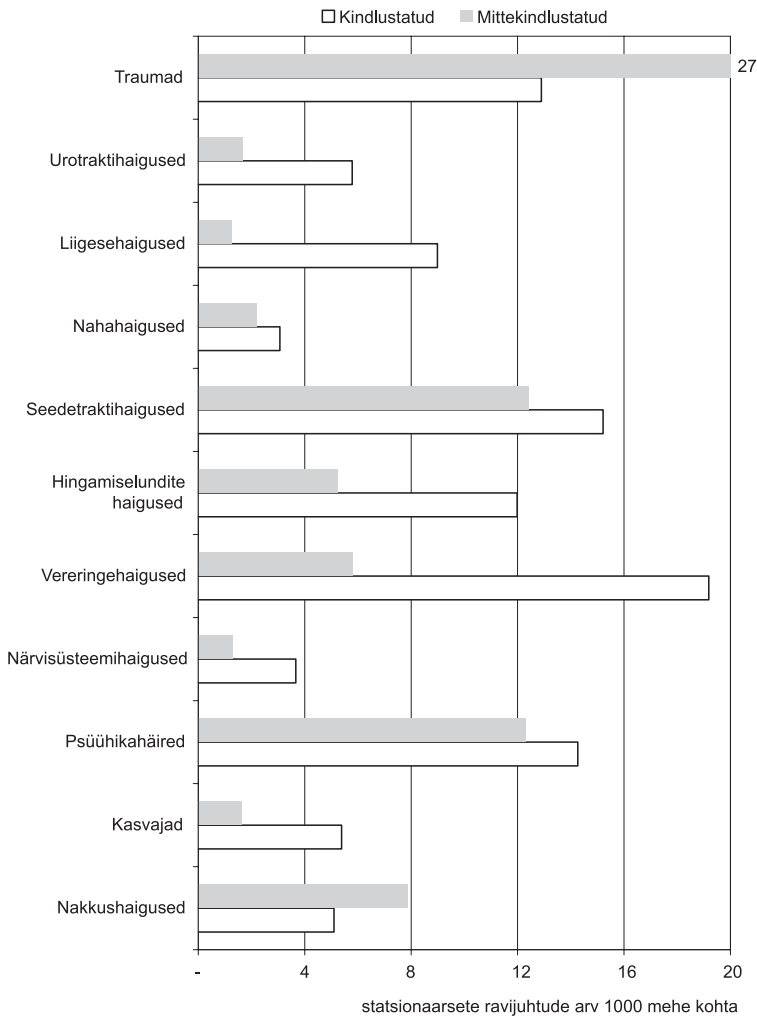
ligikaudu 17 500 isiku võrra ning meeste arv ca 15 000 isiku võrra; haiglaravi kasutajate arv kasvab naiste puhul ligikaudu 2700 isiku võrra ning meeste puhul ca 900 isiku võrra.

Lisaraha vajaduse hindamisel lähtusime ühe kindlustatud isiku kuludest 2005. aastal erinevate ravikindlustushüvitiste liikide kaupa (11). Kui eeldada, et tänased mittekindlustatud vajaksid arstiabi võrdset ravikindlustatutega, siis 2005. aastal kehtinud tervishoiuteenuste hindade alusel oleks mittekindlustatud isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse laiendamiseks vajalik suurendada ravikindlustushüvitiste eelarvet maksimaalselt 200–300 miljoni krooni võrra aastas. Arvestades, et riigieelarvest eraldati mittekindlustatud isikute ravikuludeks 2005. aastal 77 miljonit (12) ja 2006. aastal 97 miljonit krooni (13), on rahalise kattega vähemalt kolmandik teenustest, mida mittekindlustatud isikud võivad vajada.

Käesoleva uurimuse autorite arvates on lisaraha vajadus, mis võimaldaks mittekindlustatud isikutele kindlustatud isikutega võrdse ligipääsu arstiabile, siiski vähemalt poole väiksem – maksimaalselt 100–150 miljonit krooni aastas. Alljärgnevalt on seda seisukohta põhjendatud.

### Arutelu

Ravikindlustuseta isikute eristamine kindlustatud isikutest ei ole töö autorite arvates põhjendatud ega mõttekas ja seda vähemalt neljal põhjusel.

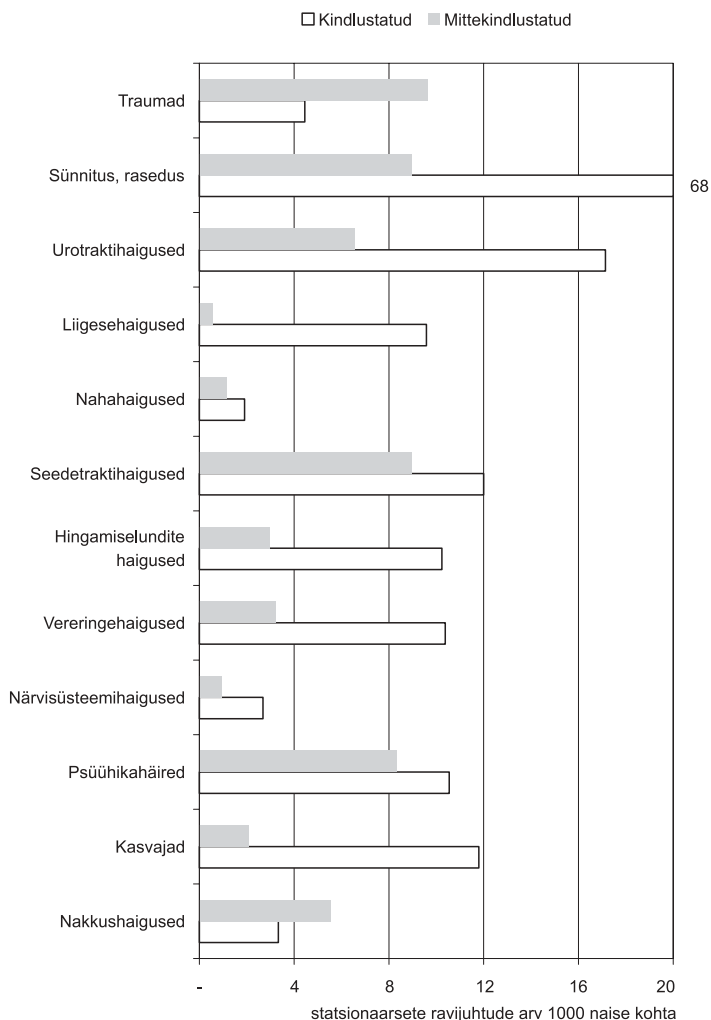


**Joonis 1. Haiglaravi saanud meeste ravi juhtude arv 1000 isiku kohta diagnoosirühmiti ravikindlustuse olemasolu järgi.**

Teoreetiliselt võiks arvata, et lahutades tänaste ravikindlustusega isikute kõigist ravi juhtudest mittekindlustatud isikutele antud vältimatu abi, saame hinnata mittekindlustatud isikute nii-öelda katmata ravivajadust. Selline käsitlus pole siiski tegelikkusega kooskõlas, sest kui kõrvale jätta tõeliselt asotsiaalsed Eesti inimesed, on mittekindlustatud isikute rahvastikurühmal üks oluline erinevus ravikindlustusega isikutega võrreldes – nad on keskmisest Eesti inimesest terved, sest nende seas ei ole tõsiste haiguste põdejaid ja püsiva tervisekahjustusega isikuid. Nimelt katab Eesti ravikindlustus kõiki tööealisi isikuid, kelle püsi-

vad tervisehädad või puuded ei luba tööl käia ja kes saavad töövõimetuspensioni (end. invaliidsuspensionini). Seega võib olla kindel, et otsesel võrdlusel põhinev hinnang mittekindlustatud isikute "katmata ravivajaduse" kohta on oluliselt, võib olla mitu korda, üle hinnatud.

Teiseks on ravikindlustatu staatus muutuv ja isik võib teatud tingimustel uuesti kindlustatuks saada. Selline olukord tekib näiteks seoses rasedusega alates 12. rasedusnädalast ning jätkub vanemahüvitise ja lapsehooldustasu saamisel. Õigus ravikindlustusele tekib ka pensioniea saabumisel,



**Joonis 2. Haiglaravi saanud naiste ravijuhtude arv 1000 isiku kohta diagnoosirühmiti ravikindlustuse olemasolu järgi.**

töö leidmisel jt juhtudel ning ravikindlustamata isiku staatuses ravimata jäänud haigusi ravitakse vajaduse korral siis juba suuremal määral ravikindlustushüviti kasutades.

Kolmandaks võib hilisest või edasilükatud ravist tingituna osa ravikindlustuseta isikutest jääda püsivalt töövõimetuks, mispuhul tekib neil õigus kindlustatutega samadele ravikindlustushüvitistele. Tulemusena kujuneb algselt ravikindlustuseta isiku ravi lõpptulemusena ravikindlustussüsteemile kallimaks võrreldes ravikuludega, mis oleks tehtud haiguse õigeaegse ravi korral. Lisaks on ravi hiline

alustamine põhjustanud töövõime kaotuse isikule, kes õigeaegse ravi korral oleks saanud pöörduda tagasi tööle ning panustada ravikindlustussüsteemi sotsiaalmaksu maksmisega.

Neljandaks ei ole kasu ravikindlustuseta isiku kallist ja pikast haiglaravist, kui haiglast väljakirjutamisel ei suuda ta endale ravimeid osta haiglas alustatud ravi jätkamiseks. Samuti puudub ravikindlustuseta isikul võimalus järel- ja taastusraviks, et kinnitada ravitulemusi ning leevendada jääknähte. Selle tagajärjeks võib olla paranemise või tervistumise pidurdumine ning haigusseisundi kordumine ja uuesti ravile sattumine.

## Järeldused

1. Ravikindlustuseta isikutest vajab Eestis aasta jooksul vältimatus korras ambulatoorse eriarstiabi teenuseid 21%, haiglaravi 6% ja perearstiabi 2%. Haiglaravi ja ambulatoorset eriarstiabi saanute osakaal mittekindlustatud isikute seas on 2–3 korda väiksem võrreldes kindlustatud isikutega ja niisama suur erinevus on eriarstiabi kasutamise sageduses (ravi järjepidevuses).

2. Mittekindlustatud isikute haiglaravi on kindlustatutega võrreldes kallim, sest ravikindlustuseta mehed ja naised kõigis vanuserühmades viibisid haiglaravil kauem kui kindlustatud. Kõige sagedamini osutati ravikindlustuseta meestele ja naistele

vältimatut abi vigastuste, psüühika- ja käitumishäirete ning seedeelundite haiguste tõttu.

3. Peamised haigusseisundid, mille ravivajadus jääb kindlustamata isikutel katmata, on seotud sise-sekretsiooni- ja ainevahetushaigustega, healoomuliste kasvajatega, luu-lihaskonna- ja sidekoehaigustega, sugulisel teel levivate nakkushaigustega ja seenhaigustega ning ravitud haiguse või vigastuse järgse hooldusega. Fertilses eas mittekindlustatud naised jäävad ilma kontratseptsioonialasest nõustamisest.

4. Arvestades, et mittekindlustatud isikud on keskmiselt tervemad kui kindlustatud, on lisaraha vajadus, mis võimaldaks kõigile mittekindlustatud isikutele kindlustatud isikutega võrdse ligipääsu arstiabile, maksimaalselt 100–150 miljonit krooni aastas.

## Kirjandus

1. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. RTI, 01.06.2001;50:284.
2. Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. Tervisesüsteem muutustes: Eesti. Tallinn: Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse nimel WHO Euroopa Regionaalbüroo; 2005.
3. Kunst A, Leinsalu M, Kasmel A, Habicht J. Social inequalities in Estonia. Tallinn: Ministry of Social Affairs of Estonia; 2002.
4. Sotsiaalsektor arvudes 2005. Sotsiaalministeerium. Tallinn; 2006.
5. Võrk A, Jesse M, Roostalu I, Jüristo T. Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs. PRAXISE Toimetised, nr 21; 2005.
6. Couffinhal A, Habicht T. Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen; 2005.
7. Rahvastiku tervisepoliitika. www.sm.ee (22.04.2006).
8. Ravikindlustuse seadus. RTI, 18.07.2002;62:377.
9. Eesti statistika. www.stat.ee (02.05.2006).
10. Sotsiaalministeerium. www.sm.ee (28.04.2006).
11. Eesti Haigekassa 2005. aasta majandusaasta aruanne. [http://www.haigekassa.ee/files/est\\_haigekassa\\_aruanded/aruanne2005.pdf](http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded/aruanne2005.pdf) (28.04.2006).
12. 2005. aasta riigieelarve seadus. RTI, 30.12.2004; 92:630.
13. 2006. aasta riigieelarve seadus. RTI, 27.12.2005; 69:535.

## Summary

### Use of health services by uninsured persons

Almost 6% of the Estonian population is not covered by the health insurance system and they have free access only to emergency medical care. The objectives of this study were to provide an overview of the use of medical services by the uninsured, to evaluate the deficit of the services provided to them and to estimate the need for additional funding to gain equal coverage with the insured. The proportion of uninsured persons using hospital and outpatient medical services is 2–3 times lower than it is among the insured, and those uninsured who

use the services do so considerably less often. The major health problems not addressed among the uninsured are metabolic and musculoskeletal disorders, sexually transmitted diseases and follow-up of injuries. Taking into account that in the Estonian health insurance system uninsured persons are in average healthier compared to the insured, the total additional funding needed to guarantee equitable access to the whole population in Estonia can be estimated at 100–150 million kroons per year.

kristiina.kahur@haigekassa.ee