

Muutused töövõimetuspensioni saamises rahvastikurühmiti 1990–2012 Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu alusel

Mare Tekkel¹, Tatjana Veideman¹

Taust. Töövõimetuspensioni saajate osa rahvastikust on Eestis suhteliselt suur ja kasvab kiiresti.

Eesmärk. Analüüsida töövõimetuspensionäride osatähtsuse muutust rahvastikus ja töövõimetuspensioni saamise erinevusi sotsiaal-majanduslikes rühmades.

Metoodika. Kasutati Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringute 1990–2012 andmeid. Uuringud toimusid postiküsitlusena ühtse metoodika alusel. Juhuvaim (16–64aastased Eesti inimesed) telliti rahvastikuregistrist. Uuritava rühma moodustasid vastanud 9598 meest ja 12 866 naist, neist vastavalt 873 ja 897 said töövõimetuspensioni. Töövõimetuspensioni saamise erinevusi sotsiaal-majanduslikes rühmades hinnati neljal uuringuperioodil mitmese logistilise regressiooni alusel, šansisuhted koos 95% usaldusvahemikuga arvutati kohandatuna vanusele, rahvusele, haridusele, elukohale, sissetulekule ja perekonnaseisule.

Tulemused. Töövõimetuspensionäride osatähtsus suurenes viimaseks perioodiks võrdsest nii meestel kui ka naistel ja enamikus sotsiaal-majanduslikes rühmades. Pärast kohandamist teistele uuritud tunnustele suurenes töövõimetuspensioni saamise risk (šansisuhe) kõigil perioodidel vanuse tõusuga ja majandusliku aktiivsuse vähenemisega ning vähenes pereliikme kohta sissetuleku kasvuga. Naistel suurenes risk lisaks neil, kes ei elanud Tallinnas, ja vähenes haridustaseme tõusuga.

Järeldused. Uuringu tulemused kinnitavad, et olukorda on võimalik parandada inimeste sotsiaal-majandusliku staatuse tõstmise kaudu. Tähelepanu ja edasist jälgimist väärib kõrghariduse kaitsva toime kadumine meestel ning suurema riski ilmnemine saada töövõimetuspensioni mitte-estlastest naistel viimasel uuringuperioodil.

Töövõimetushüvitise saajate hulk on viimastel aastatel enim kasvanud arenenud riikides. On rõhutatud, et sellise hüvitise taotleja ei pea olema mitte lihtsalt haige, vaid ta peab olema terviserikke tõttu võimetu tööd tegema. See ei tähenda, et tal töö või tahtmine tööd teha puudub (1, 2) ning et suur hulk hüvitise taotlejaist ei oleks mingiks tööks siiski võimelised (3).

Analüüsi tegemise ajal Eestis kehtinud riikliku pensionikindlustuse seaduse järgi (jõustus 01.04.2000) on õigus töövõimetus-

pensionile isikutel vanuses 16 aastat kuni vanaduspensionieani, kui isik on tunnustatud püsivalt töövõimetuks töövõime kaotusega 40–100% ja kui isikul on olemas seaduses sätestatud nõutav pensionistaaž (4). Varem määrati vajaduse korral inimesele invaliidsusgrupp ja selle alusel invaliidsuspension, mis kehtis ka vanaduspensionieas. Enne uue seaduse jõustumist määratud invaliidsusgruppid kehtisid 2003. aasta kevadeni. Õigus töövõimetuspensionile annab automaatselt õiguse veel

Eesti Arst 2015; 94(5):273–280

Saabunud toimetusse: 18.08.2014
Avaldamiseks vastu võetud: 10.11.2014
Avaldatud internetis: 29.05.2015

¹ Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakond

Kirjavahetajaautor: Mare Tekkel
mare.tekkel@tai.ee

Võtmesõnad: töövõimetuspensioni saamine, sotsiaal-majanduslikud rühmad, Eesti

mitmetelev hüvitistele ja teenustele, näiteks ravikindlustusele.

Riigikontrolli 2010. aasta auditis on nenditud, et töövõimetuspensionäride arvu kasvu taga viimastel aastatel ei ole mitte niivõrd rahva tervise järsk halvenemine, kuivõrd majanduslikust kitsikusest tingitud vajadus kõik võimalikud sissetulekuallikad ära kasutada (5). Poliitikauuringute Keskuse Praxis 2012. aasta uuringuaruandes on märgitud, et töövõimetuspensionäride osa tööealisest rahvastikust (20–64aastased) oli OECD riikides keskmiselt 5,5%, Eestis aga 11,3% ja näitaja kasv on olnud siin võrdluses teistega kiirem, ning jõutud järeldusele, et selle taga on aimata nii pensionisüsteemi kitsaskohti kui ka sotsiaalprobleeme (6).

Uuringu eesmärk oli analüüsida töövõimetuspensionäride osatähtsuse muutust rahvastikus ja töövõimetuspensionäri saamise erinevusi sotsiaal-majanduslikes rühmades Eestis 1990–2012.

METOODIKA

Andmed

Kasutati kõigi igal paarisaastal toimunud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumisuuringu (TKU) andmeid alates esimesest aastal 1990 kuni 2012. aastani. Alates aastast 2004 on uuringutulemused standardtabelite kujul, seejuures ka kasutatud küsimustikud kättesaadavad TAI kodulehel (7). Kõik uuringud on toimunud postiküsitlusena märtsis-aprillis ühtse meetoodika alusel suures osas sarnase küsimustikuga. Juhuvalim (16–64aastased Eesti inimesed esimeses uuringus 18–64aastased) telliti rahvastikuregistrist. Algalimi suurus oli esimese kolme uuringu ajal 1500 isikut, 1996.–2002. aastal 2000 ja alates 2004. aastast 5000 isikut. Küsimustikud koostati eesti ja vene keeles, viimaste uuringute ajal lisati vajaduse korral ingliskeelne tõlge. Alates 2004. aastast on kõigi uuringute korraldamine kooskõlastatud Tallinna meditsiiniuuringute eetikakomiteega.

Analüüsis kasutatud tunnused

Uuritava rühma moodustasid küsimusele „Kas Te saate töövõimetuspensionäri?“ vastajad. Kõigi uuringute raames muid küsimusi sel teemal esitatud ei ole. Analüüs tehti nelja uuringuperioodi kohta: I 1990–1998, II 2000–2004, III 2006–2008, IV 2010–2012. Põhiliselt lähtuti perioodide moodustamisel Eesti majandusolukorrast:

aastatel 1990–1998 toimusid suured poliitilised muutused, ületati sügav majanduslangus ning algas -tõus; aastad 2000–2004 olid majanduslikult eriti edukad (8); järgnenud ajavahemik 2006–2008 oli suhteliselt stabiilne, 2008. aasta alguseks ei olnud maailma muutunud majanduskliima mõjud Eestis veel ilmnunud (9); 2010. aasta teisest poolest hakkas Eesti sisemajandus näitama majanduskriisi järel taastumismärke (10), seega kajastas TKU 2010 suures osas 2009. aasta majanduslanguse aegseid tulemusi. II–IV uuringuperiood hõlmavad praeguse pensionikindlustuse seaduse kehtivusaega.

Kõik järgnevad tunnused (v.a elukoht) tuginesid ainult küsitletute antud vastustele. Rahvus (eestlane, muu) pole seotud kodakondsusega. Haridust hinnati kõrgeima lõpetatud haridustaseme järgi. Elukoht (Tallinn, muu linn, maapiirkond) määrati rahvastikuregistrist saadud aadressi alusel, kuhu valimisse sattunud küsimustik saadeti. Sissetulek tähendab kõigist allikatest pärinevat ühe kuu keskmist netosissetulekut ühe vastaja pereliikme kohta viimase 12 kuu jooksul. Esimeses sissetulekurühmas oli see väiksem kui uuringuaastale eelneva aasta Eesti keskmine palk, teises oli enam-vähem keskmise palga tasemel, viimases ületas seda. Kuna küsimus sissetuleku kohta esitati esimest korda 1996. aastal, oli seda võimalik analüüsida alates teisest uuringuperioodist.

Majanduslikku aktiivsust hinnati küsimustiku täitmise aja seisuga, kusjuures esimene rühm (töötab või õpib) peeti majanduslikult aktiivseks, viimane (kodune või mittetöötav pensionär) passiivseks, töötuks olemine aga nende vahepealseks, kuna ilmselt need inimesed püüavad või loodavad oma majanduslikku aktiivsust taastada. Tegelikku perekonnaseisu käsitleti kolmes rühmas: vallaline; abielus (abielus, vabaabielus või elab koos kindla partneriga); lahutatud, elab lahus, lesk.

Andmeanalüüs

Töövõimetuspensionäri saamise erinevusi analüüsiti vastajat üldjuhul vastamise hetkel iseloomustavate demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike tunnuste alusel neljal uuringuperioodil eraldi meestel ja naistel. Seose suunda ja tugevust hinnati mitmese logistilise regressiooni alusel, arvutati välja šansisuhted (OR, tekstis: risk) koos 95% usaldusvahemikuga (uv) kohan-

datuna vanusele, rahvusele, haridusele, elukohtale, sissetulekule ja perekonnaseisule. Nimetatud tunnused (lisaks majanduslik aktiivsus) olid uuritud valdkonnaga statistiliselt oluliselt seotud vähemalt ühel uuringuperioodil. Tabelis on esitatud ainult kohandatud analüüsitulemused. Kuna majanduslik aktiivsus oli väga tugevalt seotud nii teiste sotsiaal-majanduslike tunnuste kui ka töövõimetusega, siis seda tunnust lõppanalüüsi ei lisatud (mudel 1). Teistele tunnustele kohandatud töövõimetuspensionari saamise šansisuhte leidmiseks seoses majandusliku aktiivsusega kasutati mudelit 2, kuhu oli vastav tunnus lisatud. Viimaseks uuringuperioodiks toimunud töövõimetuspensionäride osatähtsuse kasvu

olulisuse hindamiseks kasutati Cuzicki trenditesti. Andmeanalüüsiks kasutati STATA 12 tarkvara.

TULEMUSED

Alates esimesest (1990) kuni 2012. aasta uuringuni vähenes TKU kohandamata vastasmäär 72,3%-lt 60,5%-ni. Kõigi uuringute raames vastas küsimusele töövõimetuse kohta 9598 meest ja 12 866 naist, neist vastavalt 873 ja 897 said töövõimetuspensionari.

Tabelis 1 esitatust nähtub, et üldine töövõimetuspensionäride osatähtsus oli kõigil perioodidel suurem meestel, kuid näitaja kasv viimaseks perioodiks (võrreldes esimesega) oli meestel ja naistel võrdne, vastavalt 5,8% ja 6,0% võrra (vt joonis).

Tabel 1. Töövõimetuspensionäride osatähtsus demograafilistes ja sotsiaal-majanduslikes rühmades uuringuperiooditi (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 1990–2014)

		Töövõimetuspensionäride osatähtsus (%) uuringuperiooditi*							
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
		Mehed				Naised			
Uuritav rühm		2600	2279	2319	2400	3202	3088	3286	3290
Neist töövõimetuspensionari saajad	arv	146	223	231	273	117	209	252	319
	%	5,6	9,8	10,0	11,4	3,7	6,8	7,7	9,7
Vanuserühm	16–24	2,1	3,9	2,4	5,3	1,3	2,9	2,4	2,8
	25–34	0,9	5,5	5,7	4,9	1,5	3,4	3,4	3,1
	35–44	3,4	5,4	7,0	8,5	1,9	3,8	6,3	5,4
	45–54	6,7	13,5	14,8	16,3	5,3	11,4	12,6	15,5
	55–64	15,7	22,8	20,3	21,7	7,5	11,3	12,9	18,6
Rahvus	eestlane	6,2	10,8	10,0	11,0	3,7	6,9	7,1	8,1
	muu	4,5	7,4	9,9	12,3	3,7	6,4	8,9	13,8
Haridus	alg-, põhi-	9,9	16,6	13,3	16,1	8,2	14,2	13,7	19,5
	kesk-	4,4	9,0	10,5	12,1	2,6	7,6	8,4	12,1
	keskeri-	4,2	7,6	10,2	11,2	3,1	5,4	8,6	10,4
	kõrg-	2,7	4,2	4,6	6,0	1,3	2,2	2,8	3,7
Elukoht	Tallinn	3,6	5,6	5,9	5,6	2,8	3,7	4,7	4,9
	muu linn	5,3	8,7	10,1	14,3	4,1	7,0	9,6	13,8
	maapiirkond	8,1	13,8	12,3	12,3	3,8	9,3	8,1	9,4
Majanduslik aktiivsus	töötav, õpib	2,1	3,6	4,4	5,9	0,9	2,9	4,5	5,1
	töötu	5,9	9,8	15,0	13,0	3,7	6,5	13,0	15,8
	mittetöötav	36,6	54,9	58,7	50,8	11,5	21,9	21,4	26,7
Sissetulek pereliikme kohta	alla keskmise	–	12,8	14,2	16,8	–	8,3	10,7	13,7
	keskmise	–	4,0	4,3	9,2	–	3,2	4,0	7,1
	üle keskmise	–	2,5	4,2	3,1	–	1,3	1,1	2,3
Perekonnaseis	abielus	6,1	8,7	7,5	13,6	5,1	5,4	7,0	6,6
	vallaline	5,3	8,4	8,9	9,0	2,9	5,7	6,5	8,7
	lahutatud, lesk	7,4	22,2	25,0	23,6	4,8	11,3	12,4	16,9

* I periood 1990–1998, II 2000–2004, III 2006–2008, IV 2010–2012.

Näitaja ei suurenenud ($p \geq 0,05$) ainult kõige nooremas vanuserühmas (16–24aastased) ja isikutel, kelle sissetulek pereliikme kohta oli üle keskmise; lisaks kõige vanematel (55–64aastased) ja Tallinnas elavatel meestel ning 25–34aastastel ja abielus naistel. Periooditi oli enamiku tunnuste

puhul suurima töövõimete osatähtsusega rühm nii meestel kui naistel sama, mõningane erinevus tuli esile rahvuse ja elukoha puhul.

Tabelis 2 on antud ülevaade töövõimetus- ja pensioni saamise riskist (teistele uuritud sotsiaal-majanduslikele tunnustele

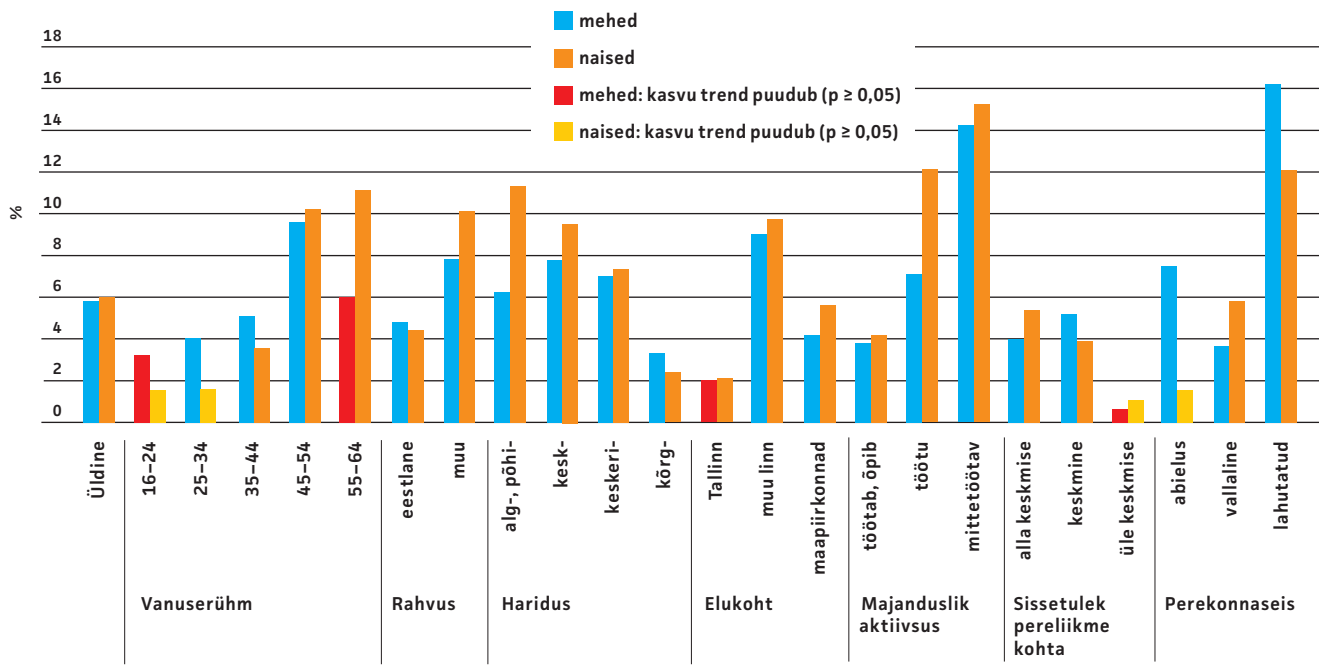
Tabel 2. Töövõimetus- ja pensioni saamise šansisuhe (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (uv) demograafilistes ja sotsiaal-majanduslikes rühmades uuringuperiooditi (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 1990–2014)

		Kohandatud OR* (95% uv) uuringuperiooditi**							
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
		Mehed				Naised			
Vanuserühm	16–24	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	25–34	0,70 (0,16–3,07)	3,17 (1,63–6,18)	3,68 (1,68–8,09)	2,10 (1,12–3,96)	2,47 (0,69–8,83)	3,32 (1,51–7,28)	3,34 (1,54–7,24)	2,23 (1,05–4,74)
	35–44	4,22 (1,37–13,01)	3,58 (1,73–7,39)	4,52 (2,09–9,78)	5,62 (3,00–10,51)	2,62 (0,74–9,26)	3,40 (1,54–7,50)	6,13 (2,93–12,80)	3,40 (1,68–6,86)
	45–54	8,27 (2,75–24,91)	8,90 (4,49–17,64)	10,38 (4,94–21,83)	11,25 (6,24–20,27)	8,86 (2,74–28,60)	10,16 (4,96–20,79)	12,05 (6,05–24,02)	11,35 (5,91–21,80)
	55–64	21,03 (7,08–62,44)	15,82 (8,09–30,94)	16,35 (7,75–34,50)	15,81 (8,69–28,79)	10,34 (3,19–33,51)	8,42 (4,04–17,52)	11,47 (5,68–23,17)	12,37 (6,46–23,67)
Rahvus	eestlane	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	muud	0,75 (0,44–1,26)	0,77 (0,51–1,16)	1,00 (0,69–1,45)	1,17 (0,83–1,63)	1,02 (0,61–1,70)	1,00 (0,70–1,44)	1,30 (0,94–1,79)	1,55 (1,16–2,07)
Haridus	alg-, põhi-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	kesk-	0,69 (0,37–1,29)	0,68 (0,46–1,02)	0,83 (0,55–1,25)	0,78 (0,53–1,16)	0,67 (0,35–1,30)	0,65 (0,43–0,97)	0,56 (0,37–0,84)	0,40 (0,27–0,60)
	keskeri-	0,67 (0,40–1,12)	0,62 (0,42–0,93)	0,82 (0,55–1,23)	0,74 (0,50–1,09)	0,74 (0,41–1,31)	0,40 (0,26–0,60)	0,50 (0,33–0,74)	0,28 (0,19–0,42)
	kõrg-	0,34 (0,14–0,83)	0,40 (0,21–0,77)	0,39 (0,22–0,71)	0,61 (0,36–1,01)	0,21 (0,09–0,54)	0,18 (0,09–0,34)	0,22 (0,13–0,38)	0,17 (0,10–0,27)
Elukoht	Tallinn	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	muu linn	1,34 (0,74–2,43)	1,23 (0,77–1,95)	1,43 (0,91–2,26)	2,78 (1,79–4,31)	1,21 (0,70–2,10)	1,65 (1,06–2,57)	1,85 (1,25–2,74)	2,92 (2,02–4,21)
	maapiirkond	2,00 (1,07–3,73)	1,51 (0,93–2,45)	1,89 (1,17–3,06)	2,28 (1,42–3,66)	1,02 (0,53–1,96)	1,80 (1,11–2,92)	1,75 (1,12–2,71)	1,89 (1,25–2,87)
Majanduslik aktiivsus***	töötav, õpib	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	töötu	1,70 (0,63–4,56)	1,98 (1,14–3,43)	2,64 (1,46–4,77)	1,73 (1,12–2,66)	4,67 (1,47–14,86)	1,14 (0,56–2,30)	2,14 (1,14–4,02)	2,34 (1,51–3,67)
	mittetöötav	15,90 (9,21–27,44)	22,42 (14,29–35,18)	18,92 (12,14–9,48)	9,44 (6,34–14,05)	18,44 (9,62–35,34)	11,50 (7,63–17,31)	5,85 (4,12–8,29)	5,48 (4,04–7,43)
Sissetulek	alla keskmise	–	1,00	1,00	1,00	–	1,00	1,00	1,00
	keskmise	–	0,38 (0,22–0,64)	0,33 (0,21–0,53)	0,64 (0,47–0,88)	–	0,51 (0,30–0,85)	0,49 (0,33–0,74)	0,56 (0,42–0,75)
	üle keskmise	–	0,25 (0,11–0,60)	0,43 (0,25–0,72)	0,26 (0,15–0,45)	–	0,18 (0,04–0,74)	0,16 (0,07–0,40)	0,29 (0,15–0,53)
Perekonnaseis	abielus	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	vallaline	0,39 (0,20–0,75)	0,32 (0,20–0,51)	0,44 (0,28–0,70)	0,22 (0,15–0,32)	0,36 (0,18–0,71)	0,49 (0,30–0,80)	0,48 (0,32–0,73)	0,77 (0,50–1,17)
	lahutatud, lesk	0,36 (0,14–0,94)	0,90 (0,52–1,58)	1,28 (0,74–2,21)	0,46 (0,28–0,77)	0,45 (0,21–0,97)	0,69 (0,40–1,18)	0,64 (0,40–1,03)	0,92 (0,58–1,48)

* Kohandatud teistele tabelis esitatud tunnustele, v.a majanduslik aktiivsus (mudel 1).

** I periood 1990–1998, II 2000–2004, III 2006–2008, IV 2010–2012.

*** Kohandatud teistele tabelis esitatud tunnustele (mudel 2).



Joonis. Töövõimetuspensionäride osatähtsuse kasv (% võrra) sotsiaal-majanduslikes rühmades viimaseks uuringuperioodiks

kohandatud šansisuhe) erinevates sotsiaal-majanduslikes rühmades periooditi. See näitaja oli suurem kõigil vanematel kui 16-24aastastel alates II uuringuperioodist, samuti kõigil töötutel ja mittetöötaval isikul (võrreldes töötavatega) ning suurenes majandusliku aktiivsuse vähenemisega. Kõigil uuritud perioodidel oli kirjeldatud näitaja väiksem kahes rühmas, kus sissetulek pereliikme kohta oli suurem (võrreldes madalaimaga), ja vähenes sissetuleku suurenemisega. Rohkema kui alg-/põhiharidusega naistel ilmnas alates II perioodist väiksem risk töövõimetuspensionäri saamiseks ja see vähenes haridustaseme tõusuga. Samas oli ainult kõrgharitud meestel (II perioodil ka keskeriharidust omavatel) vastav risk väiksem kui alg-/põhihariduse rühmas ja seegi seos kadus viimasel uuringuperioodil. Elukohast lähtudes oli tabelis esitatud näitaja alates II perioodist suurem mujal elavatel naistel (võrreldes Tallinna elanikega), kusjuures III ja IV perioodil oli see suurim teiste linnade elanikel. Meestel ilmnas sarnane seos ainult viimasel uuringuperioodil ning oli suurim samuti teiste linnade elanikel. Vallalistel (meestel kõigil perioodidel, naistel esimesel kolmel) oli töövõimetuspensionäri saamise risk väiksem kui abielus olijatel. Ainult viimasel uuringuperioodil oli vastav näitaja muust rahvusest naistel suurem kui eesti naistel.

ARUTELU

Uuringu tulemused näitasid, et 1) töövõimetuspensionäride osatähtsused suurenesid uuritud perioodi (1990-2012) lõpuks võrdsel määral nii meestel kui ka naistel ning jäi endiselt kõrgemaks meestel; näitaja suurenes enamikus analüüsitud sotsiaal-majanduslikes rühmades; 2) pärast kohandamist teistele uuritud tunnustele suurenes töövõimetuspensionäri saamise risk kõigil perioodidel majandusliku aktiivsuse vähenedes ja vähenes pereliikme kohta sissetuleku suurenemisega nii meestel kui ka naistel; 3) naistel suurenes see näitaja lisaks elukohaga väljaspool Tallinna ja vähenes haridustaseme tõusuga; meestel suurenes see vanusega, oli suurem põhiliselt maapiirkonna elanikel (võrreldes Tallinnaga) ja väiksem ainult kõrgharitudel (võrreldes alg-/põhiharidusega), kuid seos kadus viimasel uuringuperioodil.

Varasemate Eestis tehtud uuringute tulemused annavad mõtlemissainet uuringus leitu selgitamiseks, sellega otsest võrdlust võimaldavaid uuringutulemusi leida ei õnnestunud. Eesti rahvastiku tervisekaotuse hindamine tõi näiteks samuti esile erinevuse vanuseti ja meeste ning naiste vahel: üle poole kaost pärineb tööealistelt, kusjuures meestel on peamiseks põhjuseks enneaegsed surmad noores eas, naistel ülekaalukalt haigestumine kroonilistesse haigustesse

vanemas eas; viimastel aastatel enneaegsete surmade osa väheneb, pidevalt suureneb aga haigestumisest tingitud tervisekaotus (11).

Mitmetes uuringutes on täheldatud rahvuspõhist erinevust seoses tervisenäitajatega: võrreldes teistest rahvustest Eesti elanikega elavad eesti rahvusest mehed tervena 1,7 ja naised 5 aastat kauem (11). TKU 1990.–2004. aasta andmete analüüsil ilmnes, et kui eesti naistel vähenes rasvunute osatähtsus nimetatud perioodil, siis muust rahvusest naistel suurenes, meestel seost rahvusega polnud (12).

Riigikontrolli 2010. aasta audit näitas, et kui võtta arvesse ka töövõimetus- ja toitjakaotuspensionärid, siis minnakse meil pensionile keskmiselt 52aastaselt ning ennetähtaegse pensionilemineku valivad valdavalt need, kes enne pensionile jäämist olid töötud või töövõimetuspensionärid (5). Töövõimetuspensionäride osatähtsus oli 2012. aastal väiksem Harjumaal, sh eriti Tallinnas (13), suure tervisekaotusega maakondades oli väiksem keskmine palk ja tööhõive (11).

On avaldatud arvamust, et kui teised töötusega seotud hüvitised on ammendatud, siis püütakse saada veel töövõimetus hüvitist ning seega pole selle määramine läbinisti sihipärane (5). Kindlasti mõjutab töövõimekaotuse teket lisaks sotsiaal-majanduslikele teguritele ka tervisekäitumine, mis omakorda on oluliselt seotud sotsiaal-majandusliku staatusega, eriti hariduse, kuid ka sissetuleku ja majandusliku aktiivsusega (7). Seda arvesse võttes vähendas kohandamine sotsiaal-majanduslikele teguritele lisaks tervisekäitumise mõju analüüsi tulemustele.

Uuringutulemusi üldise (mitte konkreetse haiguse või haigusrühma puhul) töövõimetuspensioni saamise seose kohta sotsiaal-majandusliku staatusega pole avaldatud eriti palju. Kasutades otsingusüsteemi PubMed, selgus, et valdav osa uuringuga võrdlust võimaldavaid uuringutulemusi pärineb Ühendkuningriigist.

Šoti terviseuuringute andmetel suurenes töövõimetus hüvitise saamise risk vanusega ja suuremat puudust kannatajate seas, vähenes aga kõrgharitudel (15). Väga kõrge töövõimetus tasemega Glasgow's ja üldse Šotimaal oli töövõimetus osatähtsus suurim 40–60aastastel, nooremate hulgas see aastatel 1999–2006 vähenes. Töövõimetus hüvitise saajate hulgas oli veidi rohkem mehi, naised olid ülekaalus aga halva tööhõive ajalooga (palju erinevaid

lühiaegse kestusega töökohti, pikad mitte-töötamise perioodid jm) rühmas (15). Ühendkuningriigis, kus töövõimetus hüvitise saajate osatähtsus muutus piirkonniti väga erinevalt, leiti, et seda ei saa seletada ainult sotsiaal-majanduslike põhjustega, vaid ilmselt mõjuvad ka kultuurilised erinevused just suhtumises, tõekspidamistes ja ootuses tervisele (16).

Rootsis on leitud, et väiksema sissetulekuga, mitte täisajaga töötajatel ja töötutel on töövõimetus pensionile jäämise risk suurem, eriti meestel, samuti väljapool Rootsit sündinutel ja madala haridustaseme korral (17). Soome uuringutulemuste põhjal on töövõimetus pensioni saajate osatähtsus suurem füüsilise töö tegijate seas, seega madalama haridusega isikutel, kusjuures halba tervist ja füüsilisi töötingimusi peetakse üheks põhjuseks sotsiaal-majanduslike erinevuste ilmnemisel töövõimetus pensioni saamisel. Leiti, et panustamine töötajate tervisesse ja töötingimuste parandamisse eriti madalama tööstaatus korral aitaks vähendada sotsiaal-majanduslike erinevusi töövõimetus pensioni saamisel (18).

Majanduskriisidel on tervisele tuntav mõju, mis võib väljenduda alles aastate pärast, ning see avaldub eriti madalama sotsiaal-majandusliku staatusega rühmades ning selliste kriiside toime erineb riigiti (19). On rõhutatud, et tervise seotud pikaajalise töötuse probleemiga tegelemine on kindlasti osa üldarstide tööst (20), nad peaksid olema teadlikud oma patsiendi tööst või töötusest ning tervise ja haiguste mõjust töövõimele (21).

Hollandis tehtud uuringus leiti, et töövõimetus hüvitise määramisega tegelev arst vajab selleks väga täpset juhendit (22). Samas on mitmes riigis täheldatud, et pärast pikaajalise töövõimetus hüvitise kättesaamist kaovad patsiendid üldarsti vaateväljast (20).

Tugev seos inimeste madalama sotsiaal-majandusliku staatuse ja halvema tervise (seda kajastab küllaltki hästi tervise enesehinnang) vahel on üldteada. Rootsis tehtud uuringu tulemused näitavad, et mida kõrgem on inimeste teatud hetke tervise enesehinnang, seda vähem neist hakkab järgneval ajaperioodil saama töövõimetus pensioni (23). Soomes leiti, et teatud hetke madalam kui hea tervise enesehinnang viitab suurele riskile jääda tulevikus pensionile töövõimetus tõttu (24) ja et tervise enesehinnangu

panus töövõimetuspensionile jäämise riskile on suurem vanemaealistel (18).

Kõigis TKUdes on esitatud küsimus praeguse tervise enesehinnangu kohta. Analüüsides vastuseid sellele küsimusele (tulemused ei ole artiklis esitatud), selgus, et töövõimetuspensionäride osatähtsus viimaseks uuringuperioodiks (võrreldes esimesega) ei suurenenud ainult üsna hea / hea tervise enesehinnanguga rühmas. Keskmise, eriti aga üsna halva / halva tervise enesehinnangu korral suurenes vastav näitaja märkimisväärselt ja rohkem naistel.

Töö tugevad küljed ja puudused

Uuringu tugevaks küljeks on võimalus kasutada pika ajavahemiku (1990–2012) jooksul ühtse meetodika alusel toimunud ja suhteliselt kõrge vastamismääraga rahvastikupõhise TKU andmeid. Hõlmatud on kogu praeguse riikliku pensionikindlustuse seaduse kehtivuse aeg (kolm viimast uuringuperioodi). Kuna tegemist on ainult vastavate näitajate muutumise hindamisega, ei vähenda vastajate endi esitatud andmete kasutamine tulemuste usaldusväärsust.

Analüüs põhineb tervisekäitumis-uuringul, mille käigus ei koguta täpseid andmeid inimeste tervise kohta, samuti puuduvad andmed töövõimetuspensionisaamise aja kohta. Seetõttu pole probleemi käsitlemine tervisest lähtudes võimalik. Edaspidi oleks huvipakkuv võimaluse korral siiski püüda analüüsida töövõimetuspensionisaamist seostatuna tervise enesehinnanguga.

Töö puuduseks on erinevatel põhjustel mõneti järgnevatest erinev esimene uuringuperiood (1990–1998). Kõigepealt mõjutas seda esimeste TKUde veel väljakujunemata meetodika – esimese kolme uuringu väikest algvalimist tingitud väga väike töövõimetuspensionäride arv, esimeses uuringus kaasatud veidi erinev vanuserühm –, mistõttu pidi usaldusväärsete tulemuste saamiseks periood hõlmama pikemat ajavahemikku kui järgnevad. Kindlasti tuleb selle perioodi puhul arvestada riigi ebastabiilse poliitilise ja majandusolukorraga, võib-olla ka eelmise invaliidsuspensionisüsteemi kehtimisega. Kõik see võib olla üks põhjus, miks mitmed eespool kirjeldatud muutused avaldusid alates II uuringuperioodist (2000–2004).

Kahtlemata tuleb arvestada ka sellega, et analüüsitud probleemi puhul ei saa kindlalt

määrata inimeste sotsiaal-majandusliku olukorra ja töövõimetushüvitise saamise ajalast seost, kuna “töövõimet mõjutav tervisekadu võib halvendada inimese sotsiaalset ja majanduslikku olukorda kuni vaesusse langemiseni, samas – vaesus võib soodustada olulise tervisehäire tekkimise riski” (6).

JÄRELDUSED

Töövõimetuspensionäride üldine osatähtsus ajavahemikul 1990–2012 suurenes Eestis võrdselt meestel ja naistel ning jäi endiselt kõrgemaks meestel. Pärast kohandamist teistele sotsiaal-majanduslikele tunnustele (vanus, rahvus, haridus, elukoht, sissetulek pereliikme kohta, perekonnaseis) suurenes kõigil uuringuperioodidel risk saada töövõimetuspensionisaamise tõusuga ja majandusliku aktiivsuse vähenemisega ning vähenes pereliikme kohta sissetuleku kasvuga. Naistel suurenes risk lisaks neil, kes ei elanud Tallinnas ja vähenes haridustaseme tõusuga. Uuringu tulemused annavad kinnitust, et inimeste sotsiaal-majandusliku staatuse tõstmise kaudu on võimalik olukorda parandada. Tähelepanu ja edasist jälgimist väärib kõrghariduse kaitsva toime kadumine meestel ning suurema riski ilmumine saada töövõimetuspensionisaamist muust rahvusest naistel võrreldes eesti naistega viimasel uuringuperioodil (2010–2012).

TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad Tiitu Vahtramäed tehnilise töö eest uuringute teostamisel.

Uuringut on eri ajal rahastanud Sotsiaalministeerium, samuti on tehtud seda südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005–2020 ja rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 raames. Töö tegemist on toetanud Haridus- ja Teadusministeerium (SF0940026s07) ja Eesti Teadusagentuur (IUT5-1).

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Artikli autorid kinnitavad huvide konflikti puudumist seoses uuringu teostusega.

SUMMARY

Changes in receiving incapacity benefit by population groups, based on the study Health Behaviour among Estonian Adult Population 1990–2012

Mare Tekkel¹, Tatjana Veideman¹

Background. The percentage of the recipients of incapacity benefit in Estonia is relatively high and is increasing rapidly.

¹ National Institute for Health Development, Department of Epidemiology and Biostatistics

Correspondence to: Mare Tekkel
mare.tekkel@tai.ee

Keywords: receipt of incapacity benefit, socio-economic groups, Estonia

Objective. Analysis of changes in the relative importance of incapacity benefit recipients in the population and of differences in receiving incapacity benefit between various socio-economic groups.

Methods. Data from the study *Health Behaviour among Estonian Adult Population 1990–2012* were used for analysis. Studies were implemented as postal surveys, adhering to a uniform methodology. The relevant random sample (Estonian residents 16–64 years of age) was commissioned from the Population Register. The studied group comprised 9,598 men and 12,866 women, of whom 873 and 897, respectively, received incapacity benefit. Differences between the different socio-economic groups in receiving incapacity benefit were estimated during four study periods by odds ratios (OR) with a 95% confidence interval adjusted for age, nationality, education, region of residence, income per household member and marital status, using multilevel logistic regression.

Results. The percentage of incapacity benefit recipients for the relevant last period increased equally for men and women as well as for most socio-economic groups. After adjustment for the other examined characteristics, the odds ratio of receiving incapacity benefit increased in all periods in accordance with an increase of age and decrease in economic activity, and decreased with an increase of income per household member. The above OR increased additionally for women with residence outside Tallinn and decreased in accordance with higher educational level.

Conclusions. The study results confirm the potential to improve the relevant situation through improvement of the applicable socio-economic status. The loss of the protective effect of higher education for men as well as the emergence of the protective effect of nationality other than Estonian for women in terms of an increased odds ratio to receive incapacity benefit, both of the above characteristics becoming apparent in the last study period, deserve attention and further research.

KIRJANDUS/REFERENCES

- Shiels C, Gabbay MB, Ford FM. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *Br J Gen Pract* 2004;54:86–91.
- Brown J, Hanlon P, Turok I, Webster D, Arnott J, Macdonald EB. Mental health as a reason for claiming incapacity benefits - a comparison of national and local trends. *J Public Health* 2008;1:74–80.
- Stanger MJ. Incapacity, work, and benefits. *BMJ* 2008;336:735.
- Riikliku pensionikindlustuse seadus (05.12.2001). RT I 2001,100,648; viimati muudetud 26.03.2014. <https://www.riigiteataja.ee/akt/RPKS> (viimati vaadatud 18.08.2014).
- Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Riigi tegevus puuetega inimeste ja töövõimetuspensionäride toetamisel. Kas toetusüsteem täidab oma eesmärgi? Tallinn, 18. oktoober 2010. http://tootamekoos.ee/images/images-user/Riigi%20tegevus%20puuetega%20inimeste%20ja%20toovõimetuspensionaride%20toetamisel_02_02_12.pdf (viimati vaadatud 18.08.2014).
- Veldre V, Masso M, Osila L, Kruus P. Töövõimetuse hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis. Uuringuaruanne. Tallinn: Poliitikauringute Keskus Praxis; 2012. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5400/1/Praxis2012.pdf> (viimati vaadatud 18.08.2014).
- Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumisuuringu lõpparuannete kogumikud 2004 ja 2006–2012. https://intra.tai.ee/images/prints/documents/132039837321_Eesti_taiskasvanud_rahvastiku_tervisekaitumise_uuring_EST_ENG.pdf; http://www.tai.ee/terviseandmed/uuringud?limit=10&filter_catid=0&filter_year=0&filter_pubid=71&filter_languageid=0&filter=&filter_order=p.publish_year&filter_order_Dir=DESC (viimati vaadatud 18.08.2014).
- Lühiülevaade Eesti majandusarengust 1993–2005 ja prognoos 2006. Eesti Majanduse Teataja 2006;176:10–1.
- Eesti Statistika aastaraamat. Statistical Yearbook of Estonia 2009. Tallinn: Eesti Statistika. Statistics Estonia; 2009. <http://www.stat.ee/31365> (viimati vaadatud 18.08.2014).
- Eesti Statistika aastaraamat. Statistical Yearbook of Estonia 2011. Tallinn: Eesti Statistika. Statistics Estonia; 2011. <http://www.stat.ee/49281> (viimati vaadatud 18.08.2014).
- Lai T, Köhler K. Eesti rahvastiku tervisekaotus. Sotsiaalministeeriumi toimetised 2009;1:1–14. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1861/1/Sotsiaalministeerium2009_2.pdf (viimati vaadatud 18.08.2014).
- Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Changes over fourteen years in adult obesity in Estonia: socioeconomic status and use of outpatient health services. *Cent Eur J Public Health* 2010;4:186–91.
- Sotsiaalkindlustusamet. Analüütiline ülevaade aruande "Pensionärid" 2012 kohta. <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/2012a-pens/> (viimati vaadatud 18.08.2014).
- Whittaker W, Sutton M, Maxwell M, et al. Predicting which people with psychosocial distress are at risk of becoming dependent on state benefits: analysis of routinely available data. *BMJ* 2010;341:c3838.
- Brown J, Hanlon P, Turok I, et al. Establishing the potential for using routine data on incapacity benefits to assess the local impact of policy initiatives. *J Public Health (Oxf)* 2008;1:54–9.
- Cattrell A, Harris EC, Palmer KT, Kim M, Aylward M, Coggon D. Regional trends in awards of incapacity benefit by cause. *Occup Med (Lond)* 2011;61:148–51.
- Gustafsson K, Aronsson G, Marklund S, Wikman A, Floderus B. Peripheral labour market position and risk of disability pension: a prospective population-based study. *BMJ Open* 2014;4:e005230.
- Polvinen A, Gould R, Lahelma E, Martikainen P. Socioeconomic differences in disability retirement in Finland: the contribution of ill-health, health behaviours and working conditions. *Scand J Public Health* 2013;41:470–8.
- Kaplan GA. Economic crises: Some thoughts on why, when and where they (might) matter for health—A tale of three countries. *Soc Sci Med* 2012;74:643–6.
- Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occup Med (Lond)* 2010;60:121–6.
- Gabbay M, Taylor L, Sheppard L, et al. NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *Br J Gen Pract* 2011;61:118–24.
- Schellart AJ, Mulders H, Steenbeek R, Anema JR, Kroneman H, Besselin J. Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. *BMC Public Health* 2011;11:864.
- Halford C, Wallman T, Welin L, et al. Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. A population-based longitudinal study of nearly 15,000 observations among Swedish women and men. *BMC Public Health* 2012;2:1103.
- Pietiläinen O, Laaksonen M, Rahkonen O, Lahelma E. Self-rated health as a predictor of disability retirement. The contribution of ill-health and working conditions. *PLoS One* 2011;6:e111103.