

Kehvema tervisega inimesed hindavad tervishoiusüsteeme kriitilisemalt – Eesti ja 14 teise Euroopa riigi võrdlus

Mare Ainsaar¹, Oliver Nahkur¹

Taust. Mitmed uuringud on näidanud, et kehvema tervisega inimesed kalduvad olema tervishoiusüsteemiga vähem rahul kui parema tervisega inimesed. Samas on teada, et tervishoiusüsteemiga rahulolu võib sõltuda tervishoiusüsteemivälistest teguritest. Näiteks on erinevate riigisüsteemide rahulolude vahel tugev seos.

Eesmärk. Võrrelda erineva terviseseisundiga inimeste rahulolu tervishoiusüsteemiga Eestis ja veel 14 Euroopa riigis ning analüüsida selle seost üldise rahuloluga riigisüsteemiga ning sissetulekute ja terviseteenuse saamisega.

Metoodika. Artiklis on kasutatud Euroopa sotsiaaluuringu 2014. aasta voo andmeid. Uuring on esinduslik 15aastaste ja vanemate tavaleibkondades elavate inimeste puhul. Andmeid koguti 2014. aastal silmast silma intervjuudega. Inimeste rahulolu tervishoiusüsteemiga mõjutavaid tegureid analüüsiti sammsammulise lineaarse regressioonanalüüsi abil.

Tulemused. Tulemused näitavad, et inimese tervis ja rahulolu tervishoiusüsteemiga on enamikus Euroopa riikides omavahel seotud. Enamasti on kehvema tervisega inimesed tervishoiusüsteemi suhtes kriitilisemad. Rahulolu tervishoiusüsteemiga on seotud ka üldise rahuloluga riigi valitsusega. Austrias, Rootsis ja Sloveenias on kehvema tervisega inimeste kriitilisem hinnang tervishoiusüsteemile seotud üldise hinnanguga kogu valitsuse tööle. Eestis ning Belgias sõltuvad parema ja kehvema tervisega inimeste hoiakud eelkõige nende sissetulekust.

Järeldused. Eestis on kehvema tervisega inimeste väiksem rahulolu tervishoiusüsteemiga seletatav eelkõige nende inimeste väiksemate majanduslike võimalustega. Eestis on vaja uurida sissetulekute täpsemat mõju tervishoiusüsteemi kasutusele.

Rahvastiku vananemine on toonud kaasa suureneva vajaduse täiendavate tervishoiuteenuste ning kogu süsteemi hindamise järele. Euroopas on tervishoiuteenuste ja -reformide kvaliteedi hindamisel järjest olulisemal kohal rahulolu mõõtmise (3, 4), ehkki seda on ka kritiseeritud (3, 5–7). Näiteks uuritakse Eestis inimeste rahulolu tervishoiukorralduse, arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavusega iga-aastase küsitlusega „Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile” ning alates 2004. aastast iga kahe aasta tagant Euroopa sotsiaaluuringuga. Viimaste aastate tulemused näitavad, et pärast aeglast paranemist on 2012. aastast eestimaalaste rahulolu tervishoiukorralduse ja arstiabi kättesaadavusega mõnevõrra

vähenenud (8), sama on toimunud mitmes teises Euroopa riigis (9).

Samas on varasemad rahvusvahelised uuringud näidanud, et tervishoiusüsteemiga rahulolu mõjutavad mitmed tervishoiusüsteemivälised tegurid ning näiteks isiklik kokkupuude süsteemiga seletab vaid kümnendiku üldisest rahulolust (3, 10–13). Rahulolu võib sõltuda ka näiteks rahulolust üldise riigikorraldusega (15, 16). Senised uuringud on näidanud, et parema tervisega inimesed kalduvad olema tervishoiusüsteemiga enam rahul kui kehvema tervisega inimesed (3, 5, 8, 13, 14) ja negatiivsema hinnanguga inimesed on kriitilisemad kõigi riigi süsteemide suhtes.

Artikli eesmärk on võrrelda erineva subjektiivse tervisehinnanguga inimeste

Eesti Arst 2017;
96(3):129–136

Saabunud toimetusse:
27.05.2016
Avaldamiseks vastu võetud:
12.10.2016
Avaldatud internetis:
27.03.2017

¹ TÜ ühiskonnateaduste instituudi sotsiaalpoliitika õppetool

Kirjavahetajaautor:
Mare Ainsaar
mare.ainsaar@ut.ee

Võtmesõnad:
tervishoiusüsteem,
rahulolu, sissetulek,
Euroopa, Eesti

rahulolu tervishoiusüsteemiga Eestis ja veel 14 Euroopa riigis 2014. aastal ning analüüsida mõnede muude tegurite nagu üldise rahulolu valitsusega, kokkupuute tervishoiusüsteemiga, terviseteevuse mittedaamimise ja leibkondade majandusliku toimetuleku seost rahuloluga tervishoiusüsteemiga.

METOODIKA

Andmed

Kasutatud on Euroopa sotsiaaluuringu (ESS) 2014. aasta andmeid. Euroopa sotsiaaluuring on rahvastikupõhine uuring ning esinduslik 15aastaste ja vanemate tavaleibkondades elavate inimeste puhul soo, vanuse ja piirkondliku jaotuse suhtes kõigis osalevates riikides. Uuring viiakse silmast silma intervjuu meetodil läbi iga kahe aasta tagant. Küsimustik ja korralduslikud protseduurid on rangelt standarditud, et tagada tulemuste võrdlus riigiti (17). Detailne ülevaade uuringu metoodikast on kättesaadav mitmest kirjandusallikast (17, 18, 32). 2014. aasta vooru vastajate arvust, vastamismäärast ja inimeste jaotusest nende terviseseisundi järgi annab ülevaate tabel 1. Valimi koostamise ja kaalumise põhimõtetest on ülevaade uuringu kodulehel (32). Analüüsiks on kasutatud riikide valimi disankaaludega andmeid.

Tervise mõõtmiseks kasutame tervise-enekehinnangut ehk küsimust „Üldiselt hinnates, milline on Teie tervislik seisund?“. Varasemad uuringud on näidanud, et enesehinnanguline tervis on seotud ka objektiivsete tervisenäitajatega (19–21).

Uuringus jagati inimesed tervise-enekehinnangu põhjal kahte rühma: need, kes hindasid enda tervist heaks või väga heaks (hea tervis), ja need, kes hindasid enda tervist väga halvaks, halvaks või rahuldavaks (halb tervis). Kuna huvi pakkusid eelkõige parema ja kehvema tervisega inimeste erinevused, ei ole riikide võrdluses kasutatud vanuselise standardimist, mis oleks asjakohane eri vanusstruktuuriga riikide tulemuste võrdluses, vaid keskendutud on eelkõige kahe erineva tervisehinnanguga rühma võrdlusele.

Rahulolu tervishoiusüsteemiga mõõdeti küsimusega „Milline on Teie arvates praegusel ajal kogu tervishoiusüsteemi olukord (vastaja riigis)?“ 11 punkti skaalal (0 – väga halb ja 10 – väga hea). Rahulolu valitsusega mõõdeti küsimusega „Kui rahul olete (vastaja riigi) valitsuse tööga?“ 11 punkti skaalal (0 – üldse mitte rahul ja 10 – väga rahul). Leibkonna sissetulekut mõõdeti küsimusega „Milline järgnevatest kirjeldustest vastab Teie arvates kõige paremini Teie leibkonna praegusele sissetulekute

Tabel 1. Erineva tervise-enekehinnanguga rühmade osatähtsus, vastamise näitajad ning riigi rahvastiku üldiseloostust sõltuvate tunnuste kaupa (vt ka tabel 2)

	Vastajate arv	Vastamise määr (%)	Halb tervis (% vastajatest (95% uv))	Rahulolu valitsusega (95% uv)	Leibkondade sissetulek (95% uv)
Austria	1795	51,6	24,0 (22,00–26,00)	3,72–3,93	1,84–1,91
Belgia	1769	57,0	23,1 (21,13–25,07)	4,44–4,64	1,86–1,94
Šveits	1532	52,7	17,5 (15,59–19,41)	6,35–6,54	1,51–1,59
Tšehhi	2148	67,9	27,2 (25,32–29,08)	4,39–4,58	2,23–2,29
Saksamaa	3045	31,4	38,1 (36,37–39,83)	5,01–5,16	1,67–1,72
Taani	1502	51,9	25,1 (22,90–27,30)	4,88–5,11	1,36–1,43
Eesti	2051	59,9	52,9 (49,80–54,20)	4,22–4,41	2,21–2,28
Soome	2087	62,7	33,9 (50,74–55,06)	4,28–4,47	1,88–1,93
Prantsusmaa	1917	50,9	34,8 (32,66–36,94)	2,82–3,01	1,86–1,93
Iirimaa	2390	60,7	16,2 (14,72–17,68)	3,79–3,98	1,98–2,05
Holland	1919	58,6	27,2 (25,21–29,19)	5,02–5,20	1,63–1,70
Norra	1436	53,9	22,1 (19,95–24,25)	5,50–5,73	1,41–1,48
Poola	1615	65,8	38,8 (36,42–41,18)	2,96–3,17	2,14–2,21
Rootsi	1791	50,1	22,6 (20,66–24,54)	5,24–5,46	1,44–1,51
Sloveenia	1224	52,3	43,2 (40,52–46,08)	2,56–2,82	1,80–1,90

uv – usaldusvahemik

tasemele?“ (1 – elan/elame mugavalt praeguse sisetuleku juures; 2 – saame hakkama praeguse sisetuleku juures; 3 – praeguse sisetuleku juures on raske hakkama saada; 4 – praeguse sisetuleku juures on väga raske hakkama saada).

Arstiabi kasutamise kogemusi mõõdeti mitme küsimusega. Kõigepealt küsiti, kas inimesed on viimase 12 kuu jooksul kasutanud perearsti või eriarsti (v.a hambaarst) teenust (jah/ei); ning teiseks päriti, kas oli esinenud juhtumeid, kus polnud võimalik pääseda arsti vastuvõtule või saada vajalikku ravi (jah/ei). Juhul kui vastati jaatavalt, tuli edasi täita ankeet põhjuste kohta. Etteantud põhjuste loend oli järgmine: ei suudetud selle eest tasuda, ei saadud töölt vabaks, esines muid kohustusi, ootejärjekord oli liiga pikk, ei olnud vaba visiidiaega, vajalik ravi ei olnud elukohas või selle läheduses kättesaadav või jäi arsti juures käimata muudel põhjustel.

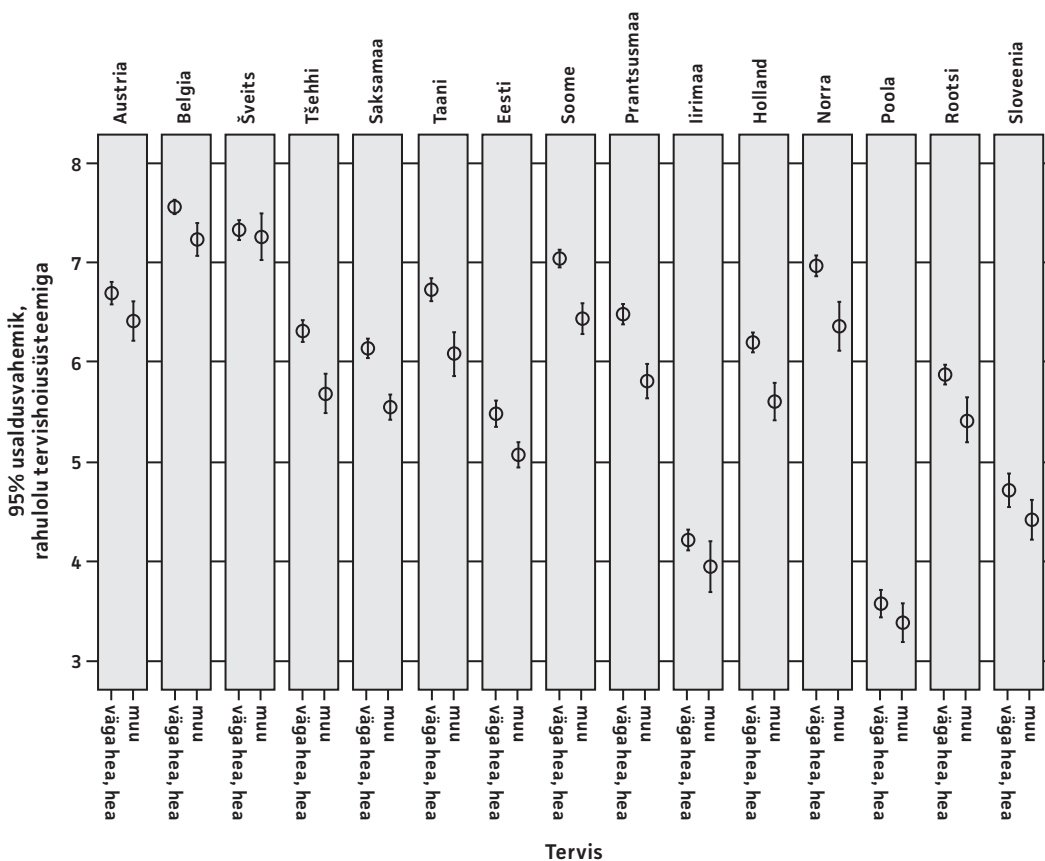
Erineva tervisesehinnanguga inimeste rahulolu tervishoiusüsteemiga analüüsiti

sammsammulise lineaarse regressioonianaalüüsi abil. Mudelis 1 on ainult tervishoiusüsteemi rahulolu seos inimese subjektiivse tervisehinnanguga. Mudelisse 2 lisime tervishoiusüsteemiga rahulolu kontrolliks rahulolu valitsusega. Mudelisse 3 lisati peale eelnevate tunnuste veel hinnang leibkonna majandusliku toimetuleku kohta, sest inimeste sisetulekud võivad oluliselt mõjutada nende ligipääsu tervishoiule ning seega süsteemiga rahulolu. Mudelisse 4 lisati veel ka kokkupuude kas pere- või eriarstiga viimase 12 kuu jooksul ja arstiabi mittesaamise tunnus, et välja selgitada, kui palju tegelik kokkupuude süsteemiga rahulolu mõjutab.

TULEMUSED

Arstiabi kasutamine ja kättesaadavus

2014. aastal oli Eestis rahulolu tervishoiusüsteemiga mõnevõrra väiksem kui Euroopa teistes riikides (vt joonis 1). Rahulolu tervishoiusüsteemiga oli uuritud riikidest kõige väiksem Iirimaa, Poolas ja Sloveenias



Joonis 1. Rahulolu tervishoiusüsteemiga hea (väga hea ja hea) ning halva (muu) tervise-ensehinnanguga patsientidel (skaalal 0 – äärmiselt rahulolematu; 10 – äärmiselt rahul).

ning suurim Šveitsis ja Belgias. Enamikus riikides on kehvema tervisega inimeste rahulolu tervishoiusüsteemiga väiksem kui tervetel inimestel. Erandiks ei ole ka Eesti.

Perearsti või eriarsti teenuseid kasutanud ja mittekasutanud inimeste hinnangud tervishoiuga rahulolule ei erinenud enamikus riikides statistiliselt oluliselt (95% tõenäosusega). Erinevus oli olemas vaid Iirimaa ja Tšehhis, kus arstiabi kasutanud olid süsteemiga vähem rahul kui mittekasutanud, küll erines kõigis riikides erineva tervisega inimestel tervishoiusüsteemi kasutamise kogemus (vt tabel 2).

Kõigis riikides kasutavad kehvema tervisega inimesed ootuspäraselt enam tervishoiuteenust kui hea tervisega inimesed (vt tabel 2). Viimase 12 kuu jooksul külastas hea tervisega inimestest vähemalt 50% perearsti ja 30% puutus kokku eriarsti teenusega, seega on ka hea tervisega inimestest suhteliselt suurel osal oma kogemus tervishoiusüsteemiga. Samad näitajad kehvema tervisega inimeste kohta on vastavalt 60% ja 50%. Seega kasutavad kehva terviseseisundiga inimesed võrreldes hea tervisega inimestega märgatavalt sagedamini just eriarstiabi. Eesti paistis teiste riikide seas silma selle poolest, et tervemad inimesed kasutavad perearsti

vähem kui enamikus teistes riikides (ainult Rootsis veel vähem), kuid suhteliselt palju kasutatakse eriarstiabi. Ka kehvema tervisega inimeste seas on Eestis perearsti kasutajate arv rahvusvahelises võrdluses suhteliselt vähene ja eriarsti kasutanute osa suurem.

Inimeste üldist rahulolu tervishoiusüsteemiga võib mõjutada juurdepääs teenusele. 23% kehvema ja 13% parema tervisega inimestest ei saanud arsti juurde, kuigi vajasis seda (vt tabel 2). See on võrreldes teiste riikidega suhteliselt keskmine näitaja. Kõige suuremad probleemid olid arsti juurde saamisel Poolas, Soomes, Prantsusmaal, Eestis ja Saksamaal ning kõige vähem märgiti seda Hollandis. Kõigis riikides, välja arvatud Austrias, Šveitsis, Prantsusmaal ja Sloveenias, oli kehvema tervisega inimestel suuremaid probleeme arsti juurde pääsemisega kui tervematel. Eestis oli valdavaks põhjuseks, miks vajalikku arstiabi ei saadud, pikk ooteaeg (10% inimestest). Piirkondlik kättesaadavus oli mureks 1,7%-l inimestest (teistes riikides alla 1%) ja rahalisi raskusi märkis Eestis probleemiks 1,2% inimestest. Enamikus riikides (v.a Šveits, Saksamaa, Prantsusmaa, Holland, Poola) olid rahalised raskused mõnevõrra suuremaks probleemiks kehvema

Tabel 2. Terviseteeenuse kasutamine erineva tervisega inimeste hinnanguga rühmades viimase 12 kuu jooksul (% vastava tervisega inimeste rühmast)

Tervisega inimeste hinnang	Kasutas perearsti teenust*		Kasutas eriarsti teenust*		Ei saanud terviseteeenust, kuigi vajasis seda*	
	Hea tervis	Halb tervis	Hea tervis	Halb tervis	Hea tervis	Halb tervis
Austria	73,6	87,7	44,0	71,2	4,9	7,9
Belgia	78,1	90,5	38,4	68,0	8,8	14,7
Šveits	66,5	87,3	35,2	64,2	5,8	9,3
Tšehhi	68,2	80,3	25,0	53,4	4,6	10,7
Saksamaa	76,0	90,0	57,6	73,3	13,2	19,7
Taani	76,0	88,9	32,7	59,4	5,4	11,3
Eesti	61,9	83,8	40,3	60,5	12,5	22,6
Soome	66,4	74,6	36,0	55,1	13,9	25,7
Prantsusmaa	79,4	87,9	40,7	59,5	18,0	21,4
Iirimaa	63,4	85,8	13,8	39,7	5,5	12,7
Holland	64,8	89,8	32,0	71,1	2,0	8,9
Norra	74,6	90,2	22,9	43,8	10,8	20,6
Poola	62,8	82,3	35,4	60,3	18,0	27,9
Rootsi	54,3	67,4	29,4	52,3	7,2	18,8
Sloveenia	73,1	85,6	31,9	53,9	7,2	10,9

* Kõik kahe rühma vahelised erinevused on riikide sees olulised 95% usaldusväärsusega.

tervisega inimestele, kuid Eestis ei ole tervise puhul need vahed suured.

Mis mõjutab rahulolu riigi tervishoiusüsteemiga?

Edasi analüüsime asjaolusid, mis mõjutavad hinnangut tervishoiusüsteemile. Esimene mudel (vt tabel 3) näitab veel kord, et hinnangud tervishoiusüsteemile on seotud inimeste tervise-enekehinnanguga kõigis riikides, v.a Poolas, Šveitsis ja Iirimaa. Poolas ja Iirimaa on nii hea kui ka kehv tervisega inimesed ühisel nõul, et tegemist on kehv süsteemiga, ning Šveitsis, vastupidi, ollakse ühisel nõul, et süsteem on hea (vt joonis 1). Kõigis teistes riikides hindavad kehvema tervisega inimesed tervishoiusüsteemi halvemaks kui hea tervisega inimesed.

Pärast valitsusega rahulolu tunnuse lisamist mudelisse 2 muutus ainult kolmes riigis – Austrias, Rootsis ja Sloveenias – tervise-enekehinnang tähtsusetuks tervishoiusüsteemi hindamisel (vt tabel 3). Nendes riikides jäi tervise mõju tähtsusetuks ka järgnevalt rakendatud mudelites. See viitab asjaolule, et erineva tervisega inimeste rahulolu tervishoiuga on nendes riikides oluliselt seotud üldise rahuloluga valitsusega. Ka kõigis teistes riikides muutus tervisekoefitsient väiksemaks ning see näitab, et kõigis riikides

on osa erineva tervisega inimeste hinnangutest seotud üldise rahuloluga valitsusega.

Kolmandas mudelis võeti arvesse ka inimeste sissetulekuid. Selle tulemusel muutus Eestis ja Belgias tervisenäitaja mõju tervishoiuga rahulolule mitteoluliseks. Mõlemas riigis on küll tervishoiuga rahulolule suurim mõju valitsusega rahulolul, kuid sissetulekutega seotud asjaolud ja tervis on tugevas seoses ning selle tõttu tasandavad sissetulekud tervise mõju. Eestis ja Belgias on korrektsem väita, et väiksema sissetulekuga inimesed on rahulolematumad, mitte kehvema tervisega inimesed.

Neljandas mudelis arvestati lisaks kõigile eelnevatele tunnustele ka arstidega kokkupuute ja vajaduse korral teenuse mittesaaamise kogemust, kuid see ei muutnud tervise seoseid rahuloluga tervishoiusüsteemiga, võrreldes kolmanda mudeli tulemusega. Nagu näha, on Euroopas hulk riike, kus tervis jääb oluliseks tervishoiuga rahulolu mõjutajaks: Tšehhi, Saksamaa, Taani, Soome, Prantsusmaa, Holland, Norra.

Kokku seletas viimane mudel 21% (Holland ja Eesti) kuni 7% (Šveits) tervishoiusüsteemiga rahulolust. Kui tabelis 3 on toodud välja vaid tervisetunnuse koefitsiendid mudelis, siis järgnevalt on kirjeldatud ka viimases mudelis olnud

Tabel 3. Hea ja halva tervisega inimeste erinevused tervishoiusüsteemiga rahulolu mudelites (lineaarse regressiooni standarditud koefitsiendid neljas mudelis iga riigi kohta eraldi; 0 – tervisehinnang ei ole statistiliselt oluline näitaja 95% tõenäosusega)*

	Mudel 1	Mudel 2	Mudel 3	Mudel 4
Austria	-0,054	0	0	0
Belgia	-0,096	-0,056	0	0
Šveits	0	0	0	0
Tšehhi	-0,123	-0,086	-0,076	-0,081
Saksamaa	-0,129	-0,067	-0,059	-0,060
Taani	-0,134	-0,095	-0,087	-0,079
Eesti	-0,090	-0,041	0	0
Soome	-0,145	-0,113	-0,096	-0,079
Prantsusmaa	-0,150	-0,121	-0,087	-0,086
Iirimaa	0	0	0	0
Holland	-0,133	-0,064	-0,055	-0,045
Norra	-0,127	-0,118	-0,098	-0,087
Poola	0	0	0	0
Rootsi	-0,127	0	0	0
Sloveenia	-0,062	0	0	0

* Mudel 1 – ainult tervis. Mudel 2 – lisatud ka valitsusega rahulolu. Mudel 3 – lisatud eelnevatele tunnustele ka sissetulekud. Mudel 4 – lisatud eelnevatele tunnustele ka teenuse mittesaaamine, kuigi vajadus selleks oli, ja tegelik kokkupuude pere -või eriarstidega.

kõigi tunnuste üldisi tulemusi. Kuna see ei ole artikli peateema, ei ole sellekohast tabelit lisatud. Kõigis riikides oli tervishoiusüsteemiga rahulolu kõige tugevamalt seotud riigi valitsuse rahulolu tunnusega ja näitas, et rahulolu tervishoiusüsteemiga ja rahulolu valitsusega on omavahel tugevas positiivses seoses. Pere majanduslik toimetulek jäi mõjutama rahulolu üheksas riigis, sealhulgas Eestis. Ka kokkupuude tervishoiusüsteemiga või vajaduse korral arstiabi mittedaamine mõjutasid rahulolu kõigis riikides, v.a Tšehhis. Enamikus riikides, ka Eestis, suurendas tegelik kokkupuude süsteemiga rahulolu ja arstiabi mittedaamine vähendas rahulolu. Ainuke erand oli Iirimaa, kus tegelik kokkupuude süsteemiga oli seotud väiksema rahuloluga.

ARUTELU

Uuring näitas, et enamikus riikides (v.a Poola, Iirimaa ja Šveits) on kehvema tervisega inimesed tervishoiusüsteemiga vähem rahul kui parema tervisega inimesed. Kehvema tervisega inimeste suurem rahulolematust tervishoiusüsteemiga võib tuleneda nende sotsiaal-majanduslikust staatusest ja sellest, et nad on eluga üldiselt rahulolematumad (22) ja on kriitilisemad ka riigisüsteemi toimimise suhtes (5, 15, 16). Euroopa sotsiaaluuringu andmestik võimaldas neid hüpoteese ka empiirilisel kontrollida.

Meie tulemused näitasid, et kuigi valitsusega rahulolu jäi kõige mõjukamaks tunnuseks kõikide riikide mudelites, muutis ta kehvema tervisega inimeste hoiakuid neutraalseks ainult kolmes riigis: Austrias, Rootsis ja Sloveenias. Seega mõjutas kõigis teistes riikides küll valitsusega rahulolu tervishoiuga rahulolu tulemust, kuid ei kaotanud ära kehvema ja parema tervisega inimeste hinnangute erinevusi tervishoiusüsteemile. Belgias, Tšehhis, Saksamaal, Taanis, Eestis, Soomes, Prantsusmaal, Hollandis ja Norras on kehvema tervisega inimesed rahulolematumad tervishoiusüsteemiga, sõltumata valitsusele antud hinnangutest.

Üheks halvema rahulolu põhjuseks võivad olla majanduslikest teguritest tingitud asjaolud ja juurdepääsupiirangud (1). On teada, et rahalised raskused on kehvema tervisega inimestel sagedasemaks probleemiks arstiabile juurdepääsul kui parema tervisega inimestel ning kehvema tervisega inimesed jätavad majanduslikel põhjustel sagedamini arsti juurde minemata või kaht-

levad selle võimalikkuses (9). See seos tuleb esile eriti nendes riikides, kus inimene peab oma teenuse kasutust ise suuremal määral rahastama (5, 9, 23, 11).

Kontrollisime ka leibkonna majandusliku toimetuleku seost rahuloluga tervishoiusüsteemiga. Varem on leitud, et suuremad sissetulekud on seotud suurema rahuloluga (28), aga on ka uuringuid (30, 31), kus seda seost ei ole leitud. Eesti ja Belgia olid ainukesed riigid, kus hinnang leibkonna sissetulekule seletas erinevusi erineva tervisega inimeste hinnangutes. Juurdepääsupiirangute lisamine mudelitesse ei muutnud teistes riikides mudelite sisulist tulemust.

Osas riikides – Tšehhis, Saksamaal, Taanis, Soomes, Prantsusmaal, Hollandis ja Norras – ei aidanud kehvema tervisega inimeste halvemat tervishoiusüsteemiga rahulolu seletada mitte ükski kontrolltunnus (rahulolu valitsusega, sissetulek ega isegi kogemused arstiabiga). Seega tuleb otsida teisi seletusi, milleks võib olla patsiendi rahulolu konkreetset juhul (3). Varem on leitud, et tervishoiuga rahulolu mõjutab olulisel määral see, kuidas tervishoiuteenust pakutakse (1, 24). Inimesed ootavad lisaks enda terveks ravimisele hästi toimivat arsti-patsiendi suhet (1), sh näiteks seda, et neid inimesena austatakse ja kaasatakse otsuste tegemisse (24). Mitmete rahulolu-uuringute tulemused Ameerikas (26, 27) viitavad asjaolule, et haavatavama positsiooniga inimeste probleemiks on tunnetatud suhe arstiga ja usaldus süsteemi vastu ning need asjaolud ei pruugi olla alati seotud objektiivse olukorraga.

Hoiakuid võib mõjutada ka negatiivne meediakajastus tervishoiusüsteemile (3), kuid ei ole põhjust arvata, et see mõjutaks terveid inimesi vähem kui kehvema tervisega ja süsteemiga tegeliku kokkupuutega inimesi. Siiski tuleb tunnistada, et ligi 80% rahulolust on kasutatud mudeli puhu seletamata. Seega näitab uuring sarnaselt varasemate töödega (29), et riikide vahel on suured seletamata erinevused, kuigi tervisesüsteemi kasutamise võimalused ja ooteajad mõjutavad rahulolu.

Riikides, kus ei leitud tervishoiusüsteemiväliseid tegureid hoiakute mõjutajate seas, kuid kehvema tervisega inimesed hindasid endiselt tervishoiusüsteemi kriitilisemalt, võib küsida, kas tegemist võib olla n-ö õigema hinnanguga rahvusvahelisteks võrdlusteks, sest just kehvema tervisega inimesed on oma vajaduste tõttu kõige enam kursis tervishoiusüsteemiga. Kahe terviserühma hinnangute

rahvusvaheline võrdlus näitab, et sisuliselt see riikide järjestust ei muudaks, sest riikide kaupa on hinnangud süsteemile erinevamad kui erineva tervisega inimeste hinnangud ühe riigi sees. Ainult kehvema tervisega inimeste arvamuste arvestamine vähendaks küll üldist rahulolu, kuid ei muudaks eri riikide süsteemidele antud rahulolu hinnangut.

JÄRELDUSED

Analüüs näitas, et tervishoiusüsteemile antud hinnang on paljudes Euroopa riikides seotud inimese terviseseisundiga. Ainult Austrias, Rootsis ja Sloveenias oli kehvema tervisega inimeste kriitilisem hinnang süsteemile seletatav üldise hinnanguga riigi valitsuse toimimisele. Eestis ning Belgias põhjustas tervete ja kehvema tervisega inimeste hinnangute erinevusi eelkõige nende rühmade sissetulek. Teistes riikides on kehvema tervisega inimesed tervishoiusüsteemi suhtes kriitilisemad ja see ei ole seletatav nende inimeste üldiselt suurema kriitilisusega valitsuse suhtes, väiksema sissetuleku või kokkupuutega tervishoiusüsteemiga.

Kõigis riikides on siiski üldine hinnang tervishoiusüsteemile tugevalt seotud hinnanguga valitsuse tööle ning tegeliku arstide külastuse või arstiabi mittesaamisega ehk süsteemi näitajatega. Enamikus riikides, sealhulgas Eestis, suurendab tegelik kokkupuude arstidega rahulolu tervishoiusüsteemiga ja arstiabi mittesaamine vähendab seda. Pere majanduslik toimetulek jäi mõjutama rahulolu tervishoiuga üheksas riigis, sealhulgas Eestis.

Eesti tervishoiusüsteemi saab rahvusvahelises võrdluses iseloomustada kui odavat, kuid siiski suhteliselt hea kvaliteediga süsteemi (2). Viimaste aastate suurimaks probleemiks on peetud rahastuse puudulikkust, mis seab ohtu ka patsientide rahulolu. Eestis on kehvema tervisega inimeste väiksem rahulolu tervishoiusüsteemiga seletatav eelkõige nende inimeste väiksemate majanduslike võimalustega. Seega, kuigi varasemad uuringud (25) on näidanud, et Eestis ei ole tervishoiu kasutuse erinevused sissetulekute järgi suured, oleks Eestis vaja uurida sissetulekute täpsemat mõju tervishoiusüsteemi kasutusele.

PIIRANGUD

Artiklis ei ole täpselt välja toodud soo ja vanuse mõju analüüsi tulemustele. Autorid tegid siiski taustauuringud, mis näitasid, et kuigi tervis ise on tugevalt sõltuvuses

inimeste vanusest ja soost, ei mõjuta see seos analüüsi tulemusi rahulolule oluliselt. Soo ja vanuse arvessevõtmine muudaks vaid tulemusi Hollandis ja Saksamaal, kus tervis muutus pärast vanuse ja soo arvessevõtmist mitteoluliseks tunnuseks. Samas, kuna muutus toimus tervise, soo ja vanuse omavahelise tugeva seose olemasolu tõttu, arvame, et määravaks tunnuseks inimese rahulolu puhul tervishoiusüsteemiga on siiski inimese tervise seisund, mitte vanuse sugu. Just sellist tunnuste seost näitasid ka eraldi tehtud täiendavad korrelatsioonanalüüsid. Seega võib tulemusi kasutada ka ilma vanuse ja soo tunnuse arvessevõtmiseta. Kuigi autorid on veendunud, et ka praegused tulemused on usaldusväärsed, võib tulevastest sarnastes analüüsides lisada mudelitesse tausttunnusteks teisi tunnuseid, kuid siiski arvestades nende omavahelist kollineaarsust.

Artiklis on kontrollitud, kas tervishoiuga rahulolu võib olla vahendatud üldise rahuloluga valitsusega. Samas on võimalik ka teistpidi suhe: tervishoiuga rahulolu mõjutab tugevalt inimeste hinnanguid kogu valitsuse usaldusväärsusele. Olemasolevad andmed ei luba kontrollida mõju suunda. Selle seose kontrollimiseks võib olla abi Euroopa sotsiaaluuringu andmebaasiga kaasas käiva meediaandmebaasi analüüsist, mis lubaks analüüsida iga riigi olukorda ja tervishoiuga seotud sündmuste mõju kogu rahulolule valitsusega kvalitatiivselt.

TÄNUAVALDUS

Artikkel on valminud NORFACE'i programmi „Welfare State Futures“ projekti „HealthDox“ (462-13-011) toetusel.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvikonflikt seoses uurimusega.

SUMMARY

People with limited health condition evaluate health systems more critically: comparison of Estonia and 14 other European countries

Mare Ainsaar¹, Oliver Nahkur¹

¹ Chair of Social Policy, Institute of Social Studies, University of Tartu, Tartu, Estonia

Correspondence to: Mare Ainsaar
mare.ainsaar@ut.ee

Keywords: healthcare, satisfaction, income, Europe, Estonia

healthcare system might depend more on external factors outside the health system. One such factor might be general satisfaction with government's actions.

Objective. The paper compares satisfaction with healthcare systems of people with better and worse health conditions in 15 European countries taking into account general satisfaction with government's actions generally and some other indicators.

Methods. We used data from the European Social Survey round 7 (2014). The survey provides data about 15+ non-institutionalised populations representative of the country. Face to face interviews were used in data collection. To analyse satisfaction differences between people with better and worse health conditions, we used step-by-step linear regression analysis.

Results. The results demonstrate that satisfaction with healthcare systems is related to the health condition of respondents in many countries. People with worse health condition tend to be less satisfied with the respective health care system. General satisfaction with the government is the most powerful factor related to satisfaction with the healthcare system in all countries. Only in Austria, Sweden and Slovenia is the more critical attitude of the less healthy people towards the healthcare system not revealed after taking into account satisfaction with the government of the particular country. Estonia and Belgium are the only countries where the economic status of people explains the impact of health on satisfaction with healthcare.

Conclusion. In Estonia people with worse health condition are less satisfied with the healthcare system mainly because they have less economic resources. The impact of income on relationship with healthcare requires further investigation in Estonia.

KIRJANDUS/ REFERENCES

1. Wendt C, Kohl J, Mischke M, Pfeifer M. How do europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare. *Eur Sociol Rev* 2009;26:177-92.
2. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M. Health Systems in Transition: Estonia: Health System Review. Copenhagen: WHO; 2013.
3. Bleich SN, Özaltın E, Murray CJ. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin* 2009;87:271-8.

4. Põlluste K. Inimeste rahulolu üldarstiabi teenustega. *Eesti Arst* 2005;84:108-10.
5. Footman K, Roberts B, Mills A, Richardson E, McKee M. Public satisfaction as a measure of health system performance: a study of nine countries in the former Soviet Union. *Health Policy* 2013;112:62-9.
6. Murray CJ, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. *Health Affairs* 2001;20:21-4.
7. Smith PC, Papanicolas I. Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research: World Health Organization Regional Office for Europe. New York: Open University Press; 2012.
8. Hämmal J. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. TNS Emor, 2015.
9. Wendt C, Mischke M, Pfeifer M, Reibling N. Confidence in receiving medical care when seriously ill: a seven-country comparison of the impact of cost barriers. *Health Expect* 2012;15:212-24.
10. Judge K, Solomon M. Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *J Social Policy* 1993;22:299-327.
11. Missinne S, Meuleman B, Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries. *J Eur Soc Policy* 2013;23:231-47.
12. Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Soc Sci Med* 2007;64:1373-83.
13. Põlluste K, Lember M, Kalda R. Arstiabi kättesaadavus kroonilise haigusega inimeste hinnangul. *Eesti Arst* 2006;85:500-9.
14. Põlluste K, Kallikorm R, Meesaar K, Lember M. Reumatoidartriidihaigete rahulolu arstiabi kättesaadavusega. *Eesti Arst* 2010;89:389-99.
15. Mohseni M, Lindström M. Social capital, political trust and self rated-health: A population-based study in southern Sweden. *Scand J Public Health* 2008;36:28-34.
16. Mattila M, Rapeli L. Health and Political Trust. Abstract book: ECPR General Conference, 26-29 August, 2015.
17. European Social Survey Round 7. Data file edition 1.0. Norwegian Social Science Data Services, Norway - Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2014.
18. Stoop I, Billiet J, Koch A, Fitzgerald R. Improving survey response: lessons learned from the European Social Survey. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2010.
19. Reile R, Leinsalu M. Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *Int J Public Health* 2013;58:555-64.
20. Rutledge T, Linke SE, Johnson BD, et al. Self-rated versus objective health indicators as predictors of major cardiovascular events: the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation. *Psychosom Med* 2010;72:549-55.
21. Wu S, Wang R, Zhao Y, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 2013;13:1-9.
22. Strine TW, Chapman DP, Balluz LS, Moriarty DG, Mokdad AH. The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults. *J Community Health* 2008;33:40-50.
23. Shmueli A. Israelis evaluate their health care system before and after the introduction of the national health insurance law. *Health Policy* 2003;63:279-87.
24. Kotzian P. Determinants of satisfaction with health care system. *Open Polit Sci J* 2009;2:47-58.
25. Aaviksoo A, Sikkut R. Health care policy in the Baltic countries from 1990 to 2010. *Estonian Human Development Report* 2011:58-65.
26. Hawthorne TL, Kwan, M-P. Exploring the unequal landscapes of healthcare accessibility in lower-income urban neighborhoods through qualitative inquiry. *Geoforum* 2013;50:97-106.
27. Adegbenbo AO, Tomar SL, Logan HL. Perception of racism explains the difference between Blacks' and Whites' level of healthcare trust. *Ethn Dis* 2006;16:792-8.
28. Wendt C, Kohl J, Mischke M. How do europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare. *Eur Sociol Rev* 2010;26:177-92.
29. Papanicolas I, Cylus J, Smith PC. An analysis of survey data from eleven countries finds that 'satisfaction' with health system performance means many things. *Health Affairs* 2013;32:734-42.
30. Meseguer-Santamaria ML, Vargas-Vargas M, Mondejar-Jimenez J, Quesada-Rubio JM. Satisfaction with healthcare services among Spanish people with disabilities. *Disabil Health J* 2013;6:18-25.
31. Yan Z, Wan D, Li L. Patient satisfaction in two Chinese provinces: rural and urban differences. *Int J Qual Health Care* 2011;23:384-9.
32. Methodology from Principles to Practice: The Project Specification. ESS. http://www.europeansocialsurvey.org/about/project_specification.html (vaadatud 11.10.2016).