



Centar

EESTI RAKENDUSUURINGUTE
KESKUS CENTAR

Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel

Lõppraport



Euroopa Liidu
struktuuritoetus



Eesti tuleviku heaks

2015

Uuring on koostatud **Eesti Rakendusuuringu Keskuse CentAR** analüütikute Epp Kallaste, Janno Järve, Mart Kaska, Mari Liis Räisi, Siiri-Lii Sandre ja Sten Anspali poolt. Küsitlusandmete esmase analüüsi juures oli hõlmatud ka CentARis sel ajal praktiliselt olnud Tallinna Ülikooli sotsioloogia magistrantuuri tudeng Joanna Kitsnik.

Uuringu raames läbi viidud küsitluse küsitlustöö tegi **Turu-Uuringute AS** (uuringujuht oli Vaike Vainu).

Uuringu koordineerija **Sotsiaalministeeriumi** poolelt oli Ester Rünkla.

Uuring põhineb suure osas **Sotsiaalkindlustusameti, Tööinspektsiooni ja Haigekassa** poolt peetavate registrite andmetel. Registriandmetele ligipääsu tagamise, väljavõtete tegemise ja sisuliste selgituste eest tänane Sotsiaalkindlustusametist Andres Roostalu, Eduard Lukitšovi, Ivari Õunapuud ja Sirje Tambauri, Haigekassast Kaie Möttet, Endla Templit, Anna Beznossov, Helis Puksandit, Marina Mironovat, Madis Raimlat, Priit Lundi, Erika Meejärve ja Hardi Tapferit, Tööinspektsioonist Krista Vaikmetsa ja Meeli Miidla-Vanatalu. Uuringu valmimisse panustasid ka mitmed **tööandjad**, keda tänane selle eest, et nad olid lahkesti nõus intervjuude käigus oma kogemusi ja arvamusi jagama.

Uuringu kasutamisel palun viidata allikale järgmiselt:

CentAR. Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel. Tallinn: Eesti Rakendusuuringu Keskus CentAR. 2015

Uuring on tellitud Sotsiaalministeeriumi poolt ning finantseeritud Euroopa Liidu Sotsiaalfondi vahenditega.

Lühendid

ATV – ajutine töövõimetus haiguslehel olles või inimene, kes on haiguslehel

EMTAK – Eesti majandustegevusalade klassifikatsioon

ETU – Eesti tööjõu-uuring

F-rühm – RHK-10 ptk V koodidega Foo-F99 psüühika- ja käitumishäired

HK – Haigekassa

I-rühm – RHK-10 ptk IX koodidega I00-I99 vereringeelundkonnahaigused

KH – kutsehaigus või kutsehaige

M-rühm – RHK-10 ptk XIII koodidega M00-M99 lihasluukonna ja sidekoehaigused

Pikaajaline ATV – ATV aastas kokku 60 päeva või enam kõikide haiguslehtede peale kokku või inimene, kes on pikaajalisel haiguslehel

PTV – püsiv töövõimetus või püsivalt töövõimetu

RaKS – ravikindlustusseadus

RHK-10 - Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon

SKA – Sotsiaalkindlustusamet

TEU – Tööelu-uuring

TI – Tööinspektsioon

TK – Töötukassa

TPH – tööst põhjustatud haigus või tööst põhjustatud haigusega inimene

TTOS – töötervishoiu ja tööohutuse seadus

TVR – töövõimereform

Sisukord

JOONISTE LOETELU	7
TABELITE LOETELU	12
LÜHIKOKKUVÕTE	13
SUMMARY	15
SISSEJUHATUS	18
1 SIHTRÜHMA HAIGUSTE SEOS TÖÖGA VARASEMATE UURINGUTE PÕHJAL	21
1.1 TÖÖGA SEOTUD HAIGUSTE MÄÄRATLUS JA VARASE SEKKUMISE KOHAD	21
1.2 SIHTRÜHMA HAIGUSED, NENDE SEOS TÖÖ JA TÖÖTINGIMUSTEGA	23
1.2.1 Luu- ja lihaskonnahaigused ning nende seos töötingimuste ja töökoha ohuteguritega	23
1.2.2 Vereringeelundkonnahaigused ja nende seos töötingimuste ja töökoha ohuteguritega	25
1.2.3 Psüühika- ja käitumishäired ning nende seos töötingimuste ja töökoha ohuteguritega	26
1.3 KOKKUVÕTE	28
2 ANALÜÜSIS KASUTATAVAD ANDMED.....	30
2.1 REGISTRIANDMED	30
2.2 TÖÖVÕIMETUSE KÜSITLUS JA TÖÖANDJATE INTERVJUUD	31
2.2.1 Küsitlus	31
2.2.2 Tööandjate intervjuud	32
3 SIHTRÜHMA KIRJELDUS	33
3.1 SISSEJUHATUS.....	33
3.2 JUURDEVOOL SIHTRÜHMA	33
3.2.1 Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haigusega inimesed ja diagnoosid.....	33
3.2.2 Püsiva töövõimetuse ekspertiisid ja diagnoosid	35
3.2.3 Püsivalt töövõimetud, kelle töövõime kaotus on tulenev töökeskkonna või töötingimustega seostatava haigusega	39
3.2.4 Pikaajaliselt ajutiselt töövõimetud	40
3.2.5 Kokkuvõte	41
3.3 SIHTRÜHMA SOTSIAALDEMOGRAAFILINE TAUST	41
3.3.1 Sihtrühmade kattuvus	41
3.3.2 Pikaajalise ATV sotsiaaldemograafiline taust	42
3.3.3 PTV	44
3.3.4 Kutsehaiged.....	50
3.3.5 Tööst põhjustatud haigusega inimesed.....	51
3.3.6 Kokkuvõte	52
4 SIHTRÜHMA TÖÖTAMINE.....	54
4.1 PTV TÖÖTAMINE	54
4.1.1 Töötamise seos sotsiaaldemograafiliste tunnustega	54
4.1.2 Töötamine enne ja pärast PTV määramist	59
4.1.3 PTV töötasu suurus.....	63
4.2 KH JA TPH TÖÖTAMINE	65
4.3 AMETID JA TEGEVUSALAD.....	67
4.3.1 Amet ja tegevusala uuringu ajal	67
4.3.2 Ameti- ja tegevusala, millel töötades haigestuti	69

4.4	KOKKUVÕTE	71
5	AJUTISE JA PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE SEOSD.....	73
5.1	SISSEJUHATUS.....	73
5.2	PTV-LE EELNEVAD JA JÄRGNEVAD ATV PERIOODID	74
5.2.1	<i>Haiguslehel viibinute osakaalud PTV seas ja võrdlusgrupis</i>	<i>74</i>
5.2.2	<i>ATV kestus ja sagedus PTV sihtrühmas ja võrdlusgrupis.....</i>	<i>76</i>
5.2.3	<i>Kokkuvõte.....</i>	<i>81</i>
5.3	HAIGUSLEHTEDE SAGEDUSE, PIKKUSE JA DIAGNOOSIDE SEOS PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMISEGA	81
5.3.1	<i>PTV osakaal haiguslehtede pikkuse ja sageduse järgi.....</i>	<i>82</i>
5.3.2	<i>Varasemate diagnooside ning PTV diagnoosi vastavus</i>	<i>83</i>
5.3.3	<i>Kokkuvõte.....</i>	<i>87</i>
5.4	PTV MÄÄRAVATE TAUSTATUNNUSTE ANALÜÜS OTSUSTUSPUUGA	87
5.4.1	<i>Kõik diagnoosid koos.....</i>	<i>88</i>
5.4.2	<i>Vereringeelundite haigused</i>	<i>93</i>
5.4.3	<i>Luu- ja lihaskonnahaigused.....</i>	<i>99</i>
5.4.4	<i>Kokkuvõte.....</i>	<i>103</i>
6	TÖÖVÕIMETUSE SEOSD TÖÖTAMISE, TÖÖKESKKONNA, TÖÖTINGIMUSTEGA	105
6.1	TÖÖKESKKONNA JA TÖÖTINGIMUSTE MÕJU HAIGUSE ARENGULE	105
6.1.1	<i>Töötamine töövõimetus põhjustajana</i>	<i>105</i>
6.1.2	<i>Kokkupuude töökeskkonna ohuteguritega.....</i>	<i>109</i>
6.1.3	<i>Kokkuvõte.....</i>	<i>112</i>
6.2	TÖÖTAMISE JÄTKAMINE JA SELLE MÕJU TERVISELE PÄRAST PTV, KH MÄÄRAMIST VÕI PIKAAJALIST ATV-D	113
6.2.1	<i>Sihtrühma töövõime ja tööhõivevõime ning neid piiravad tegurid</i>	<i>113</i>
6.2.2	<i>Töötamise mõju tervisele</i>	<i>119</i>
6.3	TERVISEKAHJU ENNETAMINE TÖÖKOHAL	121
6.3.1	<i>Tööandja tegevus töökeskkonna riskide ennetamiseks</i>	<i>121</i>
6.3.2	<i>Töötaja autonoomia.....</i>	<i>124</i>
6.3.3	<i>Töötajate hinnangud varajase sekkumise tulemuslikkusele</i>	<i>127</i>
6.3.4	<i>Varajase sekkumise võimalused tööandjate hinnangul</i>	<i>129</i>
6.3.5	<i>Kokkuvõte.....</i>	<i>130</i>
6.4	TERVISEKONTROLLIDE ROLL TERVISEKAO VÄHENDAMISEL	131
6.4.1	<i>Tervisekontrollide roll tervisekao vältimisel</i>	<i>131</i>
6.4.2	<i>Tervisekontrollide sagedus praegusel töökohal</i>	<i>133</i>
6.4.3	<i>Töötajate rahulolu tänase tervisekontrolli korraldusega</i>	<i>135</i>
6.4.4	<i>Tööandjate hinnangud tervisekontrollidele</i>	<i>137</i>
6.4.5	<i>Kokkuvõte.....</i>	<i>137</i>
6.5	AJUTINE TÖÖVÕIMETUS JA TÖÖTAMINE	138
6.6	KOKKUVÕTE	141
7	ÜLEVAADE TÖÖVÕIMETUSEGA SEOTUD RISKIDEST, KULUDEST JA NENDE JAOTUSEST TÖÖTAJA, TÖÖANDJA JA RIIGI VAHEL.....	145
7.1	TÖÖANDJATE HINNANGUD KEHTIVA TÖÖVÕIMETUSSÜSTEEMIGA SEOTUD RISKIDELE JA NÄITED RISKIDE MAANDAMISEST	145
7.1.1	<i>ATV</i>	<i>145</i>
7.1.2	<i>PTV</i>	<i>146</i>
7.2	ATV JA PTV-GA KAASNEVAD KULUD ÜHISKONNALE JA KULUDE JAGUNEMINE	151
7.2.1	<i>Kulude tekkimise alus ja kulukomponendid</i>	<i>151</i>
7.2.2	<i>ATV kulu haigestuvalle töötajale.....</i>	<i>152</i>
7.2.3	<i>ATV kulu tööandjale</i>	<i>154</i>

7.2.4	ATV kulu riigile.....	155
7.2.5	ATV kulud kokku	157
7.2.6	PTV-ga kaasnev kulu inimesele	159
7.2.7	PTV-ga kaasnev kulu tööandjale	164
7.2.8	PTV-ga kaasnev kulu riigile.....	165
7.2.9	PTV-ga seotud kulud kokku	169
7.2.10	Tulu PTV nihkumisest	169
7.3	KOKKUVÕTE	171
KOKKUVÕTE JA SOOVITUSED		174
KASUTATUD KIRJANDUS		184
LISA 1. TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMISE JA KOMPENSEERIMISE SÜSTEEM EESTIS		186
SOTSIAALKAITSE SÜSTEEMI OSAD		186
AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMINE JA SISSETULEKU KOMPENSEERIMINE		187
<i>Ajutise töövõimetus määramine ja kompenseerimine üldises korras</i>		<i>187</i>
<i>Ajutise töövõimetus kompenseerimine erijuhtudel</i>		<i>189</i>
PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMINE JA KOMPENSEERIMINE.....		189
<i>Püsiva töövõimetus määramine ja kompenseerimine üldjuhul.....</i>		<i>189</i>
<i>Püsiva töövõimetus kompenseerimine erijuhtudel.....</i>		<i>190</i>
KUTSEHAIGUSE MÄÄRAMINE JA KOMPENSEERIMINE		190
TÖÖTAMISEGA SEOTUD KULUTUSTE HÜVITAMINE PUUDEGA INIMESELE		192
TOOTED, TEENUSED JA MUUD SOODUSTUSED		192
<i>Ravi- ja ravimikulude katmine ravikindlustuse kaudu.....</i>		<i>192</i>
<i>Töövõimetus pensionäridele rakenduvad muud soodustused</i>		<i>193</i>
<i>Püsiva töövõimetusga töötavate inimeste soodustused</i>		<i>193</i>
<i>Töötukassa poolt pakutavad teenused töö saamiseks ja töökoha hoidmiseks.....</i>		<i>193</i>
<i>Sotsiaalkindlustusameti poolt pakutavad teenused töötamise lihtsustamiseks</i>		<i>194</i>
LISA 2. TÖÖTAVATE OSAKAAL PTV JA VÕRDLUSGRUPI SEAS (6 KUUD TÖÖTANUD)		196
LISA 3. PTV TÖÖTAMISE REGRESSIOONIMODELI TULEMUSED		197
LISA 4. HAIGUSLEHTEDE JA PTV LISAJOONISED		198
LISA 5. KAS TÖÖTAVAD TÖÖVÕIMETUSPENSIONÄRID ON SAGEDAMINI HAIGUSLEHEL KUI TEISED TÖÖTAJAD?		200
LISA 6. AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE JA PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE DIAGNOOSIDE VASTAVUSE LISAJOONISED ...		205
<i>Diagnooside esinemine enne sama diagnoosiga püsivat töövõimetust alampeatüki tasemel.....</i>		<i>205</i>
<i>Diagnooside alampeatükkide esinemine võrdlusgrupi retseptide ja raviarvetel</i>		<i>210</i>
LISA 7. VANUSE-PALGA PROFIIL PTV DIAGNOOSIDE LÕIKES		213
LISA 8. PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE KLASSIFIKATSIOONIPUUD.....		214

Jooniste loetelu

JOONIS 1. TÖÖKOORMUSE-TÖÖVÕIME MUDEL KOOS ENNETUSTEGEVUSEGA	22
JOONIS 2. INIMESTE ARV, KELLEL REGISTREERITI KUTSEHAIGUS VÕI TÖÖST PÕHJUSTATUD HAIGUS	34
JOONIS 3. DIAGNOOSITUD KUTSEHAIGUSTE JA TÖÖST PÕHJUSTATUD HAIGUSTE JAOTUS (2008-2014, %)	34
JOONIS 4. LUU- JA LIHASKONNAHAIGUSTE DIAGNOOSIGA INIMESTE OSAKAAL VASTAVAL AASTAL KUTSEHAIGESTUNUTE VÕI TÖÖST PÕHJUSTATUD HAIGESTUNUTE SEAS (%)	35
JOONIS 5. ESMASTE JA KORDUVATE PTV EKSPERTIISIDE ARV, MILLEGA TUVASTATI PÜSIV TÖÖVÕIMETUS.....	35
JOONIS 6. ESMASED PTV-D PÕHIDIAGNOOSI JÄRGI (%ESMASTEST PTV EKSPERTIISIDEST, MILLEGA INIMESELE MÄÄRATI PTV).....	36
JOONIS 7. ESMASED PTV-D HAIGUSE PÕHI- JA KAASUVATE DIAGNOOSIDE JÄRGI (% ESMASTEST PTV EKSPERTIISIDEST, MILLEGA INIMESELE MÄÄRATI PTV)	37
JOONIS 8. KORDUVAD PTV-D HAIGUSE PÕHIDIAGNOOSI JÄRGI (% KORDUVATEST PTV EKSPERTIISIDEST, MILLEGA INIMESELE MÄÄRATI PTV)	37
JOONIS 9. KORDUVAD PTV EKSPERTIISID HAIGUSE PÕHI- VÕI KAASUVA DIAGNOOSI JÄRGI (% KORDUVATEST PTV EKSPERTIISIDEST, MILLEGA INIMESELE MÄÄRATI PTV)	38
JOONIS 10. AASTA JOOKSUL 6 KUUD VÕI ROHKEM HAIGUSLEHEL VIIBINUD INIMESTE ARV AASTATEL 2008-2014.....	41
JOONIS 11. I, M JA F PÕHI- VÕI KAASUVA DIAGNOOSIGA PTV 2014. AASTAL, KH JA TPH, KELLE HAIGUS ON MÄÄRATUD PERIOODIL 2008-2014 JA 2014. A 60 PÄEVA VÕI ENAM ATV VIIBINUD INIMESTE ARVUD (VANUSGRUPP 15-63)	42
JOONIS 12. PIKAAJALISE ATV JAGUNEMINE VANUSE LÖIKES SUGUDE KAUPA 2014. AASTAL (PIKAAJALISTE ATV-DE ARV)	43
JOONIS 13. PIKAAJALISE ATV VANUSELINE JAOTUS SUGUDE KAUPA 2014. AASTAL, KUI PTV-D ON VÄLJA JÄETUD (PIKAAJALISTE ATV-DE ARV).....	43
JOONIS 14. PIKAAJALISELT ATV-DE OSAKAAL MAAKONNA TÖÖEALISEST ELANIKKONNAST 2014, AASTAL.....	44
JOONIS 15. I, M JA F PÕHI- VÕI KAASUVA DIAGNOOSIGA PTV-DE ARV 2014. AASTAL VANUSE JA SOO JÄRGI.....	45
JOONIS 16. I – VERERINGEELUNDKONNAHAIGUSTE, M – LUU- JA LIHASKONNAHAIGUSTE NING F – PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRETE SAGEDUS PTV PÕHI-VÕI KAASUVA DIAGNOOSINA 2014. AASTAL VANUSETI	45
JOONIS 17. SIHTRÜHMA PÕHI-JA KÕRVALDIAGNOOSIGA PÜSIVALT TÖÖVÕIMETUTE REGIONAALNE JAOTUS OSAKAALUNA KOGU MAAKONNA TÖÖEALISEST ELANIKKONNAST 2014. AASTAL	46
JOONIS 18. PTV I -, M – JA F–RÜHMA PÕHI- VÕI KAASUVA DIAGNOOSIGA INIMESTE NING EESTI TÖÖEALISE (15-64-AASTASED) ELANIKKONNA JAGUNEMINE HARIDUSTASEMETI.....	47
JOONIS 19. PTV I -, M – JA F–RÜHMA PÕHI- VÕI KAASUVA DIAGNOOSIGA INIMESTE TÖÖVÕIMETUSE MÄÄR ERI VANUSEGRUPPIDES AASTAL 2014.....	47
JOONIS 20. TÖÖVÕIMETUSE MÄÄR I-, M- NING F- RÜHMA PÕHI-VÕI KAASUVA DIAGNOOSIGA PTV-DEL AASTAL 2014	48
JOONIS 21. ESMASTES EKSPERTIISIDES MÄÄRATUD PTV KESTUS JAOTUS KUUDES (% ESMASTEST EKSPERTIISIDEST).....	48
JOONIS 22. PTV KESTUSTE JAOTUS INIMESTEL, KELLE ESMANE EKSPERTIIS OLII PERIOODIL 2009-2014, DIAGNOOSIDE LÖIKES (% EKSPERTIISIDEST).....	49
JOONIS 23. PTV KESTUSTE JAOTUS INIMESTEL, KELLE ESMANE EKSPERTIIS OLII PERIOODIL 2009-2014, TÖÖVÕIMETUSE PROTSENTIDE LÖIKES (% EKSPERTIISIDEST)	50
JOONIS 24. 2008-2014. A REGISTREERITUD KH-GA INIMESTE ARV VANUSE JA SOO LÖIKES AASTAL 2014.....	51
JOONIS 25. 2008-2014. A REGISTREERITUD KH-GA INIMESTE OSAKAAL MAAKONNA TÖÖEALISEST ELANIKKONNAST 2014. AASTAL.	51
JOONIS 26. 2008-2014. A REGISTREERITUD TPH-GA INIMESTE ARV VANUSE JA SOO LÖIKES AASTAL 2014.....	52
JOONIS 27. 2008-2014. A MÄÄRATUD TPH-GA INIMESTE OSAKAAL MAAKONNA TÖÖEALISEST ELANIKKONNAST.....	52
JOONIS 28. PTV-DE TÖÖTAMISE JAOTUS 2014. AASTAL TÖÖTATUD KUUDE ARVU JA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRA JÄRGI	55
JOONIS 29. PTV-DE TÖÖTAMISE JAOTUS 2014. AASTAL TÖÖTATUD KUUDE ARVU, SOO JA VANUSERÜHMA JÄRGI.....	55
JOONIS 30. PTV-DE TÖÖTAMISE JAOTUS 2014. AASTAL TÖÖTATUD KUUDE ARVU JA HARIDUSTASEME JÄRGI.....	56
JOONIS 31. PTV-DE TÖÖTAMISE JAOTUS 2014. AASTAL TÖÖTATUD KUUDE ARVU JA PTV PÕHI- VÕI KAASUVA DIAGNOOSI JÄRGI.....	56
JOONIS 32. PTV TÖÖTAMISE REGRESSIOONI MARGINAALSED EFEKTID 95% USALDUSPIIRIDEGA (PROBIT-REGRESSIOON, SÕLTUV MUUTUJA VÄHEMALT 3 KUUD TÖÖTANUD 2014. AASTAL)	58
JOONIS 33. AASTAS VÄHEMALT 3 KUUD TÖÖTANUD INIMESTE OSAKAAL PTV SIHTRÜHMAS 5 KALENDRIAASTAT ENNE JA PÄRAST PTV MÄÄRAMIST	60

JOONIS 34. PTV SIHTRÜHMAS TÖÖTAJATE (VÄHEMALT 3 KUUD AASTAS) OSAKAAL 5 KALENDRIAASTAT ENNE JA PÄRAST PTV MÄÄRAMIST, PTV PÕHIDIAGNOOSI LÖIKES	62
JOONIS 35. PTV SIHTRÜHMAS TÖÖTAJATE (VÄHEMALT 3 KUUD AASTAS) OSAKAAL 5 KALENDRIAASTAT ENNE JA PÄRAST PTV MÄÄRAMIST, TÖÖVÕIME KAOTUSE PROTSENDI LÖIKES.....	63
JOONIS 36. KESKMIINE BRUTOKUUPALK PTV-DEL JA VÕRDLUSGRUPIL VANUSE JA SOO LÖIKES AASTATE KAUPA PTV MÄÄRAMISE AASTAL JA ENNE.....	64
JOONIS 37. SIHTRÜHMA DIAGNOOSIDEGA KH TÖÖTAMISE SAGEDUS SOO JA VANUSE LÖIKES 2014. AASTAL TÖÖEALISTE (15-64) SEAS	65
JOONIS 38. SIHTRÜHMA DIAGNOOSIDEGA TPH TÖÖTAMISE SAGEDUS SOO JA VANUSE LÖIKES 2014. AASTAL TÖÖEALISTE (15-64) SEAS	65
JOONIS 39. 2014. AASTAL HÕIVES OLEMISE TÕENÄOSUSE MARGINAALSED EFEKTID KH JA TPH SEAS (PROBIT-MUDELI TULEMUSED, SÕLTUV MUUTUJA – VÄHEMALT 3 KUUD TÖÖTANUD 2014. AASTAL).....	66
JOONIS 40. KÜSITLUSE AJAL TÖÖTAVATE SIHTRÜHMA JA EESTI KESKMIINE AMETITE JAOTUS OSKUSMAHUKUSE JÄRGI (% SIHTRÜHMAS HÕIVATUTEST JA EESTI HÕIVATUTEST, VANUSERÜHM 15-64).....	67
JOONIS 41. KÜSITLUSE AJAL TÖÖTAVATE PTV-DE AMETITE JAOTUS OSKUSMAHUKUSE JA DIAGNOOSI JÄRGI (% TÖÖTAVATEST PTV-DEST).....	68
JOONIS 42. KÜSITLUSE AJAL TÖÖTAVATE SIHTRÜHMA JA EESTI KESKMIINE HÕIVATUTE TEGEVUSALADE JAOTUS (% SIHTRÜHMAST JA EESTI HÕIVATUTEST, VANUSERÜHM 15-64)	69
JOONIS 43. KH JA TPH AMETID VÕRDLUSES EESTI KESKMISEGA (% AMETIALADEST).....	70
JOONIS 44. KH JA TPH VERERINGEELUNDITE NING LUU-JA LIHASKONNA HAIGUSTEGA INIMESTE TÖÖKOHTADE JAOTUS SEKTORITI. ...	71
JOONIS 45. ATV-L VIIBINUTE OSAKAAL KALENDRIAASTA JOOKSUL VÄHEMALT 3 KUUD TÖÖTANUTE SEAS (ENNE JA PÄRAST ESMASE PTV MÄÄRAMIST), DIAGNOOSIDE KAUPA.....	74
JOONIS 46. ATV-DE OSAKAAL NENDE SEAS, KES TÖÖTASID KALENDRIAASTA JOOKSUL VÄHEMALT 3 KUUD (ENNE JA PÄRAST ESMASE PTV MÄÄRAMIST), TÖÖVÕIME KAOTUSE % LÖIKES	75
JOONIS 47. F-, I- VÕI M-DIAGNOOSIGA PTV-DE JA VÕRDLUSGRUPI ATV-DE KESTUS PÄEVADES KOKKU ÜHE AASTA JOOKSUL, 2009-2014	76
JOONIS 48. F-, I- VÕI M-DIAGNOOSIGA SIHTRÜHMADE JA VÕRDLUSGRUPI ESMASTE HAIGUSLEHTEDE ARV ÜHE AASTA JOOKSUL, 2009-2014	77
JOONIS 49. ATV PIKKUS PÄEVADES KOKKU AASTAS ENNE JA PÄRAST ESMAST PTV MÄÄRAMIST, DIAGNOOSIDE LÖIKES	78
JOONIS 50. ESMASTE HAIGUSLEHTEDE KESKMIINE ARV AASTAS ENNE JA PÄRAST ESMASE PTV MÄÄRAMIST, DIAGNOOSIDE LÖIKES.....	79
JOONIS 51. HAIGUSLEHTEDE KESTUS PÄEVADES ÜHES KALENDRIAASTAS VIEL AASTAL ENNE JA PÄRAST PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMIST TÖÖVÕIME KAOTUSE PROTSENDI LÖIKES.....	80
JOONIS 52. ESMASTE HAIGUSLEHTEDE SAGEDUS ÜHES KALENDRIAASTAS VIEL AASTAL ENNE JA PÄRAST PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMIST TÖÖVÕIME KAOTUSE PROTSENDI LÖIKES.....	80
JOONIS 53. PEAMISED TULEMUSED ATV JA PTV SEOSTE KOHTA ENNE JA PÄRAST PTV MÄÄRAMIST DIAGNOOSIDE KAUPA	81
JOONIS 54. INIMESTE OSAKAAL, KELLELE MÄÄRATI ESMANE PTV 2014. AASTAL ATV KOGUPIKKUSE LÖIKES AASTATE KAUPA ENNE PTV MÄÄRAMIST	82
JOONIS 55. INIMESTE, KELLELE MÄÄRATI 2014. A ESMANE PTV, OSAKAAL ESMASTE HAIGUSLEHTEDE ARVU LÖIKES KUNI VIIS AASTAT ENNE PTV MÄÄRAMIST	83
JOONIS 56. OSAKAAL PTV-DEST, KELLEL OLI PTV DIAGNOOSIGA RETSEPTI VÕI RAVIARVEID, ENNE ESMAST PTV MÄÄRAMIST AASTATE KAUPA, PTV PÕHIDIAGNOOSI LÖIKES (RHK KLASSIFIKAATORI PEATÜKI TASANDIL)	84
JOONIS 57. OSAKAAL PTV-DEST, KELLEL OLI PTV DIAGNOOSIGA RETSEPTI VÕI RAVIARVEID JA KES OLID KA ATV-D, AASTATE KAUPA ENNE ESMAST PTV MÄÄRAMIST, PTV PÕHIDIAGNOOSIDE LÖIKES (RHK KLASSIFIKAATORI PEATÜKI TASANDIL)	85
JOONIS 58. 2010-2014. AASTAL PTV-KS JÄÄNUD INIMESTE OSAKAAL NENDE SEAS, KELLEL 2009. A OLI ATV NING PSÜÜHIKA- VÕI KÄITUMISHÄIRETE RAVIARVEID VÕI RETSEPTI DIAGNOOSIGRUPID LÖIKES.....	86
JOONIS 59. 2010-2014. AASTAL PTV-KS JÄÄNUD INIMESTE OSAKAAL NENDE SEAS, KELLEL 2009. A OLI ATV NING VERERINGEELUNDKONNAHAIGUSTE RAVIARVEID VÕI RETSEPTI DIAGNOOSIGRUPID LÖIKES	87
JOONIS 60. 2010-2014. AASTAL PTV-KS JÄÄNUD INIMESTE OSAKAAL NENDE SEAS, KELLEL 2009. A OLI ATV NING LUU- JA LIHASKONNAHAIGUSTE RAVIARVEID VÕI RETSEPTI DIAGNOOSIGRUPID LÖIKES	87

JOONIS 61. ESMASE PTV MÄÄRAMISE TÕENÄOSUS 2014. AASTAL ERINEVATES SOTSIAALDEMOGRAAFILISTES GRUPPIDES. OTSUSTUSPUU VÄLJAVÕTE (PAREMPOOLNE HARU)	89
JOONIS 62. ESMASE PTV MÄÄRAMISE TÕENÄOSUS 2014. AASTAL ERINEVATES SOTSIAALDEMOGRAAFILISTES GRUPPIDES. OTSUSTUSPUU VÄLJAVÕTE (VASAKPOOLNE HARU).	92
JOONIS 63. ESMASE PTV MÄÄRAMISE TÕENÄOSUS 2014. AASTAL ERINEVATES SOTSIAALDEMOGRAAFILISTES GRUPPIDES VERERINGEELUNDITE HAIGUSTE DIAGNOOSI PUHUL. OTSUSTUSPUU VÄLJAVÕTE (PAREMPOOLNE HARU).....	95
JOONIS 64. ESMASE PTV MÄÄRAMISE TÕENÄOSUS 2014. AASTAL ERINEVATES SOTSIAALDEMOGRAAFILISTES GRUPPIDES VERERINGEELUNDITE HAIGUSTE DIAGNOOSIDE PUHUL. OTSUSTUSPUU VÄLJAVÕTE (KESKMINE HARU).	96
JOONIS 65. ESMASE PTV MÄÄRAMISE TÕENÄOSUS 2014. AASTAL ERINEVATES SOTSIAALDEMOGRAAFILISTES GRUPPIDES VERERINGEELUNDITE HAIGUSTE DIAGNOOSIDE PUHUL. OTSUSTUSPUU VÄLJAVÕTE (VASAKPOOLNE HARU).	98
JOONIS 66. ESMASE PTV MÄÄRAMISE TÕENÄOSUS 2014. AASTAL ERINEVATES SOTSIAALDEMOGRAAFILISTES GRUPPIDES LUU- JA LIHASKONNAHAIGUSTE DIAGNOOSIDE PUHUL. OTSUSTUSPUU VÄLJAVÕTE (VASAKPOOLNE HARU).	99
JOONIS 67. ESMASE PTV MÄÄRAMISE TÕENÄOSUS 2014. AASTAL ERINEVATES SOTSIAALDEMOGRAAFILISTES GRUPPIDES LUU- JA LIHASKONNAHAIGUSTE DIAGNOOSIDE PUHUL. OTSUSTUSPUU VÄLJAVÕTE (PAREMPOOLNE HARU).	100
JOONIS 68. ESMASE PTV MÄÄRAMISE TÕENÄOSUS 2014. AASTAL ERINEVATES SOTSIAALDEMOGRAAFILISTES GRUPPIDES LUU- JA LIHASKONNAHAIGUSTE DIAGNOOSIDE PUHUL. OTSUSTUSPUU VÄLJAVÕTE (PAREMPOOLSE HARU JÄTK).	102
JOONIS 69. TÖÖTAMISE MÕJU HAIGESTUMISE HETKEL HAIGUSE ARENGULE, % SIHTRÜHMAST	106
JOONIS 70. PTV TEKKE PÕHJUSED DIAGNOOSIDE LÖIKES, % PTV-DEST DIAGNOOSIDE LÖIKES.....	106
JOONIS 71. PTV TEKKE PÕHJUSED VANUSE LÖIKES, % PTV-DEST.....	107
JOONIS 72. TÖÖTAMISE MÕJU HAIGUSE ARENGULE TÄNASE TÖÖTAMISE LÖIKES, % PTV-DEST	108
JOONIS 73. TÖÖTAMISE MÕJU HAIGESTUMISE HETKEL HAIGUSE ARENGULE, % PIKAAJALISTEST ATV-DEST	108
JOONIS 74. EESTI TÖÖTAJATE KOKKUPUUDE OHUTEGURITEGA TÖÖKOHAL, % TÖÖTAVAST ELANIKKONNAST, KELLEL ON SAGE KOKKUPUUDE 2009. A.....	109
JOONIS 75. SIHTRÜHMA KOKKUPUUDE TERVIST HALVENDAVATE OHUTEGURITEGA TÖÖL HAIGESTUMISE HETKEL (MITME VALIKVASTUSEGA KÜSIMUS), % PTV, PIKAAJALISTEST ATV, KH JA TPH-DEST	110
JOONIS 76. PTV-DE HINNANGUD KOKKUPUUTELE TERVIST HALVENDANUD PSÜHHOSOTSIAALSETELE OHUTEGURITELE DIAGNOOSI LÖIKES, % NEIST, KELLE TERVIST TÖÖ NEGATIIVSELT MÕJUTAS.....	111
JOONIS 77. PTV-DE, KELLE TERVIST TÖÖTAMINE NEGATIIVSELT MÕJUTAS, HINNANGUD FÜÜSILISTELE OHUTEGURITELE DIAGNOOSI LÖIKES.....	112
JOONIS 78. SIHTRÜHMADE OSALUS TÖÖTURUL, % SIHTRÜHMAST	114
JOONIS 79. PROTSENT SIHTRÜHMA GRUPPIDEST, KELLE Tervis SEAB TÖÖTAMISELE PIIRANGUID.....	114
JOONIS 80. PROTSENT TÖÖTAVATEST PTV-DEST, KELLE Tervis SEAB TÖÖTAMISELE PIIRANGUID, TÖÖVÕIMETUSE PROTSENTIDE LÖIKES	115
JOONIS 81. TERVISEST TULENEVATE TÖÖTAMISE PIIRANGUTE KUMULATIIVNE ESINEMINE, % TÖÖTAVAST MITTE-TERVENENUD SIHTRÜHMAST	116
JOONIS 82. TERVISEST TULENEVATE TÖÖTAMISE PIIRANGUTE ESINEMINE, % TÖÖTAVAST MITTE-TERVENENUD SIHTRÜHMAST (MITU VALIKVASTUST)	117
JOONIS 83. TÖÖTAMISEKS HÄDAVAJALIKUD TEENUSED TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE TÖÖLE SAAMISEKS, % TÖÖTUTEST JA TERVISE TÕTTU HEITUNTEST SIHTRÜHMAS.....	118
JOONIS 84. PRAEGUSES TÖÖKOHAS TÖÖTAMISE MÕJU HAIGUSE ARENGULE, % TÖÖTAVAST SIHTRÜHMAST	120
JOONIS 85. PRAEGUSES TÖÖKOHAS TÖÖTAMISE MÕJU TERVISLIKULE SEISUNDILE, % TÖÖTAVATEST PTV-DEST	120
JOONIS 86. TÖÖANDJA TEADLIKKUS TÖÖTAJA TERVISESEISUNDIST, % TÖÖTAVATEST MITTE-TERVENENUD SIHTRÜHMA INIMESTEST .	122
JOONIS 87. KOHANDUSI VAJAVAD ASPEKTIID TÖÖKOHAL, % TÖÖTAVAST SIHTRÜHMAST	122
JOONIS 88. TEHTUD KOHANDUSED TÖÖTINGIMUSTES, PROTSENT NEIST SIHTRÜHMA INIMESTEST, KES LEIDSID, ET TERVISE TÕTTU ON TÖÖTINGIMUSTE KOHANDAMINE VAJALIK (MITU VÕIMALIKKU VASTUST)	123
JOONIS 89. TEHTUD KOHANDUSED TÖÖTINGIMUSTES TÖÖKOORMUSE LÖIKES, PROTSENT PTV-DEST, KES LEIDSID, ET TERVISE TÕTTU ON TÖÖTINGIMUSTE KOHANDAMINE VAJALIK (MITU VÕIMALIKKU VASTUST)	123
JOONIS 90. VÕIMALUS OTSUSTADA OMA TÖÖKORRALDUSE JA -KESKKONNA ÜLE, % TÖÖTAVATEST SIHTRÜHMA GRUPPIDEST	125
JOONIS 91. VÕIMALUSED MÕJUTADA TÖÖKORRALDUST JA TÖÖKOORMUST TÖÖKOORMUSE LÖIKES, % TÖÖTAVATEST PTV-DEST	126
JOONIS 92. EESTI TÖÖTAJATE KESKMINE AUTONOOMIA TÖÖKOHAL, % TÖÖTAVAST ELANIKKONNAST	127

JOONIS 93. HINNANGUD VARAJASE SEKKUMISE VÕIMALIKULE EFEKTIIVSUSELE PTV ÄRAHOIDMISEL, % PTV-DEST, KELLE HAIGUST MÕJUTAS TÖÖ (MITME VASTUSEVARIANDI VALIMISE VÕIMALUS)	128
JOONIS 94. MIDA SAANUKS TEHA TERVISEKAO ÄRAHOIDMISEKS, % SIHTRÜHMAST, KELLE HAIGUSE ARENGUT MÕJUTAS TÖÖ	129
JOONIS 95. TÖÖTERVISHOUIARSTI KÜLASTAJATE % PÄRAST ESMASTE HAIGUSNÄHTUDE ILMNEMIST, % SIHTRÜHMAST	132
JOONIS 96. TÖÖTERVISHOUIARST SELGITAS PÄRAST ESMASTE HAIGUSNÄHTUDE ILMNEMIST, KUIDAS TÖÖTADA TERVIST HOIDVALT, % NEIST, KES KÜLASTASID PÄRAST HAIGUSNÄHTUDE ILMNEMIST TÖÖTERVISHOUIARSTI	132
JOONIS 97. TÖÖTAJA TÖÖTERVISHOUIARSTI JUURDE TERVISEKONTROLLI SUUNAMISE SAGEDUS, PROTSENT TÖÖTAVATEST TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTEST	133
JOONIS 98. TÖÖTAJA TÖÖTERVISHOUIARSTI JUURDE TERVISEKONTROLLI SUUNAMISE SAGEDUS TÖÖKOORMUSE LÖIKES, PROTSENT TÖÖTAVATEST TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTEST	134
JOONIS 99. PTV TÖÖTAJA TÖÖTERVISHOUIARSTI JUURDE TERVISEKONTROLLI SUUNAMISE SAGEDUS SOO LÖIKES, % TÖÖTAVATEST ..	134
JOONIS 100. KAS TÖÖTERVISHOUIARST ON SELGITANUD, KUIDAS TÖÖTAMINE OLEKS OHUTU JA TERVIST HOIDEV, % TÖÖTAVATEST SIHTRÜHMAS	135
JOONIS 101. PEREARST VÕI ERIARSTID ON TUNDUNUD HUVI TÖÖTINGIMUSTE VASTU, % TÖÖTAVATEST SIHTRÜHMAS	136
JOONIS 102. PEREARST VÕI ERIARSTID ON SELGITANUD, KUIDAS TÖÖTADA TERVISTHOIDVALT, % TÖÖTAVATEST SIHTRÜHMAS	136
JOONIS 103. VÕIMEKUS TÖÖTADA HAIGUSLEHEL OLLES, % TÖÖTAVAST SIHTRÜHMAST	139
JOONIS 104. TINGIMUSED, MIS PEAVAD OLEMA TÄIDETUD, ET INIMESED SAAKS HAIGUSLEHEL OLLES TÖÖD TEHA (MITME VALIKVASTUSEGA KÜSIMUS), % TÖÖTAVATEST SIHTRÜHMAS	140
JOONIS 105. 19-PÄEVASE AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE KORRAL INIMESELE KUJUNEV KUMULATIIVNE TÖÖTASU KAOTUS, HAIGUSHÜVITISED NING SISSETULEKU KAOTUS KOKKU (EUROT PÄEVA KOHTA)	153
JOONIS 106. 19-PÄEVASE ATV KORRAL TÖÖANDJALE KUJUNEV KAOTUS TOOTMATA JÄÄNUD TOODANGUST JA MAKSTUD HAIGUSHÜVITISTEST (EUROT PÄEVA KOHTA)	155
JOONIS 107. 19-PÄEVASE ATV KORRAL RIIGILE KUJUNEV KUMULATIIVNE KULU (EUROT PÄEVA KOHTA)	157
JOONIS 108. 19-PÄEVASE ATV KORRAL LISANDVÄÄRTUSE KAOTUSEST TULENEV KOGUKULU ÜHISKONNALE NING SELLE ÜMBERJAOTUMINE ALTERNATIIVSETE HÜVITAMISE SKEEMIDE NING TÖÖTAJA ASENDAMISE KORRAL (EURODES)	158
JOONIS 109. TÖÖTAJA HAIGESTUMISEGA KAASNEVA LISANDVÄÄRTUSE KAOTUSEST ÜHISKONNALE TULENEVA KOGUKULU JAGUNEMINE, JUHUL, KUI INIMEST EI OLE VÕIMALIK ASENDADA PRAEGU KEHTIVA HAIGUSHÜVITISE SKEEMI KORRAL (%)	159
JOONIS 110. KESKMISED IGAKUISED KULUD KULULIIKIDE LÖIKES PTV-DEL (EURODES) (KESKMINE ÜLE KÕIGI PTV-DE, KA NENDE, KELLEL POLNUD VASTAVAID KULUSID)	160
JOONIS 111. ÜHEKORDSEID SUUREMAID KULUTUSI TEINUD INIMESTE OSAKAAL KULULIIKIDE LÖIKES (% PTV-DEST)	161
JOONIS 112. PTV-GA KAASNEVAD KULUD JA TULUD TERVISEKAOGA INIMESELE KUUS (EURODES)	164
JOONIS 113. HAIGEKAASSA KAUDU FINANTSEERITAVATE KULUDE SUURUS 2014. AASTAL SIHTRÜHMA LÖIKES (EURODES 2014. AASTAL)	166
JOONIS 114. ÜHE PÜSIVA TÖÖVÕIMETUGA SEONDUVAD KULUD RIIGILE KUUS (EURODES, 2014. A NÄITEL)	168
JOONIS 115. UURINGUS ARVESTATUD PTV-GA KAASNEVAD KULUD JA TULUD ERINEVALE OSAPOOLTELE KUUS KOKKU VÕRRELDES OLUKORRAGA, KESKMISE INIMESEGA, KELLEL POLE PTV-D (EURODES)	169
JOONIS 116. UURINGUS ARVESTATUD PTV-GA KAASNEVAD KULUD JA TULUD KOMPONENTIDE KAUPA ERINEVALE OSAPOOLTELE KUUS VÕRRELDES INIMESEGA, KELLEL POLE PTV-D (EURODES)	169
JOONIS 117. AASTASEST PTV EDASI LÜKKAMISEST TEKKIVAD TULUD ÜHISKONNALE (EURODES)	171
JOONIS 118. AASTASEST PTV EDASI LÜKKAMISEST TEKKIV TULUDE JAOTUS (EURODES)	171
JOONIS 119. AASTAS VÄHEMALT 6 KUUD TÖÖTANUD INIMESTE OSAKAAL PÜSIVALT TÖÖVÕIMETUSE SIHTRÜHMAS 5 KALENDRIAASTAT ENNE JA PÄRAST PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMIST	196
JOONIS 120. HAIGUSLEHEL VIIBINUTE OSAKAAL NENDE SEAS, KES TÖÖTASID KALENDRIAASTA JOOKSUL VÄHEMALT 3 KUUD (ENNE JA PÄRAST ESIMESE PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMIST), AASTATE LÖIKES PERIOODIL 2009-2014	198
JOONIS 121. AJUTISTE TÖÖVÕIMETUSTE KESKMINE KESTUS AASTAS ENNE JA PÄRAST ESIMESE PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMIST, AASTATE LÖIKES	199
JOONIS 122. AJUTISTE TÖÖVÕIMETUSTE KESKMINE KESTUS AASTAS ENNE JA PÄRAST ESIMESELT PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMIST, AASTATE LÖIKES	199
JOONIS 123. AJUTISELT TÖÖVÕIMETUTE OSAKAAL SIHTRÜHMAS JA VÕRDLUSGRUPIS	200
JOONIS 124. AJUTISELT TÖÖVÕIMETUTE OSAKAAL SIHTRÜHMAS JA VÕRDLUSGRUPIS SOO LÖIKES	201

JOONIS 125. AJUTISELT TÖÖVÕIMETUTE OSAKAAL SIHTRÜHMAS JA VÕRDLUSGRUPIS VANUSERÜHMADE LÖIKES	201
JOONIS 126. AJUTISELT TÖÖVÕIMETUTE OSAKAAL SIHTRÜHMAS JA VÕRDLUSGRUPIS ELUKOHA MAAKONNA LÖIKES	202
JOONIS 127. AJUTISELT TÖÖVÕIMETUTE OSAKAAL PÜSIVALT TÖÖVÕIMETUTE SIHTRÜHMAS, PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE PÕHIDIAGNOOSIDE LÖIKES.....	203
JOONIS 128. AJUTISELT TÖÖVÕIMETUTE OSAKAAL PÜSIVALT TÖÖVÕIMETUTE SIHTRÜHMAS, TÖÖVÕIME KAOTUSE PROTSENTIDE LÖIKES	203
JOONIS 129. AJUTISELT TÖÖVÕIMETUTE OSAKAAL PÜSIVALT TÖÖVÕIMETUTE SIHTRÜHMAS, PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMISE HETKEL KÕRGEIMA OMANDATUD HARIDUSTASEME LÖIKES	204
JOONIS 130. PTV MÄÄRAMISELE EELNENUD RETSEPTIDE JA RAVIARVETE DIAGNOOSID, PTV PÕHI- VÕI KAASUVA DIAGNOOSI JÄRGI	205
JOONIS 131. PTV MÄÄRAMISELE EELNENUD RETSEPTIDE JA RAVIARVETE DIAGNOOSID AJUTISELT TÖÖVÕIMETUTEL, PÜSIVA TÖÖVÕIMETUSE PÕHI- VÕI KAASUVATE DIAGNOOSI JÄRGI	205
JOONIS 132. PTV MÄÄRAMISELE EELNENUD RETSEPTIDE JA RAVIARVETE DIAGNOOSID RHK ALAMPEATÜKI TASEMEL, PTV PÕHIDIAGNOOSIDE KAUPA F-RÜHMAS	206
JOONIS 133. PTV MÄÄRAMISELE EELNENUD RETSEPTIDE JA RAVIARVETE DIAGNOOSID RHK ALAMPEATÜKI TASEMEL, PTV PÕHIDIAGNOOSIDE KAUPA I-RÜHMAS	207
JOONIS 134. PTV MÄÄRAMISELE EELNENUD RETSEPTIDE JA RAVIARVETE DIAGNOOSID RHK ALAMPEATÜKI TASEMEL, PTV PÕHIDIAGNOOSIDE KAUPA M-RÜHMAS.....	207
JOONIS 135. PTV MÄÄRAMISELE EELNENUD RETSEPTIDE JA RAVIARVETE DIAGNOOSID ATV-GA SAMAL AASTAL RHK ALAMPEATÜKI TASEMEL, PTV PÕHIDIAGNOOSIDE KAUPA F-RÜHMAS	208
JOONIS 136. PTV MÄÄRAMISELE EELNENUD RETSEPTIDE JA RAVIARVETE DIAGNOOSID ATV-GA SAMAL AASTAL RHK ALAMPEATÜKI TASEMEL, PTV PÕHIDIAGNOOSIDE KAUPA I-RÜHMAS	209
JOONIS 137. PTV MÄÄRAMISELE EELNENUD RETSEPTIDE JA RAVIARVETE DIAGNOOSID ATV-GA SAMAL AASTAL ALAMPEATÜKI TASEMEL, PTV PÕHIDIAGNOOSIDE KAUPA M-RÜHMAS.....	209
JOONIS 138. DIAGNOOSIDE ESINEMINE VÕRDLUSGRUPI RETSEPTIDEL VÕI RAVIARVETEL ATV-L VIIBIMISEGA SAMAL AASTAL PERIOODIL 2009-2014 AASTATE LÖIKES F-RÜHMAS.....	210
JOONIS 139. DIAGNOOSIDE ESINEMINE VÕRDLUSGRUPI RETSEPTIDEL JA RAVIARVETEL ATV-L VIIBIMISEGA SAMAL AASTAL PERIOODIL 2009-2014 AASTATE LÖIKES I-RÜHMAS.....	210
JOONIS 140. DIAGNOOSIDE ESINEMINE VÕRDLUSGRUPI RETSEPTIDEL JA RAVIARVETEL ATV- VIIBIMISEGA SAMAL AASTAL PERIOODIL 2009-2014 AASTATE LÖIKES M-RÜHMAS	211
JOONIS 141. VANUSE JA PALGA PROFIIL PTV PÕHIDIAGNOOSI LÖIKES ESMASE PTV MÄÄRAMISE AASTAL JA VIIS AASTAT ENNE (EUROT)	213

Tabelite loetelu

TABEL 1. ÜLEKOORMUSEGA SEOTUD OLULISEMAD LUULIHASKONNA JA SIDEKOE HAIGUSED	23
TABEL 2. TÖÖVÕIMETUSE KÜSITLUSE VALIMI KIRJELDUS	32
TABEL 3. RHK KLASSIFIKAATORI I, M JA F-PEATÜKI PÕHIDIAGNOOSIDEGA ESMASE PTV JAOTUS ALAMPEATÜKKIDE KAUPA (2009-2014)	39
TABEL 4. INIMESE TÖÖTASU KAOTUSE ARVESTAMISE EELDUSED	152
TABEL 5. TÖÖTAJA ATV-ST TULENEVA TÖÖANDJA KAHJU ARVESTAMINE	154
TABEL 6. RIIGI HAIGUSHÜVITISTE ARVESTAMISE ALUSEKS OLEVAD EELDUSED	156
TABEL 7. PTV TÖÖTASU KAOTUSE ARVESTAMISE EELDUSED	161
TABEL 8. HAIGUSHÜVITISE ERINEVUSE ARVESTAMISE SELGITUS	162
TABEL 9. TÖÖANDJATE KAOTUS PTV-ST	164
TABEL 10. RIIGI LISANDVÄÄRTUSE KAOTUS PÜSIVAST TÖÖVÕIMETUSEST (2014. AASTA NÄITEL)	165
TABEL 11. RIIGI KULUDE ARVESTUS PTV INIMESTE MEDITSIINISÜSTEEMI KULUDELE 2014. A (EURODES)	166
TABEL 12. RIIGI SOTSIAALMAKSU SOODUSTUSE KULU ARVESTUSKÄIK	166
TABEL 13. PUUDEGA INIMESTE TOETUSTE SAJATE ARV JA TOETUSE SUURUS 2014. A IV KVARTALI LÖPU SEISUGA	167
TABEL 14. TÖÖTUKASSA TEENUSTE KULUD (I, M JA F DIAGNOOSIGA) PÜSIVALT TÖÖVÕIMETUTE KOHTA.....	167
TABEL 15. PTV BRUTOPALGA TEISENDAMINE 2014. AASTA VÄÄRINGUSSE	170
TABEL 16. AASTASEST PTV EDASI LÜKKAMISEST TEKKIV TULU ÜHISKONNALE (EURODES)	170
TABEL 17. HAIGUSE TÕTTU AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE KORRAL TAGATAV ASENDUSISSETULEK ALLIKA, PERIOODI JA ASENDUSMÄÄRA JÄRGI	188
TABEL 18. TÖÖTAMISE REGRESSIOONIMODELI TULEMUSED	197
TABEL 19. PTV-DE OSAKAAL DIAGNOOSIDE ALAMPEATÜKKIDE LÖIKES 2009. AASTAL SAMA DIAGNOOSIGA RETSEPTE VÕI RAVIARVEID SAANUD ATV-DE HULGAS	211

Lühikokkuvõte

Püsiva töövõimetusega inimeste arvu kasv on olnud Eestis märkimisväärne ning jõudnud enam kui 10% tööealisest elanikkonnast. Püsiv töövõimekadu tähendab piiranguid tööelus osalemisel, madalama töötasuga töökohti või hoopis tööturult välja langemist. See omakorda toob kaasa lisaks tervisekahjule ka sissetulekute languse. Seepärast on oluline hinnata, kas ja kuidas oleks võimalik püsiva tervisekahju tekkimist vältida või vähendada. Uuringu ülesanne ongi hinnata, ajutise ja püsiva töövõimetuse seoseid, töökeskkonna ja töötingimuste seoseid töövõimetuse tekkimisega ning töövõimekaoga töötajate palkamisega seotud riske. Analüüsi põhjal hinnatakse, kas ning kuidas oleks võimalik varase sekkumisega hoida ära või vähendada tervisekadu.

Uuring põhineb registriandmete analüüsil, töövõimekaoga inimeste küsitluse andmetel ja tööandjate intervjuudel. Registriandmete analüüsiks seoti omavahel Sotsiaalkindlustusameti, Tööinspektsiooni ja Haigekassa registritest andmed uuringu sihtrühma ja võrdlusgrupi kohta. Uuringu sihtrühmana määratleti tõsise tervisekaoga inimesed, kes on püsiva töövõimetusega, kutsehaiguse või tööst põhjustatud haigusega või haiguslehel viibinud enam kui 60 päeva aastas. Sihtrühm piiritleti enimlevinud töövõimekadu põhjustavate diagnoosidega: vereringeelundite haigustega (RHK10 koodid I00-I99), luu- ja lihaskonnahaigustega (M00-M99) ning psüühika- ja käitumishäiretega (F00-F99). Võrdlusgrupina käsitleti ilma tõsise tervisekaota inimesi. Küsitlusuuring põhines juhuvalimiga küsitlusel kolmes sihtrühmas.

Andmeanalüüsis ilmnes, et nimetatud sihtrühmades on rohkem vanemaealisi ja naisi. Püsivalt töövõimetute seas on proportsionaalselt suurem madalama haridusega inimeste osakaal. Ametite poolest on Eesti tööealise elanikkonnaga võrreldes suhteliselt enam madalamate ametikohtade (liht- ja oskustööliste) esindajaid juba enne haigestumist. Ka pärast haigestumist on edasi töötavate tervisekaoga inimeste töökohtade seas sagedasemad madalamad ametikohad.

Juba enne püsiva töövõimetuse määramist töötavad tulevaste töövõimekaoga inimestest vähesemad kui Eesti elanikkonnast keskmiselt. Diagnoosidest eristub siin selgelt psüühika- ja käitumishäirete grupp, mille puhul on töötamise tõenäosus väiksem võrreldes teiste diagnoosidega püsivalt töövõimetutega ja Eesti keskmisega. Luu- ja lihaskonnahaigustega ning vereringeelundkonnahaigustega inimesed töötavad enne püsiva töövõimetuse määramist samasuguse sagedusega kui need, kellel püsivat töövõimekadu pole. Pärast püsiva töövõimetuse määramist töötavad kõikide diagnoosidega inimestest vähesemad kui võrdlusgrupist.

Püsivalt töövõimetutest on juba viis aastat enne püsiva töövõimetuse saamist haiguslehel viibinud suhteliselt rohkem inimesi kui võrdlusgrupist. Samuti on haiguslehed keskmiselt pikemad. See näitab, et püsiv töövõimekadu kujuneb välja pikema perioodi jooksul ning selle aluseks olev haigus mõjutab tööelu juba aastaid enne püsiva töövõimetuse ametlikku määramist. Oluliselt kasvab haiguslehel viibimise sagedus ja haiguslehtede pikkus püsiva töövõimetuse määramisele eelneval ja määramise aastal. Järgneval aastal nende osakaal, kes haiguslehel viibivad ja haiguslehtede pikkus vähenevad, olles siiski kõrgemad, kui võrdlusgrupil ja enne püsiva töövõimetuse määramist.

Kasutada olevatest taustateguritest (sugu, vanus, töötatud kuude arv ja töötasu, elukoha maakond, raviarvete ja retseptide diagnoosid RHK alampeatükkide kaupa, esmaste haiguslehtede arv ja haiguslehtede kogupikkus aastas) on kõige tugevamalt püsiva töövõimetuse tekkimisega seotud haiguslehtede pikkus. Kui keskmiselt populatsioonist määrati uuringu sihtrühma kuuluvate diagnoosidega esmane püsiv töövõimekadu ühele protsendile elanikkonnast, siis haiguslehtede pikkuste lõikes on erinevused järgmised:

- 1) Kui haiguslehe või haiguslehtede pikkus kokku oli PTV määramisele eelneval aastal alla 48 päeva, siis PTV määramise tõenäosus oli 0,8%,
- 2) Kui haiguslehe või haiguslehtede pikkus kokku oli PTV määramisele eelneval aastal rohkem kui 48-79 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 6,3%,
- 3) Kui haiguslehe või haiguslehtede pikkus kokku oli 79-122 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 11%,

- 4) Kui haiguslehe või haiguslehtede pikkus kokku oli enam kui 122 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 23,5%.

Seega on haiguslehe pikkus heaks indikaatoriks PTV tekkimisele ning võimaldab kavandada varasemaid sekkumismeetmeid, mille kaudu hinnata haiguse kujunemist, selle seost töötamise ja töötingimustega ning teha vajadusel kohandusi, mis võimaldaksid vältida või pidurdada tervisekahju välja kujunemist.

Töötamise mõju haiguse kujunemisele on oluliselt laiem kui vaid otseselt töötamisest põhjustatud haiguse või kutsehaiguse esilekutsumine. Kolmveerand püsivalt töövõimetutest ja pikaajalisel haiguslehel viibinutest leidsid, et nende tervisekahju oli põhjustatud töötamisest või töötingimused ja töötamine mõjutasid tervist negatiivselt. Oluline osa uuringu sihtrühmast leiab, et varase sekkumisega oleks saanud tervisekahju kas ära hoida või selle ulatust vähendada. Peamiselt leitakse, et lahenduseks oleks olnud varasem ravi alustamine. Samas leiab ligi viiendik, et tööandjapoolsed tegevused oleksid võinud vähendada tervisekahju väljakujunemist, eelkõige läbi töökorralduse ja töökeskkonna muutmise.

Mida tõsisem on inimese tervisekahju (mõõdetuna püsiva töövõimetuse määraga), seda väiksema tõenäosusega ta töötab. Enamusel püsivalt töövõimetutel on töötamisele rohkem kui üks piirang (enamasti on tegemist füüsiliste piirangutega). Siiski, ka täieliku töövõimetusega (100% püsivat töövõimetust) inimeste seas on neid, kes töötavad, veelgi enam on ka selliseid, kes leiavad, et nende töötamist ei takista ükski piirang.

Tervisekontrollide roll on kriitiline õigeaegse sekkumise tagamiseks ning tööst tuleneva tervise halvenemise vältimiseks. Ligi kolmandik töövõimekaoga inimestest käis pärast esmaste haigusnähtude ilmnemist töötervishoiuarsti juures kontrollis. Tänase tööandja juures on töötervishoiuarsti vastuvõtul käinud rohkem, ligi 2/3 töötavatest sihtrühma kuulujatest. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haigusega inimesed käivad teistega võrreldes pisut sagedamini kontrollis. Kolmandiku hinnangul, kes töötervishoiuarsti juures on käinud, ei selgitanud arst neile, kuidas töötada tervist hoidvalt ja ohutult. Samas on oluliseks infokanaliks ohutu ja tervist säästva töötamise tagamisel lisaks töötervishoiuarstile ka perearst ja eriarstid.

Üldisemalt soovitatakse analüüsi põhjal pöörata tähelepanu järgnevatele:

1. Määratleda ja käsitleda tööga seotud haiguseid laiemalt kui ainult tööst põhjustatud haigused;
2. Haiguslehe pikkuse järgi kavandada sekkumismeetmed, mis võimaldaksid siduda tööalase rehabilitatsiooni raviga ning võimalusel naasta ka osalise ajaga tööle pikemate haiguslehtede korral, et säilitada side töökohta ja töötamisega. Kaaluda võiks kaheastmelise süsteemi loomist, kus 6-7 nädalase haiguslehe pikkuse juures kaalutakse osalise töötamise võimalust vajadusel kohandatud töötingimustega olemasoleva tööandja juures. Pikema haiguslehe korral nt 4 kuud või 6 kuud, kaaluda struktuurset sekkumist koos juhtumikorralduse vajadusega, et aidata kohandada pikaajaliseks kujunenud haigusega inimesele töökohta või vajadusel kaaluda ka uue sobiva töökohta leidmist;
3. Eelnev soovitus eeldab, et Eesti haigushüvitiste süsteemi muudetakse selliselt, et oleks võimalik samal ajal haigushüvitise saamisega ka töötasu saada. Kuigi enamasti mitte, on osaline töötamine siiski mõnel juhul võimalik ka lühemate haiguslehtede ajal. Seetõttu tuleks süsteemi muutmisel ka lühemaajaliste haiguslehtede korral sarnane skeem seadustada;
4. Muuta kohustuslikuks tõsise tervisekahjuga inimeste töötervishoiuarsti juures käimine igal töökojal. Tagamaks, et töövõimekaoga töötajate tööturupositsioon ei muutuks teistest eelnimetatud tingimuse tõttu halvemaks, peaks töövõimekaoga inimeste töötervishoiuarsti kontrolle riiklikult finantseerima.
5. Analüüsida püsiva töövõimetuse määramise protsessi eesmärgiga leida, millisest etapist ja miks tulenevad maakondlikud erinevused. Selle analüüsi tulemusi tuleks kasutada uue töövõime hindamise süsteemi kavandamisel, et olemasoleva süsteemi vigu vältida.
6. Tööandjate intervjuude põhjal on mitmeid täiendavaid soovitusi nagu erisoodustusmaksu kaotamine tervist edendavatelt tegevustelt, töövõimekaoga inimestele ja potentsiaalsetele tööandjatele info jagamise ning nõustamise suurendamine, töötervishoiuarstidele inimese püsiva töövõimetusega seonduva info kasutamise võimaldamine, tugisikute meetmete laiendamine ja töövõimekaoga inimeste töötasult saadava sotsiaalmaksu soodustuse suurendamine või arvestusmeetodite muutmine

Summary

The number of people with permanent disability for work has seen a remarkable increase in recent years and their proportion among working-age people (16 to old-age pension age) has risen to above 10%. Permanent incapacity for work sets constraints to working life, leads to acceptance of lower income positions or even leaving the labour market. This in turn leads to loss of quality of life in terms of lower income along with the loss of health. Therefore it is important to examine whether and how the development of longer term health loss could be avoided or minimised. The aim of this study is to evaluate the linkage between temporary and permanent incapacity for work, associations between working environment and conditions and the onset of incapacity for work, but also to examine the specificities of employment of people with loss of capacity for work. Additionally, it is analysed how it would be possible to avoid or minimise the loss of health with early intervention.

The study is based on statistical analysis of registry and survey data of people with incapacity for work, and interviews with employers. For statistical analyses of registry data, the registries from Social Insurance Board, Labour Inspectorate and the Estonian Health Insurance Fund were combined. The target group of the study was defined as people with long term health problems, more explicitly people with permanent incapacity for work, job related disease or occupational disease, or temporary incapacity for work for more than 60 days per year. Three most common ICD 10 groups of disorders were included: III - Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism, XIII - Diseases of the musculoskeletal system and connective tissues, V - Mental and behavioural disorders. People without permanent disability for work or occupational diseases were used as control group in statistical analyses.

In the target group (i.e. people with disability to work, occupational diseases, work related diseases, and long term temporary incapacity for work) there are more women and elderly people. There is a higher proportion of people with lower education among people with permanent incapacity for work. Permanent incapacity has developed to a relatively higher number of people with low skill level occupations.

Among people with permanent disability, the unemployment rate is higher than on average in Estonia even before acquiring the status of permanent incapacity for work. Separate analysis of each of the studied ICD 10 groups of disorders revealed that people with future mental and behavioural disorders are relatively more likely to be unemployed before official permanent incapacity for work. The other two studied ICD 10 groups of disorders do not differ in rates of unemployment from the national average before the permanent incapacity for work. However, after being officially evaluated as permanently incapable for work people with all studied diagnoses are more often unemployed than the national average.

Among people with permanent incapacity for work the share of people on sick leave is higher than in the control group already 5 years prior to acquiring the permanent disability status. Moreover, the sick leave periods are longer than average. Altogether the evidence implies that permanent incapacity for work develops over a long period of time and the condition causing it may affect working life for years before the official assignment of permanent incapacity status. A sudden rise in the number and duration of sick leaves periods appears in the same year and a year prior to the official permanent incapacity for work. A year after acquiring the status, the number and length of sick leave periods decreases but remains higher than in the control group.

Among the potential factors affecting the health status (sex, age, number of months employed, income, county of residence, diagnoses on healthcare and medication bills, number and length of sick leave periods during a year) the best predictor of future permanent incapacity to work is the length of sick leave periods. On average 1% of people with the diagnoses considered obtained the status of permanent incapacity for the first time in their life, but looking at the length of sick leave periods there are remarkable differences between the rates of first time assignments of permanent incapacity. If the length of the sick leave during the year prior getting the incapacity status was:

- shorter than 48 days, then the rate of assignment of incapacity was 0,8%,

- At 48-79 days, the rate was 6,3%,
- At 79-122 days, the rate was 11%,
- At 122 and longer days, the rate was 23,5%.

Thus it may be concluded that the length of sick leave periods is a good indicator of developing permanent incapacity for work and can be used to plan earlier interventions. This indicator can also be used to follow the development of a health disorder, its connection with work and working conditions, but also to implement measures to avoid or at least slow down the development of serious health problems.

The effect of work on the development of a health disorder is much broader than the extreme cases of causing a work related or occupational illness. Three quarters of people with permanent or long term temporary incapacity for work associated their health loss with work or working conditions with work having a negative effect on their health. The majority of the target group suggested that early intervention would have slowed down or avoided completely the deterioration of health. Furthermore, they suggested that earlier start of treatment would have been the best intervention. On the other hand, close to one fifth of people found that the employer could have prevented the health loss by modifying the working arrangements and environment.

The more serious a person's health problem (as the officially evaluated percentage of the permanent incapacity for work) the less likely it is that he or she is employed. The majority of the people with permanent incapacity for work have more than one constraint on working (mostly these are physical constraints). Still, even among people with total incapacity for work (i.e. cases in which the percentage of incapacity for work is evaluated at 100%) there are individuals who work., Moreover, some of them declare no health constraints for working.

The role of occupational health surveillance is critical for timely intervention and prevention of work related health loss. A third of the employed visited an occupational health doctor after the appearance of first signs of illness. During employment at the current employer more people from the target group have visited the occupational health doctor. People with work related or occupational illness visit the doctor more often than the rest of the target group. A third of those who had visited the occupational health doctor reported that no advice for health preserving and safe working was given by the doctor. However, in addition to the occupational health doctor also general practitioners and medical specialists are considered important sources of information about health friendly and safe working practices.

General suggestions based on the analysis are:

- It is necessary to define and handle work related health disorders more broadly than just occupational diseases;
- Design intervention practises which would make it possible to combine work rehabilitation with medical treatment. Also, facilitating part time working during long-term temporary incapacity for work to preserve the connection to the workplace and working. The length of a sick leave could be used as a cue for implementing the intervention measures. For example, a two-step system could be considered, where after a 6-week sick leave the possibility of part time working with adjusted working conditions would be assessed. For longer sick leaves, at 4 or 6 months, a more structured intervention should be offered, possibly including individual incident management to help adjusting the current working conditions of a person with a long term illness, or to consider helping to find a new job. In some rare cases part time working could be possible even during shorter sick leaves;
- The prerequisite of the previous recommendation would be a possibility to get salary during a sick leave which is not possible by the current system of sickness benefits in Estonia;
- Compulsory regular visits to the occupational health doctor should be mandated for all employees with serious health problems. Currently visits to occupational health doctor are paid by the employer. However, to ensure that the compulsory visits to occupational health doctor would not become a disadvantage to people with health problems at the labour market, the visits should be state financed.

- The process the assessing permanent incapacity for work has to be evaluated to find out why differences in assignment rate between the counties exist. The resulting knowledge should be taken into account when developing the new system of assessing capacity for work.
- In the interviews with the employers multiple additional measures were suggested: health promoting activities should be included to list of exemptions from fringe benefits from tax; more extensive informing and counselling for potential employers of employees with incapacity for work; occupational health doctors should have access to medical information related to the diagnoses of employees with permanent incapacity for work; broadening the range of cases when the use of support persons for people with permanent incapacity for work can be applied for; increase the share of state paid social taxes for people with incapacity for work.

Sissejuhatus

Eestis on püsiva töövõimetusega inimeste arv ja suhteline osakaal tööealisest elanikkonnast kasvanud eba-proportsionaalselt kiiresti. Töövõimetuspension saavate inimeste osakaal on kasvanud märkimisväärselt, jõudes 2014. aastaks juba ligi 10% tööealisest elanikkonnast. Tegemist ei ole ainult Eestile omase probleemiga, vaid sarnased probleemid on ka teistes riikides. OECD (2010:10) toob välja, et paljudes riikides on töövõimetuspension kujunenud nõ viimaseks õlekõrreks (ingl k *last resort*), mida kasutavad tööealised elanikud, kes on tööturul sattunud tõrjutud seisuga ja kes ei suuda pidevalt kõrge tootlikkusega tööd teha. Ka Eesti püsiva töövõimetuse määramise ja seonduvate toetuste maksmise peamiseks probleemiks on suur juurdevool süsteemi ning väga vähenenud väljavool (OECD 2012:96).

On ilmne, et poliitika peab olema erinev nende püsiva tervisekaoga inimeste osas (OECD 2010):

- a) kes on tööturult väljas ning keda on vaja taasintegreerida tööturule ja
- b) kes on hetkel hõives, kellel tuleks vältida tervise halvenemist, tööturult välja kukkumist ning suurendada tööpanust.

Eesmärgiga suurendada töövõimetuse aktiivsust tööturul viiakse Eestis praegu ellu töövõimereformi. Põhimõtteline muutus toimub üleminekul töövõimetuse hindamiselt töövõime hindamisele ning tööturumeetmetega töövõime toetamisele. Töövõime määramine ja töövõimetoetuse maksmine viiakse Sotsiaalkindlustusameti (SKA) vastutusalast Töötukassasse (TK), mis pakub ka tööturuteenuseid ja tööalast rehabilitatsiooniteenust. Praeguseks valminud töövõimereformi osad muudavad töövõimetoetuse maksmise aktiivsemaks ja suunavad osalise töövõimega inimesi, kes ei tööta, tööd otsima.

Nende osas, kes on hõives, peaks püsiva töövõimekaotuse ja tööhõivest välja kukkumise ennetamisel, olema peamine fookus haiguse tõttu tekkinud ajutise töövõimetuse perioodidel. OECD (2010) kohaselt oleks paljudes riikides võimalik ajutise töövõimetuse ajal oluliselt rohkem teha – jälgida inimese tervislikku olukorda ja juhtida nende naasmist tööle. On leitud, et pikaajaline haigusest tulenev ajutine töövõimetus viib suurema tõenäosusega püsiva töövõimetuse tekkimiseni ja väiksema tõenäosusega tööturule naasmiseni (vt nt Waddell *et al.* 2008, Hultin *et al.* 2012, Wallman *et al.* 2009). Pikaajaliseks või püsivaks töövõimetusks kujunenud olukorras on inimese tööturule naasmine ja selle hõlbustamiseks meetmete kavandamine oluliselt keerulisem ning kulukam kui lühiajalise töövõimetuse korral (Waddell *et al.* 2008). Seega on ajutise töövõimetuse perioodi pikkus hea indikatsioon sekkumismeetmete kavandamiseks.

Kui püsiva töövõimetuse süsteemi muutmiseks on juba kavandatud töövõimereform, siis ajutise töövõimetuse hüvitamise ja määramise skeemi ei ole seni kavandatud muuta. Ajutise töövõimetuse osas on tehtud mitmeid uuringuid ning mh soovitatud muudatusi. Veldre *et al.* (2012) ja Leetmaa *et al.* (2012) on välja toonud, et vajalik on muuta ajutise töövõimetuse hüvitamise süsteemi aluseid, kuna need ei soodusta kiiret tööturule naasmist. Ettepanekuks on vaadata üle süsteem selliselt, et see ei võimaldaks töövõimekaotusega inimesele hüvitise skeemist suuremat sissetulekut kui seda saaks töötades ning kohandada skeemi selliselt, et säiliks motivatsioon töötamiseks ka ajutise töövõimetuse ajal.

Ajutise ja püsiva töövõimetuse määramise ning hüvitamise süsteemidele lisaks on oluliseks tööle või tööturule naasmise mõjutajaks ka tööandjad, kes loovad töökeskkonna ja –tingimustega töökohad. Töökeskkond ja selles olevad ohutegurid mõjutavad ühelt poolt tervishäirete tekkimist, kulgu ja ennetamist. Teiselt poolt on leitud, et tööandjapoolne haiguspuhkuste juhtimine ja ajutine kohandatud või väikeste muudatustega töö pakkumine pikemaks kujuneva haiguse korral, suurendab tööle naasmise tõenäosust ja lühendab ajutise töövõimetuse perioode. (Waddell *et al.* 2008)

Uuringu eesmärk, metoodika ja raporti struktuur

Sellele uuringule seatud **ülesanded** on järgmised:

1. Analüüsida Eestis kehtiva süsteemi ajutise ja püsiva töövõimetuse vahelisi seoseid;

2. Analüüsida kehtiva süsteemi töötajate töövõimetuse ning töötingimuste ja töökeskkonna vahelisi seoseid;
3. Analüüsida kehtiva süsteemi töötajate töövõimetusega seotud riske ja nende jaotust tööandja, töötaja ja riigi vahel;
4. Pakkuda välja eelmises kolmes punktis leitud probleemidele lahendusi ja hinnata nende mõjusid.

Uuringu **sihtrühm** on piiritletud:

1. püsiva töövõimetuse (PTV),
2. kutse- või tööst põhjustatud haiguse (edaspidi vastavalt KH ja TPH) ja
3. pikaajalisel (kokku aasta kohta 60 päeva või enam) haiguslehel või haiguslehtedel olnud (pikaajalise ATV) inimestega,

kellel on üks järgmistest haigustest:

- luu-, lihaskonna- või sidekoehaigus (RHK-10¹ koodid Moo-M99),
- psüühika- või käitumishäire ((RHK-10 koodid Foo-F99) või
- vereringeelundite haigus (RHK-10 koodid I00-I99).

Nimetatud diagnoosigruppidega haigused katavad enamiku KH ja TPH inimeste grupist.. 2014. aastal oli enam kui 80% KH ja TPH määramistest nende diagnoosigruppidega. PTV inimeste grupist katavad nende diagnooside alusel määratud PTV-d enamiku (ligi 60%). ATV diagnoose enne 2015. aastat ei registreeritud², mistõttu ATV diagnooside jaotus ei ole teada. Tulemuste tõlgendamisel tuleb tähele panna, et PTV, KH ja TPH analüüs on kitsendatud nimetatud diagnoosidega ja seepärast ei ole tulemused otseselt kehtivad kõikide PTV, KH ja TPH gruppidele.

Uurimisküsimustele vastuste leidmiseks kasutatakse peamiselt kolme **andmeallikat**:

1. SKA, HK ja TI peetavate registrite ühendatud mikroandmed perioodi 2009-2014 kohta, mille põhjal analüüsitakse ajutise ja püsiva töövõimetuse seoseid ja hinnatakse PTV seost töötamisega. Andmestik sisaldab isiku töötasult makstud sotsiaalmaksu andmeid, PTV ekspertiiside andmetest väljavõtet, ajutise töövõimetuse sageduse ja kestuse, retseptidel ja raviteenuste arvetel olevate diagnooside andmeid ning KH või TPH registreerimisel sisestatud andmete väljavõtet.
2. Töövõimekaoga inimeste küsitlus – juhuvalimitega küsitlused inimeste hinnangute kogumiseks töötingimuste ja töökeskkonna mõjust töövõimetusele. Küsitlus viidi läbi pikaajalise ATV kogemusega, KH ja TPH ning PTV inimeste, kellel on hiljutine töökogemus, seas.
3. Tööandjate intervjuud, kaardistamaks tööandjate hinnangud töötajate töövõimetusega kaasnevatele riskidele ja nende lahendustele.

Lisaks kasutati dokumendianalüüsi Eesti praeguse süsteemi kirjeldamiseks ning teisi uuringuid selleks, et kirjeldada sihtrühma haiguste, töövõimetuse ja töötingimuste seoseid.

Uuringus keskendume 2015. aastal ja sellele eelnevatel aastatel kehtinud süsteemi raames PTV, KH, TPH määramisele ning selle seostele ATV ning töötingimuste ja -keskkonnaga. Seepärast ei kirjeldata uuringus uuest aastast töövõimereformi raames rakenduvaid süsteemi muudatusi. Kavandatav töövõimereform keskendub PTV määramise ning määramise järgselt ATV hüvitiste maksmise ja teenuste osutamise skeemile. Kuna uuringu

¹ rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud tervisprobleemide statistiline klassifikatsioon

² Kuigi raviarvetel määratakse, kas inimesele väljastati töövõimetusleht, siis Haigekassa andmepäringu teostamisel ei pidanud Haigekassa eksperdid võimalikuks haiguslehtede sidumist diagnoosidega. Seepärast on uurimisküsimustele, mis puudutasid ajutise töövõimetuse diagnoose, lähenetud kaudselt.

fookuses on ATV ja PTV seosed ning töövõimetuse ja töötingimuste seosed, siis kehtivad leitavad järeldused suures osas ka uue süsteemi rakendusel.

Uuringu **raport on üles ehitatud** järgnevate peatükkidena:

Esimeses peatükis antakse dokumendi- ja varasemate uuringute põhjal ülevaade sellest, kuidas mõista haiguste seost töötamisega ning millised sihtrühma haigused ja kuidas töötamise ning töötingimustega seonduvad. Selle mõistmine määrab ka raami varase sekkumise kavandamiseks haiguste pikaajaliseks kujunemise vältimiseks ja inimese tööturul hoidmiseks.

Teine peatükk täpsustab analüüsis kasutatavaid andmeallikaid. Põhjalikum metoodika kirjeldus on esitatud eraldiseisvas metoodikaraportis.

Kolmas peatükk annab ülevaate sihtrühma suurusest ja selle sotsiaaldemograafilisest profiilist. Peatüki aluseks on nii SKA, TI statistika, registriandmed kui uuringu raames tehtud küsitlus nende lõigete osas, mida ametlikus statistikas ja registrites ei kajastu. Esmalt antakse ülevaade PTV, ATV, KH ja TPH määramiste alusel, kui palju on erinevate diagnooside lõikes PTV, KH ja TPH määramisi. Seejärel kirjeldatakse 2014. a PTV ja ATV sotsiaaldemograafilist profiili. KH ja TPH osas kirjeldatakse nende inimeste sotsiaaldemograafilist tausta, kellele määrati 2008-2014. a KH või TPH.

Neljandas peatükis kirjeldatakse sihtrühma kuuluvate inimeste töötamist sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes. Töötamise seost PTV, KH ja TPH-ga analüüsitakse registriandmete põhjal. Töötavate inimeste ameti- ja tegevusalasid analüüsitakse küsitlusandmete põhjal. Töötamise analüüs on sisendiks ATV ja PTV seoste analüüsimiseks. Selleks, et inimesel saaks olla ATV, peab ta olema töötav. Juhul, kui tervisekaoga inimesed loobuvad üldse töötamisest, siis ei ilmne ka seost ATV ja PTV vahel.

Viies peatükk kajastab erinevaid PTV ja ATV seoseid registriandmete analüüsi põhjal. Analüüsitakse PTV-le eelnevaid ja järgnevaid ATV sagedusi ja kestuseid võrrelduna inimestega, kellel ei ole PTV-d. Seejärel hinnatakse, kas pikemad ja sagedasemad ATV-d viivad suurema tõenäosusega PTV tekkimisele. Samuti hinnatakse klassifikatsioonipuudega registriandmete põhjal, millised registriandmetes kajastuvad tegurid seonduvad PTV tekkimisega. PTV ja ATV seoste viimases alapeatükis analüüsitakse ATV-ga samal aastal inimesele määratud retseptide või raviarvete diagnooside ning PTV diagnoosi kokku langevust, et selgitada välja kas pikaajaline ATV ja määratud PTV tulenesid samast haigusest.

Kuues peatükk esitab peamiselt küsitluse ja intervjuude põhjal analüüsi töövõimetuse seostest töötingimuste ja töökeskkonnaga. Täpsemalt käsitletakse järgmisi teemasid: töökeskkonna mõju haiguse arengule, töötamise jätkamise mõju tervisele, tervisekahju ennetamine töökohal ja tervisekontrollide sagedus ja sisukus.

Viimases peatükis analüüsitakse töövõimetusega kaasnevaid kulusid ning nende jaotust töövõimekaoga inimese, tööandja ja riigi vahel praeguse hüvitiste ja teenuste skeemide korral. Uuringu lisas 1 kirjeldatakse lühidalt töövõimetuse määramise, töövõimetutele toetuste ja teenuste pakkumise süsteemi Eestis. Kirjeldus aluseks töövõimetusega kaasnevate ühiskonna kulude ja nende jagunemise arvestamisel.

Raporti lõpus esitatakse kokkuvõte ja soovitused.

1 Sihtrühma haiguste seos tööga varasemate uuringute põhjal

Töövõimetust esile kutsuvad haigused kujunevad välja erinevatel põhjustel ning sageli ei ole töötamine neist peamine. Samas on inimesed igapäevaselt hõivatud töötamisega mistõttu töötamine igal juhul mõjutab elu ja tervist. Järgnevalt käsitletakse seda, kuidas määratleda haiguse seost tööga ning milline on töötingimuste seos haiguste kujunemisega. Seejärel kirjeldatakse varasema kirjanduse alusel põgusalt uuringu sihtrühma kuuluvate haiguste gruppide – luu- ja lihaskonna haiguste (RHK-10 peatükk M, vereringeelundkonna haiguste (RHK-10 diagnooside peatükk I) ja psüühika- ning käitumishäirete (RHK-10 diagnooside peatükk F) – seost töötamise ja töötingimustega varasema kirjanduse alusel. PTV, ATV, KH ja TPH enda hinnanguid haiguse kujunemise seosele töötamise ja töötingimustega analüüsitakse küsitlusandmete põhjal ptk. 6.1).

1.1 Tööga seotud haiguste määratlus ja varase sekkumise kohad

Otseselt tööst tulenevaks haiguseks on **kutsehaigused**, mille puhul võib öelda, et haigus tulenes töötamisest konkreetsete tööandja juures valitsevates töötingimustes ja -keskkonnas. Töötervishoiu ja tööohutuse seadus³ (TTOS) defineerib kutsehaigusena haigused, mille on põhjustanud kutsehaiguste loetelus nimetatud töökeskkonna ohutegur või töö laad. Lisaks sellele on Eestis **tööst põhjustatud haigusena** määratletavad samuti töökeskkonna ohuteguri poolt põhjustatud haigused, mida küll ei loeta kutsehaiguseks⁴ (TTOS §23 lg 1 ja 3). Seaduse põhjal nimetatakse neid kahte koos **tööga seotud haigusteks** (TTOS §23 lg 2).

Töötamine mõjutab aga ka sel juhul inimese tervist, kui haigus ei ole otseselt tekkinud töötamise tõttu. Seepärast toob Kahn (2010:447) välja, et tähelepanu on vaja pöörata **töötingimustega seonduvatele haigustele** laiemalt, kuna nende osakaal on üldhaigestumises oluliselt suurem kui varem arvatud.

Haiguse seotuse järgi töötamise ja töötingimustega, teeb Kahn (2010) ettepaneku eristada järgmisi kategooriaid:

- **Kutsehaigus** – töötingimuste poolt põhjustatud haigus, mille korral on tõestatud otsene seos töökeskkonna ohuteguri ja haiguse vahel.
- **Kutsehaiguse kahtlus** - töötingimuste poolt põhjustatud haigus, mille korral otsese seose tuvastamine töökeskkonna ohuteguri ja haiguse vahel vajab täiendavat uurimist. Sellise kategooria kasutuselevõttu soovivad Eestile ka Kwantes *et al.* (2010)
- **Tööga seotud haigus** – haigus, mille **ühaks** etioloogiliseks teguriks ja haigusprotsessi mõjutajaks on töö iseloom või töötingimused. Sellisena kasutatakse terminit ka WHO ja ILO poolt märkimaks haiguseid, mis on olemuselt polüetioloogilised ja mille kulgu või teket mõjutavad olulises osas ka töötingimused või töö laad (Kahn 2010:448). Ennetuse seisukohast veidi vähem oluline, kuid haigusega kaasneva kahju kompenseerimise jaoks oluliseks küsimuseks on see, kui suures osas täpselt on haiguse teke või kulgu seotud töötamisega. Allen ja Clarke (2009:30) märgivad, et tööga seotud

³ Töötervishoiu ja tööohutuse seadus, vastu võetud 16.06.1999 RTI 1999, 60, 616, viimane red. 29.01.2015, RTI 26.02.2015, 1, 01.03.2015.

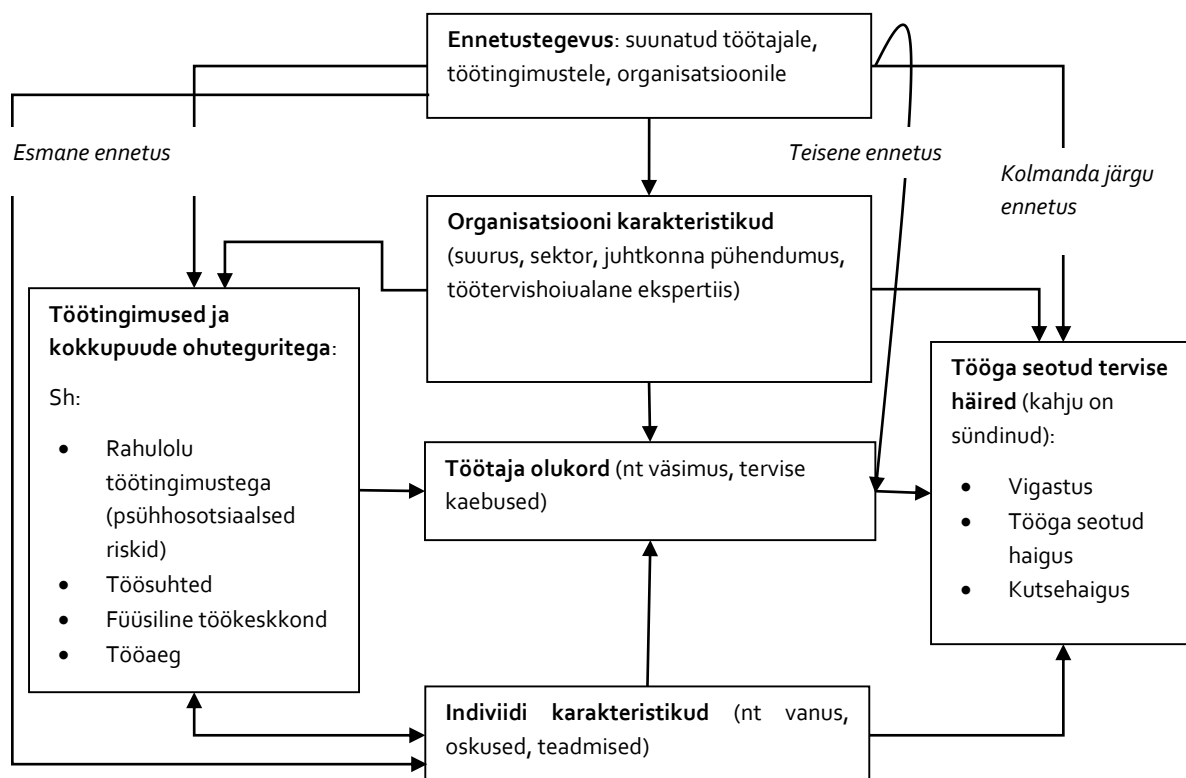
⁴ Kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste eristamisele lähenetakse selliselt, et tööst põhjustatud haigus on haigus, mille kohta töötervishoiuarst kahtlustab kutsehaiguse olemasolu, kuid konkreetse haiguse seostamine konkreetse tööandja ja töökeskkonnaga on tegemata. Iga-aastaselt ületab diagnoositud tööst põhjustatud haiguste arv oluliselt kutsehaiguste arvu. Selle üheks põhjuseks on asjaolu, et tööandjale kaasneb olulisi kohustusi, juhul kui töötajal diagnoositakse kutsehaigus (TTOS §24), samas kui tööst põhjustatud haiguse diagnoosimise korral ei teavita töötervishoiuarst tööandjat vaid ainult Tööinspektsiooni (TTOS §23 lg 7). Kutsehaiguste diagnoosimise korraldus ning kaasnevad kohustused ja võimalused hoiavad tagasi töötajaid kutsehaiguse diagnoosimise taotlemisest ning ei motiveeri ka tööandjaid seda tegema (Terviseamet 2014: 17).

haiguse määratlemisel kasutatakse sageli tõenäosuslikku lähenemist, kus määratakse tõenäosus, et haigus on seotud tööga (vs tõenäosus, et see ei ole seotud).

- **Töösosalusega tervisehäire** – tervisehäire, mille korral on tööst tingitud üksikud sümptomid, kuid mitte haigus. Seda terminit kasutatakse lühiajaliste ja mööduvate funktsionaalsete nihete kohta (nt nagu kaela-õlavöötme pingeseisund, mis puhkusega möödub).

Juhul, kui haigus on seotud töötingimuste või töö laadiga kasvõi osaliselt, siis võib olla võimalik läbi ohutegurite muutmise mõjutada ka haiguse kulgu. Töö kui olulise haigust mõjutava teguri ignoreerimisel suureneb oht, et haigus muutub krooniliseks, sageli retsidiveeruvaks, põhjustades periooditi töövõimetust (Kahn 2010: 449). Seega on rahvatervise vaatenurgast ja ennetustegevuse kavandamisel oluline mitte ainult **kutsehaiguste** diagnoosimine, põhjuste analüüs ja ennetamine vaid **tööga seotud haigused laiemalt**.

Töövõime seos töötingimustega sõltub inimese olukorrast organisatsioonis, mis kujuneb ühelt poolt lähtuvalt organisatsiooni karakteristikutest (tegevusala, suurus jne), milles inimene töötab ja teiselt poolt inimese karakteristikutest (ametikoht, haridus, oskused jne). Tööandjal on võimalik kujundada töötingimusi, mis on esmaseks ennetustegevuseks tööga seotud haiguste ära hoidmiseks. Teisene ennetustegevus on suunatud töötajale ja algab, kui juba ilmnevad esmased tervisega seotud kaebused. Teisese ennetustegevuse käigus kujundatakse töötamist ja muudetakse töötingimusi selliselt, et vältida tõsisemate tervisehäirete tekkimist. Kolmanda tasandi ennetustegevus toimub suurema kahju ära hoidmiseks olukorras, kus kahju on juba tekkinud ja inimene on jäänud töövõimeetuks. Sellisel juhul tuleb keskenduda töövõimekaoga inimese tööle naasmise kindlustamisele, et vältida täielikku töölt lahkumist. Tööga seotud tervisehäirete korral on töötingimustel otsene seos häire tekkimisega ning tööandjal on võimalik sekkuda erinevates ajapunktides erinevate meetmetega. Kolmanda järgu ennetustegevus on laiem kui üksiku töötaja tegevus. Kolmanda järgu ennetustegevuse eesmärk on hoida inimest hõives, töö kaotuse korral vahetades töökohta, või seotuna aktiivselt uue töö otsingutega. Juhul, kui esmane ennetustegevus on efektiivne, siis tööga seotud tervisehäirete osas järgnevatel ajapunktides sekkumist pole vaja.



Joonis 1. Töökoormuse-töövõime mudel koos ennetustegevusega

Eelnevat üldistavat mudelit, mis seob töötingimused töövõime kujunemisega, tuleb vaadata Eesti meditsiini-, sotsiaalkaitsesüsteemi ja majanduskeskkonnas. Haiguste ja tervishäirete põhine lähenemine töötajate töövõime hoidmiseks keskendub töövõime mudeli kontekstis kolmanda järgu ennetuse osale. Selles etapis on lisaks tööandjale ja töökohale oluliseks tööle naasmist mõjutavateks teguriteks meditsiinisüsteem (arstid, nende poolt antavad nõuanded, ravimid, raviteenused jm) ja sotsiaalkaitse süsteem (asendussissetuleku suurus ja saamise tingimused, rehabilitatsioon, teenused ja abivahendid jmt). Inimese töökoha säilimist ja võimaliku uue töökoha leidmist mõjutab ka majanduskeskkond ning tööturul olevate vabade töökohtade olemasolu. Eelnevate ennetustegevuste etappide efektiivsuse tõstmisega on aga võimalik vähendada kolmanda järgu ennetustegevuse vajadust.

1.2 Sihtrühma haigused, nende seos töö ja töötingimustega

1.2.1 Luu- ja lihaskonna haigused ning nende seos töötingimuste ja töökoha ohuteguritega

Luu- ja lihaskonna vaevused ja sellega kaasnev valu võib mõjutada sitkust ja vastupidavust, kognitiivseid võimeid ehk keskendumist, meeleolu, väsimust, liikuvust ja nobedust. Samuti võib kaasneda seeläbi mõju tööohutusele (Zheltukova, Bevan 2011:21).

Luu- ja lihaskonna haiguste seas on nii otseselt tööga seotud haiguseid (vt järgnev tabel); ebamääraseid ja episoodilisi tervisehädasid nagu nt seljavalu, mis läheb enamasti ise üle (Zheltukova et al. 2011:15); ja tööst sõltumatult tekkivaid haiguseid (nt reumatoidartriit), mis mõjutavad töövõimekust ning millele omakorda töötamine avaldab mõju.

Luu- ja lihaskonna haigustest (mis on RHK-10 klassifikatsiooni koodidega M00-M99) on sagedasemad tööga seotud haigused toodud järgmises tabelis (Kahn 2010:449-450).

Tabel 1. Ülekoormusega seotud olulisemad luulihaigused ja sidekoe haigused

Haigus (diagnoos)	Ohutegurid
Ülajäsemete, kaela ja õlavöötme haigustest: ○ Müofastsiaalsete valude sündroom (M70.8) ○ Õlavöötme piirkonna, trapetsilihase müalgia (M79.1) ○ Radikulopaatia (M54.1) ○ Radieeruva kaelavalu sündroom (M54.2) ○ Rotaatormanseti tendiniit (M65.8)	○ monotoonne töö, ○ sundasendid ja -liigutused, ○ lihasgruppide ülepinge, ○ korduvad mikrotraumad
Õlaliigese piirkonna haigusseisundid: ○ õlaliigese liigeseümbruse põletik (M75.0) ○ õlaliigese kapsuliit (M75.0) ○ rotaatormanseti tendopaatia (M67.8) ○ biitsepsi tendiniit (M75.2) ○ bursopaatia (M71.9)	○ korduvad käetõsted õlgadest, külgedele või üle pea ○ suurt füüsilist jõudu nõudev töö ○ korduvad kiired liigutused kogu tööpäeva jooksul.
Küünarliigese piirkonna haigusseisundid ○ lateraalne ja mediaalne epikondüliit (M77.1 ja M77.0) ○ küünarliigese osteoartroos (M19.8)	○ Ekstreemsed küünarvarre rotatsioonid ○ Korduvad sirutused ○ Küünarvarre rotatsioonid painutatud randmega ○ Küünarvarre korduvad kiired liigutused ○ Väline kompressioon Osteoartroosil ka: ○ Raske füüsiline töö

	○ Põrutavad löögid haamri või suruõhu tööriistadega
Küünarvarre piirkonna haigusseisundid: ○ Ten(d)sünoviit ehk ten(d)vaginiit (M65) ○ Fleksorite-ekstensorite peridendiniit (M65)	○ Käsivarre ja käelaba kestvad sundasendid ○ Korduvad haaramis- ja pööramisliigutused ○ Kiireid käeliigutusi nõudev suure lihaspingega töö ○ Jahe ja niiske töökeskkond

Allikas: Kahn 2010

Lisaks otseselt tööga seotud haigustele on mitmed luu- ja lihaskonnahaigused, mille tekkimine ei ole seotud tööga, kuid mille kulgemisele avaldavad töötamine, töötingimused ja töö korraldus olulist mõju (Zheltukova *et al.* 2011). Sellisteks on nt reumatoidartriit (Mo5, Mo6), psoriaatiline artriit (Mo7) ja spondüloartropaatia (M45-M49). Zheltukova *et al.* (2011:29) toovad välja, et reumatoidartriit on seotud tööalastest riskiteguritest vibratsiooni, korduvate traumade, põlvede kõverdamise ja suurte raksuste tõstmisega. Reumatoidartriidi puhul on näidatud, et muuhulgas ennustas enneaegset lahkumist tööturul lisaks füüsiliselt raskele tööle ka autonoomia puudumine (Sokka ja Pincus 2001, viidatud läbi Zheltukova *et al.* 2011:31). Töökaotusele võib kaasa aidata ka tööaja paindumatus, sest reumatoidartriidiga kaasnevad valuhood, mis ei ole ette prognoositavad ning seepärast on vajalik paindlik tööaeg.

Kuigi luu- ja lihaskonnahaigused seonduvad eelkõige füüsiliste ohuteguritega⁵, siis praktikas mõjuvad need siiski kombinatsiooni psühhosotsiaalse töökeskkonnaga. Zheltukova *et al.* (2011: 31) järgi on enam luu- ja lihaskonnahaiguste kujunemist mõjutavad psühhosotsiaalsed ohutegurid:

- Kiire töötempo ja suur töökoormus,
- Monotoonsena tunduv töö,
- Vähene rahulolu tööga,
- Vähene otsustamisõigus tööl,
- Vähene sotsiaalne tugi,
- Tööstress (mis omakorda võib tekitab mitmetest teguritest nagu nõudmiste ja kohustuste või oskuste mittevastavus, töökoha ebakindlusest).

Kuigi luu- ja lihaskonnahaigused võivad olla otseselt tööst põhjustatud, siis nende tekkimist ning arengut mõjutavad mitmed töövälised tegurid nagu geneetiline eelsoodumus, selgroo väärarendid, rasvumine, rasedus, enesehinnang, psühholoogiline stress, vananemine, suitsetamine, vähene füüsiline aktiivsus (Zheltukova 2011:27). Osade nimetatud riskitegurite mõju on võimalik leevendada inimese enda tegutsemisega (sh seda mõjutades läbi ühiskondlikku teadlikkuse suurendamise ja surve), teisi riskitegureid nagu nt geneetiline eelsoodumus, ei ole võimalik muuta.

On leitud, et luu- või lihaskonnahaiguste tõttu tekkinud ajutise töövõimetuse korral on **varajane naasmine tööle** ning töötamise jätkamine kasulik. Waddell *et al.* (2008:16) analüüsisid suurt hulka sellealast teaduskirjandust ning järeldavad, et luu- ja lihaskonnahaigustega inimeste varajane tööle naasmine on epidemioloogiliselt ja kliiniliselt hästi põhjendatud ning erinevad uuringud toetavad seda laialdaselt. Zheltukova *et al.* (2010:54) viitavad mitmete uuringute põhjal sellele, et luu- ja lihaskonnahaigusega inimestele ei ole töötamine mitte ainult kasulik tööturuväljavaadete suhtes, vaid et töötamine aitab ka paraneda. Seejuures ei tohi loomulikult alatahtsustada kohast tulemuslikku meditsiinilist ravi. Varane sekkumine kolmanda tasandi

⁵ Ohutegurid e riskitegurid e ohu- või riskifaktorid on tõenäosuslikult haiguse tekkele või kulule mõju avaldavad. Ohuteguritega kokkupuutes töötamine ei tähenda, et inimesel kindlalt haigus tekib, samuti ei võimalda ühe ohuteguri puudumine kindlalt väita, et haigust ei teki. Ohutegurid on individuaalsed ning mõjutavad inimese tõenäosust saada haigus (haigustegrupp) kindla perioodi jooksul tulevikus.

ennetustegevusena - kohase ravi, positiivse suhtumisega töötamise ja töökoha ning –tingimuste kohandamisega – on piisav enamiku luu- ja lihaskonnahäiretega inimeste jaoks, et tööle naasta. Nende jaoks, kellele selline lähenemine ei aita, tuleks kavandada struktuursem kutsealane rehabilitatsioon.

Waddell *et al.* (2008: 17) toovad mitmete uuringute põhjal välja, et ajutiselt kohandatud töö aitab luu- ja lihaskonnahaigusega inimestel kiiremini edukalt tööle naasta. Samas märgivad Zheltukova *et al.* (2010:55), et luu- ja lihaskonnahaigustega inimestele töökohal kavandatud sekkumiste tulemuslikkuse uuringud on vastuolulised. Aga isegi juhul, kui eraldiseisvalt töökoha kohandamise ja sekkumiste tulemuslikkusele töökohal, ei ole ühest ja tugevat toetust kirjanduse põhjal, siis multidistsiplinaarsete rehabilitatsiooniprogrammide efektiivsus on leidnud enam toetust. Multidistsiplinaarsed rehabilitatsiooniprogrammid kombineerivad ravi-, töötamise- ja psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni. Meetmed, mis tegelevad ka luu- ja lihaskonnahaigete psühholoogiliste probleemidega ning milles toimib meditsiinipeesoni, tööandjate ja töötajate koordineeritud suhtlemine ning tegutsemine, on efektiivsed inimeste varasemaks tööle tagasi toomiseks ning töötamise jätkamiseks (Waddell *et al.* 2008:17-18).

1.2.2 Vereringeelundkonnahaigused ja nende seos töötingimuste ja töökoha ohuteguritega

Vereringeelundkonnahaiguste keerulise etioloogia tõttu ei saa neid käsitleda otseselt tööst põhjustatud haigustena. Samas avaldavad töötingimused ja töötamine vähemalt osalist mõju nende haiguste kujunemisel, mistõttu saab neid käsitleda tööga seotud haigusena. (Heinemann ja Heuchert, 2011)

Kutsehaigusena on Eestis diagnoositud vereringeelundite haigusena vaid Raynaud' sündroomi (I73.0) (perioodil 2008-2014 kokku 20 korral). Muid RHK koodide peatükki „I“ kuuluvaid haiguseid kutsehaigusena diagnoositud ei ole.

Tööga seotud haigustest, mis kuuluvad vereringeelundkonna haiguste gruppi on levinumad kõrgvererõhktõbi ehk hüpertooniatõbi (I10) ja isheemiatõbi (I25). Kuigi tegemist ei ole otseselt tööst põhjustatud haigustega ja Eestis ei ole neid haiguseid kutsehaigusena ka diagnoositud, on töö ja töötingimustel osalus nende haiguste etioloogias. Töökeskkonna ohuteguritest on nimetatud haiguseid enim mõjutavaks stress. Lisaks sellele on mitmeid kemikaale, mis mõjutavad hüpertoonia ja hüpertooniatõve teket: süsinikdisulfiit, orgaanilised nitroühendid, orgaanilised lahustid, süsinikmonooksiid, arseen, kaadmium ja plii. Füüsilistest ohuteguritest mõjutavad vereringeelundeid pidev töötamine madala või kõrge temperatuuri tingimustes. Riskiteguriteks on ka vahetustega tööaeg⁶ ja füüsilise koormuse maht töökohal (riskiteguriks on nii ala- kui ülekoormus). Lisaks sellele on vererõhu kõikumised seotud ka ametitega. On leitud, et suure vastutuse ja intensiivse psüühilise pingega (nt lennujuhid, elektriijaama valvedispetšerid) kaasneb töö olles vererõhu tõus. (Kahn 2010:451)

Stress omakorda on sõltuv erinevatest töö nõudmistest ja kontrolli tingimustest ning inimese otsustusõigusest töö tegemisel. Samuti sõltub see isiksuseomadustest, sotsiaalsest toest jm teguritest. Stressist rääkides peetakse tavaliselt silmas akuutset füüsilist stressi, mis viib suurema tõenäosusega kardiovaskulaarsete haiguste tekkeni, kuid ka akuutset psühholoogilist stressil on oluline roll. Nt. on leitud, et kahel töökohal töötamine või ületundide tegemine viib suurema tõenäosusega südameatakini. (Heineman *et al.* 2011)

Töövälisest ohuteguritest mõjutavad vereringeelundkonnahaigusi järgnevad (Heineman *et al.* 2011):

- ülekaalulisus,
- suur soola tarbimine,
- muud toitumisharjumused,
- suur alkoholi tarbimine,

⁶ Samas võib olla südame-veresoonkonna haiguste riski suurendavaks teguriks pigem ebatervislikud toitumis- ja liikumisharjumused, mis on sagedasemad vahetustega töötajate puhul, mitte vahetustega töö iseenesest. (Heineman *et al.* 2011)

- vähene füüsiline aktiivsus,
- suitsetamine,
- stress,
- kuulumine madalasse sotsiaalsesse klassi.

USAs on leitud, et isheemiatõve põdenud inimeste tööle naasmine sõltub lisaks psühhosotsiaalsetele ohuteguritele vanusest, soost, füüsilise töötamise võimekusest, haridustasemest, ametialast ja sotsiaalsetest tingimustest. Naised, vanemad töötajad (eriti üle 60-aastased), sinikraed pingelise füüsilise tööga ja psühholoogiliste probleemidega patsiendid naasevad väiksema tõenäosusega tööle (Mital *et al.* 2004, viidatud Waddell *et al.* 2008 kaudu). Mital *et al.* (2004) leiavad, et kõige olulisemad tegurid on psühhosotsiaalsed: depressiivne meeleolu, madal töömotivatsioon, hinnang vähenenud tööväimele, sotsiaalmajanduslikud tegurid ja rahaline kindlus. Ka Perk *et al.* (2004, viidatud Waddell *et al.* 2008 kaudu) leidsid süstemaatilise kirjandusülevaate tulemusena, et vereringeelundkonnahaiguste diagnoosidega haiguslehtede pikkus on olulisel määral mõjutatud psühholoogilistest ja sotsiaalsetest teguritest nagu depressioon, eneseusk, madal haridustase, füüsiliselt nõudlik töö ja vähene tööga rahuolu.

Kuna vereringeelundkonnahaigused ei ole tavaliselt otseselt tööst põhjustatud, siis ei ole ka nende haiguste ennetus- ja rehabilitatsiooniprogrammides pööratud olulisel määral tähelepanu töö kahjulikkusele või kasulikkusele haiguse kujunemisel ja töötingimuste võimalikule muutmisele. Waddell *et al.* (2008:26) leiavad, et südame- ja veresoonkonnahaiguste korral kasutatavad rehabilitatsiooniprogrammid on suunatud peaaegu täielikult vaid kliinilistele haigusega seotud väljunditele. Samas leiavad nad, et suuremat tähelepanu tuleks pöörata ka tööturu väljunditele. Kuna rehabilitatsiooniprogrammid on meditsiiniliste kulude-tulude vaatest osutunud positiivseks, siis tööturuväljundite lisamine programmi eesmärkidesse võiks suhteliselt väikeste kuludega võimaldada oluliste täiendavate tulude saavutamist.

1.2.3 Psüühika- ja käitumishäired ning nende seos töötingimuste ja töökoha ohuteguritega

Psüühika- ja käitumishäired on väga erinevad, millest osa on raskekujulised pöördumatud, juba lapseas alanud või suures osas geneetiliselt määratud ning teised on lihtsamad (*common*), mille arengus võib oma osa olla ka töötamisel. Raskekujuliste psüühikahäirete kujunemine ei ole sageli mõjutatud tööst (nt alaareng) ja nende kujunemisel mängivad olulisemat rolli muud riskitegurid. Sekkumismeetmed peaksid olema erinevad raskekujulise psüühikahäirega inimeste tööturule toomiseks ning tööturul hoidmiseks ja kergemakujuliste haiguste korral. Põhjaliku ülevaate erinevatest psüühika- ja käitumishäirete levikust Eestis töövõimetuse põhjustajana, mõjust töötamisele ning meetmetest, mida rakendada psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööturule toomiseks on kirjutanud Veldre *et al.* 2015.

Kõikidest psüühika ja käitumishäiretest diagnoositakse Eestis sagedamini meeleoluhäireid (F30-39) ja neurootilisi, stressiga seotud somatoformseid häireid (F40-F49). 2013. aastal oli kõikidest esmastest diagnoosidest nende osakaalud vastavalt 20 ja 32% (Tervise Arengu Instituut). Püsivat töövõimetust põhjustavatest psüühika- ja käitumishäiretest sagedasemad on Eestis alaareng, skisofreenia, depressioon ja ärevushäired (Veldre *et al.* 2015: 11). Kutse- või tööst põhjustatud haigusena psüühika- ja käitumishäireid ei ole diagnoositud.

Töötingimustega seonduvalt räägitakse psüühika- ja käitumishäiretest enim tööstressist (Kahn 2010:451), mis võib olla omakorda seotud erinevate vaimse tervise häiretega. Tööstress on termin, mis ei ole väga selge ja ühese tähendusega. Mõnikord räägitakse stressist kui põhjusest ja teinekord kui tagajärjest. Üldine arusaam on, et töö põhjustab vaimse tervise häireid ja stressi, aga tegelikult on seosed vaimse tervise ja töö vahel keerulisemad. Ühest küljest vaimne tervis mõjutab töötamist: tööturul osalemine ja tootlikkus sõltuvad mõlemad vaimsest tervisest. Teistest küljest võib töötamine mõjuda negatiivselt vaimsele tervisele. Enamasti on aga psüühika- ja käitumishäired mitme teguri poolt põhjustatud ja töö on üks põhjustaja paljudest ning tavaliselt mitte peamine. (Waddell 2008:20)

Depressiooni korral on inimesel keskendumisprobleemid, kerge ärrituvus, töötahte ja energia puudumine, nõrgeneb emotsionaalne side töö eesmärkidega. Muude meeleoluhäirete korral tekivad inimesel meeleolu muutused ning sellega seonduvad sümptomid mõjutavad ka tööelus osalemist. Tekib töövõime kadu ning sellega kaasneb madalam tootlikkus, töötulemuste kvaliteedi langus, sotsiaalsed konfliktid, mania või maniakaalsete episoodide puhul irdumine reaalsusest ja täielik töövõime kadu. Ärevushäirete korral on inimestel käitumuslikud, emotsionaalsed, kognitiivsed ja/või füüsilised sümptomid mis põhjustavad düstressi ja/või funktsionaalseid probleeme. Halb vaimne tervis seondub madalama töö tulemuslikkusega. (Ford *et al.* 2011, viidatud Veldre *et al.* 2015 kaudu).

Enamasti esitatakse tööstressi ja töö mõju vaimsele tervisele Karaseki nõudmiste-kontrolli mudeli raames. Leitakse, et vaimse tervise riskitegurid on (Stansfeld ja Candy 2006, Veldre *et al.* 2015: 40-41, kaudu):

- vähene kontroll tööülesannete üle,
- vähene otsustusvabadus,
- töö kvaliteedile esitatavad kõrged nõudmised,
- vähene kolleegide poolne toetus,
- töökoha kaotamise hirm (töö ebakindlus).

Sellele lisanduvad (Stansfeld ja Candy 2006, Veldre *et al.* 2015: 41 kaudu):

- konfliktid töö pingelisuse ja vähese otsustusvabaduse vahel ja
- konfliktid suure pingutuse ja ebapiisava tasu vahel.

Üldiselt leitakse, et töötamine iseenesest on vaimsele tervisele hea ning kasu, mida toob töötamine kaalub üles riskid, mis sellega kaasnevad. Leitakse, et töötamine vähendab depressiooniriski ning parandab vaimset tervist (Van der Noord 2014, viidatud Veldre *et al.* 2015:16 kaudu). Töötamisel võib olla oluline roll tervenemise protsessis ning see võib anda kaitse vaimse tervise probleemidest nt depressiooni vastu, läbi struktureeritud päevakava, sotsiaalsete kontaktide ja eneseusu suurendamise (Wadell *et al.* 2008, põhinedes mitmete uuringutele).

2008. aastal järeldasid Waddell *et al.*: kuigi on veenvad tõendid selle kohta, et erinevad medikamentoossed ja psühholoogilised ravid meeleoluhäirete ja depressiooni korral võivad parandada haigussümptomeid ning elukvaliteeti, siis puuduvad tõendid selle kohta, et need parandaksid tööturu väljundeid. Samuti leidsid nad, et on vähe tõendeid depressiooniga inimeste tööle naasmist soodustavate sekkumiste efektiivsuse kohta ja veel vähem või üldse mitte tõendeid stressi ning muude meeleoluhäirete osas. Ei ole veenvaid tõendeid (on piiratud või vastuolulised tulemused) selle kohta, et töötajatel, kellel on välja kujunenud vaimse tervise häire, aitaks stressi juhtimine vähendada haiguspuhkuse pikkust või kiirendada tööle naasmist. (Waddell *et al.* 2008:22-23) Samuti leiavad Waddell *et al.* (2008:21), et vaimse tervise probleeme käsitlev kirjandus on keskendunud peamiselt kliinilistele väljunditele ja nende juhtimisele ning tööturu ja töö fookusele ei pöörata küllaldaselt tähelepanu. Samas on üldine konsensus, et vaimse tervise probleemidega inimestele on töötamine tähtis ning see võiks olla ka osaks taastumisprotsessist. (Waddell *et al.* 2008:20) Uuemad uuringud aga nt Langerveld *et al.* (2012), on leidnud, et kognitiivkäitumusliku teraapia tööle suundumist toetava osa lisamine kiirendas tööle naasmist (65 päeva täielikult tööle naasmise ja 12 päeva osalise naasmise osas) võrrelduna ainult kognitiivkäitumusliku teraapiaga.

Võrreldes luu- ja lihaskonnahaigustega inimeste tööle naasmist toetavate meetmete analüüse, on vaimse tervise probleemidega inimeste varajast tööle naasmist ajutise töövõimetuse korral ja selle efektiivsust hakatud analüüsima intensiivsemalt alles hiljuti. Tulemused on vastandlikud. Taanis on leitud, et osaline töötamine haiguspuhkuse ajal ei ole kiirendanud vaimse tervise häiretega inimeste täisajaga tööle naasmist võrrelduna nendega, kes ei töötanud ajutise töövõimetuse ajal (Høgelund *et al.* 2012). Samas on Soomes laiemas skaalaga uuringute põhjal leitud, et osaline töötamine ajutise töövõimetuse ajal avaldus eriti positiivselt vaimse tervise probleemidega inimeste varasemas naasmises täisajaga tööle (Kausto *et al.* 2014). Rootsis läbi viidud töötavate psüühikahäiretega inimeste uuringus leiti, et kohe haiguslehe algusest osalise töötamise jätkamine ei

seondunud suurema paranemise tõenäosusega aasta pärast ajutise töövõimetuse algust. Samas oli suurem tõenäosus olla täielikult paranenud neil, kes asusid osaliselt tööle pärast 60-päevast täisajaga ajutist töövõimetust (Andrén 2010).

Veldre *et al.* (2015:54) leiavad kirjandusanalüüsi põhjal, et vaimse tervise häirega inimeste tööle naasmisele suunatud meetmetest ei ole veenvaid tõendeid kaitstud töö (koolita siis suuna tööle) kasulikkuse kohta inimeste tööle suunamiseks. Nad leiavad, et toetatud töö meedet (suuna tööle siis koolita) saab lugeda mõjusamaks ja kuluefektiivsemaks vaimse tervise probleemidega inimeste tööle aitamisel.

Veldre *et al.* (2015:57) toovad välja, et psüühikahäiretega inimeste töökoha kohandamise meetmed peaksid olema teistsugused kui seda on füüsiliste erivajadustega inimestel⁷. Samas ei ole töökohapõhiste meetmete kohta kirjanduses hinnanguid meetmete mõjususe kohta, mistõttu ei saa anda selgeid juhtnõure, millised kohandused võiksid olla efektiivsed. (Veldre *et al.* 2015:56) See võib tuleneda sellest, et vaimse tervise häired on väga mitmepalgelised, töökohad on väga erinevad ning kohandusmeetmeid on samuti väga erinevaid, mistõttu on vajalik individuaalsem lähenemine, et konkreetsemaid kohandusi konkreetsetele inivididele välja pakkuda. Mitmed uuringud toovad välja, et laiadest diagnoosikategooriatest (RHK-10 klassifikaatori peatükid) lähtumine ei ole õige, kuna ühe kategooria sees on väga eripalgelisi haiguseid ning nendega kaasnevad haiguste ja ajutiste töövõimetuse pikkused on väga erinevad (nt Lidwall, 2015). Flach *et al.* (2011) näitavad Hollandi andmetel, et läbipõlemine, depressioon ja ärevushäired seonduvad pikemate haiguspuhkustega ülemäärase stressiga seotud häired aga lühemate haiguspuhkustega.

1.3 Kokkuvõte

Haiguste ja haigustega kaasneva töövõimetuse seost töötamisega tuleb vaadata laialt. Kuna inimeste igapäevategevusest moodustab suure osa töötamine, siis mõjutavad töötingimused ja töökeskkond ka teiste haiguste – nende, mis ei ole otseselt tööst põhjustatud – kulgu. Seega tuleb töökeskkonna ja töötingimuste kujundamisel arvestada nii seda, et need ennetaks tööst põhjustatud haiguste teket, kuid arvestada tuleb ka seda, kuidas need mõjuvad muudest põhjustest tekkinud haiguste kulgemisele.

Töötamise mõju tervisele ei ole ühesuunaliselt tervist halvendav, töötamisel on lisaks sissetuleku tagamisele oluline roll ka inimeste vaimse ja füüsilise tervise hoidmisel ning edendamisel. Mitmete haiguste osas on isegi leitud, et töötamise jõukohane jätkamine, arvestades tervisest tulenevaid piiranguid, soodustab paranemist.

Selleks, et mõista milline on töötamise jõukohane jätkamine, tuleb aru saada sellest, kuidas haigused on seotud töötingimuste ja –keskkonnaga. Biopsühhosotsiaalse mudeli järgi kujunevad haigus, valu ja puue inimese füüsiliste (bioloogilise) ja psühholoogiliste tegurite koosmõjus arvestades sotsiaalset keskkonda, milles inimene asub. See tähendab, et lisaks meditsiinilistele näidustustele tuleb inimeste tervise hindamiseks ning töövõime hoidmiseks ja säilitamiseks tegeleda psühholoogiliste ja sotsiaalsete aspektidega. Ühelt poolt seondub see töökohal psühhosotsiaalsetele töötingimustele tähelepanu pööramisega, teiselt poolt mitte töötavate inimeste otsuseid mõjutavate psühhosotsiaalsete tegurite arvesse võtmisega.

Töötingimuste ja –keskkonna osas tähendab see, et lisaks füüsilistele ja keemilistele ohuteguritele, millega seoses luu- ja lihaskonnahaigused tekivad, on oluline roll ka sotsiaalsetel ning psühholoogilistel teguritel nagu kontrolli ja nõudmiste vastavuses olemine. Ka ülejäänud sihtrühma haigustega inimeste (vereringeelundkonnahaigused ja psüühika- ning käitumishäired) tervist mõjutavad töötingimused on eelkõige seotud psühhosotsiaalsete ohuteguritega.

⁷ Töökoha kohandustest nimetatakse järgmisi: töö kohustuste ja nõudmiste muutmine, tööaja muutmine, töökeskkonna muutmine (nt valguse- ja müra näitajate muutmiseks, omaette või kodus töötamise võimaldamine), toetavate tehnoloogiate kasutuselevõtt, loomulik toetus ning käitumuslik tugi (kohanemise kergendamiseks, tugiisik, õppimine sh kaastöötajate jmt).

Inimese tegelikku tervisliku seisundit pidevalt jälgida ei ole võimalik, seepärast on tervisehäirete tekkimise heaks indikatsiooniks haiguslehe võtmine. Enamik haiguseid paraneb lühikese aja jooksul ning inimeste töövõime taastub täielikult. Haiguslehe kujunemine pikemaks on teistes riikides tehtud varasemate uuringute alusel oluliseks märgiks sellest, et töövõimetus võib kujuneda püsivaks. Samuti on mitmete haiguste osas leitud, et varane sekkumine adekvaatse ravi ja pikemaajalise haiguslehe korral ka osalise tervisele vastavate töötingimustega tööle naasmise kaudu, aitavad vältida püsiva töövõimetususe tekkimist ning lühendada haiguslehe pikkust.

Lähtuvalt haiguslehe pikkusest soovitavad Wadell *et al.* (2008:43-51) kolme-etapilist lähenemist püsiva töövõimetususe tekkimise vältimiseks ning edukaks hõivesse naasmiseks:

1. **Lühiajalised haigused**, mille tõttu inimesed viibivad haiguslehel (kuni umbes kuus nädalat), mööduvad **tavapärase lähenemisega**. See sisaldab igapäevaselt ohutute töötingimuste tagamist ning tervishäirete tekke ennetamist töotervishoiu juhtimisega töökohal, samuti töövõime taastamisele suunatud tervishoiuteenuseid ravikindlustussüsteemi raames.
2. Väiksema hulga töötajate jaoks osutub keerukaks tööle naasmine kuue nädala jooksul ning sellisel juhul oleks vajalik **struktuurne sekkumine**. Struktuurse sekkumise raames tuleks (1) sellised inimesed üles leida, kelle töötamist takistav haigus on muutunud pikaajaliseks, (2) määrata vastutus, kes vaatab üle inimese tervisliku olukorra ja suunab ta vajalike teenuste juurde. Sekkumine peaks sisaldama nii tervishoiuteenuseid kui olema seotud ka töökoha-põhiste teenustega. Proaktiivselt tuleks leida viisid inimese tööle tagasi suunamiseks, selle asemel, et tegelda ainult tervise parandamisega. Sisuliselt tähendab see juhtumi-põhist lähenemist, milles osalevad nii tervishoiuteenuse pakkujad kui tööandja, kelle roll on luua inimese tervise olukorrale vastavad tingimused töökohale naasmiseks. Uuringutest on toetus varajast tööle naasmist toetavate meetmete efektiivsusele erinevate diagnooside korral, kuid tulenevalt sellest, et diagnoosid on erinevad ja inimeste ametid ning töötingimused on erinevad, ei ole universaalselt võimalik töötamise jätkamine igasuguse haiguse ajal.
3. **Pikaajaliseks kujunev ajutine töövõimetus**, kui töövõimetususe pikkus on kuus kuud või enam, vajab sekkumist, mille käigus **adresseeritakse olulisi isiklikke või sotsiaalseid takistusi tööle naasmiseks** sh võib olla vajalik uue töö leidmine.

2 Analüüsis kasutatavad andmed

Lisaks eelnevas peatükis toodud uuringute põhjal antud ülevaatele ning dokumendianalüüsil põhineva Eesti töövõimetuse hüvitamise süsteemi ülevaatele (mis on esitatud Lisas 1) on uuringu raames kogutud täiendavalt andmeid ning viidud läbi registriandmete päringul põhinev analüüs. Järgnevas analüüsis kasutatakse kolme liiki andmeallikaid, mis on selle uuringu jaoks kokku pandud:

1. Ühendatud registrite andmed, mille põhjal tehakse osaliselt sihtrühma sotsiaaldemograafilise tausta kirjeldus, analüüsitakse sihtrühma tööturu olukorda ja ajutise ning püsiva töövõimetuse seoseid.
2. Uuringu raames läbi viidud töövõimekaoga inimeste küsitluse andmete põhjal antakse samuti osaliselt ülevaade sihtrühma sotsiaaldemograafilisest taustast ja analüüsitakse töökeskkonna ning töötingimuste seoseid töövõimetusega.
3. Tööandjate intervjuud viidi läbi selleks, et analüüsitavate teemade kohta saada tööandjate seisukohti ja kaardistada töövõimekaoga seonduvaid riske tööandjale.

Järgnevalt antakse lühikene ülevaade analüüsis kasutatavate andmete koosseisust. Pikem ülevaade andmete koosseisust, andmete kogumisest, registriandmete ühendamisest on esitatud metoodikaraportis.

2.1 Registriandmed

Eesti olukorra analüüsimiseks on kasutatud väljavõtteid järgmistest registritest:

1. SKA PTV ekspertiiside register perioodi 2008-2014 ekspertiiside kohta. Väljavõte tehti inimestest, kelle vähemalt üheks PTV põhi- või kõrvaldiagnoosiks sel perioodil oli I, M või F-grupi haiguste diagnoos. Seda andmestikku kasutatakse sihtrühma kirjeldamiseks ning PTV identifitseerimiseks. Andmestik sisaldab järgmisi andevälju:
 - a. PTV ekspertiisi aeg
 - b. PTV määratud kestus kuudes
 - c. PTV põhidiagnoos
 - d. PTV kõrvaldiagnoosid
 - e. PTV määratud töövõimekao protsent
 - f. Kokkupuude töökeskkonna ohuteguritega, kui inimene ekspertiisis selle osa täitis
 - g. Haridustase
- Eraldi tehti väljavõte PTV inimeste taustatunnustest, mis sisaldas järgmisi andmevälju:
 - h. Sugu
 - i. Sünnikuupäev
 - j. Elukoha maakond
 - k. Surmakuupäev
 - l. Vanaduspensionile jäämise kuupäev
2. SKA pensioniregister perioodil 2008-2014 tööandja poolt makstud sotsiaalmaksude ja riigi poolt töövõimetuspensionini saavate inimeste töötasult makstud sotsiaalmaksu kohta kuude kaupa. Selles andmestikus on kõik punktis üks nimetatud inimesed ja võrdlusgrupina inimesed, kellel ei ole PTV vaatlusalusel perioodil olnud, aga on perioodil 2008-2014 vähemalt ühel kuul teiselt tasult makstud sotsiaalmaksu. Seda andmestikku kasutatakse PTV inimeste töötamise kontrollimiseks. Samuti tuletatakse selle põhjal võrdlusgrupi inimeste töötamise info.
3. SKA võrdlusgrupi taustainfo, mis sisaldab iga inimese kohta:
 - a. Sugu
 - b. Sünnikuupäev
 - c. Elukoha maakond
 - d. Surmakuupäev
 - e. Vanaduspensionile jäämise kuupäev

4. Haigekassa registrite andmed, mis sisaldavad PTV ja võrdlusgrupi kohta järgmist infot perioodi 2008-2014 kohta:
 - a. Esmaste haiguslehtede arv aastas
 - b. Haiguslehtedel viibitud päevade arv aastas kokku⁸
 - c. Raviarvete ja retseptide diagnoosid RHK alampeatükkide tasemel aastate kaupa, kui tegemist oli peatükkide I00-I99, M00-M99 või F00-F99 alla kuuluvate diagnoosidega (need andmed on erandlikult aastate 2006-2014 kohta)
 - d. Raviarvete ja retseptide muud diagnoosid RHK alampeatükkide kaupa, kui need esinesid inimesel vähemalt kolmel aastal järjest
 - e. Haigekassa poolt makstud haigushüvitis 2014. aastal
 - f. Haigekassa poolt tasutud ravikulude summa 2014. aastal
 - g. Haigekassa poolt tasutud retseptiravimite kulude summa 2014. aastal
 - h. Haigekassa poolt tasutud meditsiiniliste abivahendite kulude summa 2014. aastal
 - i. Tööõnnetushüvitis ja sellega seonduvad töövabastuspäevad 2014. aastal
5. Tööinspektsiooni andmed kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste registreerimise kohta perioodil 2008-2014.

Analüüsi teostamiseks seoti üldtoodud andmebaasid. Kuna PTV ekspertiiside andmed olid 2008. aasta kohta lünklikud, siis ATV ja PTV seoste analüüsis jäetakse enamasti 2008. aasta vaatluse alt välja. PTV sihtrühma analüüsi kaasati 114 069 inimest, kes olid elus 2009. a alguses ja kelle kohta oli olemas PTV ekspertiisi(de) andmed. Ajutise ja püsiva töövõimetuse seoste analüüsi jäid pärast andmete puhastamist alles andmed 113 951 inimese kohta.

Ka võrdlusgrupi andmete puhastamisel eemaldati enne 2009. aastat surnud inimeste andmed. Kokku jäi võrdlusgrupi andmetesse 739 743 inimest. Andmestik koosnes seega võrdlusgrupi ja sihtrühma peale kokku enam kui 850 000 inimese andmetest. Ajutise ja püsiva töövõimetuse seoste analüüsimisel on võetud eelduseks, et inimese vanus peab jääma vahemikku 16-63. Tööealisusega arvestamise kohta on täpsemad selgitused esitatud analüüsi käigus.

2.2 Töövõimetuse küsitlus ja tööandjate intervjuud

2.2.1 Küsitlus

Lisaks registriandmetele viidi uuringu käigus läbi telefoniküsitlus järgmiste sihtrühmade seas:

1. I, M või F-grupi diagnoosidega PTV inimesed, kellel oli hiljutine töötamise kogemus;
2. KH või TPH-ga inimesed;
3. 60 päeva või rohkem 2014. aastal haiguslehel viibinud inimesed.

Küsitluseks moodustati registriandmete põhjal juhuvalim, mis oli aluseks küsitluse läbi viimisel.

Küsitlus viidi läbi perioodil 25.05 – 03.07.2015 ja lõplikuks küsitletute hulgaks oli 1049 inimest. Järgnevas tabelis on toodud valimi lühiülevaade peamiste taustatunnuste lõikes.

⁸ Kuna andmestik sisaldab ainult ATV päevade arvu aastas kokku ja eraldi esmaste haiguslehtede arvu, siis ei ole võimalik ühe haiguslehe tegelikku pikkust teada. Võimalik on analüüsida ainult keskmist haiguslehe pikkust või haiguslehtede kogupikkust aasta jooksul.

Tabel 2. Töövõimetuse küsitluse valimi kirjeldus

Taustatunnus		Vastuste arv	%
Sihtrühm	PTV	429	40,9
	ATV	398	37,9
	KH ja TPH	222	21,2
Diagnoos	Luu- ja lihaskonnahaigus	448	47,4
	Psüühika- või käitumishäire	222	23,5
	Vereringeelundite haigus	275	29,1
Vanus	16-29	83	7,9
	30-54	496	47,3
	55+	470	44,8
Sugu	Mehed	449	42,8
	Naised	600	57,2
Kokku		1049	100

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Küsitlus on uuringus sisendiks raporti osadele, milles kaardistatakse inimeste hinnangud töötingimuste ja haiguse seostele ning ennetustegevustele laiemalt. Põhjalikum ülevaade küsitluse metoodikast on metoodika-raportis.

2.2.2 Tööandjate intervjuud

Tööandjate perspektiivi kaardistamiseks viidi läbi kaheksa põhjalikku ja üks lühiintervjuu tööandjatega. Tööandjate intervjuude eesmärk oli kaardistada töövõimekaoga inimeste palkamisega kaasnevad riskid ja võimalikud lahendused töövõimekaoga inimeste paremini tööturule integreerimiseks. Tööandjate intervjuud viidi läbi selliselt, et hõlmatud olid nii füüsilise kui psüühilise töövõimekaoga inimeste tööandjad, samuti oli intervjuueeritavate seas nii vaimset kui füüsilist tööd tegevate töötajate tööandjad. Tööandjate tegevusalad katsid erinevaid teenindus- ja tootmistegevusi.

3 Sihtrühma kirjeldus

3.1 Sissejuhatus

Sihtrühma suuruse juures tuleb arvestada nii sellega, milline on sihtrühma juurdevool kui sellega, milline oli sihtrühmas olevate inimeste hulk juba enne. Sihtrühma suurus sõltub lisaks juurdevoolule ka sihtrühmast väljumisest tervenemise, uue ekspertiisi mittetaotlemise või surma tõttu. PTV erineb KH-st või TPH-st selle poolest, et see määratakse tähtajaliselt (maksimaalne kestus 5 aastat) ja tähtaja möödudes saab PTV-d kordusekspertiisi abil pikendada. KH ja TPH aga määratakse tähtajatult. Kuna uuringus kasutatavad SKA registriandmed sisaldavad terviklikult 2009-2014. aastal tehtud ekspertiiside andmeid, siis on pea kogu PTV inimeste hulk aastal 2014 andmestikus kajastatud⁹. Erandiks on mõned inimesed, kellele on varasemalt määratud tähtajatu PTV.

KH ja TPH andmed puudutavad vaid perioodil 2008-2014 registreeritud kutse- ja tööst põhjustatud haiguseid. Tegemist pole üldkogumiga, kuna KH ja TPH määratakse tähtajatult. ATV korral vaadatakse 60 päeva või enam haiguslehel olnud inimesi. Kuna haigusleht ei kesta reeglina üle aastate, siis ATV korral ei ole vaja vaadata eraldi aastases lõikes juurdevoolu ja süsteemis olevate inimeste arvu.

Kuna sihtrühm on uuringu jaoks määratud nii selle järgi, kas inimene on PTV, KH, TPH või pikaajaline ATV, kui selle järgi, millise diagnoosiga haigus inimesel on, siis käsitletakse ka diagnooside lõikes inimeste juurdevoolu ja arvu sihtrühmas. ATV diagnoose ei ole võimalik siinkohal käsitleda, kuna Haigekassast ei olnud võimalik uuringu tegemiseks saada andmeid, mille alusel oleks võimalik uuritava perioodil ATV-d konkreetse diagnoosiga siduda. KH, TPH ja PTV puhul tuleb aga arvestada sellega, et inimestele määratakse samaaegselt tavaliselt rohkem kui üks diagnoos ning PTV puhul võivad diagnoosid ühe inimese korral ekspertiisiti erineda.

Järgnevates peatükkides kirjeldatakse esmalt sihtrühma juurdevoolu ja seejärel 2014. aasta seisuga sihtrühma kuuluvate inimeste sotsiaaldemograafilist jaotust.

3.2 Juurdevool sihtrühma

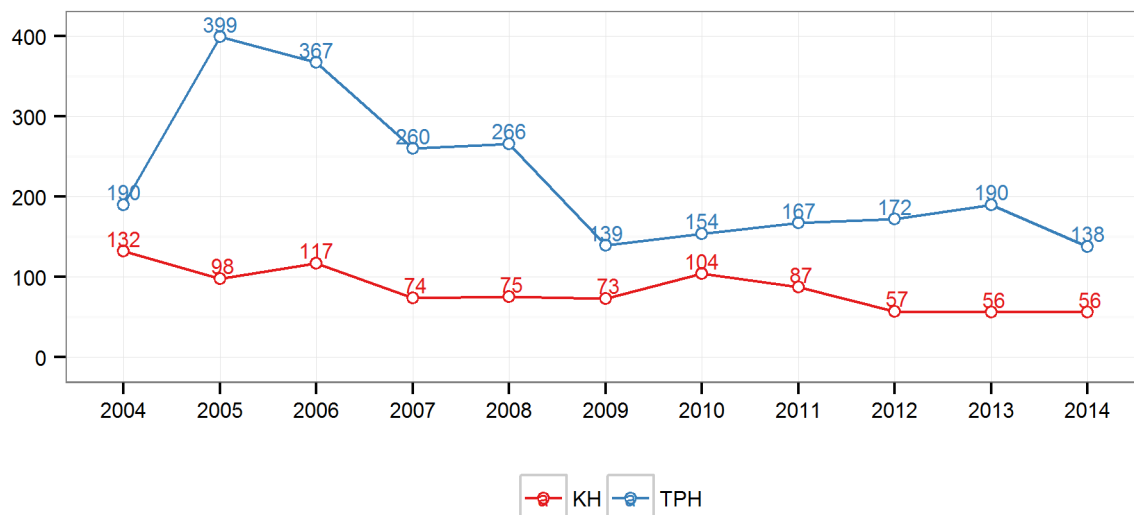
3.2.1 Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haigusega inimesed ja diagnoosid

Aastas diagnoositakse Eestis tööst põhjustatud haigus ligikaudu 150-200 inimesel ja kutsehaigus viimastel aastatel 60 inimesel. Üldine hinnang on, et tööga seotud haigused on Eestis aladiagnoositud. Seda võib järeldada võrreldes diagnoositud haigusjuhtude arvu inimese kohta Eestis ja Soomes, kus tööga seotud haiguste diagnoosimise sagedused on oluliselt erinevad¹⁰. Kuna Eestis ei ole surmaga lõppenud tööõnnetuste arv oluliselt erinev Soomest¹¹, siis võib eeldada, et ka üldine tööohutus ja tervishoid ei ole oluliselt paremad. Seega võib hinnata, et erinevused kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste diagnoosimisel tulenevad aladiagnoosimisest mitte ohutumast töökeskkonnast.

⁹ Andmestikus on kõik inimesed, kellele on 2009-2014. aasta jooksul tehtud PTV ekspertiis. Kuna määratud maksimaalne PTV kestus on 5 aastat ja vaatlusalune periood 6 aastat, siis kõik kellel 2009. aastast varasem määramine aegus, pidid kordusekspertiisi läbima selle perioodi jooksul. Nagu öeldud on erandiks need inimesed, kellele oli varasematel aastatel kehtinud süsteemi raames määratud tähtajatu PTV. Nead jäid vaatluse alt välja.

¹⁰ Soomes teatati 2012. aastal 18 kutsehaiguse või kutsehaiguse kahtlustusest 10 tuhande töötaja kohta. Neist 40% tunnistati kutsehaiguseks. (Finnish Institute of Occupational Health) Kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste sagedus Eestis oli 10 tuhande töötaja kohta 2012. aastal 3,96 ehk enam kui neli korda vähem võrreldes Soomega.

¹¹ Eurostati andmetel 2012. aastal oli surmaga lõppenud tööõnnetuste arv Soomes 1,95 ja Eestis 2,01 õnnetust 100 tuhande töötaja kohta (Eurostat Accidents at work by sex and age (NACE Rev. 2, A, C-N).

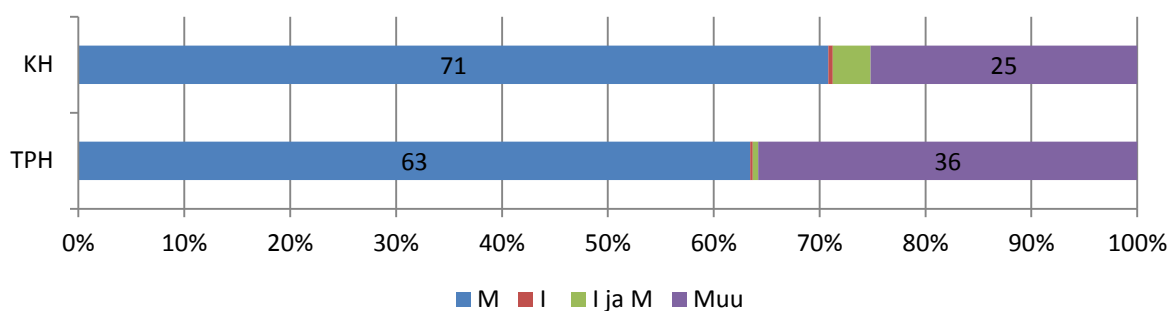


Joonis 2. Inimeste arv, kellel registreeriti kutsehaigus või tööst põhjustatud haigus

Allikas: Tööinspektsioon. Tööõnnetused, kutsehaigestumised, tööst põhjustatud haigestumised Eesti Vabariigis 1995-2014

Juhul, kui inimesel on kutsehaigestumine, siis tavaliselt diagnoositakse tal rohkem kui üks haigus. 2008-2014 aastal diagnoositi ühe kutsehaigestumise korral keskmiselt 2,5 haigust.

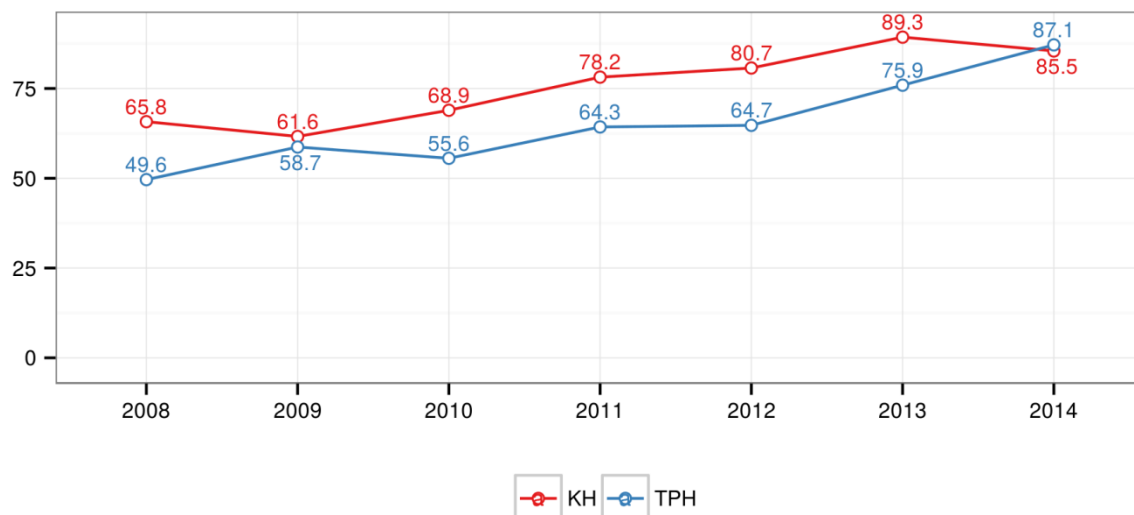
2008-2014. aastal registreeritud kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste seas ei ole ühtegi RHK-10 koodidega Foo-F99 haigust. See tähendab, et psüühika- ja käitumishäireid ei ole diagnoositud kutse- või tööst põhjustatud haigusena. Ligi kolmele kutsehaigestunule neljast (74,4% perioodil 2008-2014) on vähemalt üheks haiguseks luu- ja lihaskonna haigus (RHK koodide grupp M). TPH puhul on M-grupi diagnoose veidi vähem (63,5%). Vereringeelundite haiguseid (RHK-10 koodid loo-l99) on diagnoositud umbes 4%-l kutsehaigestunutest (vähem kui 1% TPH-de puhul). Tavaliselt on juhul, kui inimesel on diagnoositud vereringeelundite haigus, diagnoositud ka luu- ja lihaskonna haigus (3,6%-l kõikidest kutsehaigestunutest). Seega on väga üksikud juhud, kui inimesel diagnoositakse vereringeelundite haigus ilma, et sellega kaasneks luu- ja lihaskonna haigus (2 juhtumit perioodil 2008-2014).



Joonis 3. Diagnoositud kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste jaotus (2008-2014, %)

Allikas: Tööinspektsiooni andmebaas

Mõlemal grupil, nii kutsehaigestunute kui tööst põhjustatud haigestunute seas, on aja jooksul kasvanud nende osakaal, kellel on diagnoositud M-grupi haiguseid (vt Joonis 4).

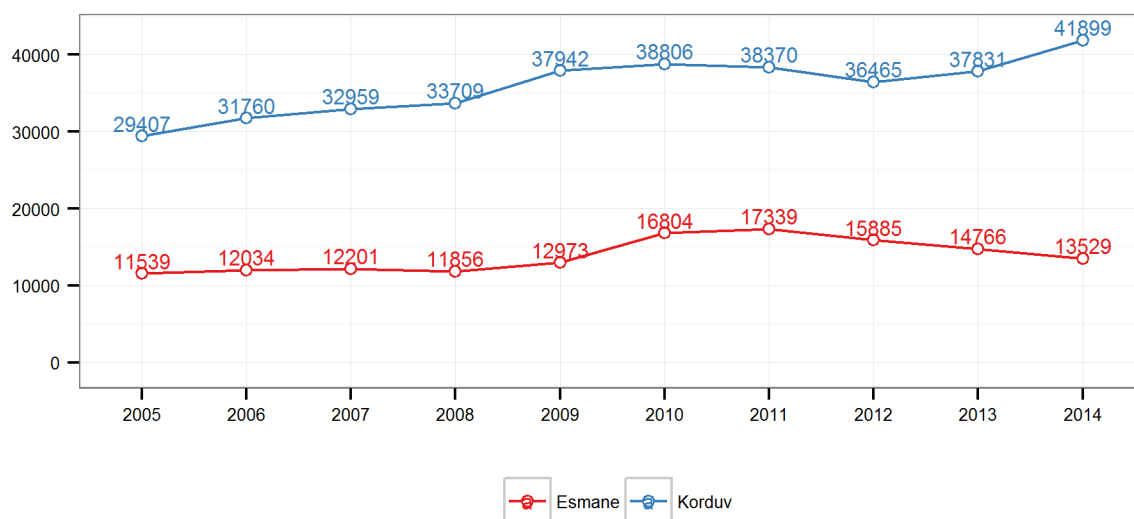


Joonis 4. Luu- ja lihaskonnahaiguste diagnoosiga inimeste osakaal vastaval aastal kutsehaigestunute või tööst põhjustatud haigestunute seas (%)

Allikas: Tööinspektsiooni andmebaas

3.2.2 Püsiva töövõimetuse ekspertiisid ja diagnoosid

Ekspertiiside arv, millega määratakse inimesele PTV on aasta-aastalt kasvanud. Esmaste PTV ekspertiiside arv on viimasel kolmel aastal küll veidi vähenenud, kuid korduvate ekspertiiside arv on kasvanud. Viimastel aastatel tehakse 52-55 tuhat PTV ekspertiisi aastas kokku. Esmaseid ekspertiise on neist 13-15 tuhat ja korduvate arv on kasvanud 36-lt 42 tuhandeni aastas. Kokku tehakse ekspertiise rohkem, kui on PTV-sid, sest osad inimesed ei tunnistata töövõimeks. Esmastest ekspertiisidest on viimastel aastatel 10-14% olnud sellised, millega inimest ei ole PTV-ks tunnistatud. Korduvatest ekspertiisidest on selliseid vähem kui 1%.

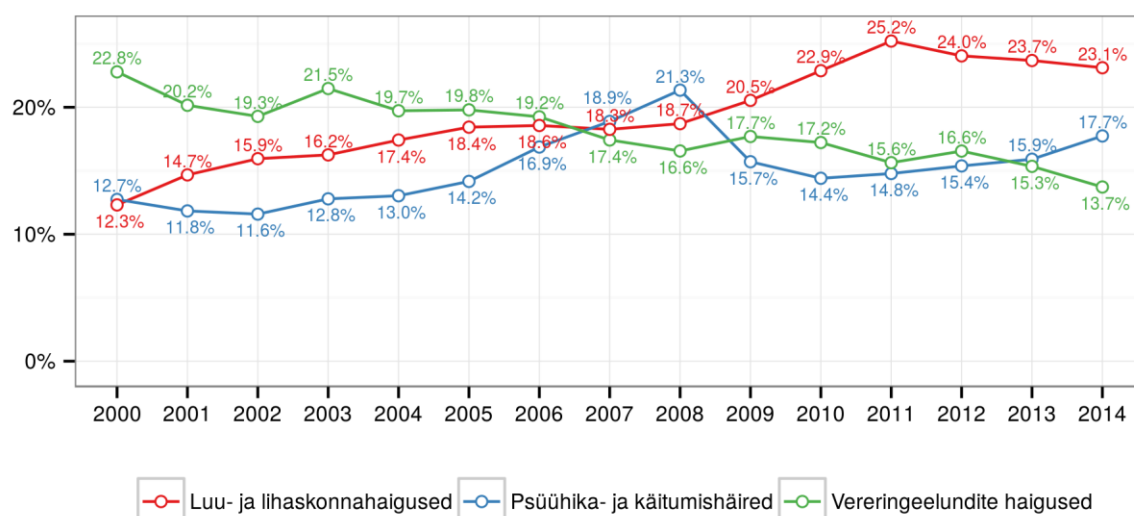


Joonis 5. Esmaste ja korduvate PTV ekspertiiside arv, millega tuvastati püsiv töövõimeetus

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti riiklikud statistilised aruanded

Ligikaudu 55%-l inimestest, kellele esmase ekspertiisiga määratakse PTV, on põhidiagnoosiks luu- ja lihaskonnahaigused, psüühika- ja käitumishäired või vereelundkonnahaigused. Korduvate PTV ekspertiiside seas on nende põhidiagnoosidega inimeste osakaal veelgi suurem (u 60%). Esmase PTV ekspertiisidel

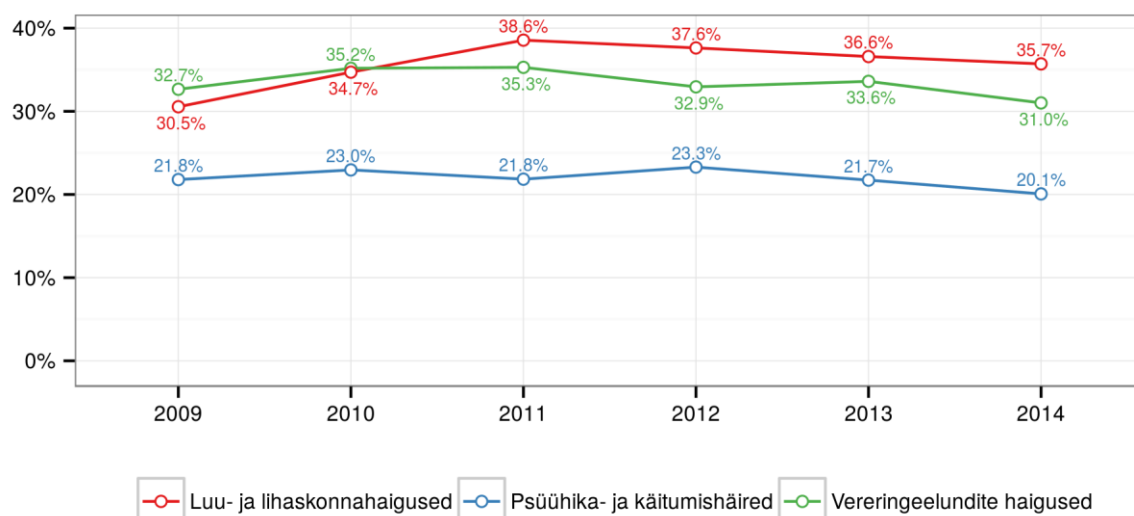
diagnoositud haigustest on kõige sagedasemad ning kasvava trendiga luu- ja lihaskonnahaigused (vt Joonis 6). Samuti on kasvanud psüühika- ja käitumishäired, tehes märkimisväärse hüppe majanduskriisi aastatel. Vereringeelundite haiguste osakaal on vähenenud.



Joonis 6. Esmased PTV-d põhidiagnoosi järgi (%esmastest PTV ekspertiisidest, millega inimesele määrati PTV)

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti riiklikud statistilised aruanded

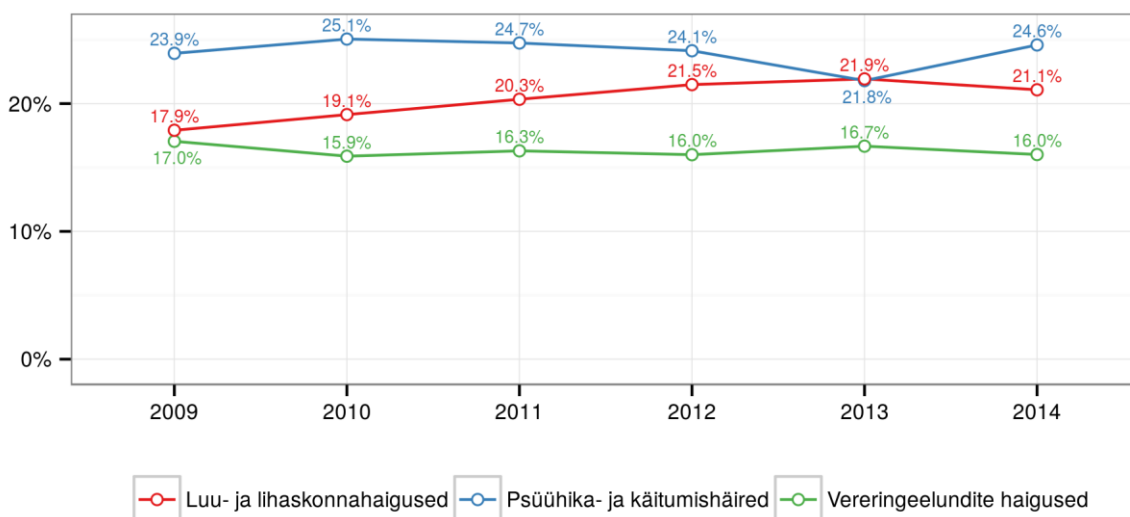
Juhul, kui lisaks põhidiagnoosile võtta arvesse ka ekspertiisid, milles määrati I, F või M-grupi haigusi kaasuva diagnoosina, siis on endiselt kõige sagedasemateks esmast PTV-d põhjustavateks haigusteks luu- ja lihaskonnahaigused (vt Joonis 7). Kaasuvaid diagnoose arvesse võttes on vereringeelundkonnahaiguste diagnoosidega ekspertiiside osakaal oluliselt suurem kui ainult põhidiagnoose vaadates. Psüühika- ja käitumishäirete erinevus kaasuvate diagnooside arvesse võtmisel ei ole nii suurel määral erinev kui vereringeelundkonnahaiguste puhul. Kõikidest esmastest ekspertiisidest moodustavad ekspertiisid, milles üheks põhi- või kõrvaldiagnoosiks on luu- ja lihaskonnahaigus, psüühika- ja käitumishäire või vereringeelundkonnahaigus ligi 70%.



Joonis 7. Esimesed PTV-d haiguse põhi- ja kaasuvate diagnooside järgi (% esmastest PTV ekspertiisidest, millega inimesele määrati PTV)

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti riiklikud statistilised arvanded, SKA registri väljavõte

Korduvate PTV ekspertiiside seas on psüühika- ja käitumishäiretega inimeste grupp suurem, kui esmaste PTV ekspertiiside korral. See näitab, et psüühikahäiretega inimestele määratakse keskmisest lühemad PTV (vt ka 3.3.3, PTV kestuste kirjeldust), mistõttu nad peavad sagedamini kordusekspertiisides käima, samuti on psüühika- ja käitumishäiretega inimeste töövõimetus püsivam ja teiste diagnoosidega saadakse rohkem terveks või väljutakse püsivast töövõimetuselt kordusekspertiisi taotlemata¹².

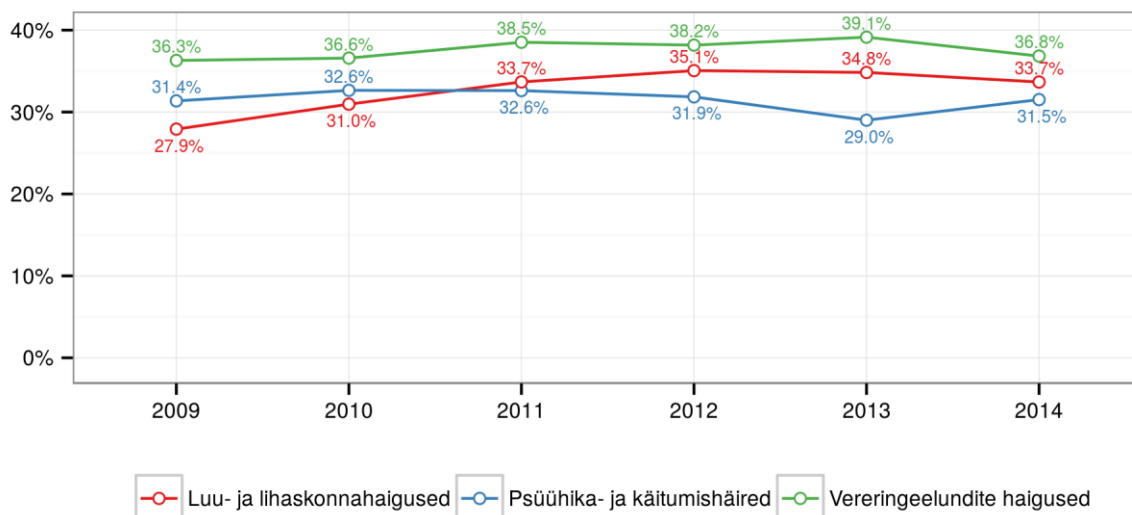


Joonis 8. Korduvad PTV-d haiguse põhidiagnoosi järgi (% korduvatest PTV ekspertiisidest, millega inimesele määrati PTV)

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti riiklikud statistilised arvanded

Korduva töövõimetus ekspertiiside käigus määratakse kaasuva diagnoosina sagedamini vereringeelundkonnahaigusi. Korduvatest ekspertiisidest on kas põhi- või kaasuva diagnoosina I, F või M-grupi haigusi umbes kokku 80%-l ekspertiisidest, millega määratakse PTV.

¹² Vaadates PTV esmases ja teises ekspertiisis määratud diagnoose, on näha, et esmases ekspertiisis F-rühma põhidiagnoosiga PTV-dest 71%-le määrati ka teises ekspertiisis põhidiagnoosiks F-rühma haigus. Samal ajal kui muude diagnooside puhul jäi see näitaja 55% juurde või alla selle. Ka on F-grupi diagnoosidega PTV seas väiksem osakaal neid, kelle kohta teise PTV info puudub.



Joonis 9. Korduvad PTV ekspertiisid haiguse põhi- või kaasuva diagnoosi järgi (% korduvatest PTV ekspertiisidest, millega inimesele määrati PTV)

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti riiklikud statistilised arvanded, SKA registri väljavõte

PTV diagnoosid detailsemas lõikes

Kokku on SKA poolt edastatud andmestikus 43 247 inimest, kellele perioodil 2009-2014 esimest korda määrati esmane PTV¹³, mille põhidiagnoos kuulus RHK-10 klassifikaatori peatükki F, I või M.

Järgnevas tabelis on sagedamini esinevad PTV F, I ja M-diagnoosid klassifikaatori alampeatükkide kaupa:

1. Kõige enam määrati põhidiagnoosina luu- lihaskonna haiguseid (18 831), kusjuures:
 - a. pooled diagnoosid on seljahaigused (M40-M54)
 - i. millest täpsete diagnoosidena moodustavad omakorda 35% muude lülivaheketaste haigusseisundid ja 20% seljavalu ja
 - b. neljandik artroosid (M15-M19)
 - i. millest omakorda üle 40% moodustab põlveliigese artroos ja 30% puusaliigese artroos.
2. Vereringeelunditehaigusega põhidiagnoose esines 12 819-l inimesel ning ka siin eristub selgelt üks levinum diagnooside alampeatükk:
 - a. kõrgvererõhkhaigused (I10-I15).
 - i. Neist 98% moodustavad südamekahjustusega hüpertooniatõbi ja primaarne arteriaalne hüpertensioon.
3. Psüühika- ja käitumishäirete põhidiagnoose esines 11 597-l korral, kuid erinevalt teistest diagnoosidegruppidest ei ole siin ühte domineerivat alampeatükki.
 - a. 24%-l oli tegemist meeleoluhäiretega (F30-F39)
 - i. neist omakorda ligikaudu 90%-l depressioon või korduv depressioon ja
 - b. ligikaudu viiendiku F-rühma põhidiagnoosidest moodustas vaimne alaareng (F70-F79)
 - i. neist üle 66% kerge vaimne alaareng
 - c. 17% skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20-F29)

¹³ On inimesi, kellele on mitu korda määratud esmane PTV. See võib tuleneda olukorrast, kus inimene on hilinenud kordusekspertiisi taotlemisega või on vahepeal otsustanud mitte PTV staatust taotleda. Siinkohal ja läbivalt raportis, kui analüüs põhineb ühendatud registrite andmetel, räägitakse esmaste PTV-de korral inimeste esimesest ja esmasest PTV-st, mis andmebaasis on.

i. neist ligikaudu pooltel skisofreenia.

Tabel 3. RHK klassifikaatori I, M ja F-peatüki põhidiagnoosidega esmase PTV jaotus alampeatükkide kaupa (2009-2014)

Diagnoos	Inimesi	Osakaal
F grupp Psüühika- ja käitumishäired		
F00-F09 Orgaanilised psüühikahäired	1511	13%
F10-F19 Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired	680	6%
F20-F29 Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired	1915	17%
F30-F39 Meeleoluhäired	2745	24%
F40-F49 Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired	1529	13%
F50-F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste teguritega seotud käitumissündroomid	59	1%
F60-F69 Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired	463	4%
F70-F79 Vaimne alaareng	2176	19%
F80-F89 Psühholoogilise arengu häired	371	3%
F90-F99 Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired	147	1%
F99 Täpsustamata psüühikahäire	1	0%
Kokku	11597	100%
I grupp Vereringeelundite haigused		
I00-I02 Äge reuma	8	0%
I05-I09 Kroonilised reumaatilised südamehaigused	124	1%
I10-I15 Kõrgvererõhkhaigused	6252	49%
I20-I25 Südame isheemiatõved	2330	18%
I26-I28 Kopsutekkene südamehaigus ja kopsuvereringe haigused	118	1%
I30-I52 Muud südamehaigused	1443	11%
I60-I69 Peaajuveresoonte haigused	1680	13%
I70-I79 Arterite, arterioolide ja kapillaaride haigused	485	4%
I80-I89 Veenide, lümfisoonte ja -sõlmede mujal klassifitseerimata haigused	377	3%
I95-I99 Vereringeelundite muud ja täpsustamata haigusseisundid	2	0%
Kokku	12819	100%
M grupp Lihasluukonna ja sidekoehaigused		
M00-M03 Nakkuslikud artropaatiad	157	1%
M05-M14 Põletikulised polüartropaatiad	2049	11%
M15-M19 Artroosid	4397	23%
M20-M25 Liigeste muud haigusseisundid	981	5%
M30-M36 Süsteemsed sidekoe haigusseisundid	220	1%
M40-M54 Seljahaigused	9371	50%
M60-M79 Pehmete kudede haigusseisundid	1223	6%
M80-M94 Luuhaigused ja kõhrehaigused	358	2%
M95-M99 Lihasluukonna ja sidekoe muud haigusseisundid	75	0%
Kokku	18831	100%

Allikas: Sotsiaalkindlustusameti püsiva töövõimetuse ekspertiiside andmebaas

Esitatud osakaalusid tuleks RHK klassifikaatori peatüki-tasandi diagnooside analüüside juures meeles pidada, sest suurema osakaaluga alampeatükid mõjutavad tulemusi enam. M-peatüki tulemustele avaldavad suurt mõju seljahaigused, I-peatüki näitajatele kõrgvererõhkhaigused.

3.2.3 Püsivalt töövõimetud, kelle töövõime kaotus on tulenev töökeskkonna või töötingimustega seostatava haigusega

Enamiku PTV töövõimetuse põhjuseks on üldhaigestumine (s.o 92% kõikidest ekspertiisidest 2014 ja 94% kõikidest ekspertiisidest 2008-2014, mille põhi- või kaasuv diagnoos on RHK koodide grupist I, F või M). SKA riiklike statistiliste aruannete järgi on otseselt töövigastus või kutsehaigus püsiva töövõimetuse põhjuseks märgitud kumbki umbes poole protsendi ekspertiiside korral (perioodil 2009-2014). Seejuures on kutsehaigus

püsiva töövõimetuse põhjuseks 0,5% esmaste ekspertiiside ja 1% korduvate ekspertiiside korral. Osade esmaste ekspertiiside korral üldhaigestumisenä määratletud töövõimetuse põhjused klassifitseeritakse korduvate ekspertiiside korral kutsehaigestumiseks või tehakse sellistele inimestele sagedamini ekspertiise, kui üldhaigestumise korral. Töövõimastuse korral sellist süstemaatilist erinevust ei ole. M-grupi diagnooside korral on kutsehaiguste osakaal püsiva töövõimetuse põhjusena veidi suurem, kui keskmiselt (esmastest diagnoosidest keskmiselt 0,41% ja M-grupil 1,22%). I ja F-grupi põhidiagnoosiga PTV korral on töövõimastus või kutsehaigus märgitud PTV põhjusena üksikute juhtudel kuue aasta jooksul.

PTV ekspertiisidest on aga 9% seotavad tööga seotud haigustega¹⁴, kui vaadata PTV põhi- ja kaasuvate diagnooside järgi, mida võiks tööga seotud haigusteks pidada. Tööga seotud haiguste diagnoosidena määratlesime Eestis sagedamini diagnoositud kutsehaigused ja H. Kahni poolt välja toodud sagedasemad luu- ja lihaskonnahaigustest tööga seotud haiguste diagnoosid¹⁵.

Vereringeelundkonnahaigustest on kutsehaigusena diagnoositud Eestis ainult Raynaud' sündroomi (I73.0). Kõikides PTV ekspertiisidest oli Raynaud' sündroomi põhi- või kaasuva diagnoosina alla 0,5% (2009-2014).

3.2.4 Pikaajaliselt ajutiselt töövõimastud

Pikaajalisel haiguslehel või haiguslehtedel viibinute arvu (pikaajaline ATV) leidmise aluseks on ravikindlustuse andmestik. Pikaajalised ATV -d on siinkohal defineeritud kui aasta jooksul kokku 60 või enam päeva haiguslehel või haiguslehtedel viibinud inimesed¹⁶. Paraku ei ole võimalik vaadata pikaajaliste ATV arvu uurimise sihtrühmana määratud haiguste diagnooside lõikes, kuna Haigekassa andmestikus ei olnud võimalik kuni 2015. aastani haiguslehti seostada diagnoosiga.

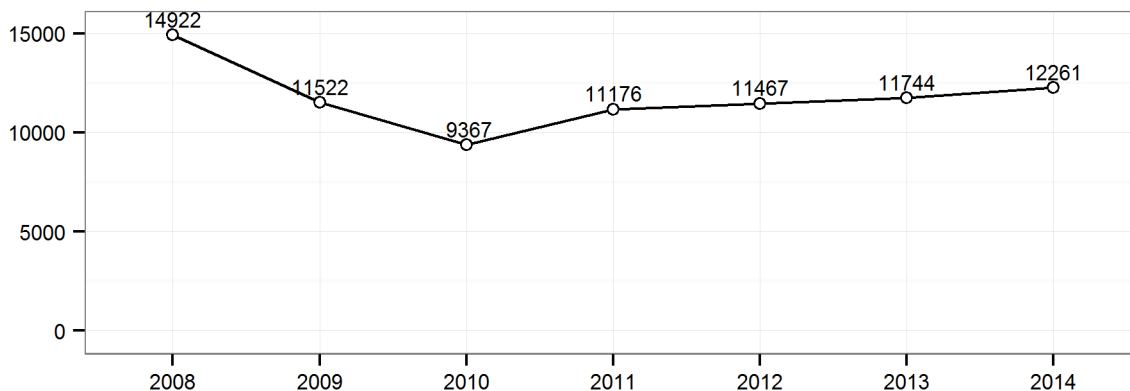
Vaatlusalustel aastatel varieerub pikaajaliste ATV-de arv 9367 kuni 14 922. Majanduslanguse aastatel toimus järsk langus pikaajaliste ATV-de arvus (Joonis 10), mis tõenäoliselt on põhjustatud samaaegselt nii töötuse järsust kasvust kui ATV kompenseerimise skeemi muudatusest 2009. aasta keskel¹⁷.

¹⁴ Esmastest ekspertiisidest 8271 ja korduvatest 20539 perioodil 2009-2014, SKA registri väljavõtte alusel. Suhestatud SKA riiklike statistiliste aruannete kogu ekspertiiside arvu.

¹⁵ M70.8, M75.1, M25.5, M77.1, M77.0, M54.5, M79.1, M54.1, M54.2, M65.8, M75.1, M75.0, M67.8, M75.2, M71.9, M77.1, M77.0, M19.8, M65

¹⁶ Andmete koosseisust tulenevalt on teada ainult inimese haigustest tulenevate ajutiste töövõimastuste päevade arv aastas kokku. Samuti on teada esmaste haiguslehtede arv. Kuna aga haiguspäevad ei ole otseselt haiguslehtedega seotud, siis ei ole võimalik teada saada, kui pikalt iga konkreetse haiguslehega haiguspäevi kaasnes. Kui ei ole märgitud teisiti, siis on haiguslehel viibitud päevade arvu all siin ja edaspidi peetud silmas haiguspäevade arvu kogu aasta jooksul, mis kujuneb kõikide aasta jooksul olnud haiguslehtedel viibitud päevade summana. Juhul, kui räägitakse keskmisest haiguslehe pikkusest, siis tuuakse see eraldi välja.

¹⁷ Muudatus toimus majanduskriisiaegse riigieelarve kärpimise raames 2009. aastal ning on kirjeldatud Riigi 2009. aasta lisaelarve ja sellega seonduvate seaduste muutmise seaduse seletuskirjas <http://www.riigikogu.ee/download/56c45e64-dc19-2c09-4e2c-8becf950a1c9>



Joonis 10. Aasta jooksul 60 päeva või rohkem haiguslehel viibinud inimeste arv aastatel 2008-2014

Allikas: Haigekassa registriandmed, autorite arvutused

3.2.5 Kokkuvõte

KH-ga ja TPH-ga inimesi registreeritakse aastas kokku ligikaudu 200 ja registreerimiste arv on viimase kümne aasta jooksul langenud. PTV-ga inimesi, kellele tehakse esmane ekspertiis, millega ta tunnistatakse PTV-ks, tehakse aastas ligikaudu 14 tuhat. Kümne aasta jooksul on see arv kasvanud, kuid viimastel aastatel veidi langenud. Korduvaid ekspertiise tehakse aastas ligikaudu 42 tuhat. Kokku 60 päeva või enam viibis haiguslehe või haiguslehtedega töölt eemal 2014. aastal 13 tuhat inimest. Uuringus vaadeldavate gruppide omavaheline kattuvus on suhteliselt suur (vt järgmine ptk).

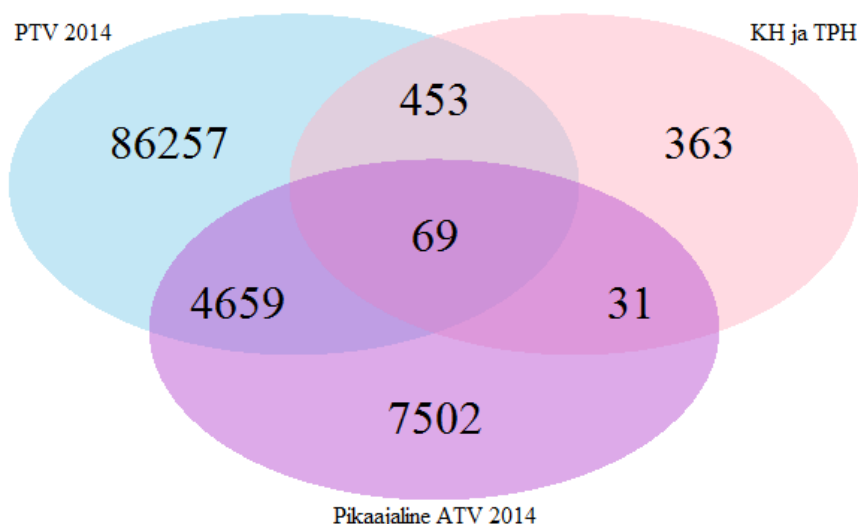
Enamik KH ja TPH-ga inimestest on luu- ja lihaskonnahaigustega (70%). Üksikud on ka vereringeelundite haigustest Raynault' sündroomiga. PTV-st on M, I või F-grupi haigustega esmastest ekspertiisidest kokku umbes 70%, seejuures on samuti kõige sagedasem M-grupi diagnoos.

Kuigi KH ja TPH on diagnoositud Eestis väga vähe, eriti võrreldes PTVga, oleks ekslik arvata, et tööga seotud haiguseid on nii vähe. PTV-te ekspertiisides on sagedamini tööst põhjustatud diagnoosidega haiguseid määratud 9% ekspertiiside korral. Samuti, nagu eelnevalt välja toodud, on ka otseselt tööst mitte põhjustatud haigused olulisel määral mõjutatud töötamisest ja töötingimustest.

3.3 Sihtrühma sotsiaaldemograafiline taust

3.3.1 Sihtrühmade kattuvus

Sihtrühma sotsiaaldemograafilist jaotust iseloomustame 2014. aastal sihtrühma kuuluvate 15-63-aastaste inimeste alusel. KH ja TPH korral 2008-2014. aastal registreeritud inimeste alusel. 2008-2014. aastal diagnoositud KH ja TPH-ga inimestest enam kui pooled on ka 2014. aastal PTV-d. Pikaajalisel haiguslehel viibinuid on nende seas suhteliselt vähe. 39% pikaajalisel haiguslehel viibinutest on samal aastal ka PTV olnud.



Joonis 11. I, M ja F põhi- või kaasuva diagnoosiga PTV 2014. aastal, KH ja TPH, kelle haigus on määratud perioodil 2008-2014 ja 2014. a 60 päeva või enam ATV viibinud inimeste arvud (vanusgrupp 15-63)

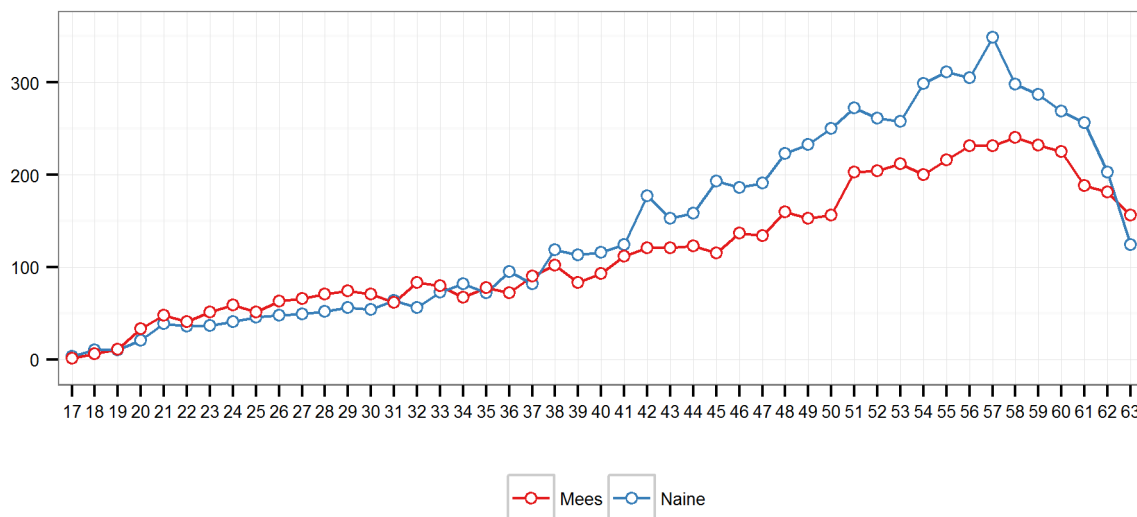
3.3.2 Pikaajalise ATV sotsiaaldemograafiline taust

Pikaajaline ATV¹⁸ esineb sagedamini püsiva töövõimetusega inimestel või eelneb vahetult PTV määramisele, seetõttu on ka 2014. aastal pikaajalisel haiguslehel viibijate seas 39% püsivalt töövõimetuid (vt ka 5.3 Haiguslehtede sageduse, pikkuse ja diagnooside seos püsiva töövõimetuse).

Sugu ja vanus

Pikaajaliste ATV-de seas on rohkem vanemaealisi. Pikaajalise ATV-ga inimeste arv kasvab sujuvalt üle tööealiste vanusevahemiku langes 50. eluaastate lõpuperioodil (Joonis 12). Langus on seotud tõenäoliselt PTV määramise ja mittetöötavate või pensionile jäänud inimeste osakaalu kasvuga. Kuna ATV jaoks peab inimene olema töötav, siis hõivest või tööturult väljumine selgitab ka ATV langust. Kui kuni 38. eluaastani jaguneb pikaajaline ATV võrdselt meestel ja naiste vahel, siis peale seda kasvab naiste osakaal, ulatudes 50. eluaastatel 60% ligidale ja üle selle.

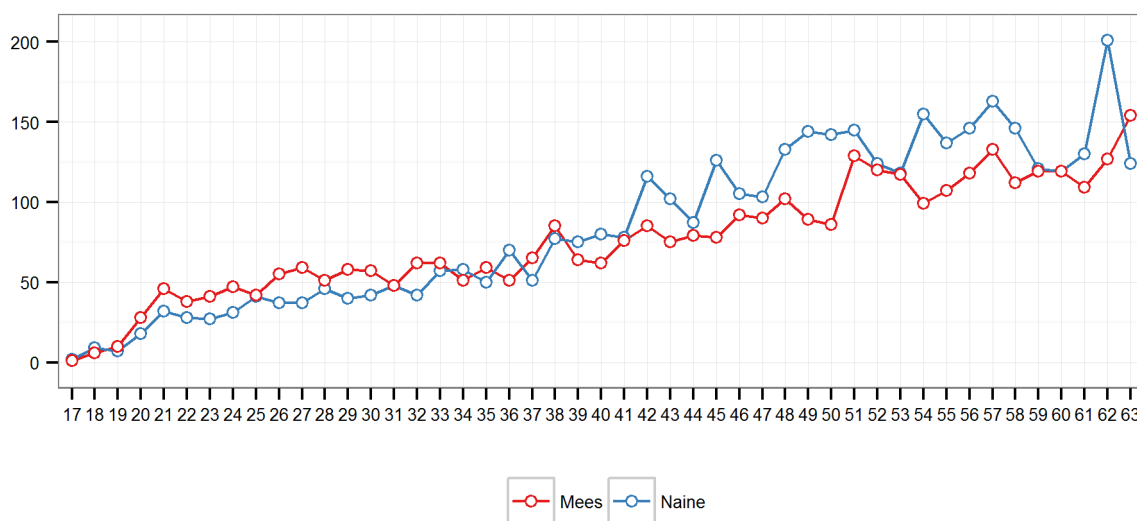
¹⁸ Pikaajaline ATV uuringu sihtrühmana on defineeritud kui kokku 60 või enam päeva haiguslehtedel viibimist aasta jooksul.



Joonis 12 Pikaajalise ATV jagunemine vanuse lõikes sugude kaupa 2014. aastal (pikaajaliste ATV-de arv)

Allikas: Haigekassa registriandmed, autorite arvutused

Vaadeldes vaid selliseid pikaajalise ATV-ga inimesi, kellele ei ole samal aastal PTV-d (vt Joonis 13) näeme, et pikaajalise ATV sagedus suureneb vanusega, kuid sugude vahel ei ole nii märkimisväärset erinevust kui PTV-d sisaldavas andmestikus.



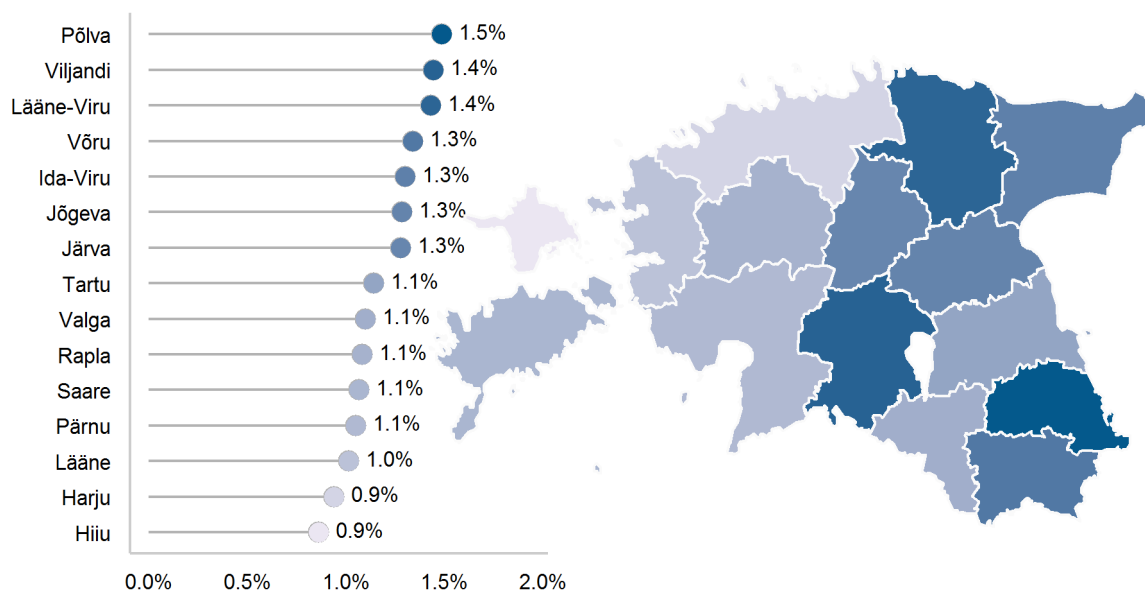
Joonis 13 Pikaajalise ATV vanuseline jaotus sugude kaupa 2014. aastal, kui PTV-d on välja jäetud (pikaajaliste ATV-de arv)

Allikas: Haigekassa registriandmed, autorite arvutused

Regionaalne jaotus

Pikaajalise ATV osakaal tööelisest elanikkonnast on regionaalselt suhteliselt ühtlane¹⁹. See varieerub 0,9% Harju- ja Hiiu maakuni 1,5% Põlvamaal (Joonis 14). Üle 1,3% tööelistest oli pikaajaliselt ATV Põlva-, Viljandi-, Lääne-Viru-, Jõgeva- ja Järvamaal, vähem kui 1% aga Hiiu- ja Harjumaal.

¹⁹ Regionaalse jaotuse pildist on välja jäänud 2601 teadmata elukohaga ja 17 välismaal elava pikaajalisel haiguslehel viibinu andmed.



Joonis 14. Pikaajaliselt ATV-de osakaal maakonna tööealisest elanikkonnast 2014, aastal

Allikas: Haigekassa registriandmed, Statistikaamet ETU, autorite arvutused

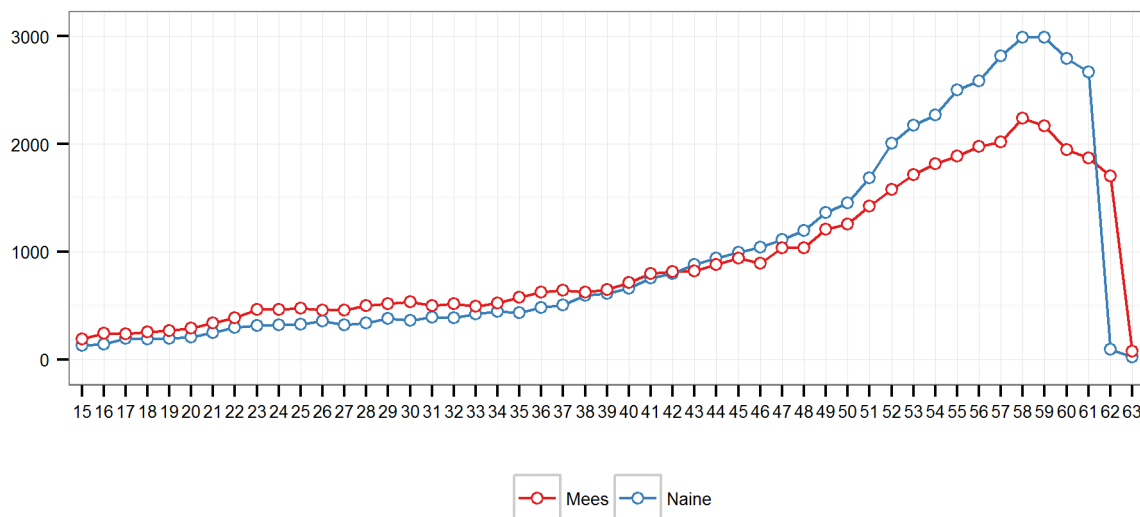
3.3.3 PTV

PTV sihtrühma kirjeldamisel on vaadatud inimesi, kes olid 2014. aastal vähemalt ühel kuul PTV põhi- või kaasuva diagnoosiga²⁰ F, I või M-rühmast. Kokku oli sellistele tingimustele vastavaid PTV-sid 2014. aastal 91 438, neist ca 73%-l oli F, I või M-rühma haigus PTV põhidiagnoosiks.

Sugu ja vanus

Kuna erinevad inimesed olid PTV-d erinevatel kuudel või 2014. aasta tervenisti, siis tulemuste võrreldavuse jaoks on vanus esitatud 2014. aasta alguse (1. jaanuari) seisuga. PTV-d on veidi sagedamini määratud naistele, 51,8% kõigist sihtrühma töövõimetutest. Nooremates vanusegruppides on PTV veidi sagedasem meeste seas, kuid peale 40 eluaastat tõuseb naiste osakaal. Naiste osakaal on kõrgeim 61. eluaastal ulatudes 58,9%-ni. Sugude lõikes on sarnaseks jooneks see, et nii meeste kui naiste seas on enim PTV-sid just pensionieelsel kümnendil ehk alates 50. eluaastate algusest (vt Joonis 15). Järsud langused 62. ja 63. eluaasta juures viitavad sellele, et meeste vanaduspension algab 63-ndast ja naiste oma 62-st eluaastast.

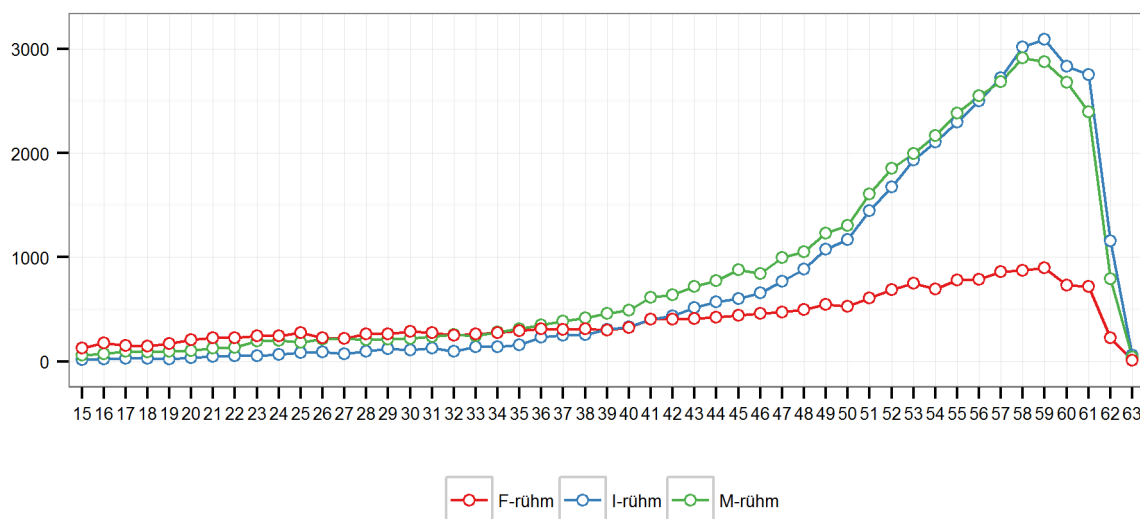
²⁰ Aluseks on võetud püsivalt töövõimetute ekspertiiside puhastatud andmebaas seotuna töötasult tehtud sotsiaalmaksude andmebaasiga ning arvesse on võetud nii esmased kui ka korduvad ekspertiisid tingimusel, et inimene oli elus kuni 2014. aasta lõpuni.



Joonis 15. I, M ja F põhi- või kaasuva diagnoosiga PTV-de arv 2014. aastal vanuse ja soo järgi

Allikas: SKA registri andmed, autorite arvutused

Vaadeldes soolist jaotust sihtgrupi diagnooside (I-, M- ja F-rühma haigused kas põhi- või kaasuva diagnoosina) kaupa ilmneb, et kui vereringeelundkonnahaiguste ja psüühika- ning käitumishäiretega PTV inimestest on mehi ja naisi enam-vähem võrdselt (vastavalt I: naisi 51%, mehi 49% ning F: naisi 52% ja mehi 48%), siis luu- ja lihaskonnahaigusi on sagedamini naistel. Kõigist 2014. aastal PTV-dest, kellel nimetatakse viimases ekspertiisis põhi- või kaasuva diagnoosina luu- ja lihaskonna haigusi, on 58% naised.



Joonis 16. I – vereringeelundkonnahaiguste, M – luu- ja lihaskonnahaiguste ning F – psüühika- ja käitumishäirete sagedus PTV põhi-või kaasuva diagnoosina 2014. aastal vanuseti

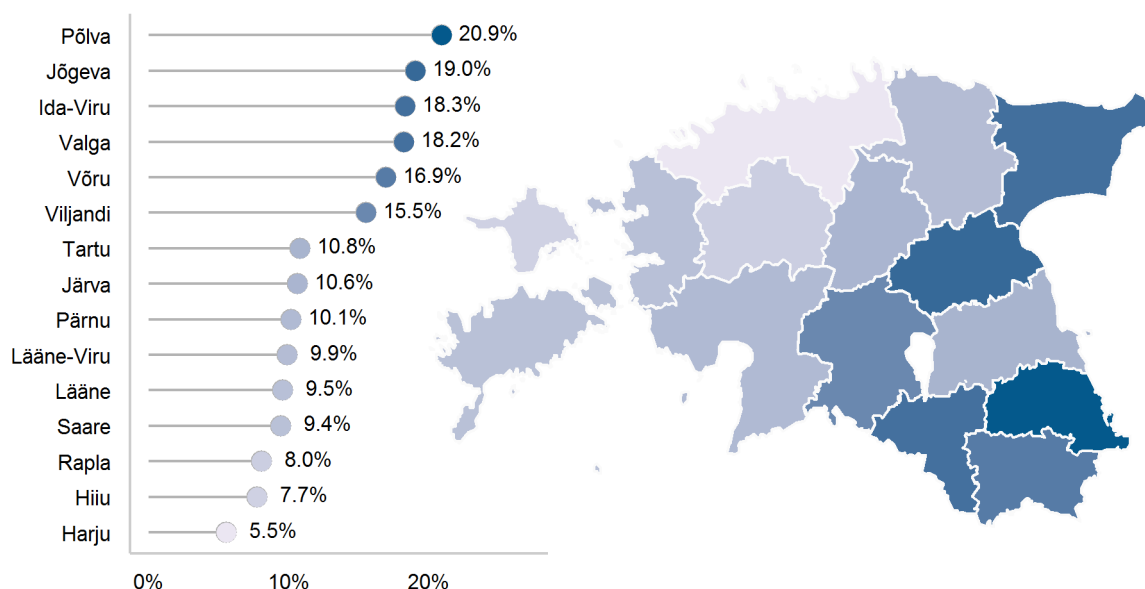
Allikas: SKA registri andmed, autorite arvutused

Kõigi sihtrühma diagnoosidega inimeste hulk suureneb vanuse tõustes. Võrreldes eri diagnoosidega inimeste arvu vanuse lõikes, ilmneb, et nooremate PTV-de hulgas on diagnoosigruppide jaotus sarnane. Alla 40-aastaste seas on I-rühma haigusega (põhi- või kõrvaldiagnoosina) inimesi veidi vähem kui M- või F-rühma haigusega

inimesi. Alates 40. eluaastast hakkab kiiresti kasvama I- ja M-rühma diagnoosidega PTV hulk, ulatudes 58-59-aastaste hulgas pea 3000-ni. F-rühma haigustega inimeste arv jääb alla 1000.

Elukoht

Vaatlusaluste diagnoosidega PTV piirkondlik jaotus on väga erinev. Sihtrühma kuuluvate PTV-de osakaal on suurim 20,9% tööealisest elanikkonnast Põlvamaal, väikseim on see Harjumaal 5,5%. Üle 15% on püsivalt töövõimetute osakaal veel Jõgeva, Valga, Ida-Viru, Võru ja Viljandi maakonnas (Joonis 17)²¹.



Joonis 17 Sihtrühma põhi- ja kõrvaldiagnoosiga püsivalt töövõimetute regionaalne jaotus osakaaluna kogu maakonna tööealisest elanikkonnast 2014. aastal

Allikas: SKA, ESA: TT4646, autorite arvutused

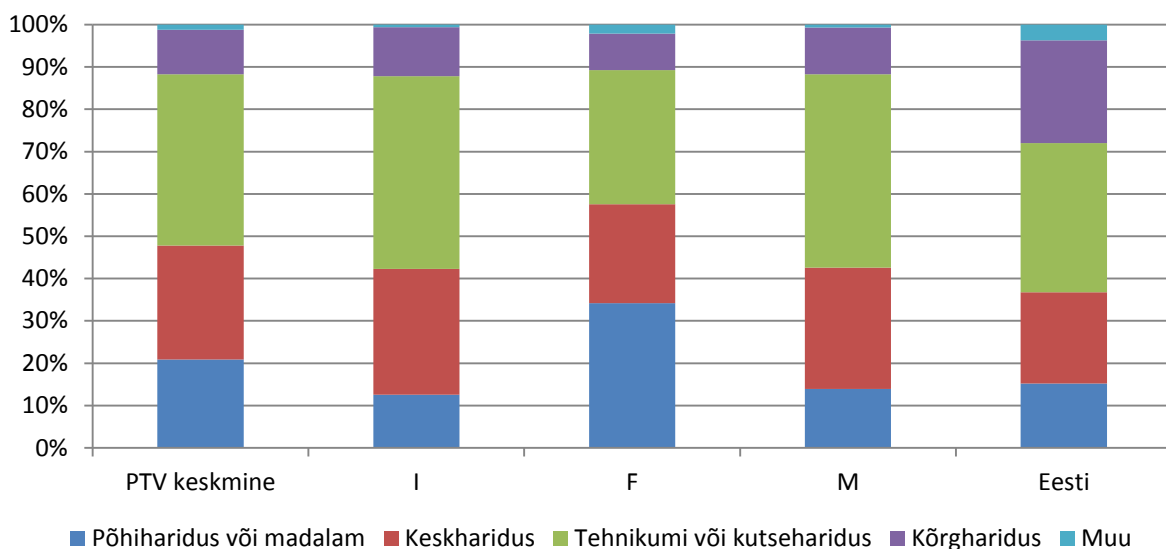
Sarnane maakondade jaotus on ka siis, kui vaadata PTV diagnooside gruppide kaupa.

Haridustase

Haridustaseme seost inimeste tervisega on korduvalt dokumenteeritud (hiljutistest uuringutest Eestis vt nt Kunder 2015, Põld, M. 2015). Enamasti seostub kõrgema haridustasemega parem tervis ning sama tulemus ilmneb ka SKA PTV ekspertiiside andmestiku põhjal. Ekspertiisides dokumenteeritakse haridustase vastavalt inimese enda ütlustele. Suhteliselt võrdselt esineb I-, M- ja F-rühma diagnoosiga PTV põhi- või madalama, kutse- ja keskharidusega inimeste seas, 14-12% (Joonis 18). Märkimisväärselt vähem esineb sihtrühma diagnoosidega PTV kõrgharidusega inimeste seas, 4%.

Diagnooside kaupa on näha, et üldjuhul kehtib eelkirjeldatud seaduspära, et madalama haridustasemega inimestest on suurem osakaal PTV. Kõige vähem varieerub haridustasemeti psüühika- ja käitumishäiretega, kõige enam aga vereringeelundkonnahaigustega PTV-de osakaal. Haridustaseme kohta puudus info ligi 1000 inimesel.

²¹ SKA andmestikus on 9463 sihtrühma inimese elukoht teadmata ning 811 elab välismaal, need inimesed on regionaalse jaotuse kirjeldusest välja jäetud.



Joonis 18. PTV I -, M – ja F-rühma põhi- või kaasuva diagnoosiga inimeste ning Eesti tööealise (15-64-aastased) elanikkonna jagunemine haridustasemeti

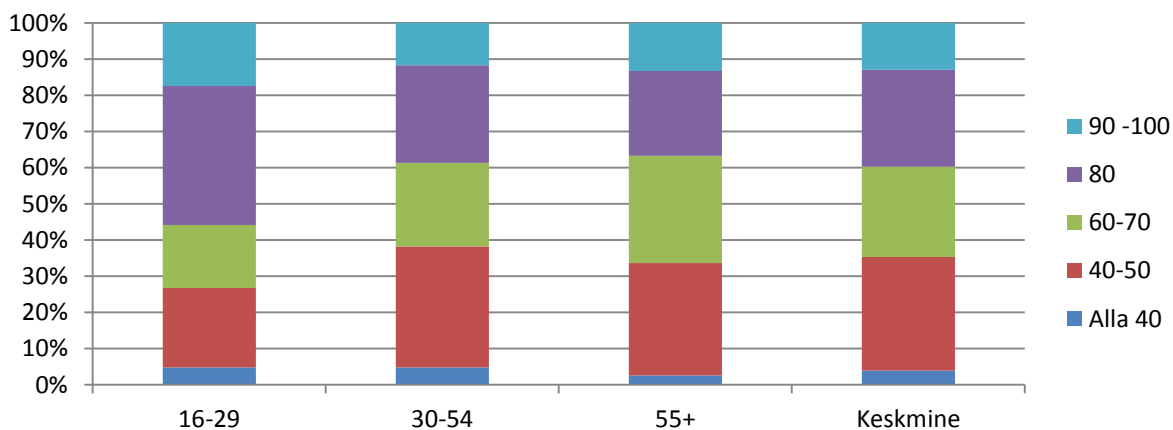
Allikas: SKA ekspertiiside register, ESA: RV0231, autorite arvutused

Märkus: Ühel inimesel võib olla samal ajal erinevatest diagnoosigruppidest haiguseid.

Töövõimetuse määr

Töövõimetuse määrana vaatame 2014. aasta viimase PTV protsenti. Vaadeldes sihtrühma PTV määra üle tööealiste vanuserühmade järgi ilmneb, et üle kõikide vanustevahemike on enim 80% töövõimetuse määraga PTV-sid (Joonis 19). Sageduselt teine on 40%-ne töövõimetuse määr ning veel esineb sagedamini 60%-list töövõimetust. Alla 40% töövõimetusega PTV on väga vähe, igas grupis alla 5%.

Noorte seas on PTV-d vähem, kui vanemate inimeste seas, kuid juhul, kui PTV noorele inimesele määratakse, siis on see suurema tõenäosusega väga kõrge töövõimetuse määraga. Alla 30-aastaste inimeste seas, kellele on määratud PTV on üle pooltel töövõimetuse protsent 80% või suurem.

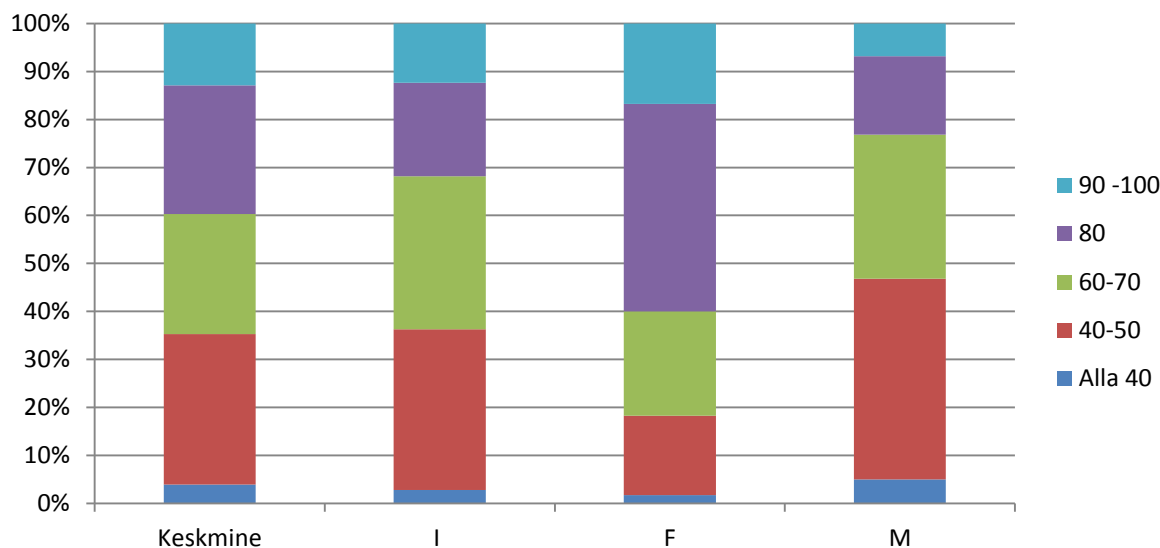


Joonis 19. PTV I -, M – ja F-rühma põhi- või kaasuva diagnoosiga inimeste töövõimetuse määr eri vanusegruppides aastal 2014

Allikas: SKA registri andmed, autorite arvutused

Diagnooside lõikes erinevad määratud töövõimetuse protsendid oluliselt. Psüühika- ja käitumishäiretega PTV korral on töövõimetuse määr sageli suurem, kui teistel diagnoosidel. 60%-l psüühika- ja käitumishäiretega PTV-dest on töövõimetuse määr suurem kui 80%. Luu- ja lihaskonnahaiguste puhul on võrreldes teiste sihtrühma

diagnoosidega keskmiselt väiksem töövõimetuse määr: võrreldes teiste rühmadega on suurem osakaal inimesi alla 40% töövõimetusega, ning väiksem osakaal inimesi üle 60% töövõimetusega.



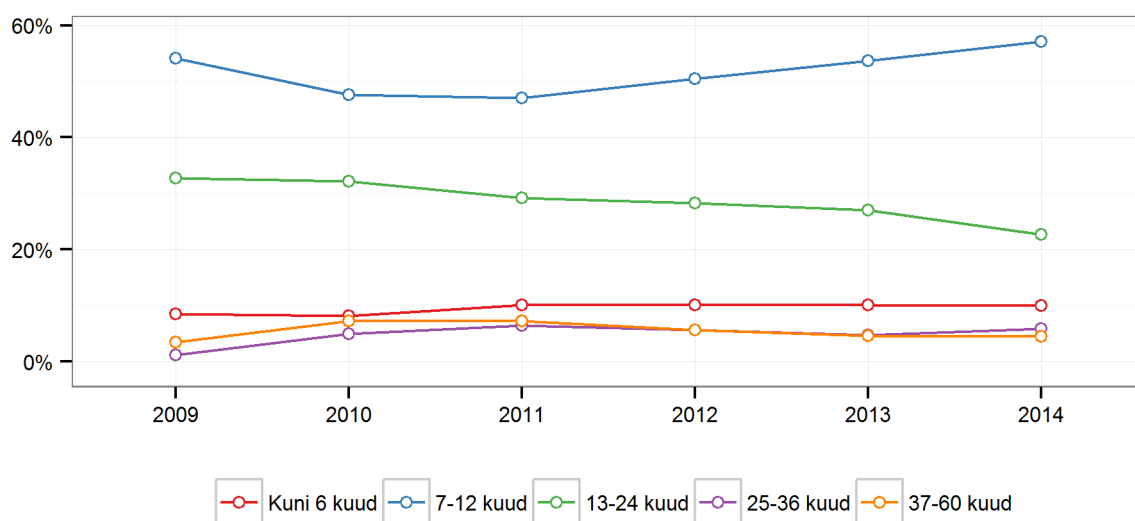
Joonis 20 Töövõimetuse määr I-, M- ning F- rühma põhi-või kaasuva diagnoosiga PTV-del aastal 2014

Allikas: SKA registri andmed, autorite arvutused

PTV kestus

PTV määratakse piiratud ajaks. Sagedaseim PTV kestus, mis esmasel ekspertiisil määratakse on kuni aastane (60% kõikidest esmastest PTV ekspertiisidest), sageduselt järgnevad kuni kaheaastased PTV-d, mida on aga siiski ligi kaks korda vähem (Joonis 21). Muude pikkustega PTV-sid määratakse kuni 10% ekspertiiside korral.

PTV kestust on vaadatud nende inimeste seas, kellel 2009-2013. aastal diagnoositud esimene PTV oli ühtlasi esimene. Kui vaadata esimese (ja esmase) PTV kestust määramise aasta lõikes, siis on mõnevõrra kasvanud kuni aastaste ja üle 2-aastaste töövõimetuste osakaal, kuigi viimaseid määratakse esimeste PTV-dena küllaltki harva. Samal ajal on vähenenud ühe kuni kaheaastaste PTV kestuste osakaal ühelt kolmandikult ca viiendikuni. Seega esmase PTV keskmine kestus kasvas 2009. aasta 17 kuult järgneval kahel aastal enam kui 19 kuuni, kuid 2014-ks aastaks langes jälle 17 kuu juurde.

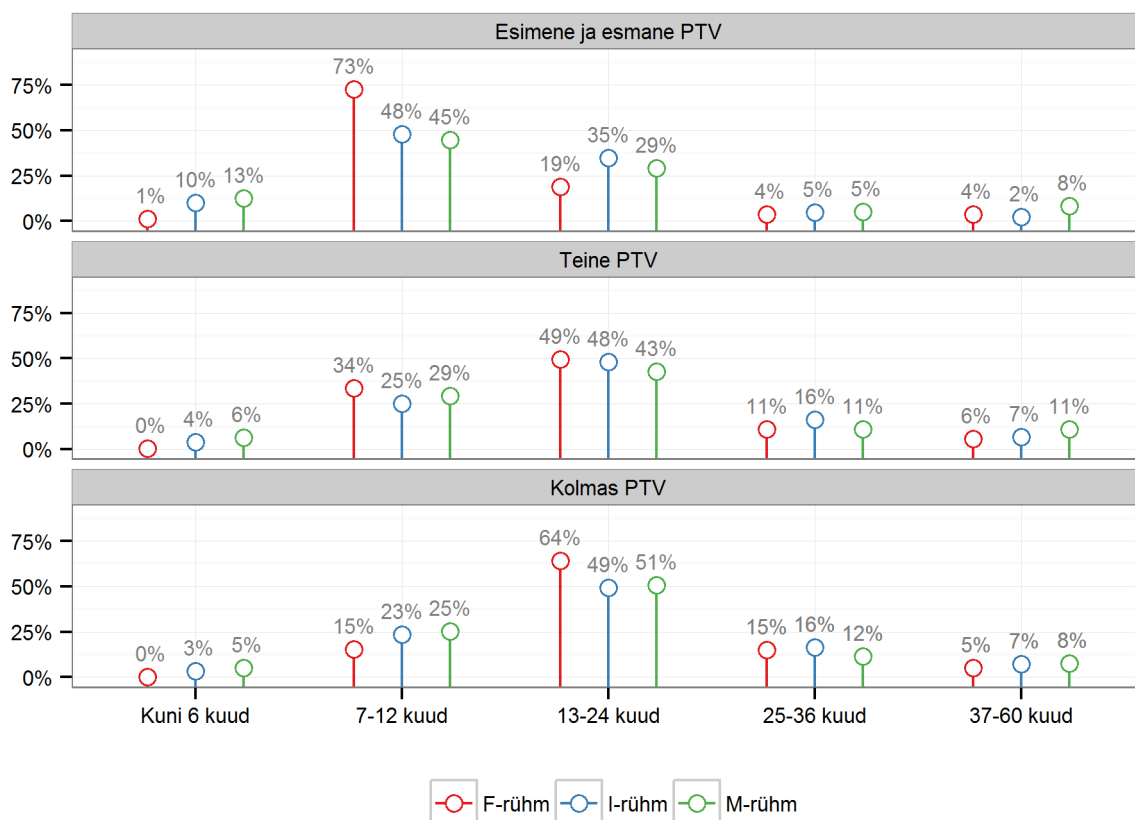


Joonis 21. Esmastes ekspertiisides määratud PTV kestus jaotus kuudes (% esmastest ekspertiisidest)

Allikas: SKA püsiva töövõimetuse ekspertiiside register

Põhidiagnooside lõikes on PTV kestustes mõningad erinevused. Esimese PTV keskmine kestus on mõnevõrra kõrgem M-rühma põhidiagnoosiga PTV-de seas (ca 19,6 kuud) ja madalam F- ja I-rühmas (vastavalt 16,6 ja 17,2 kuud). Kui inimesele on määratud üle ühe PTV, viitab see püsivale terviseprobleemile, mille tulemusena on ka teise PTV keskmine kestus kõikides põhidiagnoosi rühmades pikem – ca 23-24 kuud²².

Kuigi keskmised kestused põhidiagnooside lõikes oluliselt ei erine, on nende jaotuses mõningad erisused. Järgmisel joonisel on esitatud F-, I- ja M-rühma põhidiagnoosiga PTV kestused PTV määramise korra järgi. Üldise joonena saab kõigi rühmade puhul välja tuua lühemate PTV-de osakaalu vähenemise ja pikemate suurenemise, liikudes esimese PTV määramiselt kolmanda määramiseni. Samuti on I- ja M-rühmade kestused küllaltki sarnased (M-rühmas on veidi rohkem pikemajalisi määramisi). F-rühmas joonistub selgelt välja 7-12-kuine kestus esimese PTV puhul, mille asemel domineerib teise ja kolmanda PTV puhul ühe- kuni kaheaastane kestus.

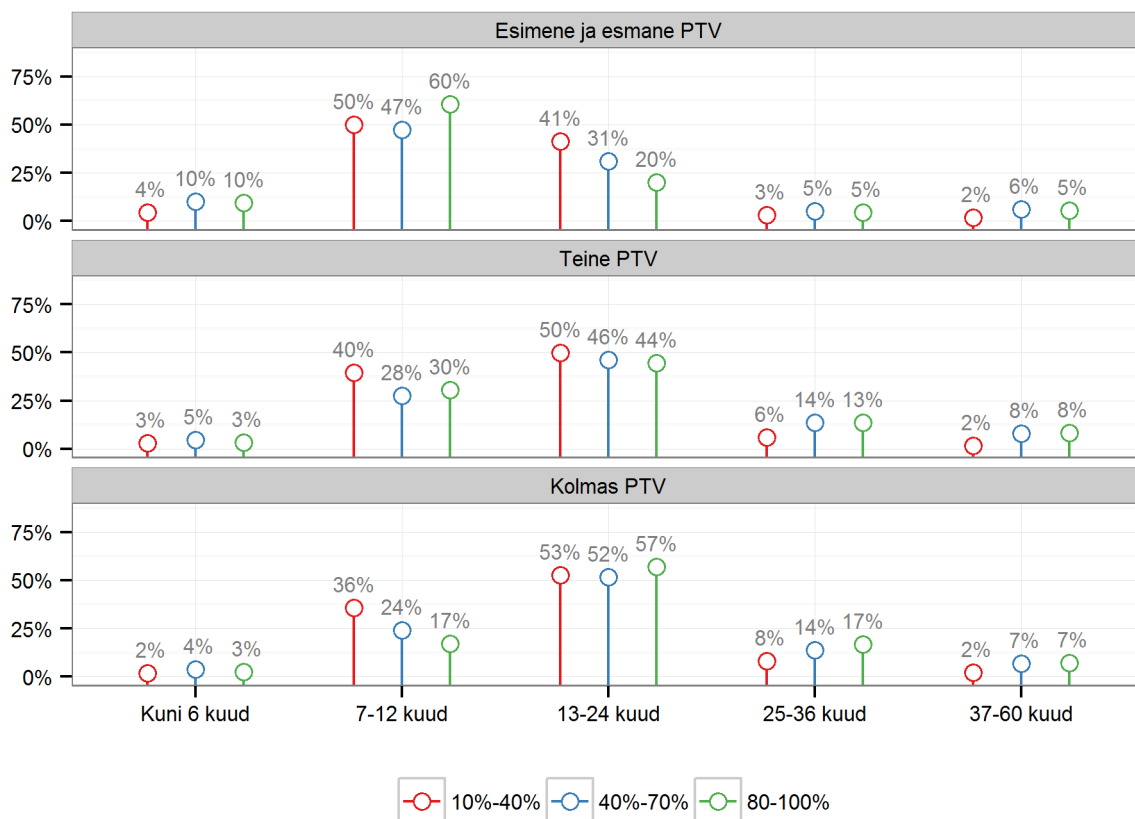


Joonis 22. PTV kestuste jaotus inimestel, kelle esmane ekspertiis oli perioodil 2009-2014, diagnooside lõikes (% ekspertiisidest)

Allikas: SKA püsiva töövõimetuse ekspertiiside register

PTV protsentide lõikes suuri erinevusi PTV kestustes välja ei joonistu – kõrgema töövõimekao protsendiga PTV-dele ei määrata pikemaid kestuseid, kui madalama protsendiga PTV-dele.

²² Siin tuleb arvestada seda, et analüüsis kasutatavad andmed katavad aastaid 2009-2014 ja ca pooltel juhtudel määrati esmane PTV 2012. aastal või hiljem. See tähendab, et paljudel sellistel inimestel, kelle esmane PTV oli pika kestusega, ei näe nende andmete põhjal järgmis(t)e töövõimetus(t)e kestust. Selle tulemusena on siin analüüsis esitatud teise ja kolmanda PTV kestused alahinnatud.



Joonis 23. PTV kestuste jaotus inimestel, kelle esmane ekspertiis oli perioodil 2009-2014, töövõimetuse protsentide lõikes (% ekspertiisidest)

Allikas: SKA püsiva töövõimetuse ekspertiiside register

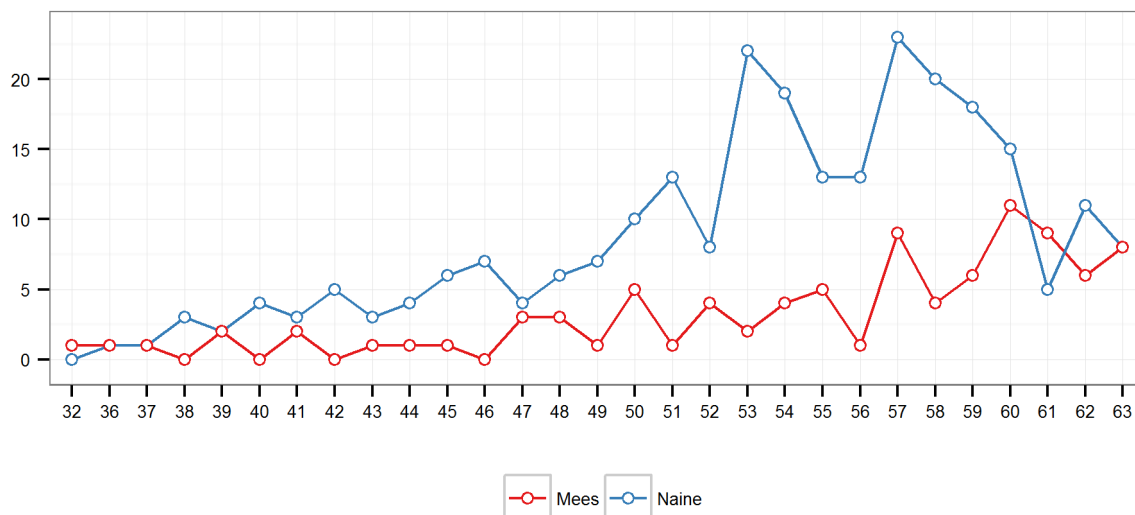
3.3.4 Kutsehaiged

KH ja TPH-ga inimeste sotsiaaldemograafilise tausta kirjeldamine baseerub Tööinspektsiooni ning SKA registriandmetel. KH ja TPH kohta on registriandmed 2008-2014 kohta. Kuna KH-d ja TPH-d ei määrata tähtajaliselt ning nende püsimist ei kontrollita perioodiliselt, siis nende info, kellele on varem määratud KH või TPH, alljärgnevas analüüsis ei kajastu. Järgnevalt esitatud tulemused käivad inimeste kohta, kes elasid 2014. aasta alguse seisuga ja olid vähem kui 64-aastased.

Kokku oli KH-d andmestikus 430, neist I-, F- või M-rühma diagnoosidega 346 inimest, kellest omakorda M-rühma diagnoosiga oli 329, I-rühma diagnoosiga 2 ja nii I, kui M rühma diagnoosidega 15 inimest. Nagu eelnevalt juba öeldud ei olnud mitte ühelgi kutsehaigel F-rühma diagnoosi. Kõik I-rühma diagnoosid olid Raynault' sündroomid.

Sugu ja vanus

Sihtrühma diagnoosiga inimesed, kellel perioodil 2008-2014 on diagnoositud kutsehaigus on valdavalt naised, 73,4%. 2014. aastal on sihtrühma kutsehaigusega inimeste seas kõige rohkem 50. eluaastates inimesi.

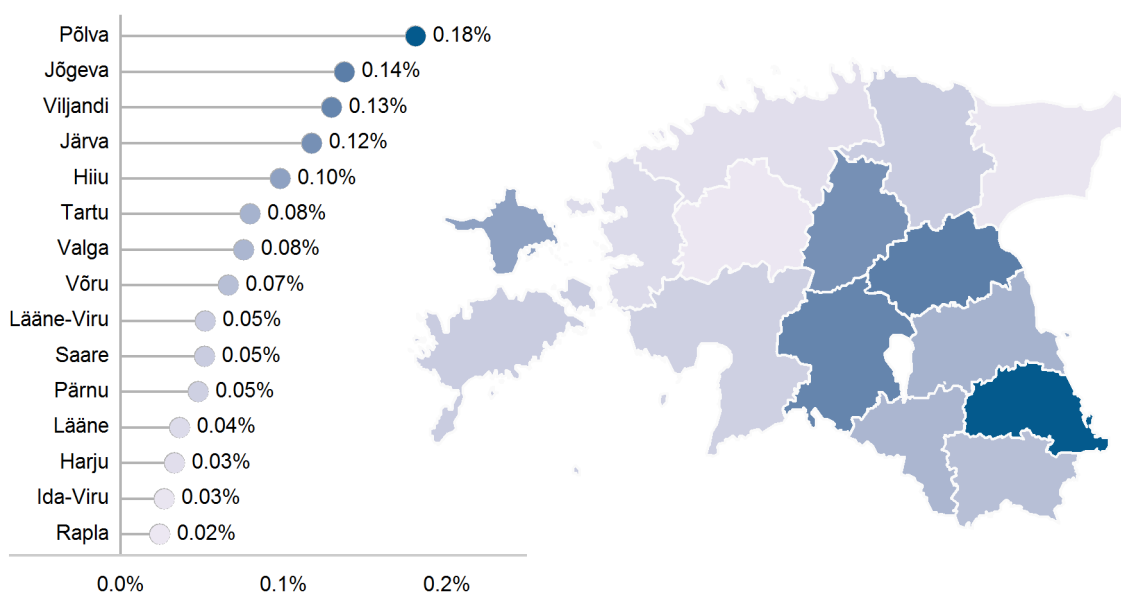


Joonis 24. 2008-2014. a registreeritud KH-ga inimeste arv vanuse ja soo lõikes aastal 2014

Allikas: TI, kutsehaigestumiste registri väljavõte, autorite arvutused

Regionaalne jaotus

TI andmestikus puudus elukoha info 15 juhul. Suurim osakaal tööelistest elanikest on sihtrühma kutsehaigeid Põlvamaal, kuid ka Jõgeva-, Viljandi- ja Järvamaal on kutsehaigeid võrreldes teiste maakondadega enam. Kõige väiksem osakaal elanikest on kutsehaigeid Harju-, Rapla- ja Ida-Virumaal.



Joonis 25. 2008-2014. a registreeritud KH-ga inimeste osakaal maakonna tööelises elanikkonnast 2014. aastal

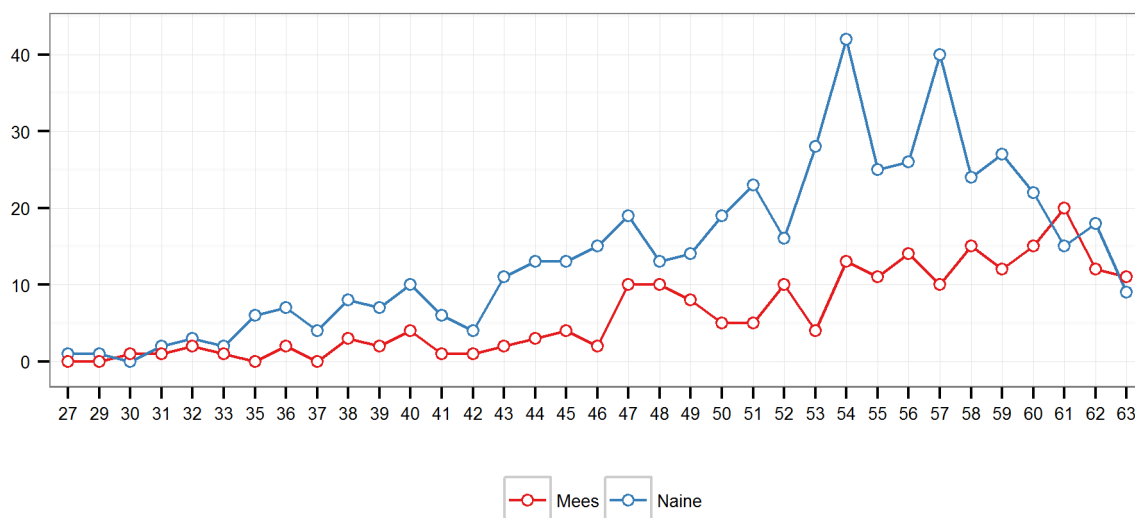
Allikas: TI, kutsehaigestumiste registri väljavõte, autorite arvutused

3.3.5 Tööst põhjustatud haigusega inimesed

Ka TPH-ga inimeste seas on vaadatud neid, kes 2014. aasta alguse seisuga olid elus ja kuni 63-aastased. Perioodil 2008-2014 määratud TPH-ga inimestest on 698-l luu- ja lihaskonnahaigused, 3-l vereringeelundkonnahaigused ja 6-l mõlema eelnimetatud diagnooside peatüki haigused.

Sugu ja vanus

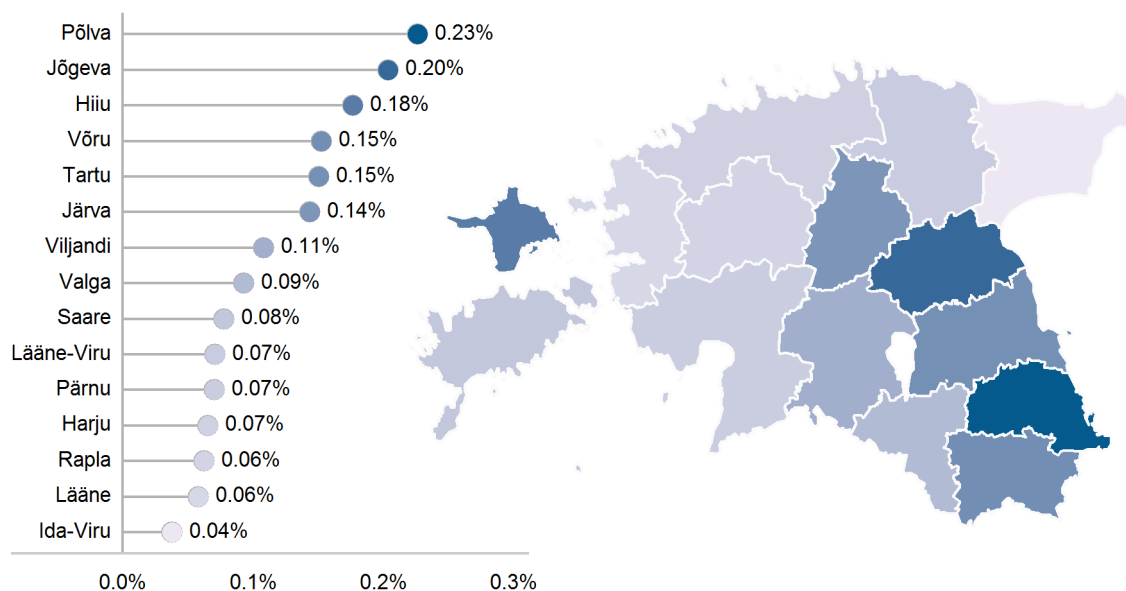
Sihtrühma diagnoosiga inimesed, kellel perioodil 2008-2014 on registreeritud TPH on valdavalt naised, 69,7%. Aastal 2014 on sihtrühma TPH-ga inimeste seas kõige rohkem rohkem 50. eluaastates inimesi.



Joonis 26. 2008-2014. a registreeritud TPH-ga inimeste arv vanuse ja soo lõikes aastal 2014

Regionaalne jaotus

Elukoha info on TI registris olemas 705 TPH kohta. Nagu KH-ga, nii on ka TPH-de osakaal elanikkonnast suurim Põlva- ja Jõgevamaal ja väikseim Ida-Virumaal.



Joonis 27. 2008-2014. a määratud TPH-ga inimeste osakaal maakonna tööealisest elanikkonnast

3.3.6 Kokkuvõte

PTV, KH ja TPH ning pikaajalise ATV grupid on üksteisega olulisel määral kattuvad. Pikaajaline ATV eelneb sageli PTV-le või on PTV-ga inimesed sagedamini pikaajalisel haiguslehel, kui teised töötajad. KH ja TPH-de seas on enam kui pooled ka PTV-de gruppi kuuluvad.

Sotsiaaldemograafilise tausta osas on kõikide sihtrühmade nii PTV-de, KH-de ja TPH-de kui pikaajaliste ATV-de seas enam naisi kui mehi ning enam vanemaid kui nooremaid. PTV-de, kelle osas oli võimalik kontrollida ka

haridustaset, on näha, et madalama haridusega inimeste seas on PTV sagedasem, kui kõrgema haridusega inimestel.

Kuna PTV grupp on suhteliselt suur, siis on nende seas märgatavam regionaalselt ebaühtlane jaotus. KH-de, TPH-de ja pikaajaliselt ATV-de seas on samuti regionaalsed erinevused, kuid need ei erine maakonniti enam kui 1 protsendipunkti võrra.

4 Sihtrühma töötamine

Töötamine ja tervis on seotud mitmel moel nagu kirjeldatud peatükis 1. Ühelt poolt mõjutavad töökeskkond ja –tingimused inimese tervist. Teiselt poolt mõjutab tervisekahjuga kaasnev töövõimetus inimese võimalusi töötada. Samas sõltub töötamise jätkamise võimalus tervisekahju ilmnemisel ka ameti- ja tegevusalast, töökeskkonnast ja –tingimustest.

Järgnevalt kirjeldatakse, kui paljud sihtrühma kuuluvatest inimestest töötavad, millised on nende ameti- ja tegevusalad. Info töötamise kohta tuletatakse SKA pensioniregistris kajastatud töötasult makstud kuiste sotsiaalmaksu andmete alusel. Need kuud, millal inimese töötasult maksti sotsiaalmaksu, loetakse töötamise kuudeks. Kasutada olevatest andmetest ei ole võimalik täpsemalt teada saada ei töötamise koormust ega ka muude tuludega aktiivset tegevust (nt ettevõtlus). Töötamisena käsitleme aastas vähemalt ühel või kolmel kuul²³ (ehk veerand aastast) töise tulu teenimist (mõned joonised on esitatud raporti lisas 2 ka kuue-kuulise töötamise kohta).

Ameti- ja tegevusalade info pärineb uuringu käigus tehtud töövõimete küsitlusest ja kutsehaigete ning tööst põhjustatud haigusega inimeste kohta ka TI registrist.

Esmalt kirjeldatakse PTV töötamise sagedust ning seoseid sotsiaaldemograafiliste tunnustega, seejärel KH ja TPH inimeste töötamist. Lõpetuseks käsitletakse ameti- ja tegevusalasid uuringu tegemise ajal ja sel ajal mil kui haigestuti. Pikaajaliste ATV-de töötamise sagedust ning seost sotsiaaldemograafiliste tunnustega ei analüüsita, sest ATV eeldab töötamist ja seega on kõik pikaajalise ATV-ga inimesed ka töötavad.

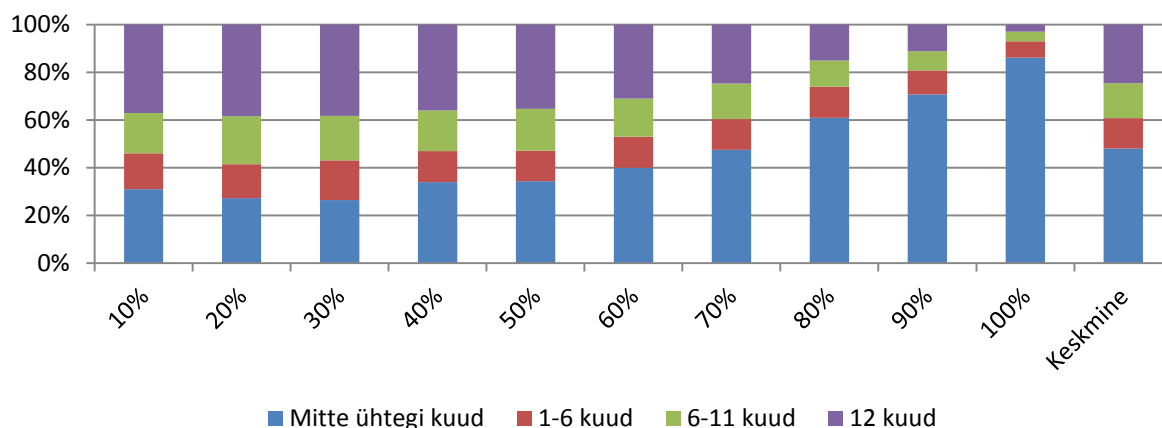
4.1 PTV töötamine

4.1.1 Töötamise seos sotsiaaldemograafiliste tunnustega

PTV-dest töötasid 2014. aastal vähemalt 1 kuu veidi enam kui pooled - 51%. Pooled neist, kes töötasid, tegid seda terve aasta vältel ja nende töötasult maksti 12 kuul sotsiaalmaksu. Ülejäänud töötasid väiksema arvu kuid (Joonis 28).

Töövõimete protsent, mis väljendab ka inimese töövõime määra on üsna selges seoses töötamise tõenäosusega. Vaadates 2014. aastal PTV-de töötamist töövõimete protsentide lõikes ongi näha, et ootuspäraselt töötasid enam madalama töövõimetusmääraga inimesed (Joonis 28). Tähelepanuväärne on, et isegi 100% töövõimetusmääraga inimestest töötas 13%. Kõige suurem oli töötajate osakaal 20-30% töövõimete määraga inimestel – 73%. Kogu aasta töötanute osakaal aga oli seda väiksem, mida suurem oli töövõimete protsent.

²³ Töötamise mahu määrand on analüüsi läbiviijate subjektiivne otsus. Mõningatel juhtudel on analüüs tehtud samaaegselt ka kuuekuulise töötamise kohta.

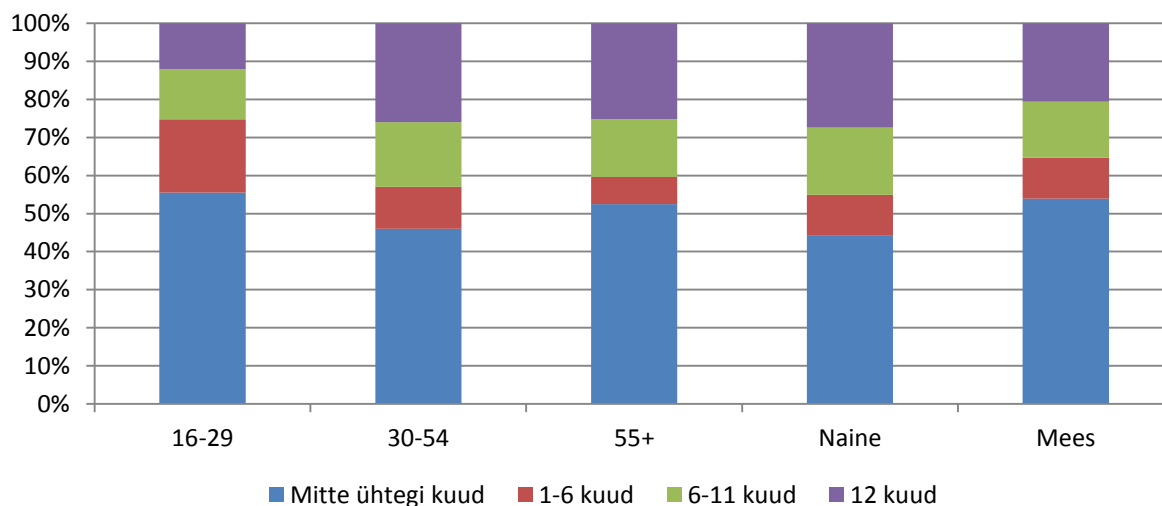


Joonis 28. PTV-de töötamise jaotus 2014. aastal töötatud kuude arvu ja töövõimetuse määra järgi

Allikas: SKA ja HK registrid, autorite arvutused

PTV nii nagu ka tervete inimeste töötamine on eri vanuserühmades ja sugude lõikes mõnevõrra erinev (Joonis 29). Kõige nooremas vanuserühmas on töötavate inimeste osakaal kõige väiksem, vaid 45% 16-29-aastastest PTV-dest töötasid 2014 aastal. Samuti on noored inimesed sagedamini töötanud väiksema arvu kuid aastas kui vanemad ning kogu aasta vältel on vaid 12% töötanud. See tuleneb sellest, et suur osa noorima vanuserühma inimestest alles õpib.

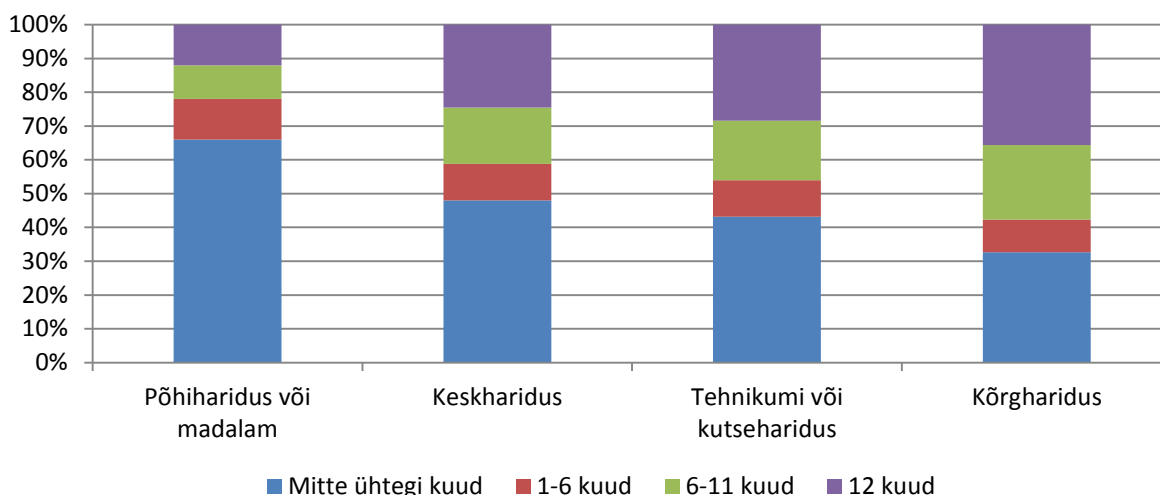
Eelnevalt selgus, et PTV-de seas on enam naisi kui mehi. Aga erinevalt üldisest Eesti pildist, kus naiste hõive on väiksem kui meeste oma, töötavad PTV-ga naised suurema tõenäosusega kui PTV-ga mehed. Püsivalt töövõimetutest töötasid 2014 aastal sugude võrdluses enam naised – 55% ja 28% on neist töötanud kogu aasta. Meestest töötas vähemalt ühe kuu 45% ja 12 kuud töötas 21%.



Joonis 29. PTV-de töötamise jaotus 2014. aastal töötatud kuude arvu, soo ja vanuserühma järgi

Allikas: SKA ja HK registrid, autorite arvutused

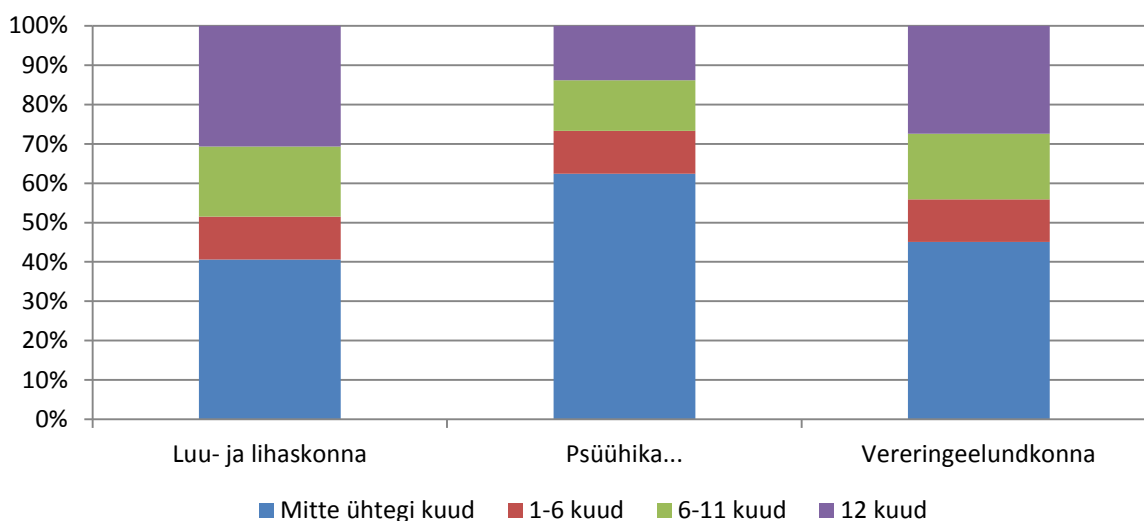
PTV-ga inimeste töötamise tõenäosus erineb haridustasemeti varieerudes vähemalt 1 kuu töötanute vahel 66%-st kõrgharidusega inimestel kuni 34%-ni põhi- või madalama haridustasemega inimestel (Joonis 30). Samuti on haridustasemega positiivselt seotud kogu aasta töötanute osakaal.



Joonis 30. PTV-de töötamise jaotus 2014. aastal töötatud kuude arvu ja haridustaseme järgi

Allikas: SKA ja HK registrid, autorite arvutused

Vaadeldes PTV töötamise tõenäosust uurimuse sihtrühma diagnoosigruppide kaupa ilmneb, et töövõimele kõige halvavamad on psüühika- ja käitumishäired. Vaid 37% sellesse rühma kuulunud inimestest töötas 2014. aastal (Joonis 31). Kõige enam oli töötavaid inimesi luu- ja lihaskonnahaiguste diagnoosidega inimeste seas, neist 59% töötas. Vereringeelundkonnahaigustega PTV-ga inimestest töötas 54%.



Joonis 31. PTV-de töötamise jaotus 2014. aastal töötatud kuude arvu ja PTV põhi- või kaasuva diagnoosi järgi

Allikas: SKA ja HK, autorite arvutused

Kirjeldav statistika erinevates lõigetes ei anna infot selle kohta, millised sotsiaaldemograafilised tunnused on seotud töötamise tõenäosusega ning millised tunnused kirjeldavad mõne teise muutuja mõju. Näiteks psüühika- ja käitumishäiretega inimeste väiksem tõenäosus töötada võib olla seotud sellega, et neil on keskmiselt kõrgem töövõimetuse määr või nende seas on enam madalama haridusega inimesi.

Mitmete taustatunnuste samaaegseks analüüsimiseks kasutatakse regressioonimudelit või klassifikatsioonipuud. Järgnevalt on esitatud probit-mudeli tulemused, kus sõltuv muutuja näitab 2014. aastal vähemalt kolmel kuul töötamist. Mudelisse kaasati PTV sihtrühma vaatlused, kes vastasid järgmistele tingimustele:

- 1) Perioodil 2009-2014 esimest korda määratud püsiv töövõimetus oli ühtlasi esmane määramine;

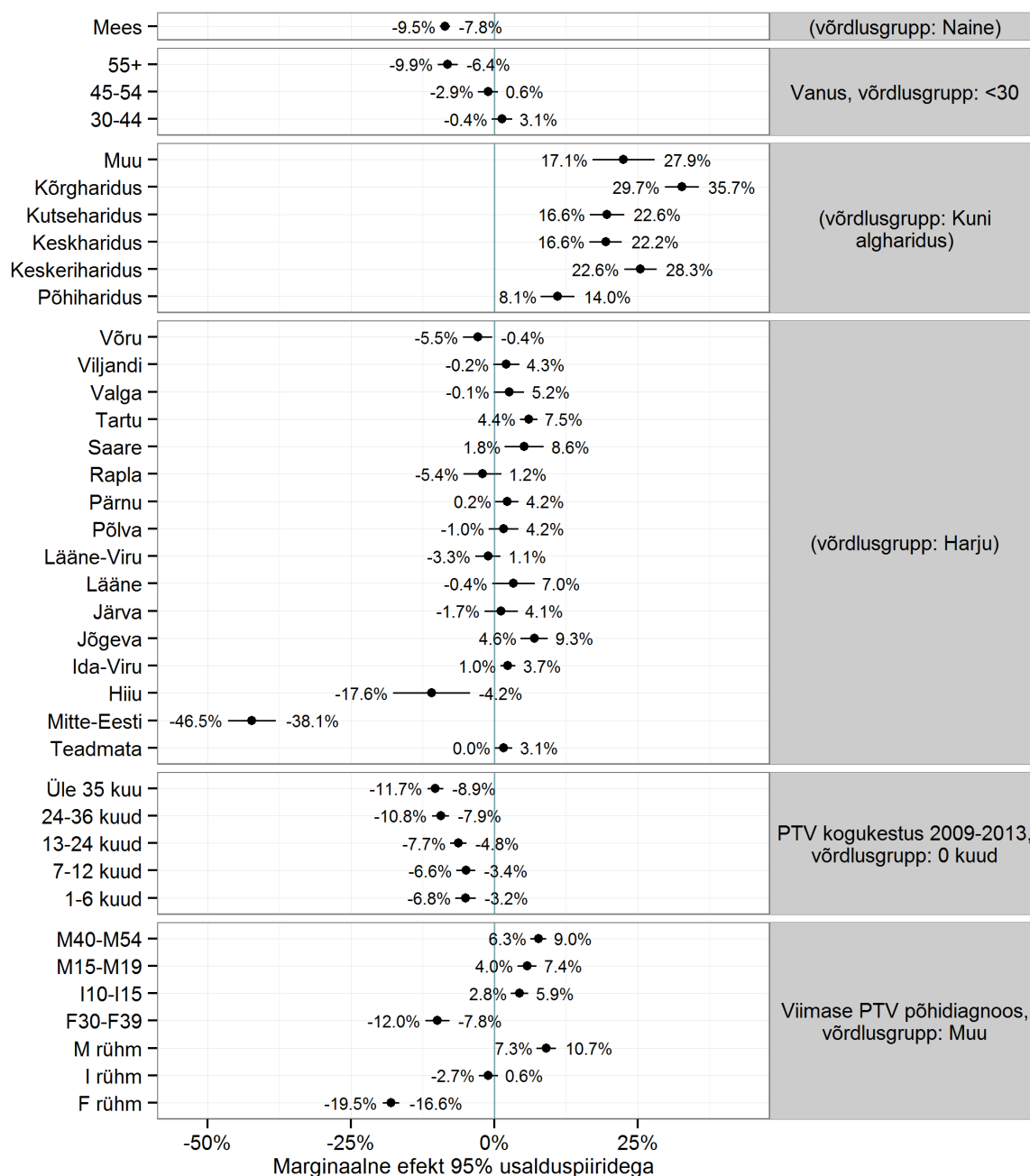
- 2) Inimene oli kogu perioodi 2009-2014 vältel tööealine (s.t. vanuses 16-63).

Kokku oli selliseid vaatlusi 50 459 ja neist 49 741-l oli olemas järgnev taustainfo, mis mudelisse selgitavate muutujatena kaasati:

- 1) Inimese elukoha maakond, sh. teadmata (ca 11%) ja mitte Eesti (ca 1%) vaatlustest,
- 2) Sugu,
- 3) Vanusegrupp seisuga 1. jaanuar 2014,
- 4) Viimane teadaolev haridustase (PTV ekspertiisist),
- 5) PTV kestus kuudes kokku perioodil 2009-2014 (6 gruppi),
- 6) Viimase PTV diagnoos (3 diagnoosigruppi RHK klassifikaatori peatüki tasemel ja 4 diagnoosigruppi enamlevinudate diagnooside kohta RHK klassifikaatori alampeatükkide tasemel).

Regressioonimudeli tulemuste põhjal arvutatud keskmisi marginaalseid efekte koos 95% usalduspiiridega näitab Joonis 32²⁴. Täpsemad tulemused tabelina on toodud Lisas 3.

²⁴ Keskmine marginaalne efekt näitab tõenäosuste erinevust juhul, kui inimest iseloomustab antud tunnus (näiteks inimene on naissoost), jättes muud taustatunnused nende tegelikule tasemele. Tehniliselt näeb arvutuskäik välja järgmine: kõigile vaatlustele prognoositakse töötamise tõenäosus, eeldusel, et nad on naised, ja sama arvutus tehakse läbi eeldusega, et kõik vaatlused on meessoost. Kõikide prognoosipaaride erinevuste keskmine tähistabki soo tunnuse puhul keskmist marginaalset efekti



Joonis 32. PTV töötamise regressiooni marginaalsed efektid 95% usalduspiiridega (probit-regressioon, sõltuv muutuja vähemalt 3 kuud töötanud 2014. aastal)

Allikas: SKA PTV ekspertiiside register, autorite arvutused

Arvestades samaaegselt muude taustatunnustega, ilmnevad tunnused, mis selgitavad väiksemat töötamise tõenäosust PTV-del:

- 1) Mehed töötavad väiksema tõenäosusega kui naised;
- 2) Madalama haridustasemega inimesed töötavad väiksema tõenäosusega kui kõrgema haridusega inimesed. Keskharidusega ja ainult kutseharidusega inimesed töötavad väiksema tõenäosusega kui keskeriharidusega inimesed²⁵;

²⁵ Haridus määratakse ekspertiisis inimese enda ütluse järgi.

- 3) Vanuses 55+ on väiksem töötamise tõenäosus kui muudes vanusgruppides. Noortel (alla 30-aastastel) ei ole võrreldes teiste keskmiste vanusgruppidega statistiliselt oluliselt väiksemat töötamise tõenäosust regressioonmudelil. See viitab sellele, et muude tegurite arvesse võtmisel, ei tööta noored PTV vähem, kui teised vanusgruppid;
- 4) Mida pikem on olnud PTV kestus võrreldes nendega, kellele alles määrati PTV, seda väiksem on töötamise tõenäosus;
- 5) Psüühika- ja käitumishäiretega inimestel (F-rühm) on väiksem töötamise tõenäosus ka sel juhul, kui muud taustategurid on arvesse võetud. Kergemate psüühika- ja käitumishäirete korral (meeleoluhäired F30-F39) on võrreldes muude psüühikahäiretega, millega on PTV määratud, töötamise tõenäosus suurem, aga siiski väiksem kui muude diagnoosirühmade (I- ja M-rühmade korral). Luu- ja lihaskonnahaiguste (M-rühm) korral on suurem töötamise tõenäosus, kui muude diagnooside korral. Vereringeelundkonnahaigusega PTV korral on suurem töötamise tõenäosus juhul, kui inimese diagnoosigrupp on kõrgvereõhkhaigused (I10-I15).
- 6) Harjumaal elavatest PTV-dest on oluliselt väiksem töötamise tõenäosus Hiiumaal elavatel PTV-ga inimestel. Suurem tõenäosus olla töötav oli aga Tartu- ja Jõgevamaal. Veidi suurem oli tõenäosus töötada ka PTV-del Saare- ja Ida-Virumaal. Jõgeva- ja Ida-Virumaal on keskmisest suurem PTV osakaal maakonna elanikest ja suhteliselt suurem on ka nende töötamise tõenäosus. See on tähelepanuväärne tulemus arvestades veel nende maakondade keskmisest halvemat tööhõive olukorda²⁶, mis näitab, et neis maakondades on keskmiselt inimestest vähem hõivatud kui Eestis. See võib viidata asjaolule, et maakonniti on erinev töövõimetuse määramine ja töövõimetuse skeemi kasutamine töötasule täiendava sissetuleku saamiseks. Põlvamaa, kus samuti on teistest maakondadest suurem PTV-de suhteline osakaal, ei ole töötamise tõenäosus muude inimese taustategurite arvesse võtmisel statistiliselt oluliselt erinev Harjumaal elavate PTV-de töötamise tõenäosusest. Samas oli Põlvamaa kõige väiksema hõivemääraga maakond 2014. aastal (58,5% inimestest 16-pensioniiga olid hõivatud Põlvamaal ja Eestis keskmiselt 71,2%), mis viitab sellele, et tööturutingimusi arvesse võttes on PTV-de seas töötamise tõenäosus suurem kui teistes maakondades.

4.1.2 Töötamine enne ja pärast PTV määramist

Pärast PTV määramist töötavad inimesed väiksema tõenäosusega, kui need, kellel töövõimetust põhjustavat haigust diagnoositakse pole. Töötamise vähendamine ei toimu enamasti ühe hetkega vaid ka enne PTV määramist ilmnevad inimesel juba tervishäired ning seoses sellega võib-olla vajalik töötamist vähendada. Hilisemas ATV ja PTV seoste analüüsis tuleb arvestada sellega, et ATV eeldab, et inimene on töötav. Juhul, kui inimene on töö kaotanud juba enne PTV määramist, siis ei kajastu PTV-de ja tervete inimeste erinevused ATV-s vaid erinevused seisnevad töötamise tõenäosustes.

Järgmistel joonistel on esitatud töötajate osakaalud enne ja pärast esmase PTV määramist. Esmast PTV määramist²⁷ on siin ja edaspidi kasutatud perioodide t-5...t+5 tulemuste esitamisel. Periood t väljendab esmase PTV määramise aastat ja perioodid t-5 kuni t+5 vastavalt aastaid enne ja pärast esmase PTV määramist.

²⁶ 2014. aastal olid Ida-Virumaa hõive määr 61,8%, Jõgevamaal 66,8% ja Saaremaal 66,5%, samas kui Eesti keskmine oli 71,2% vanusgrupis 16- pensioniiga (Statistikaamet, veebiandmebaas, tabel TT4646).

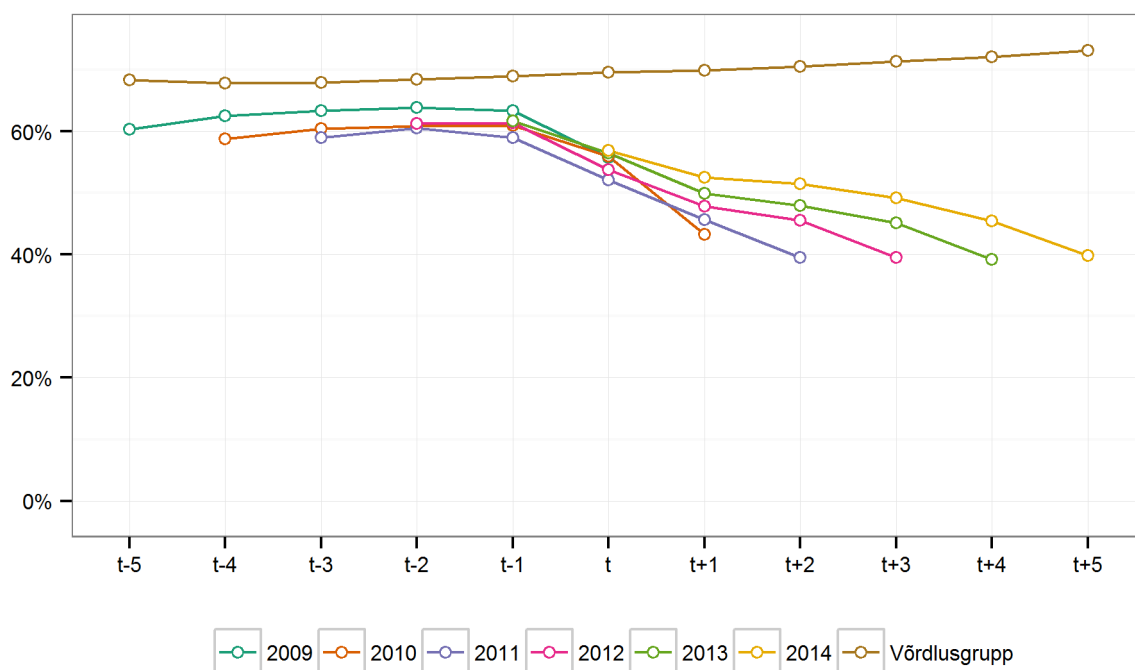
²⁷ Perioodide analüüsimisel on PTV sihtrühm eristatud ainult PTV määramise aasta järgi. Kuna PTV määratakse piiratud perioodiks (pool – viis aastat), siis näiteks perioodil t+4 ei pruugi perioodil t PTV saanud inimene enam PTV olla. Samas, arvestades PTV-ga inimeste arvu pidevat kasvu ja väga vähest väljumist PTV skeemist, on suure tõenäosusega inimesed, kes ühe korra on PTV saanud ka järgnevatel perioodidel PTV-d. PTV skeemist väljumisest tulenev nihe tulemustes on väike.

Töötamine defineeritakse inimese töötasult makstud kuise sotsiaalmaksu alusel (kolm kuud töötanute töötasult on ühes kalendriaastas vähemalt kolmel kuul makstud sotsiaalmaksu²⁸).

Kalendriaasta jooksul vähemalt kolm või kuus kuud töötanud inimeste osakaal vähenes PTV määramise-järgselt märgatavalt (kuni kolmandiku võrra). Kui PTV töövõimetuse määramisele eelnenud viiel kalendriaastal töötas aastas vähemalt kolm kuud ca 60% sihtrühmast ja vähemalt kuus kuud 50-60%, siis pärast PTV määramist langesid need näitajad 40% juurde ja alla selle. Võrdlusgrupis püsis töötajate osakaal 70% lähedal, kuid tõusis veidi analüüsiperioodi vältel.

Seega ei olnud hiljem PTV saanud ka enne PTV määramist võrdlusgrupiga sarnased – hõivatute osakaal enne PTV määramist oli nende seas, kellele hiljem määrati PTV, 5-10 protsendipunkti väiksem kui võrdlusgrupil.

Kalendriaastatevahelised erinevused, mis joonistel on märgata, seonduvad majanduskliima paranemise ja seega ka tööturuolukorra paranemisega. Kui vaadata üksikuid aastaid, siis püsiva töövõimetuse määramisele järgnevatel aastatel on töötajate osakaalud seda kõrgemad, mida hilisema aasta kohta tulemused käivad. Samuti kasvab võrdlusgrupi näitaja perioodide jooksul.



Joonis 33. Aastas vähemalt 3 kuud töötanud inimeste osakaal PTV sihtrühmas 5 kalendriaastat enne ja pärast PTV määramist

Allikas: SKA ja Haigekassa registrite andmed, autorite arvutused

Infokast 1. Selgitus Joonis 33 ja järgnevate jooniste lugemiseks.

Periood t väljendab esmase PTV määramise aastat ja perioodid t-5 kuni t+5 vastavalt aastaid enne ja pärast esmase PTV määramist. Jooned näitavad sel aastal töötavate inimeste osakaalu kogu grupist. Nt punkt t-5 2009. a juunel (60%) näitab nende töötavate inimeste osakaalu, kelle jaoks oli 2009. a 5 aastat enne PTV määramist (t-5). Ehk neist, kes said 2014. aastal PTV, töötas 5 aastat enne seda (2009. aastal) 60%. Punkt t-4 2009. aasta juunel näitab nende seas töötavate osakaalu, kelle jaoks 2009. aasta oli 4 aastat (t-4) enne PTV

²⁸ Kas tööandja on ise maksnud sotsiaalmaksu või on riigi poolt makstud sotsiaalmaksu töövõimetuspensionäri töötasult kuni kuumäära ulatuses.

määramist ehk nende, kellele määrati PTV 2013. aastal. Analoogselt, nende jaoks, kellele oli 2009. a PTV määramise aastaks (punkt t juunel 2009), töötasid 56%.

Kuna vaatlusalune periood on 2009-2014, siis rohkem kui 5-aastast perioodi vaadata ei saa. Seega ongi 2009. aasta vaatlused perioodide t-5 kuni t kohta (2009. aasta on viis aastat enne PTV määramist (t-5) nende, kellele määrati PTV 2014. aastal, neli aastat enne PTV määramist (t-4) nende, kellele määrati PTV 2013. aastal jne. 2010. aasta saab olla aga ainult 4 aastat enne PTV määramist, nende jaoks, kellele määrati PTV 2014. a). Samas 2014. aasta võimaldab meil vaadata viite aastat pärast PTV määramist tekkinud olukorda nende jaoks, kellele PTV määrati 2009. aastal. Nii näemegi jooniselt, et inimesed, kelle jaoks 2014. aasta oli 5 aasta pärast PTV määramist (t+5) oli vähemalt 3 kuud töötavaid vaid 40%.

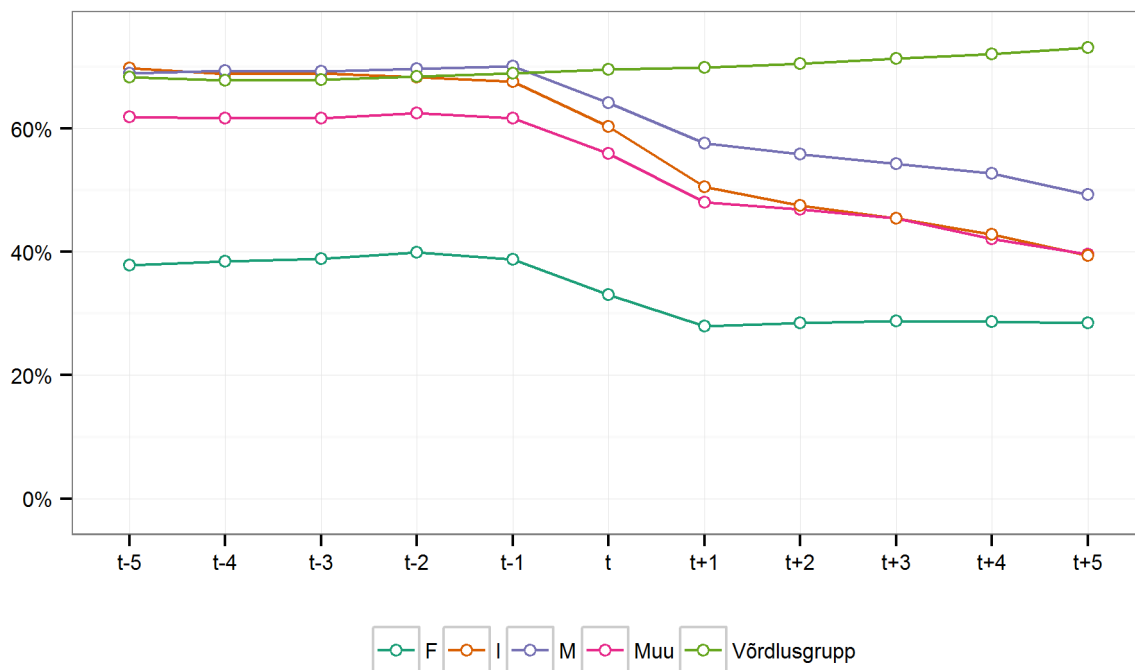
Tulemuste tõlgendamisel tuleb arvesse võtta, et perioodide lõikes ei ole vaatluste arv võrdne. Kui periood t (püsiva töövõimetuse määramise aasta) on teada kõigi kohta, siis t+5 ainult nende kohta, kellele püsiv töövõimeetus määrati esimest korda aastal 2009, ja periood t+4 nende kohta, kellele püsiv töövõimeetus määrati esimest korda aastal 2009 või 2010.

Võrdlusgrupp väljendab kõikide nende inimeste seast töötavate osakaalu, kellel ei ole vaatlusalusel perioodil (2009-2014) PTV määratud. Võrdlusgrupi tulemuste leidmisel on iga inimese puhul võetud arvesse kõik aastate ja perioodide kombinatsioonid, näiteks:

- Iga inimese kohta on vaadatud, kas ta töötas aastal 2009, mis väljendab töötamist perioodil t. Aastad 2010-2014 väljendavad aasta 2009 vaatenurgast perioode t+1 kuni t+5.
- Järgnevalt on perioodiks t võetud aasta 2010. Aasta 2009 väljendab nüüd perioodi t-1 ja aastad 2011-2014 perioode t+1 kuni t+4.
- Analoogselt on baasaastateks võetud 2011-2014.
- Kõikide kombinatsioonide põhjal on leitud vähemalt kolm kuud töötanud inimeste osakaal.

Kui keskmiselt eristuvad PTV-d võrdlusgrupist juba enne PTV määramist, siis diagnooside lõikes ilmnevad töötavate inimeste osakaaludes selged erisused (vt Joonis 34). I- ja M-rühma diagnoosidega PTV-d on enne esimest diagnoosi vähemalt kolm kuud töötamise osas võrdlusgrupiga samal tasemel (hõivatuid ca 70%), samas F-rühma diagnoosiga (psüühika- ja käitumishäired) PTV-de seas oli varasematel perioodidel vähemalt kolm kuud hõivatuid vaid kuni 40%. PTV määramisele järgnevatel perioodidel töötab sellest grupist veelgi väiksem osakaal – vaid ca 30% inimesi.

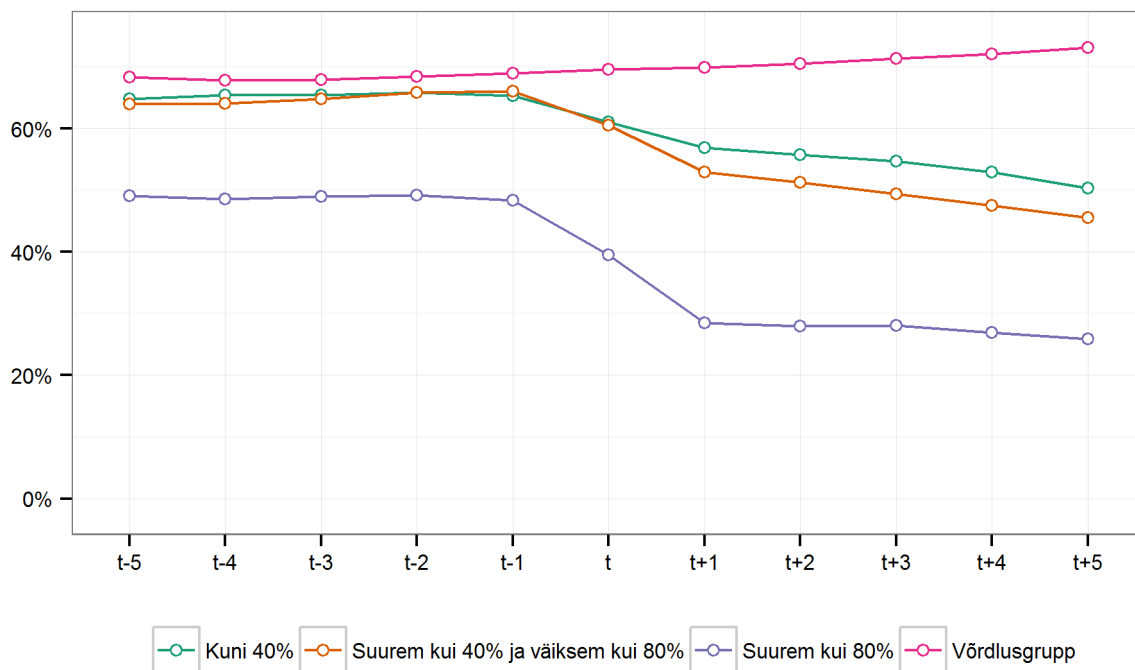
I- ja M-rühma põhidiagnoosiga inimeste seas jääb pärast PTV määramist aastas vähemalt kolm kuud töötavana alles tunduvalt vähem inimesi kui võrdlusgrupis, kusjuures mida aasta edasi, seda väiksemaks see näitaja muutub. M-grupis langeb töötajate osakaal 50% juurde ja I-grupis koguni alla 40%. Langev trend I ja M gruppides viitab sellele, et mida pikem periood on möödunud PTV määramisest, seda halvemaks muutuvad inimeste väljavaated edasi töötada.



Joonis 34. PTV sihtrühmas töötajate (vähemalt 3 kuud aastas) osakaal 5 kalendriaastat enne ja pärast PTV määramist, PTV põhidiagnoosi lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa registrite andmed, autorite arvutused

Sotsiaaldemograafilise tausta peatükist ilmnes, et neist, kellel on suurem töövõimetuse kaotuse protsent töötab 2014. aastal suhteliselt väiksem osakaal. Järgnev joonis illustreerib, et inimeste hulgas, kellele perioodil 2009-2014 määrati esmane PTV kohe üle 80%-lise töövõimekaoga, oli PTV määramisele eelneval viiel kalendriaastal töötajate osakaal vaid 50% juures (vt Joonis 35). Pärast PTV määramist langes see alla 30%. Nende inimeste seas, kellele määrati väiksem töövõime kaotuse protsent, oli erinevus võrdlusgrupist enne PTV määramist suhteliselt väike (mõne protsendipunkti suurune). PTV määramise aastal langes töötamise tõenäosus ja järgnevatel aastatel langes veelgi ligikaudu 65%-lt 50% juurde.



Joonis 35. PTV sihtrühmas töötajate (vähemalt 3 kuud aastat) osakaal 5 kalendriaastat enne ja pärast PTV määramist, töövõime kaotuse protsendi lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa registrite andmed, autorite arvutused

Suurema kui 80%-lise töövõimekaoga PTV grupi tulemused on sarnased F-rühma tulemustele eelmisel joonisel. Selle põhjuseks on asjaolu, et perioodil 2009-2014 esmase PTV-ga inimestest, kellel töövõimekaotuse protsent oli 80 või rohkem, ligikaudu pooled kuulusid põhidiagnoosi järgi F-rühma. F-rühma diagnoosidest omakorda olid ligikaudu 70% vähemalt 80%-lise töövõimekaoga.

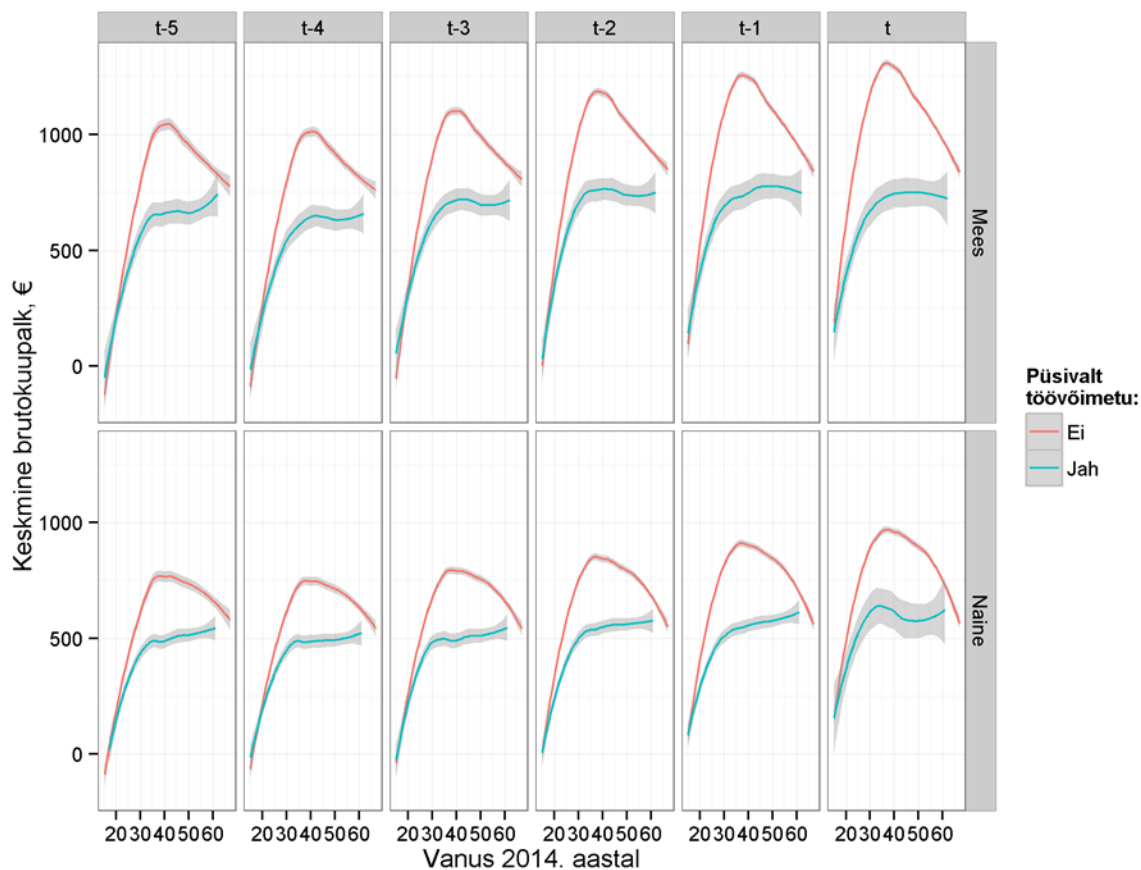
Märkimisväärne on, et nende gruppide (F-diagnoosidega PTV grupp ja 80%-lise töövõimekaoga PTV grupp) töötajate osakaal oli võrdlusgrupist sedavõrd palju väiksem ka PTV määramisele eelnenud viiel aastal. Ühest küljest viitab see, et tõsised terviseprobleemid mõjutavad tööturul osalemist juba enne ametliku PTV määramist. Teiseks võib siin rolli mängida ka andmestike puudujääk – võimalik, et neil, kellele määrati töövõime kaotuseks vähemalt 80%, oli ka varasemalt PTV määratud, kuid see jäi õigeaegselt pikendamata. Seepärast kajastub selline esmane PTV määramine analüüsis.

4.1.3 PTV töötasu suurus

Eelmises peatükis selgus, et PTV-d töötavad väiksema tõenäosusega, kui töövõimekaota inimesed ja järgnevalt on näha, et ka nende töötasu²⁹ on keskmisest väiksem (Joonis 36). Püsiva töövõimekaotuse saavate inimeste töötasu on võrdlusgrupi töötasust väiksem juba viis aastat enne PTV määramist. See on indikatsiooniks hariduse ja ametialade jaotusest, mis PTV osas on kaldu madalama hariduse ning väiksema oskumahukusega ametite poole (vt ka ptk 4.3). Kui võrdlusgrupi palgad on üle aastate märkimisväärselt kasvanud (joonisel viitab periood t-5 aastale 2009 ja t aastale 2014, aastast kasvu näitab kahe joonise paneeli võrdluses tõusev punane joon), siis PTV inimeste töötasu kasv sellel perioodil on olnud oluliselt väiksem.

²⁹ Brutotasu on tuletatud töötasult makstud kuise sotsiaalmaksu alusel. Keskmise kuupalk on aastas kokku teenitud töötasu jagatis kuude arvuga, mille eest deklareeriti töötasult makstud sotsiaalmaksu. Sotsiaalmaks võib PTV korral olla tasutud töötaja poolt või kompenseeritud sotsiaalmaksu kuumäära ulatuses riigi poolt. Võrdlusgrupi osas on arvestatud ainult töötaja poolt töötasult deklareeritud sotsiaalmaksu. Brutotasu on sotsiaalmaksust tuletatud järgmiselt: $\text{sotsiaalmaksusumma}/1,33 = \text{brutopalk}$.

PTV-ga inimestel ei ole samasugune vanuse-palga profiil nagu tavapäraselt. Tavapärase vanuse-palgaprofiili korral on noore inimese töötasu suhteliselt väike ning see kasvab vanusega jõudes 30-40. eluaastatel tippu, misjärel hakkab töötasu uuesti vähenema. PTV-ga inimestel kasvab töötasu sarnaselt teistega noorena, kuid jääb samasugusele tasemele 30. eluaastatest ning teistele sarnast langust vanemate PTV inimeste töötasudes ei toimu.



Joonis 36. Keskmise brutokuupalk PTV-del ja võrdlusgrupil vanuse ja soo lõikes aastate kaupa PTV määramise aastal ja enne

* t on aasta 2014, mis on joonisel esmase PTV määramise aastaks. Aastad t-1 kuni t-5 viitavad vastavalt aastatele, mis eelnesid püsiva töövõimetuse saamisele nii, et t-5 on 2009. aasta.

Allikas: SKA registriandmed, autorite arvutused

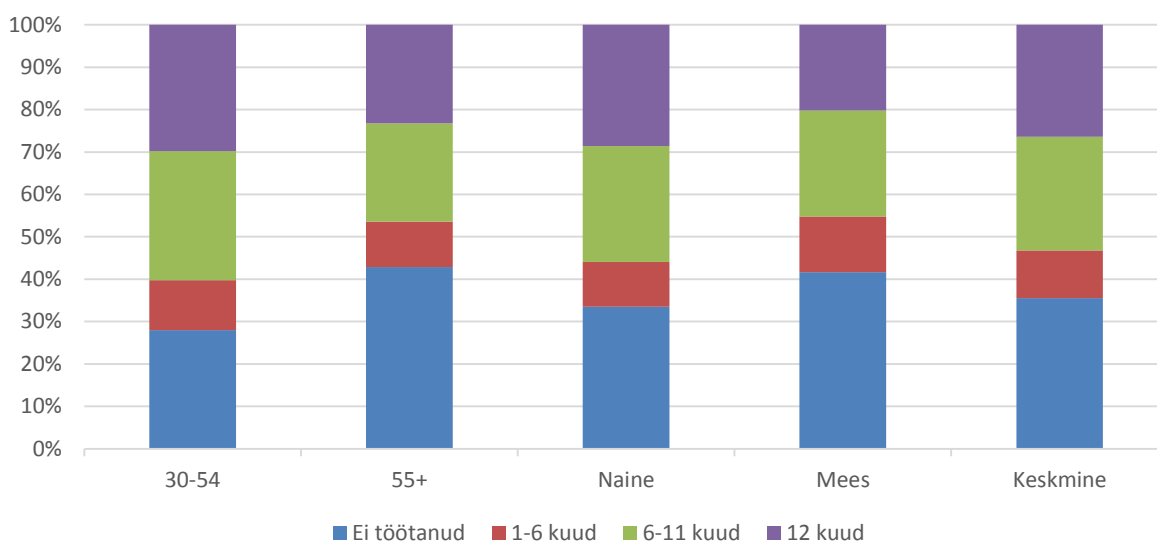
Kui keskmiste vanusgruppide seas on PTV-de töötasu erinevus võrreldes teistega märkimisväärselt suur, siis vahetult enne vanaduspensionile jäämist see erinevus väheneb pea olematuks. 50. eluaastate lõpus, 60. alguses PTV-de keskmine kuine brutotöötasu isegi kasvab veidi. Seda võivad selgitada erinevad asjaolud. Eelnevalt ilmnes, et vanemad PTV-ga inimesed töötavad väiksema tõenäosusega, kui nooremad. Seega need vanemaealised, kes PTV määramise-järgselt tööle jäävad, on kõrgemapalgalisel. Kuna valgekraelised tööd on kõrgemalt tasustatud ning füüsiline töövõimekadu piirab nendel ametikohtadel töötamist vähem kui madalamatel ametikohtadel, siis võibki olla nii, et valgekraelistel ja kõrgemapalgalistel ametikohtadel jätkatakse töötamist enam ka PTV määramise-järgselt. Teine selgitus seondub PTV saamise tõenäosusega. Kuna vanemaealiste seas kasvab oluliselt PTV saamise tõenäosus, siis lisandub PTV saajate ringi ka enam kõrgemapalgalisi ja kõrgematel ametikohtadel töötanud inimesi.

Diagnooside lõikes ei ole statistiliselt olulisi erinevusi võimalik töötasude jaotuses välja tuua (vt joonis lisas 7).

4.2 KH ja TPH töötamine

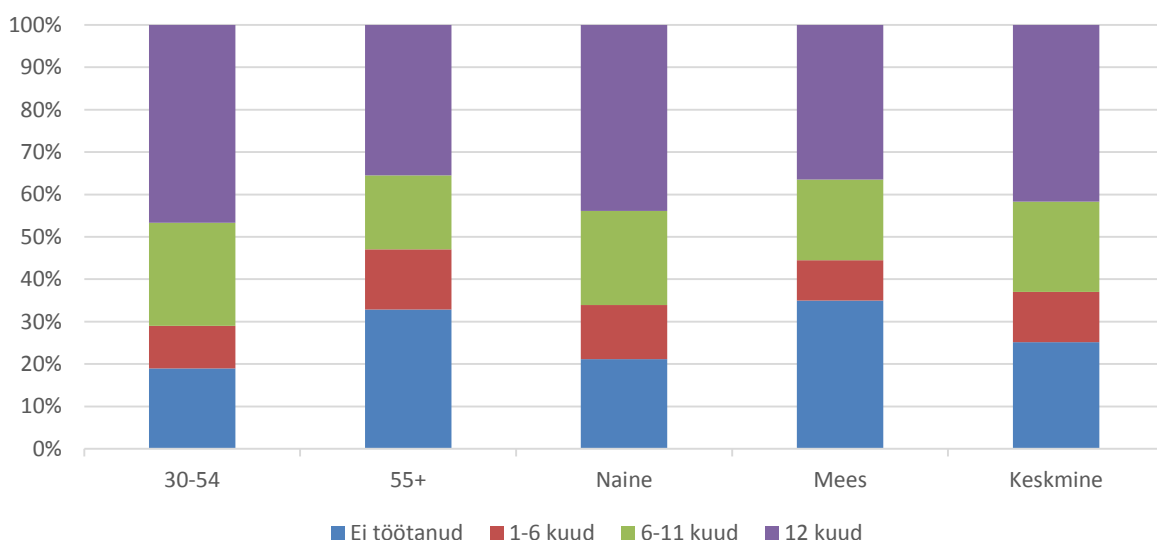
Nii KH-d kui TPH-d töötavad sagedamini, kui PTV-d. Tööealistest sihtrühma diagnoosidega KH-dest töötas 2014. aastal vähemalt ühe kuu 64%, TPH seas oli hõivatuid koguni 75%. Sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes kehtivad aga samad seaduspärad kui PTV-de seas. KH ja TPH naistest töötas suurem osakaal, kui meestest. Vanuserühmade lõikes töötas KH-de ja TPH-de seas enam neid, kes olid aastal 2014 vanusevahemikus 30-54 aastat.

Kuna KH-d ja TPH-d, kes on uuringu sihtrühmaks, on valdavas enamikus luu- ja lihaskonnahaigustega, sest psüühika- ja käitumishäireid KH või TPH põhjustajana pole diagnoositud, ning vereringeelundkonnahaigustest on üksikud Raynault' sündroomi diagnoosid, siis ei ole diagnooside lõikes tulemusi eraldi esitatud. KH ja TPH registris ei registreerita inimeste haridustaset, seepärast ei saa ka tulemusi haridustasemete lõikes esitada.



Joonis 37. Sihtrühma diagnoosidega KH töötamise sagedus soo ja vanuse lõikes 2014. aastal tööealiste (15-64) seas

Allikas: Kutsehaigestumiste register, autorite arvutused



Joonis 38. Sihtrühma diagnoosidega TPH töötamise sagedus soo ja vanuse lõikes 2014. aastal tööealiste (15-64) seas

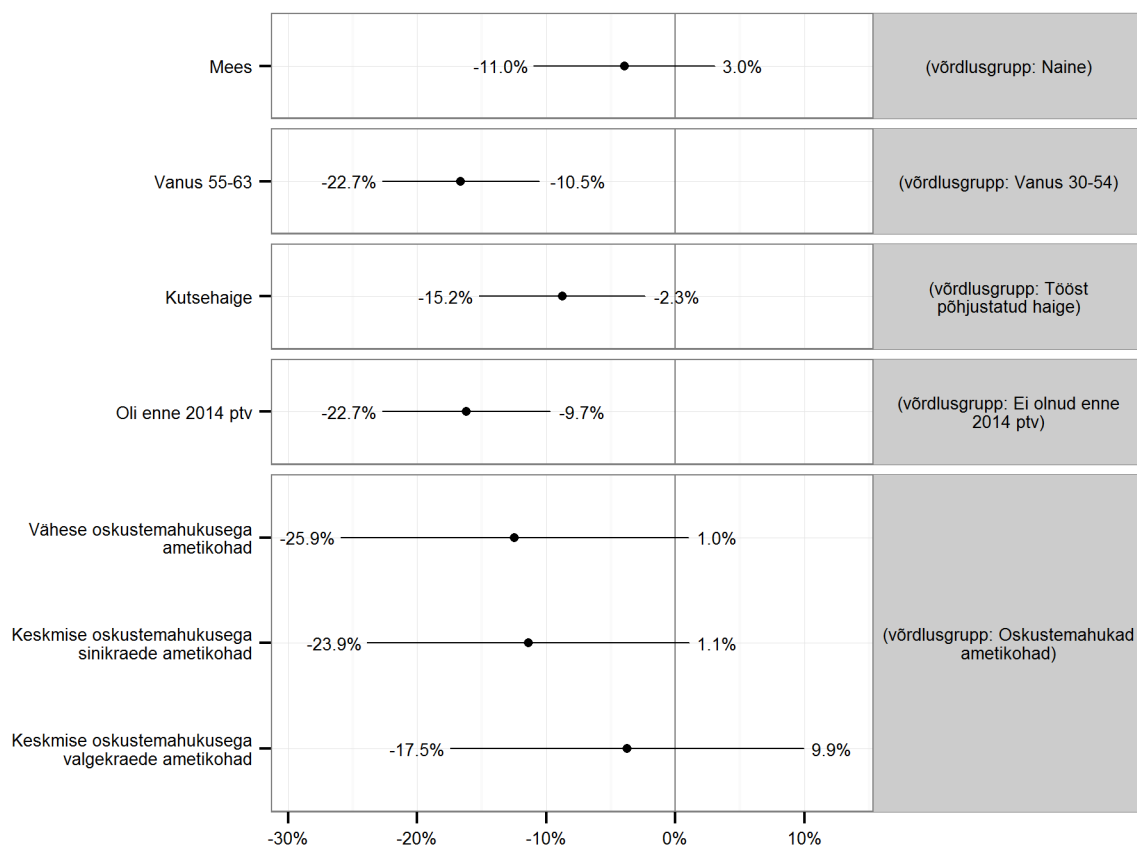
Allikas: Kutsehaigestumiste register, autorite arvutused

Erinevaid registris olevaid taustatunnuseid arvesse võttes on võimalik vaadata üksikute tunnuste seost töötamise tõenäosusega regressioonianalüüsiga³⁰.

Kuigi kirjeldav statistika näitas, et mehed töötavad naistest veidi vähem, siis regressiooni põhjal soo lõikes statistiliselt olulisi erinevusi välja ei joonistu. Küll aga kinnitab mudel kirjeldava statistika tulemusi vanuse osas - vanemaealiste seas on töötamise tõenäosus ca 8%-20% väiksem, võrreldes 30-54-aastastega, ka siis kui muud taustatunnused on arvesse võetud. Samuti kinnitab mudel, et KH seas on töötamise tõenäosus veidi väiksem kui TPH-ga inimeste hulgas (2%-15% väiksem).

Selgelt eristuvad ka PTV-ga KH või TPH. Need, kellele on lisaks KH-le või TPH-le perioodil 2009-2013 määratud vähemalt ühel korral ka PTV, olid 10%-23% väiksema tõenäosusega 2014. aastal hõivatud kui PTV-ta KH-d ja TPH-d, kui muud taustatunnused arvesse võtte. KH-le või TPH-le lisaks määratud PTV on ilmselt märk kehvast tervislikust seisundist, mistõttu sellel grupil on ka raskem tööd leida. Teine põhjendus võib olla see, et kõrge töövõimekao protsendiga PTV puhul saab inimene töövõimetuspensioni, mis võib vähendada töötamise ja töötamise vajadust ja motivatsiooni.

Mõnevõrra üllatuslikult ei tuvasta mudel statistiliselt olulisi erinevusi töötamise tõenäosuses ametikoha oskustemahukuse lõikes (tegemist on ametikohaga, millega seoses KH või TPH diagnoositi).



Joonis 39. 2014. aastal hõives olemise tõenäosuse marginaalsed efektid KH ja TPH seas (probit-mudeli tulemused, sõltuv muutuja – vähemalt 3 kuud töötanud 2014. aastal)

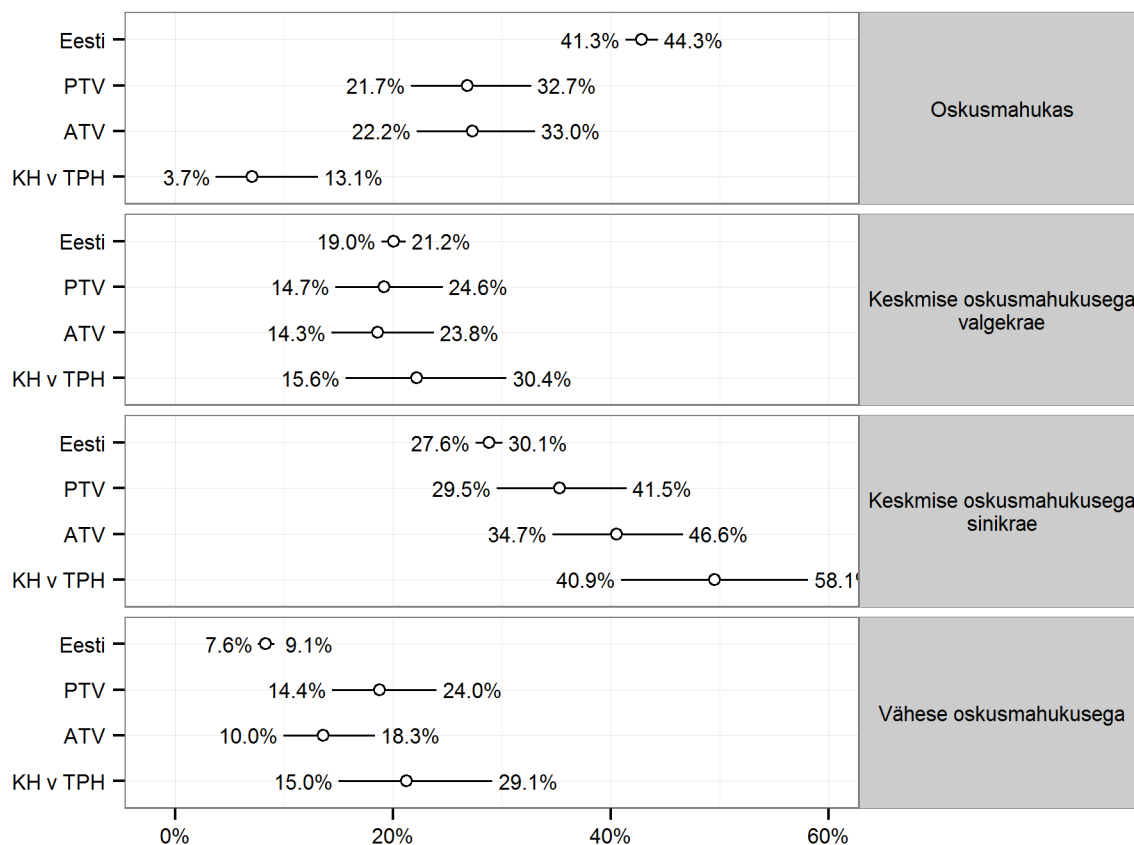
³⁰ Regressioonimudel on eristatud KH ja TPH selliselt, et kui inimesel on diagnoositud nii TPH kui KH, siis on ta liigitatud KH hulka. Mudelisse on kaasatud ka maakonna indikaator, kuid neid tulemusi pole graafikul loetavuse lihtsustamiseks esitatud – mõnede maakondade väheste vaatluste tõttu on nende usalduspiirid laiad ja venitaksid joonise skaala välja. Mudelisse kaasati 873 vaatlust, kes olid elus ja tööealised vähemalt 2014. aasta lõpuni ning kelle KH või TPH vähemalt üks diagnoosidest kuulus F, I või M diagnoosigruppi.

4.3 Ametid ja tegevusalad

4.3.1 Amet ja tegevusala uuringu ajal

Sihtrühma kuuluvate inimeste ameti- ja tegevusalasid pärast haiguse diagnoosimist või registreerimist ei jälgita. Seepärast ei saa registriandmetest infot selle kohta, millist tööd sihtrühma inimesed teevad ja selle kaardistamiseks on võimalik kasutada vaid uuringu raames tehtud küsitlust.

Kõikidest sihtrühma gruppidest³¹ oli võrreldes Eesti keskmisega proportsionaalselt suurem osa küsitluse ajal hõivatud oskus- või lihttöölisena ning väiksem osa juhtide või tippspetsialistidena. KH ja TPH seas on veelgi suurem osakaal oskustöölistel, kui PTV-del (vt Joonis 40).



Joonis 40. Küsitluse ajal töötavate sihtrühma ja Eesti keskmine ametite jaotus oskusmahukuse järgi³² (% sihtrühmas hõivatutest ja Eesti hõivatutest, vanuserühm 15-64)

Allikad: Töövõimetute küsitlus ja Eesti tööjõu-uuring 2014 Statistikaamet, autorite arvutused

Infokast 2. Usalduspiiridega joonise lugemise juhised.

Küsitlustulemuste esitamisel on raportis kasutatud jooniseid, kus on esitatud keskvärtuse punkthinnangud ja nende 95%-lised usalduspiirid (tähistatud punkti läbiva joonega). Usalduspiirid näitavad, millisesse

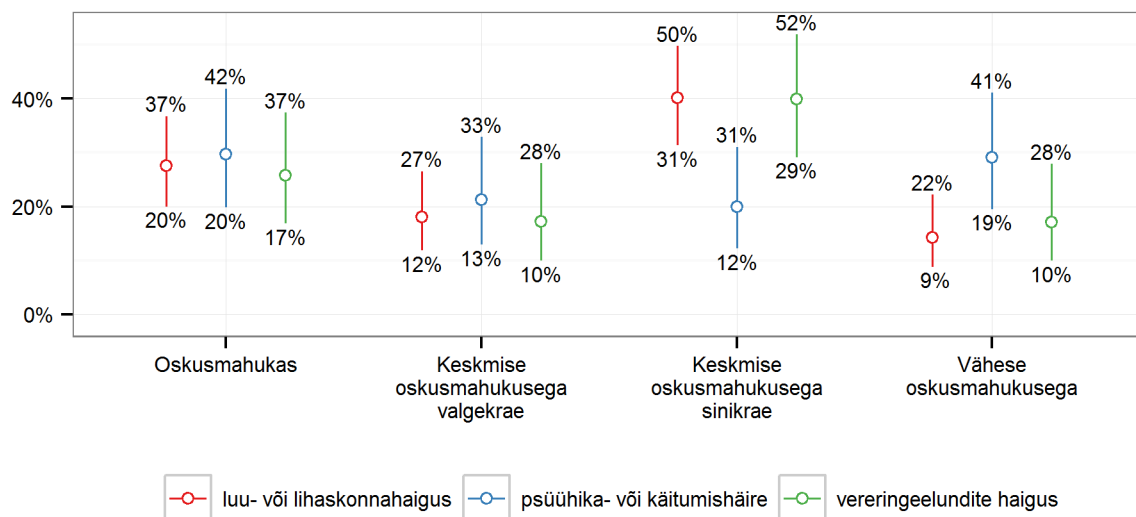
³¹ Sihtrühma gruppidest rääkides peetakse siinkohal ja edaspidi silmas KH ja TPH, PTV ja pikaajalist ATV.

³² Oskusmahukus on määratletud ametite klassifikaatori alusel järgmiselt: **oskusmahukas** – 1. juhid, 2. tippspetsialistid, 3. tehnikud ja keskastme spetsialistid; **keskmise oskusmahukusega valgekrae** – 4. ametnikud, 5. teenindus- ja müügitöötajad; **keskmise oskusmahukusega sinikrae** – 6. põllumajanduse, metsanduse, jahinduse ja kalanduse oskustöötajad, 7. oskustöötajad ja käsitöölised, 8. Seadme- ja masinaoperaatorid ja koostajad; **vähesese oskusmahukusega**, – 9. Lihttöölised. 0. sõjaväelased on välja jätetud.

vahemikku kuulub mõõdetud nähtuse levik üldkogumis 95%-lise tõenäosusega. Gruppide võrdlemisel on lisaks toodud kõigi gruppide keskmine koos usalduspiiridega (joonist läbiv horisontaalne või vertikaalne joon, mida ümbritsev hall ala näitab 95%-liste usalduspiiride laiust) (nt Joonis 79).

Nt eelmisel joonise alusel saab öelda, et keskmise oskusmahukusega töödel on töötavatest KH-dest ja TPH-dest 95%-lise tõenäosusega hõivatud 41-58%. Pikaajalistest ATV-dest 35-47% ja töötavatest PTV-dest 30-42%. Selle alusel saame teha järelduse, et KH-de ja TPH-de seas on enam hõivatuid keskmise oskusmahukusega sinikraede tööl, kui PTV-de grupist. Samas ei saa kindlalt väita, et KH-de ja TPH-de seas oleks rohkemad hõivatud keskmise oskusmahukusega sinikraede tööl kui pikaajalistest ATV-dest.

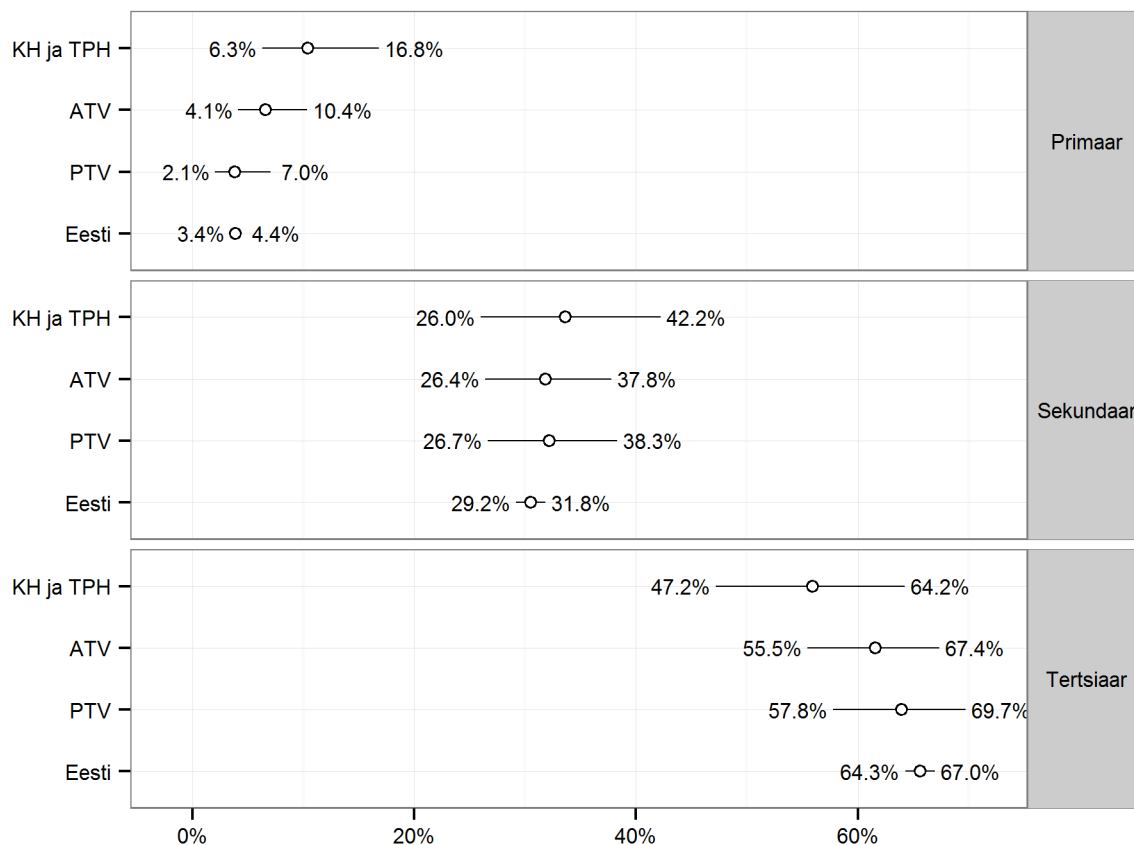
Diagnooside lõikes on PTV andmetel näha, et psüühika- ja käitumishäiretega töötavaid inimesi on vähem keskmise oskusmahukusega ametikohtadel, kui teiste diagnoosidega inimesi ja pigem rohkem vähese oskusmahukusega töödel (vt Joonis 41). KH-de ja TPH-de seas on erinevaid diagnoose nii vähe, et tulemuste usalduspiirid ei võimalda statistiliselt usaldusväärselt erinevusi välja tuua. Samuti ei ole statistiliselt olulisi erinevusi võimalik välja tuua pikaajalise ATV-ga inimeste seas..



Joonis 41. Küsitluse ajal töötavate PTV-de ametite jaotus oskusmahukuse ja diagnoosi järgi (% töötavatest PTV-dest)

Allikad: Töövõimetute küsitlus ja Eesti tööjõu-uuring 2014 Statistikaamet, autorite arvutused

Tegevusalade lõikes ei ole võimalik statistiliselt olulisi erinevusi välja tuua PTV-de ja Eesti keskmise vahel. Pikaajalistest ATV-dest ja KH-dest ning TPH-dest on Eesti keskmisest veidi enam hõivatud primaarsektoris (vt Joonis 42) ja KH-dest ning TPH-dest veidi vähem tertsiaarsektoris, aga erinevused on väikesed. Ka diagnooside kaupa ei ole tegevusalade lõikes erinevusi võimalik välja tuua.



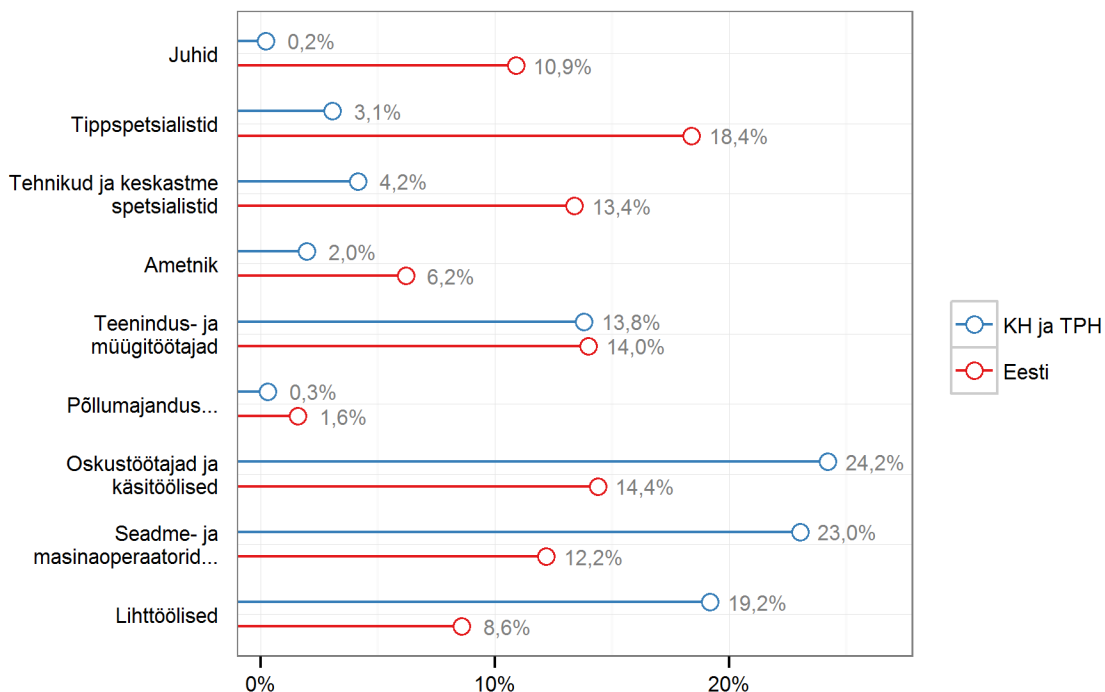
Joonis 42. Küsitluse ajal töötavate sihtrühma ja Eesti keskmine hõivatute tegevusalade jaotus (% sihtrühmast ja Eesti hõivatutest, vanuserühm 15-64)

Allikad: Töövõimetute küsitlus ja Eesti tööjõu-uuring 2014, Statistikaamet, autorite arvutused

4.3.2 Ameti- ja tegevusalad, millel töötades haigestuti

Küsitluse andmete alusel ei saa tuua välja olulisi erisusi ameti- ja tegevusalades, mis põhjustasid haigestumise ning ameti- ja tegevusalades, millel sihtrühma inimesed küsitluse ajal töötasid. Seega mõjutab PTV saamine pigem tõenäosust üldse hõives olla, kuid ametite ning tegevusalade jaotus üldistel tasemetel oluliselt ei muutu.

Haigestumise ajal olnud ametid ja tegevusalad on küsitlusandmetest täpsemalt määratletud KH ja TPH registreerimisel. Eelmises peatükis üldisemal tasandil ilmnenu seosed ametialade jaotuse osas, mida KH-d ja TPH-d küsitluse ajal pidasid, joonistuvad siinkohal välja detailsemalt ning suuremate erinevustega (vt Joonis 43). Praktiliselt ei ole inimesi, kes oleksid haigestunud KH-sse või TPH-sse töötades tippjuhi kohal. Teistel oskusmahukatel valgekraade töodel on haigestunud KH-sse või TPH-sse veidi enam inimesi kui tippjuhtide seas, kuid siiski suhteliselt vähe. Keskmisest sagedasem on KH-sse ja TPH-sse haigestumine nii oskusmahukate kui vähese oskusmahukusega sinikraade ametikohtadel.



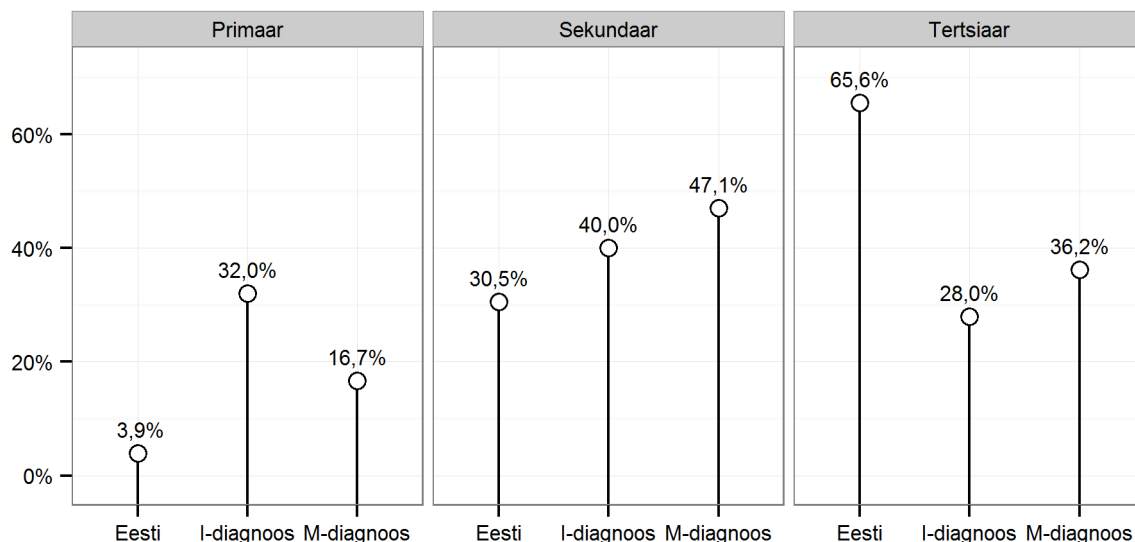
Joonis 43. KH ja TPH ametid võrdluses Eesti keskmisega (% ametialadest)

Allikad: Tööinspektsiooni register ja Statistikaamet, veebiandmebaas tabel TT2109

Kitsamatest ametite kategooriatest, millel töötades on saadud KH või TPH vereringeelundkonnahaiguse või luu- ja lihaskonnahaiguse diagnoosiga, levinuimad on järgmised:

1. Mootorsõidukite ja liikurmasinate juhid (12,88%, kõikidest KH ja TPH ametialadest). Selle alt suurim ametite kategooria on:
 - a. **Farmi- ja metsatööseadmete juhid (5,44%)**
2. Mäe-, ehitus-, tootmis- ja veonduslihttöölised (12,1%). Selle alt suurimad kategooriad on:
 - a. Kaevanduse ja karjääri lihttöölised (2%)
 - b. Pakkijad (2,15%)
3. Toiduainete ja puidutöötajad, rõivatööstuse ja muude käsitöölade töötajad (10,8%)
 - a. Õmblejad (2,28%)
4. Metallitööstuse, masinaehituse jms alade oskustöötajad (7,92%)
 - a. Tööriistavalmistajad jms alade töötajad (1,95%)
5. Seadme- ja masinaoperaatorid (6,98%)
 - a. Masinõmblejad (2,28%)
6. Isikuteenindajad (6,04%)
 - a. Kokad (3,62%)
7. Turule orienteeritud aia- ja põllusaaduste kasvatajad (5,78%)
 - a. **Loomakasvatajad (5,44%)**

Ka haigestumise ajal töökohaks olnud tegevusalade erinevus Eesti keskmisest joonistub registriandmete põhjal selgemini ja kontrastsemalt välja kui küsitluse põhjal on võimalik leida (vt Joonis 44). Selgemalt väljendub see, et kutsehaigus või tööst põhjustatud haigus tekib sagedamini ametikohtadel, mis on primaar- või sekundaarsektoris ja harvemini tertsiaarsektoris. Luu- ja lihaskonnahaiguste osas on just sekundaarsektori osakaal suurem ning vereringeelundkonnahaiguste osas primaarsektori osakaal.



Joonis 44. KH ja TPH vereringeelundite ning luu-ja lihaskonna haigustega inimeste töökohtade jaotus sektoriti.

Allikad: Tööinspektsiooni register ja Statistikaamet (veebiandmebaas TT209)

Kitsamalt KH või TPH põhjustanud tegevusaladest kõige sagedamini esinevad (vereringeelundkonna- ja luu- ning lihaskonna haiguste osas) sageduse järjekorras:

- 1) Taime- ja loomakasvatus, jahindus ja neid teenindavad tegevusalad (14,85% KH ja TPH) ja selle alamkategoriatest:
 - a. piimakarjakasvatus (8% kõikidest KH ja TPH).
- 2) Jaekaubandus (7,51% KH ja TPH)
- 3) Toiduainete tootmine (7,22% KH ja TPH), mille alt kitsamates kategooriates on levinumad:
 - a. Leiva- ja saiatootmine (1,63% KH ja TPH)
 - b. Liha- ja linnulihatoodete tootmine (4,2% KH ja TPH)
- 4) Puidutöötlemine ning puit- ja korktoodete tootmine (5,49% KH ja TPH), mille alt on levinumad kategooriad:
 - a. Kokkupandavate puitehitiste tootmine (1,63% KH ja TPH)
 - b. Puidust uste, akende, aknalaudade tootmine (1,32% KH ja TPH)
- 5) Tervishoid (4,16% KH ja TPH)
 - a. Haiglaraviteenused (2,75% KH ja TPH)
- 6) Rõivatootmine (4,06% KH ja TPH)
 - a. Muude pealrõivaste tootmine (1,52% KH ja TPH)
- 7) Eriehitustööd ja hoonete ehitus kokku (4,95% KH ja TPH)
 - a. Elamute ja mitteeluruumide ehitus (2,44% KH ja TPH)
- 8) Avalik haldus ja riigikaitse, kohustuslik sotsiaalkindlustus (3,25% KH ja TPH)

Nimetatud tegevusalad katavad ligi poole kõigist KH ja TPH põhjustanud töökohtade tegevusaladest. Ülejäänud tegevusalasid on registreeritud vähem kui 3% juhtude osas.

4.4 Kokkuvõte

PTV-d, KH-d ja TPH-d töötavad harvem, kui keskmiselt ülejäänud elanikkond. Kui keskmiselt oli 2014. aastal 15-64-aastastest hõivatud 69,2%, siis PTV-dest said aastast vähemalt ühel kuul töötasu vaid pooled (51%), KH-de seas oli vähemalt ühel kuul töötanud 64% ja TPH-de seas 75%.

PTV korral on töövõimetuse määr üsna selges seoses töötamise tõenäosusega, suurema töövõimekaoga inimesed töötavad väiksema tõenäosusega. Siiski on ka täieliku töövõimekaoga inimeste seas neid, kes töötavad ja on aastas saanud töötasu isegi 12 kuud.

Muude sarnaste tingimustega inimestest töötavad väiksema tõenäosusega psüühika- ja käitumishäirete diagnoosiga PTV-d ning suurem on töötamise tõenäosus luu- ja lihaskonnahaigusega PTV-del. Muude sarnaste tingimuste juures töötavad PTV-dest väiksema tõenäosusega madalama haridusega, vanemad, mehed ja pikemalt PTV-d olnud.

PTV-del on töötamise tõenäosus võrdlusgrupist väiksem juba viis aastat enne PTV määramist. Enne PTV määramise aastat on vähemalt kolmel kuul aastas töötasu saanute osakaalu erinevus ülejäänud elanikkonnast 5-10 protsendipunkti, pärast PTV määramist kasvab see erinevus 15-20 protsendipunktini. Samas ei ole väiksem töötamise tõenäosus enne PTV määramist ühtne kõikidele – vereringeelundkonna- ja luu- ning lihaskonnahaigustega inimeste töötamise tõenäosus (vähemalt kolmel kuul aastas) enne PTV määramist ei erine võrdlusgrupi seas vähemalt kolm kuud töötanud inimeste osakaalust. Psüühika- ja käitumishäiretega inimestest, kellele määratakse PTV, aga töötab juba viis aastat enne PTV määramist (vähemalt kolmel kuul aastas) vaid 40% ja pärast PTV määramist langeb see 30% peale.

Lisaks sellele, et PTV-d töötavad väiksema tõenäosusega kui võrdlusgrupp, on ka nende töötasu keskmisest väiksem ja seda juba ka viis aastat enne PTV määramist. Madalam töötasu võib olla ühelt poolt seotud sellega, et haigus areneb välja juba varem ning seepärast on hiljem PTV-ga inimeste tootlikkus juba aastaid enne PTV määramist madalam. Teiselt poolt võib see seos olla ka vastupidine, kus PTV on tervisekahjustuse tagajärg, mis seondub madalamalt tasustatud ametialadel töötamisega.

PTV-de töötasu erinevused võrdlusgrupi töötasudest ei ole üle vanusgruppide ühtlased. Päris noorte ja mõned aastad enne pensionile jäävate PTV-de töötasu ei erine oluliselt võrdlusgrupi töötasust. See tuleneb sellest, et PTV saamise sagedus vanemas eas kasvab oluliselt, mistõttu on nii kõrgema- kui madalamapalgali ka PTV-de hulgas. Samuti võib olla kõrgemapalgalistel töökohtadel olla lihtsam töötamise jätkamine ka PTV tekkimisel.

Suhteliselt suurem osa kõikidest sihtrühma gruppidest on hõivatud vähese või keskmise oskusmahukusega sinikraade töökohtadel võrreldes keskmise ametikohtade jaotusega Eestis. Seejuures on psüühika- ja käitumishäiretega inimesed võrrelduna luu- ja lihaskonnahaigustega inimestega hõivatud enam lihttööliste ametikohadel, mis klassifitseeruvad vähese oskusmahukusega tööde hulka. Küsitluse alusel on ametialade ja tegevusalade jaotus enne ja pärast PTV, KH või TPH määramist suures osas sarnane.

KH ja TPH kohta on võimalik registriandmete põhjal täpsemalt vaadata tegevusalade ja ametialade jaotust, mis põhjustasid haigestumise ning selle alusel paistavad küsitlusest leitud erinevused suuremad. KH-dest ja TPH-dest on madalamatele ametikohtadele koondunud oluliselt suurem osakaal ning kõrgematel ametikohtadel KH või TPH saanud on registreeritud vaid üksikuid. Kitsamate ametialadest on suurim luu- ja lihaskonnahaiguse või vereringeelunditehaiguse diagnoosiga KH või TPH põhjustanud ametiala loomakasvataja ning farmi- ja metsatöömashinate juht.

Tegevusaladest on suurim KH põhjustanud detailsema tasandi tegevusala taime- ja loomakasvatus ning selle alt suurimana piimakarjakasvatus. KH ja TPH saanud inimeste sagedasemad tegevusalad olid veel jaekaubandus, toiduainete tootmine (selle all olulisemana leiva- ja saiatootmine ning lihatoodete tootmine), puidutöötlemine, tervishoid (selle all suurema kategooriana haiglaraviteenused), rõivatootmine, ehitustööd ja hoonete ehitus. Tegevusalade jaotusest on suhteliselt suurem osa KH-d ja TPH-d põhjustanud töökohtadest olnud primaar- ja sekundaarsektoris ning väiksem osa tertsiaarsektoris.

5 Ajutise ja püsiva töövõimetuse seosed

5.1 Sissejuhatus

Uuringuülesandena vastatakse selles peatükis järgmistele püstitatud küsimustele:

1. Kui sagedased ja kui pikaajalised on üldjuhul püsivale töövõimetusele eelnevad ajutise töövõimetuse perioodid?
2. Kas sagedased ja pikaajalised ajutise töövõimetuse perioodid lõpevad suurema tõenäosusega püsiva töövõimetusega?
3. Kas püsiva töövõimetuse põhidiagnoos kattub eelnevate ajutiste töövõimetuste diagnoosidega?
4. Kas töötavad töövõimetuspensionärid on sagedamini ajutiselt töövõimetud, kui teised töötajad?

Uurimisküsimustele vastuse leidmiseks analüüsitakse ATV ja PTV seoseid järgmistele teemadele:

1. Kas PTV-dest enamad on haiguslehel viibinud kui võrdlusgrupist?
2. Milline on haiguslehtede kestus ja sagedus PTV ja võrdlusgrupi seas?
3. Millised taustategurid (haiguslehtede sagedus, pikkus, vanus, sugu, diagnoosid, elukoha maakond) on seotud PTV tekkimisega?

Peatükis kaardistatakse seoseid haiguslehtede pikkuse ja sageduse ning PTV määramise vahel. **Püstitatud uurimisküsimustest tulenevalt käsitletakse selles peatükis haiguslehti (ATV) kui kirjeldavat tunnust, mitte pikaajalisi ATV-sid kui sihtrühma.** Seega selles peatükis kajastavad läbivalt nii joonised kui tekst kõiki haiguslehti (lühikesi ja pikki). Samuti ei ole uurimisküsimustest, mille sisuks on ATV ja PTV seosed, tulenevalt vaadatud selles peatükis läbivalt KH-d ja TPH-d. Üksikutel joonistel, kus võimalik, on KH ja TPH eraldi välja toodud.

Alljärgnev analüüs põhineb haiguslehtede andmetel. Registriandmete alusel on teada iga inimese kohta mitu päeva ta kalendriaastas kokku haiguslehel viibis ja kui palju oli esmaseid haiguslehti. Seega, kuigi PTV info on teada kuise täpsusega, saab ATV kestusi ja kordasid analüüsida aastase täpsusega kuni viis aastat PTV määramisele eelnenud aastatel (2009-2013)³³ ja kuni viis aastat PTV määramisele järgnevatel aastatel (2010-2014).

Tulenevalt andmete kujust (haiguslehtede päevade ja kordade arv kalendriaastas) peame tegema lihtsustuse, et hoolimata PTV määramise kuupäevast käsitletakse sellele eelnevat perioodi eelmise kalendriaastana. Analoogselt on toimitud PTV määramisele järgnevate haiguslehtedega. See tähendab näiteks, et kahe inimese puhul, kellest ühele määrati PTV 2012. aasta jaanuaris ja teisele 2012. aasta oktoobris, tähistab mõlemal PTV-le eelnevat perioodi (t-1) aasta 2011 ja järgnevat perioodi (t+1) aasta 2013.

Järgnevalt analüüsime ATV seost esmakordse PTV määramisega. Seega tulevad vaatluse alla need, kellele perioodil 2009-2014 esimest korda määratud PTV pärines esmasest ekspertiisist sel perioodil, mitte juba varasema PTV pikendamisest kordusekspertiisiga.

Kuna PTV määratakse tähtajaliselt, siis viis aastat pärast esmast PTV määramist ei pruugi inimene olla enam töövõimetu vaid võib olla ka tervenend. Analüüs, aga, mis põhineb esmasel PTV määramisel ei võimalda arvestada sellega, et inimesed oleksid ka hiljem PTV staatuses. Uuringu lisas on ka analüüs PTV määramisele järgnevatel aastatel haiguslehtede võtmise kohta, milles on kontrollitud ka PTV staatust. Analüüsitulemused ei erine oluliselt PTV esmase määramise ja PTV staatusega kontrollitud analüüside lõikes.

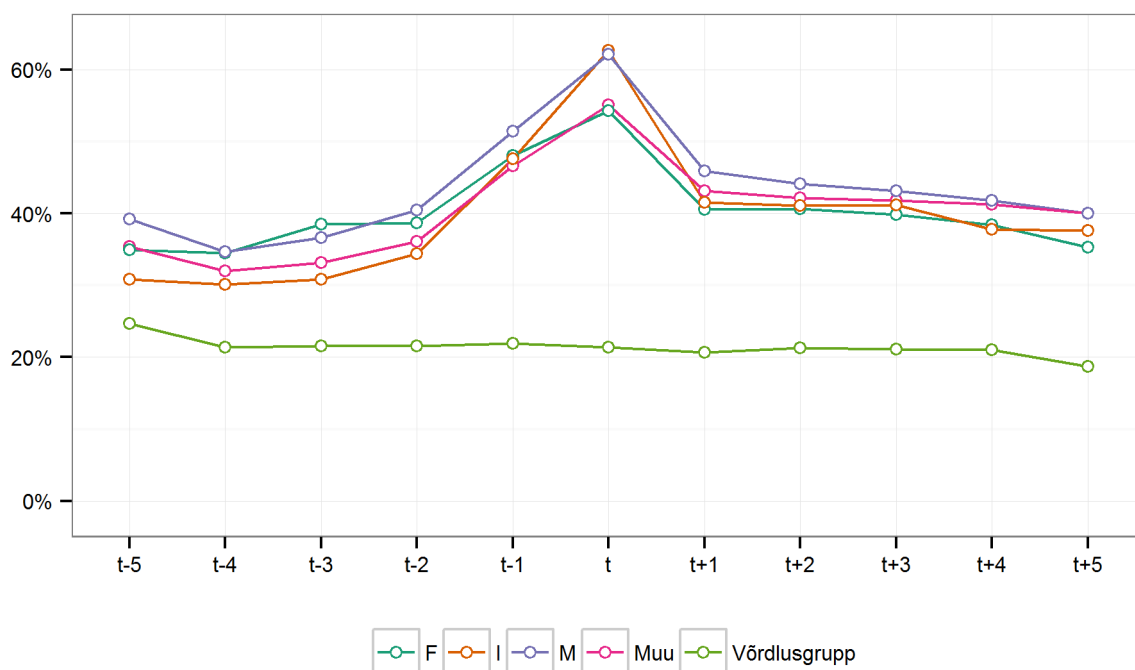
³³ Algsed infopäringud tehti pikema perioodikohta, aga kuna 2008. aasta PTV ekspertiiside andmed on puudulikud, siis jääb see aasta analüüsist kõrvale.

5.2 PTV-le eelnevad ja järgnevad ATV perioodid

5.2.1 Haiguslehel viibinute osakaalud PTV seas ja võrdlusgrupis

Järgnevalt vaadatakse, kui paljudele PTV-dele on haigusleht välja kirjutatud. Seda võrreldakse võrdlusgrupiga ehk nende inimestega, kellele 2009-2014 ei määratud PTV-d. Kuna haiguse tõttu ATV eeltingimuseks on töötamine, siis on järgnevad tulemused esitatud aastas vähemalt kolm kuud töötanud inimeste kohta. ATV-sid analüüsime esmalt lihtsalt ATV-l olnud inimeste osakaaluna, hiljem vaatame mitu korda esmaseid haiguslehti aastas välja kirjutati ja kui pikk oli ATV aeg aastas kokku.

Diagnooside lõikes on ATV osakaalude dünaamika küllaltki sarnane (vt Joonis 45). PTV-le eelnevatel perioodidel oli kalendriaasta jooksul vähemalt kolm kuud töötanud inimeste seas ATV-sid 30-40%, sõltuvalt diagnoosist. PTV määramisele eelneval kalendriaastal olid haiguslehel ligi pooled ja PTV määramise kalendriaastal sõltuvalt diagnoosist kuni 60%. Pärast PTV määramist ATV-ga inimeste osakaal PTV-de seas langeb ja stabiliseerub 40% juures. Diagnooside lõikes märgatavaid erinevusi ei eksisteeri, kuigi läbivalt on kõrgeim ATV osakaal luu- ja lihaskonnahaigustega PTV seas.



Joonis 45. ATV-l viibinute osakaal kalendriaasta jooksul vähemalt 3 kuud töötanute seas (enne ja pärast esmase PTV määramist), diagnooside kaupa

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

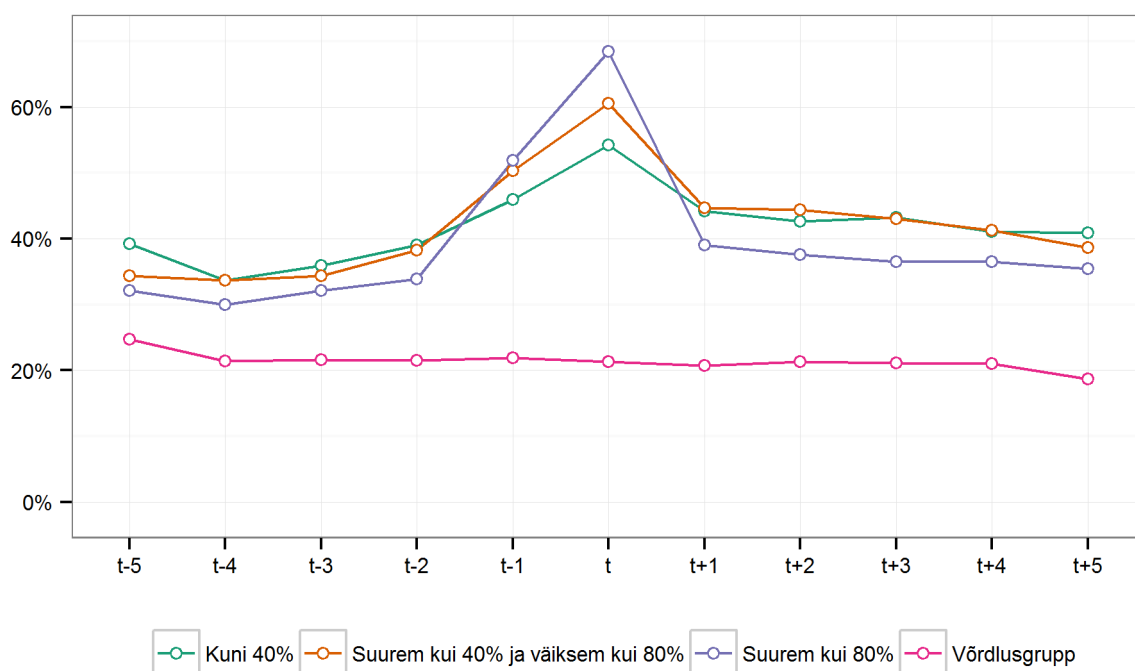
Infokast 3. Jooniste lugemine

Perioodid t-5 kuni t+5 on tuletatud analoogselt nagu töötamise analüüsi juures kirjeldati (vt Infokast 1) nii, et periood t tähistab PTV määramise aastat, t-1 sellele eelnevat aastat jne. Kuna t-5 on võimalik jälgida ainult nende kohta, kellele määrati PTV 2014. aastal (nende jaoks on t-5 aasta 2009. Aasta), siis selle aasta osas on kõige vähem vaatluseid. Aastat t-4 on võimalik jälgida inimeste kohta, kellele PTV määrati 2013. aastal (nende jaoks on PTV määramisele eelnenud 4. aasta 2009) kui 2014. aastal (nende jaoks on PTV määramisele eelnenud 4. aasta 2010). Seega on kombineeritud aasta t-4 kohta 2009 ja 2010. aasta andmed jne.

Seega on ATV-I viibinute osakaal PTV sihtrühmas võrdlusgrupist kõrgem nii enne kui ka pärast PTV määramist. Üldiselt langeb ATV-I viibivate töötajate osakaal viiendal perioodil pärast PTV määramist umbes samale tasemele, kus see oli enne PTV määramist. Erandiks on I-rühma diagnoosidega inimesed, kelle seas ATV-I viibivate inimeste osakaal jääb pärast PTV määramist 40% ligidale, kuid PTV määramisele eelnevatel perioodidel oli 30%.

Diagnooside lõikes on I- ja M-grupi haigustega PTV-I olulisi erinevusi. Vereringeelundkonnahaigustega (I-grupp) PTV-d on harvem ATV-d kui luu- ja lihaskonna (M-grupi) diagnoosiga PTV-d seda nii enne kui pärast PTV määramist (vt Joonis 46). Ennet PTV saamist on nii I- kui M-diagnoosigrupi PTV-del samasugune tõenäosus olla hõives kui võrdlusgrupil. Pärast PTV määramist lõpetavad I-grupi haigusega inimesed aga suurema tõenäosusega töötamise kui M-grupi haigusega (erinevus töötamises on ligi 10 pp). Samas, need kes I-grupi diagnoosiga PTV-ga jätkavad töötamist on väiksema tõenäosusega ATV-d, kui M-grupis ollakse.

Töövõimetuse kaotuse protsentide lõikes ilmnevad ATV osakaaludes olulised erinevused. Väga kõrge töövõimetuse määraga töötavatest PTV-dest vähemad on ATV-d kui madalama töövõimetusemääraga PTV-dest, seda nii enne kui pärast esmase PTV määramise aastat. PTV määramise aastal ja sellele eelnenud kalendriaastal on aga 80%-lise või suurema töövõimekaoga PTV määramisel ATV-de osakaal kõrgeim (ligikaudu 70%), mis viitab järsku tõsiselt halvenenud tervislikule seisundile. Kuna väga kõrge töövõimetuse protsendiga inimestest töötab pärast PTV saamist vähem kui 30%, siis pigem sellise töövõimetuse määraga inimesed loobuvad tööst. Samas need, kes tööle jäävad on töötades vähem ATV-d kui teised PTV-d, aga siiski oluliselt enam kui võrdlusgrupp.



Joonis 46. ATV-de osakaal nende seas, kes töötasid kalendriaasta jooksul vähemalt 3 kuud (enne ja pärast esmase PTV määramist), töövõime kaotuse % lõikes

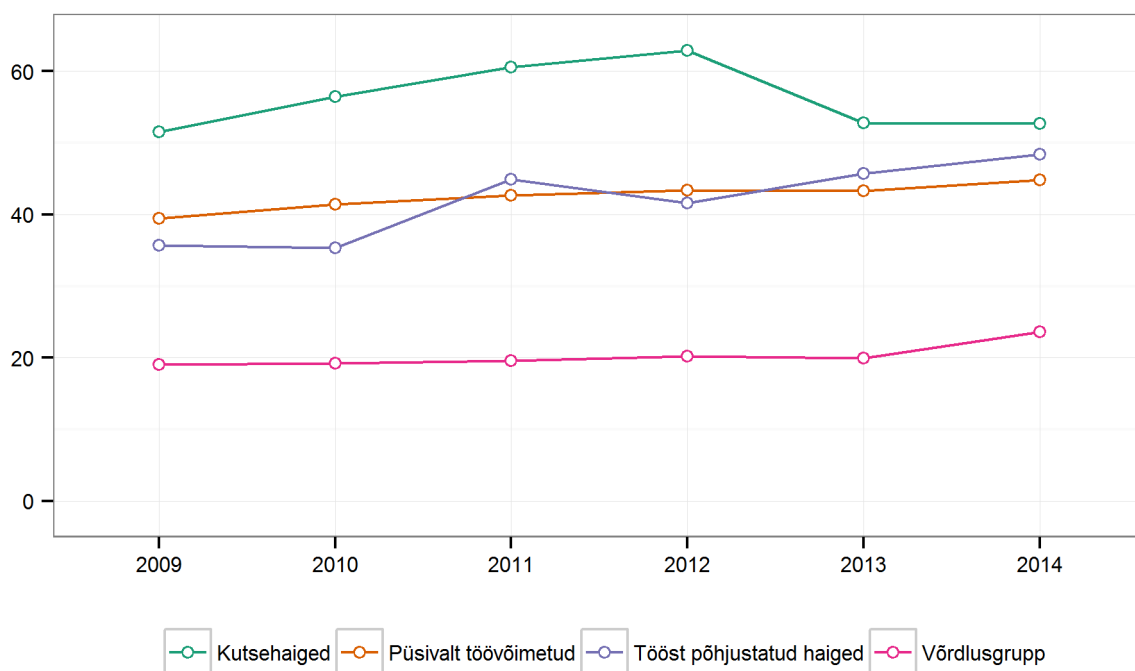
Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Kokkuvõttes eristub PTV-de grupp võrdlusgrupist ATV osakaaludega, nii enne kui ka pärast PTV määramist. Kõikide diagnoosigruppide lõikes on ATV osakaal PTV-de seas ligikaudu kaks korda kõrgem kui võrdlusgrupis. Seejuures luu- ja lihaskonnahaigusega PTV-dest enamad on ATV-d kui vereringeelundkonnahaigusega PTV-dest. Kõrgema töövõimetuse protsendi saanud PTV-dest on nii enne kui pärast PTV määramist ATV osakaal väiksem kui madalama PTV määraga inimestel.

5.2.2 ATV kestus ja sagedus PTV sihtrühmas ja võrdlusgrupis

Lisaks sellele, et PTV-dest suhteliselt enamad on nii enne kui pärast PTV määramist ATV-d, on oluline vaadata ka ATV kordade arvu ning ATV pikkust. Tulenevalt Haigekassa poolt väljastatud andmetest on ATV pikkus määratud ATV päevade arvuga kalendriaasta kohta kokku.

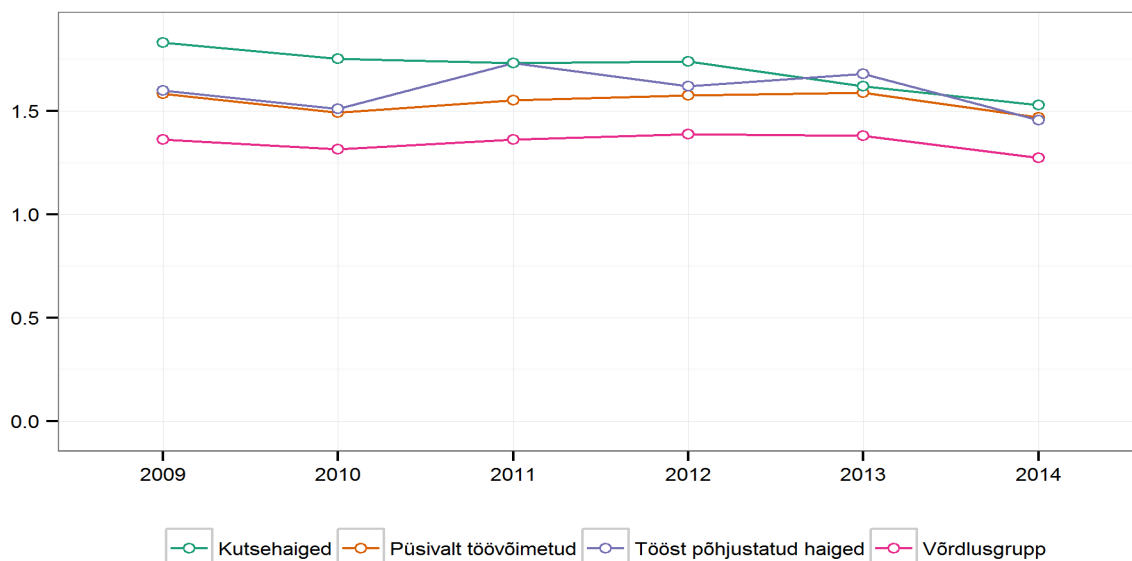
Perioodil 2009-2014 oli nende seas, kellele vähemalt korra määrati sel perioodil PTV, ATV pikkus ligikaudu kaks korda suurem kui nende seas, kellele sel perioodil PTV-d ei määratud (vt Joonis 47). Seejuures oli PTV-dest veelgi kõrgemad haiguslehtede pikkused KH-del.



Joonis 47. F-, I- või M-diagnoosiga PTV-de ja võrdlusgrupi ATV-de kestus päevades kokku ühe aasta jooksul, 2009-2014

Allikas: SKA, Haigekassa ja Tööinspektsiooni andmebaasid, autorite arvutused

Keskmine esmaste haiguslehtede arv kalendriaasta jooksul on väga sarnane nii sihtrühmade kui võrdlusgrupi seas, kuigi mõnevõrra on ka siin töövõimekaoga inimeste näitajad perioodil 2009-2014 kõrgemad (vt Joonis 48).



Joonis 48. F-, I- või M-diagnoosiga sihtrühmade ja võrdlusgrupi esmaste haiguslehtede arv ühe aasta jooksul, 2009-2014

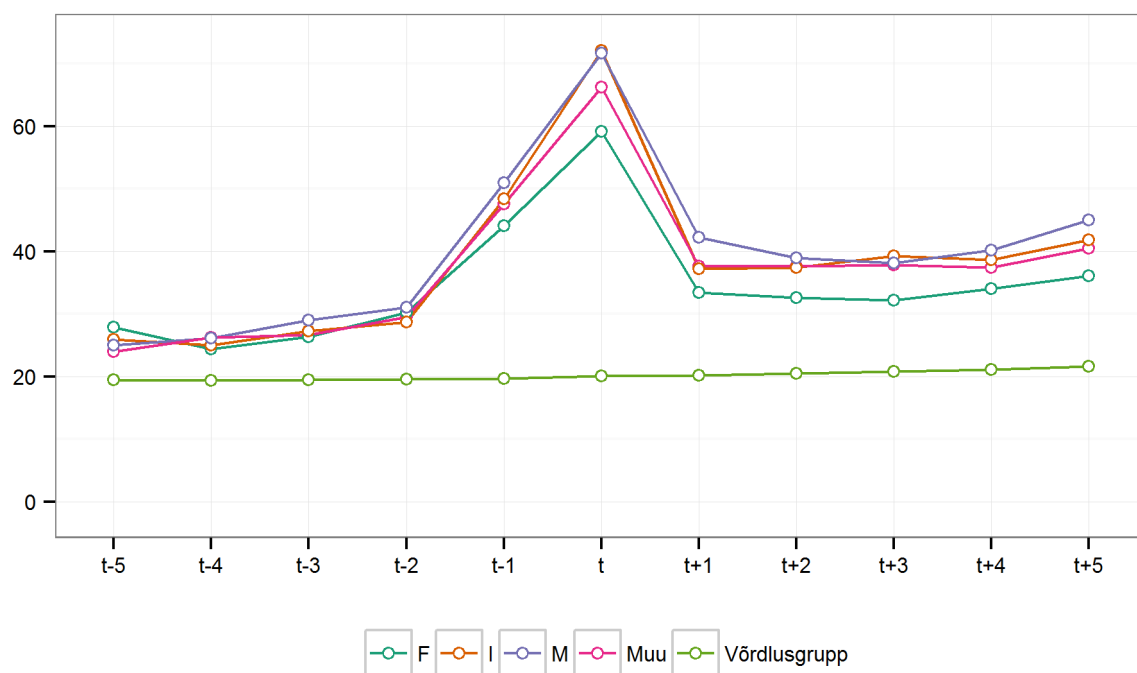
Allikas: SKA, Haigekassa ja Tööinspektsiooni andmebaasid, autorite arvutused

Sisukama vastuse PTV ja ATV pikkuse ning esmaste haiguslehtede arvu osas annab analüüs esmase PTV määramise aja suhtes. Järgnevalt analüüsitaksegi ATV kestust ja sagedust andmestikus esmasele PTV määramisele eelnenud ja järgnenud kalendriaastatel. Võrdluseks esitatakse keskmised tulemused ka võrdlusgrupi kohta, kellele perioodil 2009-2014 PTV-d ei määratud. Siin on oluline silmas pidada, et sarnaselt eespool esitatud tulemustele ei eelda PTV-le järgnevad perioodid tingimata, et inimene sel kalendriaastal PTV oli³⁴.

Keskmised ATV kestused enne PTV määramist on küllaltki stabiilsed (ca 25-30 päeva) kuni PTV määramisele eelnenud kalendriaastale, mil keskmised tõusevad juba 50 päeva lähedale (vt Joonis 49). Sellel järsul tõusul võib olla kaks põhjust. **Esiteks**, eelneval aastal juba ilmnevadki pikemad ATV-d. **Teine** põhjus on tehniline. Võib olla, et eelmise kalendriaasta ATV ei ole eraldiseisev töövõimetuseperiood vaid ongi seesama ATV, mille lõpus inimesele PTV määratakse. Eelmisel aastal alanud ATV võib üle kanduda järgmisse aastasse, ilma et see järgmisel aastal esmase haiguslehena kajastuks. Andmete koosseisuste tulenevalt ei ole võimalik neid kahte põhjust eristada. Kui palju täpselt need põhjused tulemusi mõjutavad, ei saa öelda, kuna kasutatavad ATV andmed on aastase täpsusega. PTV määramisega samal kalendriaastal on ATV kestus veelgi pikem, ulatudes üle 70 päeva neil, kellele määrati PTV luu- ja lihaskonna- või vereringeelundkonnahaiguse põhidiagnoosiga (vt Joonis 49).

Diagnooside võrdluses eristuvad teistest mõnevõrra lühemate ATV perioodidega need PTV-d, kelle põhidiagnoos kuulus F-rühma (psüühika- ja käitumishäired).

³⁴ Kuna PTV määratakse piiratud perioodiks võib inimesele määratud PTV periood läbi saada. Kui inimene uuesti PTV määramist ei taotle, siis ta ei ole ka pärast tähtaja lõppemist enam PTV.

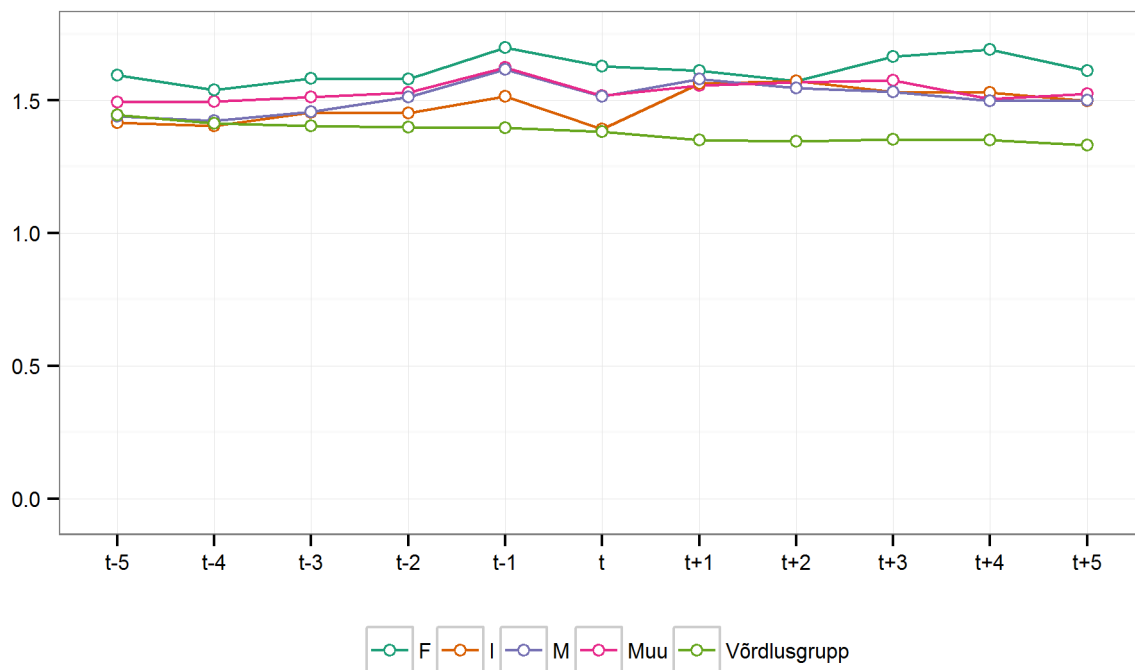


Joonis 49. ATV pikkus päevades kokku aastas enne ja pärast esmast PTV määramist, diagnooside lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Kui kõrvutada PTV tulemused võrdlusgrupiga, siis võib öelda, et olulisem erinevus tuleb just PTV määramisele eelnenud kalendriaasta ja sama kalendriaasta ATV pikkusest. Samas on tulemuste põhjal selge, et ka PTV määramisele eelnenud aastatel on PTV sihtrühmas keskmised ATV päevade arvud suuremad kui võrdlusgrupis. Veel enam tuleb kahe grupi erinevus välja PTV määramisele järgnenud perioodidel – ATV keskmine kestus küll langeb, võrreldes PTV määramise aastaga, kuid jääb siiski märgatavalt kõrgemaks kui võrdlusgrupil või võrreldes PTV määramisele eelnenud perioodidega.

Esmaste haiguslehtede arvu osas selgub, et kuigi PTV määramisele vahetult eelnenud kalendriaastal keskmine arv veidi kasvab kõigi diagnooside lõikes, siis erinevus varasemate perioodidega ei ole märkimisväärne (vt Joonis 50). Seda eriti kui võrrelda erinevustega ATV kestuses. Pärast PTV määramist jäävad esmaste haiguslehtede arvud järgneval viiel kalendriaastal samale tasemele ja stabiilseks. Nii enne kui ka pärast PTV määramist on psüühika- ja käitumishäirete diagnoosiga PTV-d veidi sagedamini haiguslehel, kuid erinevused muudest diagnoosidest on tagasihoidlikud.

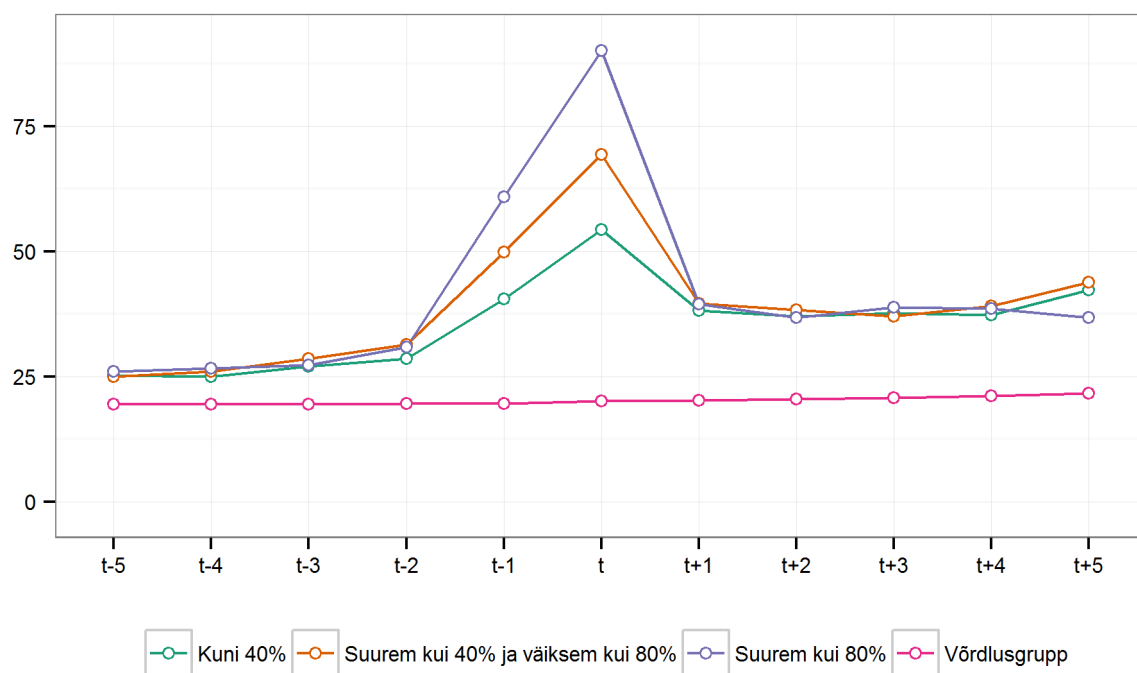


Joonis 50. Esmaste haiguslehtede keskmine arv aastas enne ja pärast esmase PTV määramist, diagnooside lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

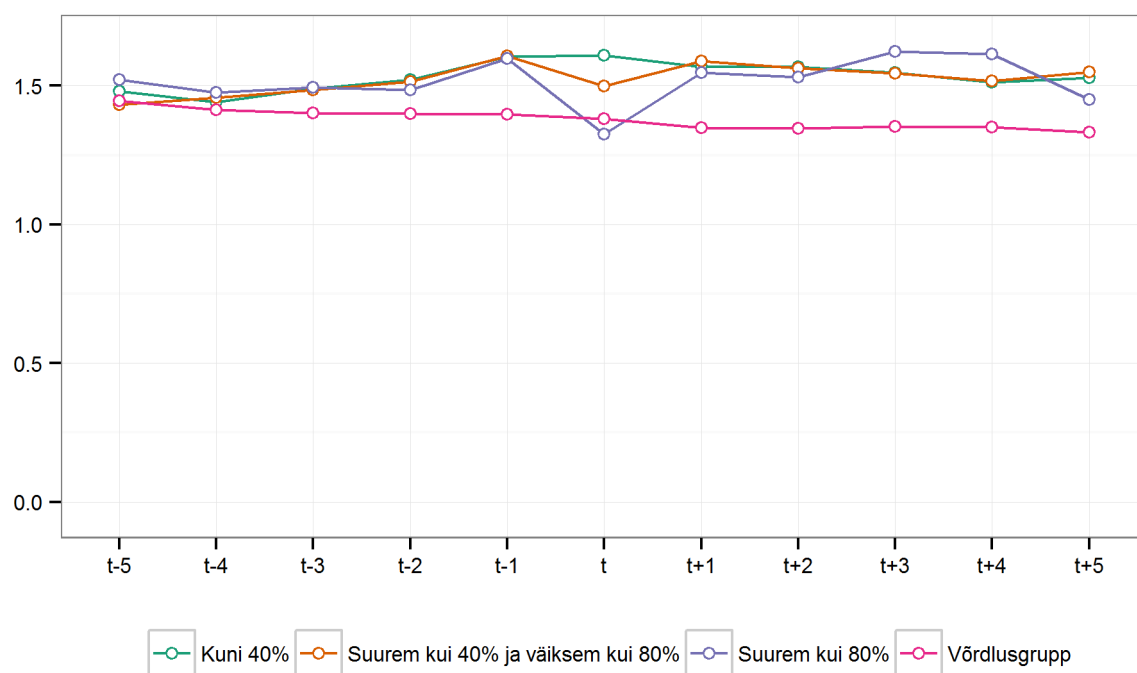
Võrdlusgrupis on esmaste haiguslehtede arv väiksem kui PTV-del ja sarnaselt ATV kestusele joonistuvad ka sageduse puhul olulisemad erinevused välja PTV-le järgnenud perioodidel. Samas on esmaste haiguslehtede arvu puhul erinevused palju väiksemad – kui kestustes on erinevused kuni kahekordsed, siis sageduste puhul jäävad need 15% piiresse.

Töövõime kaotuse määrade lõikes on ATV kestused ja esmaste haiguslehtede arv eri aastatel enne ja pärast PTV määramist väga sarnased eelnevatele joonistele. ATV kestustes (vt Joonis 51) toimub järsk kasv PTV määramisele eelneval kalendriaastal ja see kasv jätkub PTV määramise aastal. Selle tulemusena kestavad sõltuvalt töövõime kaotuse protsendist PTV määramise aastal ATV-d kokku keskmiselt 2-3 korda kauem kui kaks kalendriaastat varem. Järgnevatel perioodidel ATV kestus stabiliseerub ligikaudu 40 päeva juurde aastas, sõltumata PTV kaotuse protsendist.



Joonis 51. Haiguslehtede kestus päevades ühes kalendriaastas viiel aastal enne ja pärast püsiva töövõimetuse määramist töövõime kaotuse protsendi lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused



Joonis 52. Esmaste haiguselehtede sagedus ühes kalendriaastas viiel aastal enne ja pärast püsiva töövõimetuse määramist töövõime kaotuse protsendi lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Esmaste haiguslehtede keskmine arv aastas jääb kõigi töövõime kaotuse protsentide gruppide puhul 1,5 lähedale (vt Joonis 52) ning PTV määramise järgselt märgatavaid muutusi ei toimu. Sarnased tulemused iseloomustasid ka PTV põhidiagnoose.

Senised tulemused näitavad kokkuvõttes, et PTV sihtrühmas on ATV pikema kestusega nii enne kui pärast PTV määramist, kuid esmaste haiguslehtede arv ei erine kuigivõrd võrdlusgrupist.

5.2.3 Kokkuvõte

Käesoleva peatükis leitud peamine kirjeldav statistika on diagnoosigruppide lõikes esitatud järgmises kokkuvõttes tabelis:

Joonis 53. Peamised tulemused ATV ja PTV seoste kohta enne ja pärast PTV määramist diagnooside kaupa

	Võrdlusgrupp	Psüühika- ja käitumishäired (F-rühm)	Vereringeelundite haigused (I-rühm)	Lihaskonna ja sidekoehaigused (M-rühm)
ATV-I viibinute osakaal hõivatute seas	Stabiilselt ca 20%	Enne PTV määramist 35-40%, määramise aastal tõus 55% juurde ja edaspidi langus 40% peale ja alla selle.	Enne PTV määramist ca 30%, määramise aastal üle 60%, seejärel langus 40-45% juurde.	Enne PTV määramist ca 35-40%, määramise aastal üle 60%, seejärel langus 40-45% juurde.
ATV kestus ja esmaste haiguslehtede arv	Stabiilselt ca 20 päeva ja 1,33-1,45 korda aastas.	ATV kestus kokku enne PTV määramist alla 30 päeva, määramise aastal ca 60 päeva ja pärast 32-36 päeva aastas, haiguslehtede arv ca 1,6 korda aastas. Diagnoosidest kõige sagedasemad ja lühemad haiguslehed.	ATV kestus enne PTV määramist alla 30 päeva, määramise aastal üle 70 päeva ja pärast määramist ca 40 päeva aastas, sagedus ca 1,5 korda aastas.	ATV kestus enne PTV määramist alla 30 päeva, määramise ajal üle 70 päeva ja pärast määramist üle 40 päeva aastas, sagedus ca 1,5 korda aastas.

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused.

Seega saab PTV-de kohta üldisemalt välja tuua, et enne PTV määramist on hõivatute osakaal samal tasemel kui võrdlusgrupis, kui hilisema PTV põhidiagnoos kuulub I- või M-rühma. Samas on ATV osakaal PTV grupis poolteist kuni kaks korda kõrgem kui võrdlusgrupis isegi kuni viis aastat enne PTV määramist. Lisaks sellele on ATV kestus aastas PTV sihtrühmas kõrgem kui võrdlusgrupis nii enne PTV määramist (ca poolteist korda kõrgem) kui ka pärast (ca kaks korda kõrgem), sõltumata diagnoosist. Esmaste haiguslehtede arvus aasta kohta olulisi erinevusi ei ole. Kuigi PTV-dest enamad on ATV-d, siis esmaste haiguslehtede arv nende seas, kes on ATV-d, ei ole suurem kui võrdlusgrupis.

5.3 Haiguslehtede sageduse, pikkuse ja diagnooside seos püsiva töövõimetuse määramisega

Kui eelmises peatükis vaadati PTV määramisele eelnenud ja järgnenud haiguslehtede pikkuseid ja sagedusi, siis selles peatükis vaadatakse seost teistpidi – kui paljud neist, kellel on pikaajalised või sagedased ATV-d, jäävad

PTV-ks. Esmalt vaadatakse, kas 2014. aastal esmase ekspertiisiga määratud PTV-de osakaal on perioodil 2009-2013 lühemate ja pikemate ATV perioodide ning esmaste haiguslehtede sageduse lõikes erinevad. Seejärel vaadatakse, kas PTV diagnoos on sama, mis eelnevatel ATV-del. Kuna ATV diagnoosi ei ole Haigekassa andmestiku põhjal võimalik tuvastada, siis kasutatakse diagnoosi määramiseks lähendit, kus vaadatakse lihtsalt raviarvete ja retseptiravimite diagnoose, mis langevad kokku perioodiga, mil oli ka ATV. Kuna kõik ravikindlustuseregistrist pärinevad andmed on aastase täpsusega, siis on tegemist väga suure üldistusega.

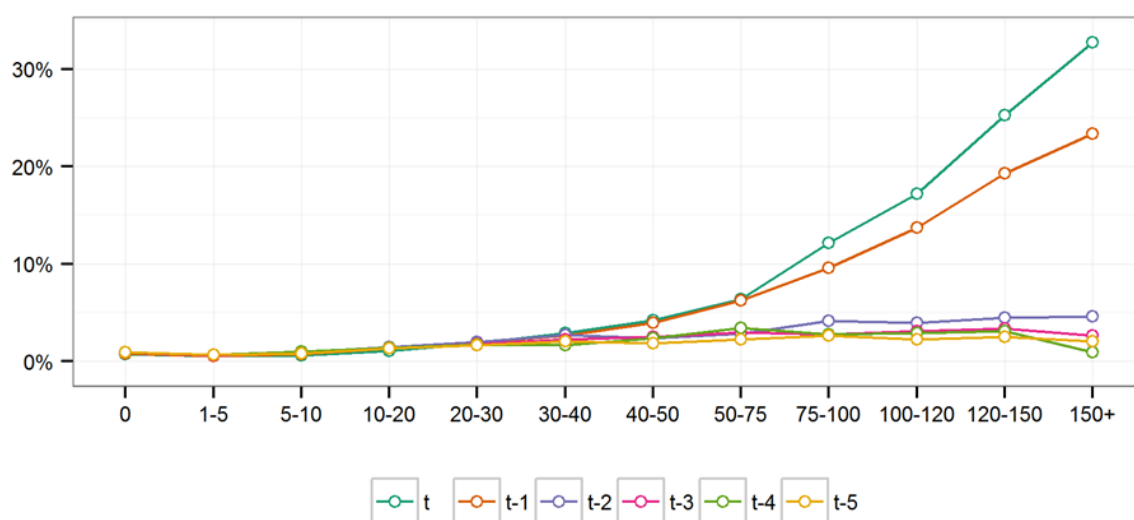
5.3.1 PTV osakaal haiguslehtede pikkuse ja sageduse järgi

Nendel, kes olid pikemat aega ATV-d on suurem tõenäosus PTV-ks jääda (vt Joonis 54). Kui vaadata ATV perioodide pikkuseid PTV määramisega samal aastal (joon, mis on joonisel tähistatud t), siis nende inimeste hulgas, kes olid aastas ajutiselt töövõimetud alla 10 päeva, on neid, kellele hiljem määrati PTV marginaalselt – alla 1%. Sealt edasi kasvab PTV määramise tõenäosus arvestatavalt. Nende jaoks, kes olid PTV määramise aastal haiguslehel 50-75 päeva on kuus korda kõrgem (ehk 6%) tõenäosus, et määratakse PTV. Nende hulgas, kelle haiguslehe pikkus oli aga üle 150 päeva, on samal aastal PTV määramise tõenäosus ligi kolmandik!

PTV määramise tõenäosusega ei ole seotud ainult PTV määramise aastal olnud haiguslehe pikkus vaid ka varasemate perioodide pikad haiguslehed – nii on näiteks nendel, kes olid üle 150 päeva haiguslehel 23% tõenäosus jääda püsivalt töövõimetuks haiguslehel olemise aastale järgneval aastal. See on osaliselt tingitud sellest, et haiguslehe periood ei alga ja lõppe samal kalendriaastal – kui inimene jääb haiguslehele näiteks 1. septembril ning talle määratakse PTV alles järgmise aasta keskel, siis jääb paratamatult osa 150-päevasest ATV perioodist mõlemasse aastasse.

Teisalt aga paistab, et see ei ole ainus põhjus. Ka kaks aastat peale ajutise töövõimetuse perioodi algust on pikemad ATV perioodid seotud kõrgema tõenäosusega saada PTV, kuigi see seos on mõnevõrra tagasihoidlikum – nendel, kes on rohkem kui 75 päeva ajutiselt töövõimetud on 4-5% tõenäosus olla kahe aasta pärast püsivalt töövõimetu (t-2). See tõenäosus ei ole võrreldav eelpool toodud 20 ja 30 protsendiste näitajatega, kuid teisalt tähendab see siiski 4-5 korda suuremat tõenäosust jääda tulevikus PTV-ks kui nendel, kes olid AATV-d 0-10 päeva.

Eelneva kokkuvõttes saab väita, et pikemad ATV-d viivad suurema tõenäosusega PTV-ni.



Joonis 54. Inimeste osakaal, kellele määrati esmane PTV 2014. aastal ATV kogupikkuse lõikes aastate kuupa enne PTV määramist

Allikas: Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

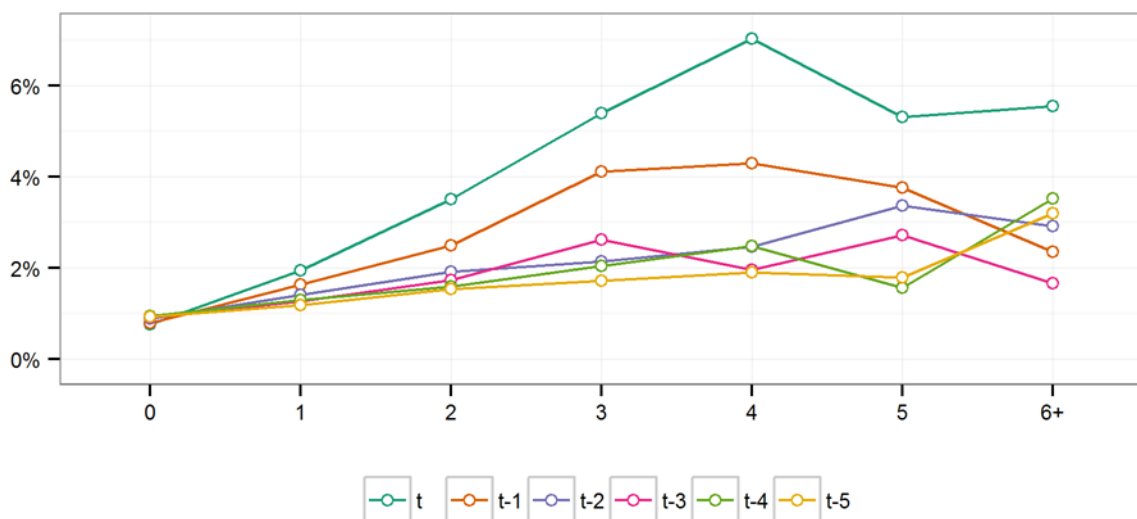
Infokast 4. Joonise lugemise juhised

Joonis 54 näitab, milline on nende inimeste osakaal, kellele 2014. aastal määrati PTV ATV pikkuste lõikes kuni viis aastat enne PTV määramist.

t kuni t-5 tähistavad aastaid, mis eelnesid esmase PTV määramise aastale selliselt, et t on 2014. aasta ja t-5 on 2009. aasta.

Joonise lugemise näitena tähistab joonel t-1 (aasta 2013) punkt 100-120, et 100-120 päeva haiguslehel viibinutest määratakse järgmisel aastal PTV ligi 15% inimestele. Punkt 1-5 näitab kõikidel joontel ühtlaselt, et ükskõik mis aastal kuni viis päeva ATV-d olnutest peaaegu kellelgi ei määrata PTV-d ei samal ega järgneval viiel aastal.

Eeltooduga sarnased seosed on võimalik välja tuua ka esmaste haiguslehtede arvu ja PTV määramise tõenäosuse vahel. Alljärgnev joonis (vt Joonis 55) näitab 2014. aastal PTV saanud inimeste osakaalu esmaste haiguslehtede arvu lõikes. Ka siit paistab välja samasuunaline seos – kui vaadata PTV määramise aastat (t), siis ilmneb, et nendel, kes kordagi haiguslehel ei olnud, on 2014. aastal PTV saamise tõenäosus alla 1%, samal ajal, kui neil, kes olid haiguslehel 4 korda, on see näitaja pea 7x suurem.



Joonis 55. Inimeste, kellele määrati 2014. a esmane PTV, osakaal esmaste haiguslehtede arvu lõikes kuni viis aastat enne PTV määramist

Huvitaval kombel paistab enam kui 4-kordne esmaste haiguslehtede arv aastas seotud pigem väiksema PTV saamise tõenäosusega (kuigi erisused ei ole väga suured). Üheks põhjuseks võib olla see, et suurem esmaste haiguslehtede arv tähendab lühemaid haigusperioode ning sagedased ja lühiajalised haiguslehed võivad olla vähem seotud PTV-ga kui pikad ajutise töövõimetuse perioodid. Seda, millised muud tegurid võivad PTV-ga (lisaks ATV sagedusele ja pikkusele) seostuda, vaatame otsustuspuu abil.

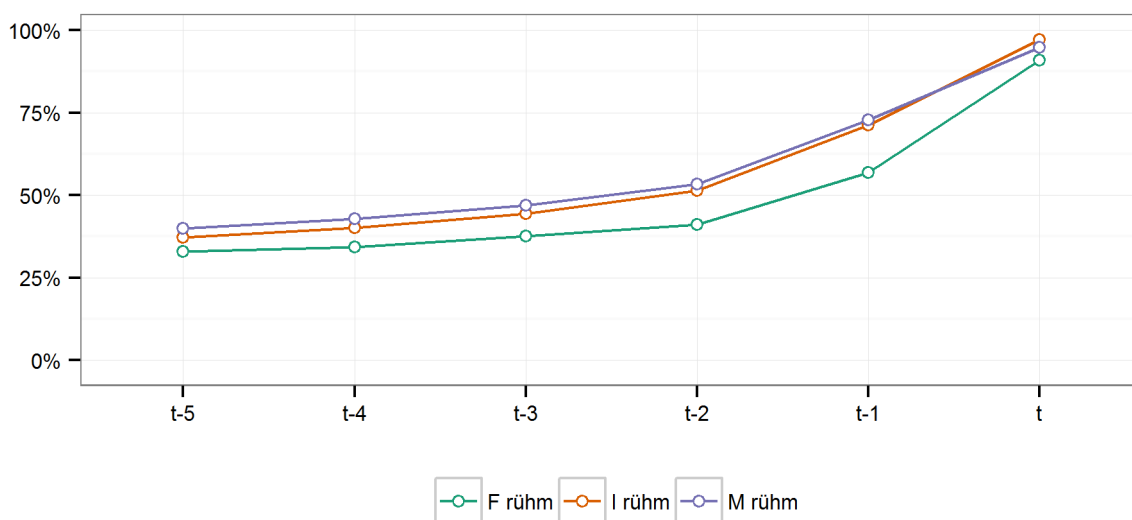
PTV diagnoosigruppide lõikes on seosed PTV ja ATV pikkuse ning kordade arvu vahel ligilähedaselt sarnased eelpool toodule. Seetõttu diagnooside lõikes tulemusi ei esitata.

5.3.2 Varasemate diagnooside ning PTV diagnoosi vastavus

Uurimisküsimus, millele selles peatükis vastust otsitakse on: kas ATV diagnoosid vastavad hilisemale PTV diagnoosile? Peatükis on vaatluse all need inimesed, kellele määrati esmane PTV diagnoos perioodil 2009-2014. Detailsemalt on nende diagnooside sagedus RHK10 klassifikaatori alampeatükkide kaupa esitatud ptk 3.2.2).

Nagu eelnevalt öeldud ei ole ATV-le vaatlusalusel perioodil võimalik Haigekassa poolt edastatud registriandmete alusel diagnoosi juurde siduda. Seepärast kasutatakse varasemate diagnoosidena raviarvetel ja retseptidel märgitud diagnoose. Kasutatavas andmestikus on F-, I- ja M-rühma raviarvete ja retseptide diagnoosid RHK10 alampeatüki tasemel iga aasta kohta, mil sellist diagnoosi esines.

Kõige üldisemalt saab PTV-le eelnevaid diagnoose vaadata ilma igasuguste piiranguteta nii, et arvesse lähevad kõik PTV-d, hoolimata sellest, kas nad töötasid varasematel perioodidel ja olid seejuures ATV-d või mitte (vt Joonis 56). I- ja M-rühma põhidiagnoosiga PTV-del ca 40%-50%-l esines vastava RHK klassifikaatori peatüki diagnoose retseptidel või raviarvetel 2-5 kalendriaastat enne PTV määramist. PTV määramisele eelneval kalendriaastal ja määramise aastal kasvas sama peatüki diagnoosiga arvete esinemise sagedus järsult vastavalt 75% ja 95% lähedale. Mõnevõrra madalam on F-rühma diagnooside esinemise sagedus enne PTV määramist.

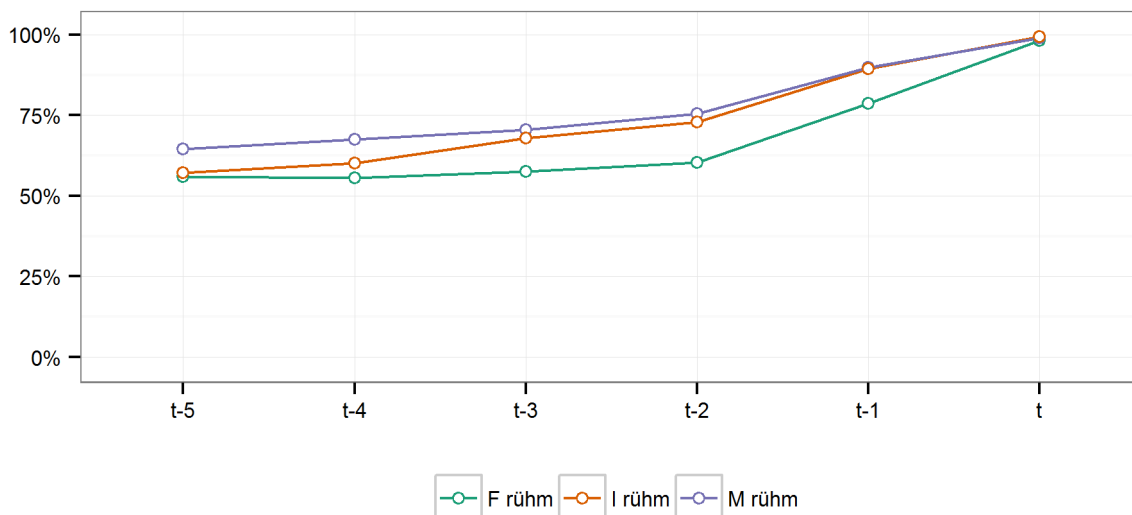


Joonis 56. Osakaal PTV-dest, kellel oli PTV diagnoosiga retsepte või raviarveid, enne esmast PTV määramist aastate kaupa, PTV põhidiagnoosi lõikes (RHK klassifikaatori peatüki tasandil)

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Uurimaks ATV diagnooside seoseid PTV diagnoosidega peab sihtrühma piiritlema töötavate inimestega, kes viibisid ka haiguslehel. Täpsemalt vaadatakse millise diagnoosiga retsepte ja raviarveid oli esmase PTV määramisele eelnevatel aastatel, mil inimene oli ka ATV. Järgneval joonisel (vt Joonis 57) on esitatud PTV põhidiagnoosi lõikes nende inimeste osakaal, kes olid ATV-d ja kellel oli PTV-ga sama diagnoosiga retsepte või raviarveid. Diagnoose on vaadatud RHK klassifikaatori peatüki tasemel.

ATV-d arvesse võtval andmestikul põhinevad tulemused (Joonis 57) näitavad mõnevõrra tugevamat seost, kui üle kõigi PTV-de (Joonis 56). Hilisematest PTV-dest oli üle 50%-l inimestest juba viis kalendriaastat enne PTV määramist sama põhidiagnoosiga retsepte või raviarveid, kui inimene oli raviarvete või retsepti väljakirjutamise aastal ka ATV. I- ja M-rühma diagnooside osas on tulemused jälle veidi kõrgemad, võrreldes F-rühma diagnoosidega.



Joonis 57. Osakaal PTV-dest, kellel oli PTV diagnoosiga retsepte või raviarveid ja kes olid ka ATV-d, aastate kaupa enne esmast PTV määramist, PTV põhidiagnooside lõikes (RHK klassifikaatori peatüki tasandil)

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Diagnooside esinemist retseptidel ja raviarvetel vaadati lisaks PTV põhidiagnoosile ka kaasuvaid diagnoose arvesse võttes. Need tulemused on esitatud lisa 6 ning on põhidiagnooside tulemustega väga sarnased. Seetõttu on kaasuvate diagnooside analüüsist selles peatükis edaspidi loobutud.

Diagnoosi RHK klassifikaatori alampeatükkide tasemel tehtud analüüs on samuti esitatud lisa (lisa 6). Selle põhijäreldused on:

- Ka alampeatükkide tasemel kattuvad ATV-ga samadel perioodidel retseptide ja raviarvete diagnoosid sagedamini hilisema PTV diagnoosiga, võrreldes tulemustega, kus ATV piirangut kasutatud ei ole.
- Võrdlusgrupis on kõikide diagnoosidega retsepte ja raviarveid harvem, kui seda on PTV grupis.
- Nii F-, I- kui M-rühmades on võrdlusgrupis ja PTV grupis on sagedasemad samade diagnoosidega retseptid ja raviarved
 - F-rühmas eristuvad teistest gruppidest F40-F49 ja F30-F39 ehk neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired ja meeleoluhäired,
 - I-rühmas I10-I15 ehk kõrgvererõhkhaigused ja
 - M-rühmas M40-M54 ehk seljahaigused.

Kõiki neid diagnoosigruppe iseloomustas PTV sihtrühmas see, et kui PTV põhidiagnoos kuulus samasse gruppi, siis juba viis kalendriaastat enne PTV määramist olid retseptidel ja raviarvetel vastavad diagnoosid enam kui pooltel inimestel, juhul kui nad olid sel aastal ka haiguslehel.

On loogiline, et võrdlusgrupis on kõigi sihtrühma diagnoosidega retseptide ja raviarvete osakaal väiksem kui uurimuses käsitletud PTV-de sihtrühmas, kuna viimaste puhul moodustuski andmestik vaid sihtrühma diagnoosiga inimestest. Seetõttu vaadatakse eraldi ka kui paljud nendest inimestest, kellele ATV ajal (ehk samal aastal) on välja kirjutatud F-, I- või M-rühma diagnoosiga retsepte või raviarveid, on hiljem jäänud sama põhidiagnoosiga PTV-ks. Selleks on alljärgnevatel joonistel esitatud kui paljud neist, kellele 2009. aastal kirjutati välja raviarveid või retsepte diagnoosigruppide lõikes ning, kes olid ka 2009. aastal ATV-d, jäid sama diagnoosigrupi haigusega või muu diagnoosiga hiljem PTV-ks.

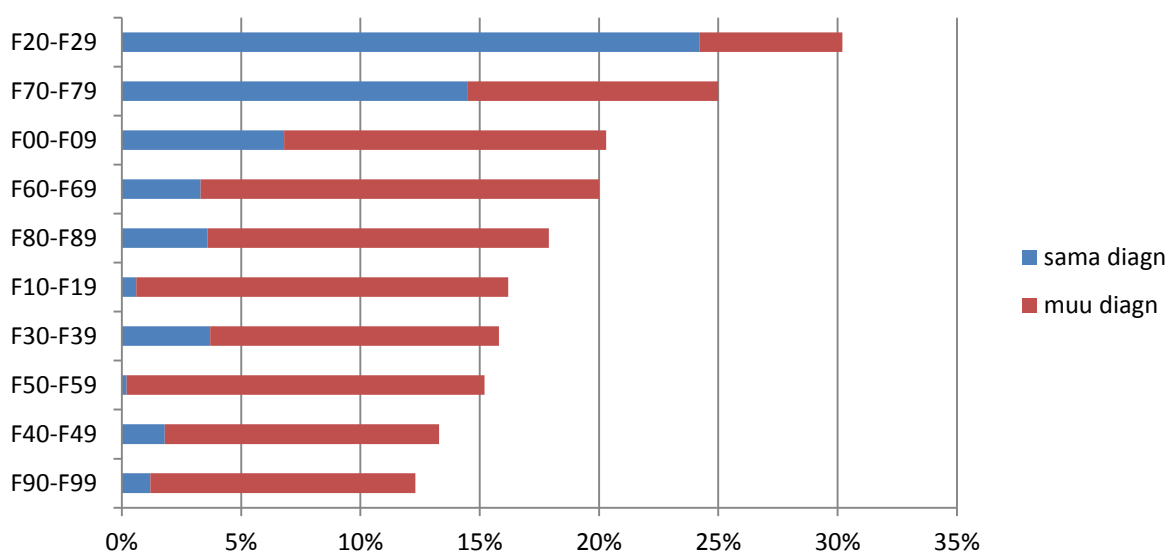
Kui mõni üksik diagnoosigrupp välja arvata, siis vähemalt 60 päeva ATV-de seas on hilisemaid PTV-sid rohkem kui kõikide (lühikeste ja pikkade) ATV-de korral.

PTV-ks jäädakse suurema tõenäosusega mõne muu põhidiagnoosiga kui see, mis esines 2009. aasta retseptidel või raviarvetel. Siin on mitu olulist aspekti – ühele inimesel võis 2009. aastal olla erinevaid raviarveid või retsepte erinevate diagnoosidega. See tähendab, et üks inimene võib kajastuda erinevates tulpades, kuid PTV põhidiagnoos on ainult üks. Samuti võib olla, et raviarvetel esinenud diagnoosid mõjutasid PTV tekkimist või olid isegi PTV kaasuvaks diagnoosiks.

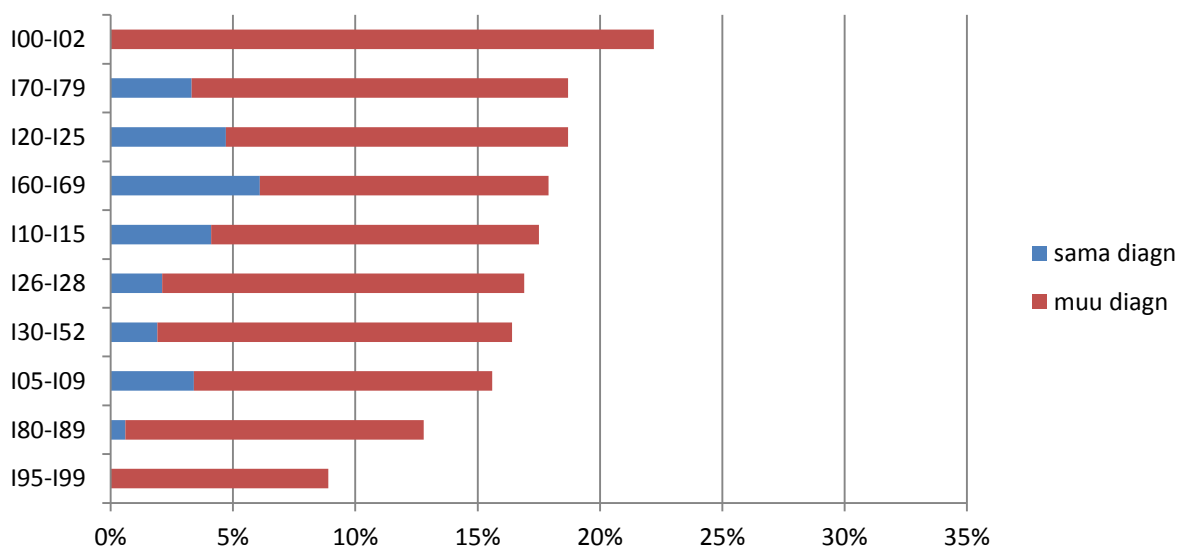
On üksikud diagnoosigrupid, kus sama diagnoosiga PTV-ks jäämine on teiste diagnoosigruppidega võrreldes oluliselt kõrgem. Sellisteks diagnoosigruppideks on

- F20-F29, mille alla kuuluvad skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired. Kuna tegemist on tõsiste psüühika- ja käitumishäirete diagnoosidega, ei ole kõrge näitaja üllatav.
- I60-I69 mille näol on tegemist peajuveresoonte haigustega, mille alla kuulub ka näiteks peajuinfarkt.

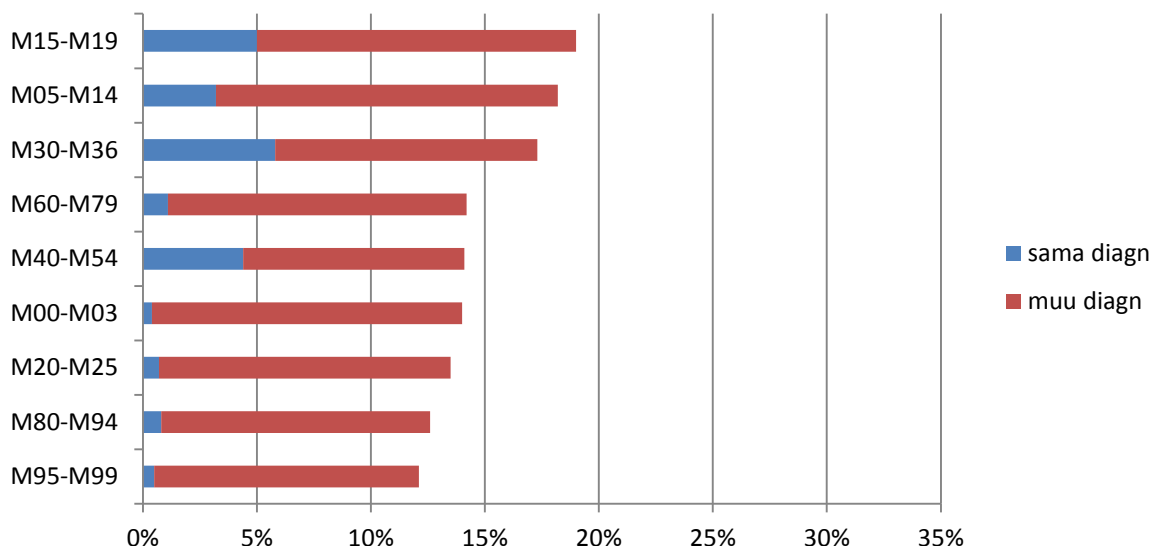
Mõnevõrra kõrgemate osakaaludega eristuvad ka M30-M36 ja I20-I25 (vastavalt süsteemsed sidekoe haigusseisundid ja südame isheemiatõved).



Joonis 58. 2010-2014. aastal PTV-ks jäänud inimeste osakaal nende seas, kellel 2009. a oli ATV ning psüühika- või käitumishäirete raviarveid või retsepte diagnoosigrupi lõikes



Joonis 59. 2010-2014. aastal PTV-ks jäänud inimeste osakaal nende seas, kellel 2009. a oli ATV ning vereringeelundkonnahaiguste raviarveid või retsepte diagnoosigrupi lõikes



Joonis 60. 2010-2014. aastal PTV-ks jäänud inimeste osakaal nende seas, kellel 2009. a oli ATV ning luu- ja lihaskonnahaiguste raviarveid või retsepte diagnoosigrupi lõikes

5.3.3 Kokkuvõte

40-50%-l PTV-dest oli kuni viis aastat enne PTV määramist raviarveid või retsepte, mis olid sama diagnoosiga kui PTV. Vahetult enne PTV määramise aastat oli sama diagnoosiga raviarveid või retsepte 75%-l PTV-dest. Psüühika- ja käitumishäiretega PTV-ga inimestele on enne PTV määramist veidi harvem sama diagnoosiga raviarveid või retsepte. Juhul, kui piiritleda analoogne analüüs ainult inimestega, kellel oli ka ATV raviarve või retsepti välja kirjutamise aastal, siis on seosed tugevamad. Vaadates ainult neid PTV-sid, kes olid varasematel aastatel olnud ka ATV-d, selgub, et neist enam kui pooltele oli juba viis aastat enne PTV määramist sama diagnoosiga raviarveid või retsepte.

Kuigi suurele osale neist, kellele PTV määratakse, on sama diagnoosiga raviarveid või retsepte olnud, ei tähenda see, et raviarve või retsepti välja kirjutamine ennustaks PTV tekkimist. Kõikide diagnoosigruppide korral kaasneb pikema haiguslehega suurem tõenäosus PTV saamiseks. Alampeatükkide tasemel määratud raviarvete või retseptide diagnoosi korral on suurem tõenäosus jääda PTV-ks mõne muu diagnoosigrupiga, kui raviarvel või retseptil kajastuv.

5.4 PTV määravate taustatunnuste analüüs otsustuspuuga

Kasutades otsustuspuud, hinnatakse millised tegurid on PTV-ga tugevamalt seotud ning kas ATV sagedus ja pikkus (kuni viis aastat enne PTV saamist) on nende hulgas. Lisaks haiguslehtede infole on kasutada järgmised taustategurid: raviarvetel ja retseptidel märgitud diagnooside grupid, sugu, vanus, elukoha maakond. Nii saab veidi parema ülevaate sellest, kas PTV-d erinevad võrdlusgrupist eeskätt ATV kestuse ja/või sageduse poolest, või on mingeid teisi tegureid (või tegurite kombinatsioone), mis on PTV-ga rohkem seotud kui eelpool mainitud ATV parameetrid.

Otsustuspuu on analüüsimeetod, mis jagab vaatlused meid huvitava tunnuse järgi võimalikult erinevateks gruppideks. Kuna meid huvitab PTV osakaal, siis püüab otsustuspuu leida tunnuse (nt sugu, vanus või ATV päevade arv perioodil t , $t-1$ vm), mille alusel tekiksid võimalikult erineva PTV osakaaludega grupid. Kui selline tunnus on leitud, siis võetakse selle tunnuse abil tekkinud grupid ning hakatakse omakorda otsima tunnust, mis

võimaldaks need jagada nii, et 2014. aastal PTV-de osakaal oleks tekkinud gruppides võimalikult erinev. Puu ehitamiseks kasutatakse *conditional inference tree* algoritmi ning selle rakendamiseks statistikapaketi R moodulit *party*³⁵. Otsustuspuud on väga mahukad: detailirohked ja katavad suurt pinda ning seepärast on need tervikuna esitatud raporti lisades eraldiseisvates failides.

Puud ehitati kaheastmelise protsessi käigus. Andmed jagati treening- ja testandmestikuks. Puud ehitati üles tuginedes treeningandmestikule. Testandmestikku kasutati selleks, et kontrollida, kas puu ehitamise käigus leitud seaduspärad (PTV-de osakaal mingis kindlas puu sõlmes) peavad paika ka nende andmete peal, mida puu ehitamiseks ei kasutatud. Testandmestikust leitud PTV-de osakaalud on esitatud usalduspiirdena ehk vahemikuna, kuhu testandmestiku kohaselt PTV tõenäosus igas vaatlusaluses sõlmes jäi.

Igas puu sõlmes on toodud järgmised andmed:

- vaatluste arv,
- PTV osakaal treeningandmestikus,
- PTV osakaalu usalduspiirid testandmestikus,
- muutuja nimi, mille järgi toimub järgmine jagunemine.

Analüüsitulemuste lugemisel soovitame võtta kõrvale otsustuspuude joonised, et jälgida gruppide tekkimise loogikat. Tulemuste interpreteerimisel pakuvad huvi eeskätt need sõlmed, kus PTV määramise tõenäosus on üle keskmise nii **treeningandmestikus** kui **testandmestikus** (sellised sõlmed on värvitud punaseks). Need iseloomustavad gruppe, mille korral on PTV määramise tõenäosus oluliselt kõrgem populatsiooni keskmisest. Erinevuste tuvastamisel populatsiooni keskmise ja puu teiste sõlmede vahel on kasutatud lihtsustatud lähenemist - vaatlusaluse sõlme PTV osakaal on loetud keskmisest oluliselt kõrgemaks siis, kui selle usalduspiirid keskmise PTV määramise usalduspiiridega ei kattu.

Analüüsitulemused on esitatud kolme puuna:

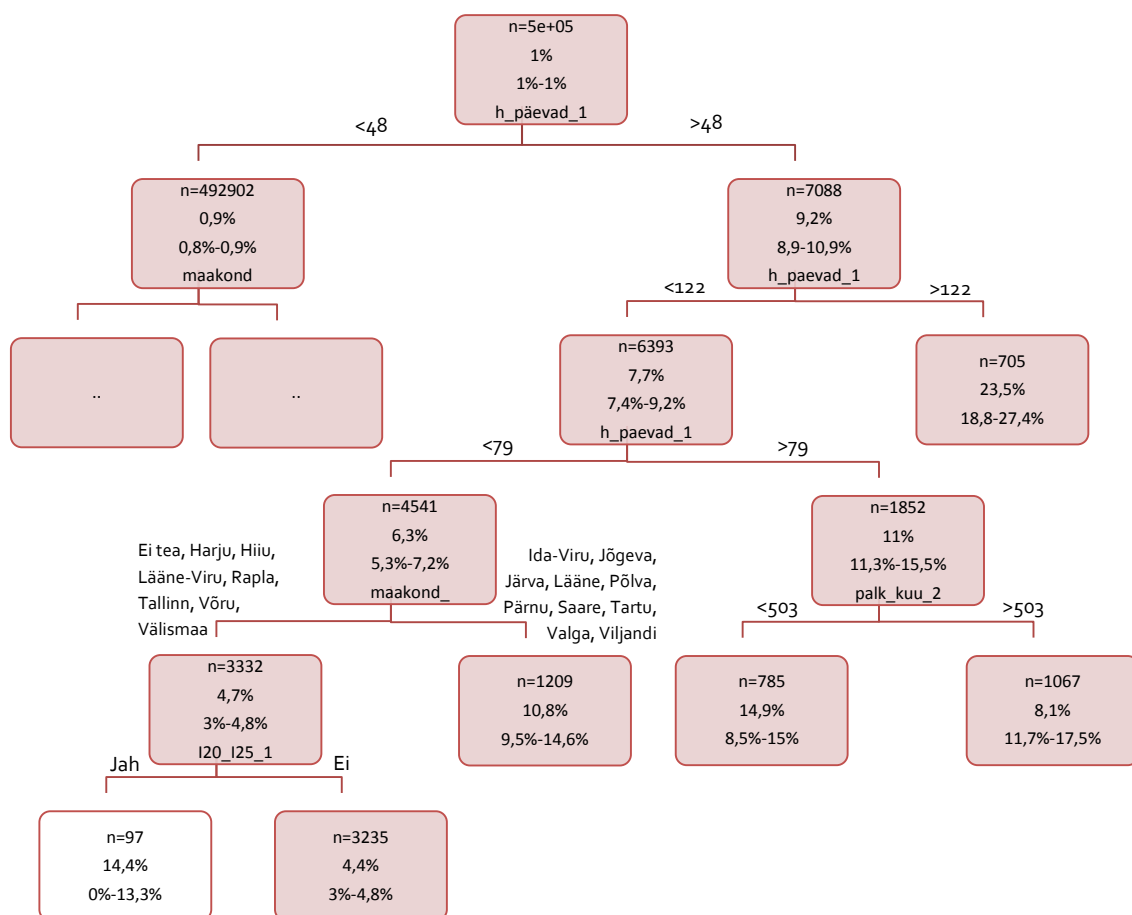
1. Üldine kõiki 2014. aastal esmaste ekspertiisidega määratud PTV-sid kirjeldav puu;
2. Luu- ja lihaskonnahaigusega 2014. a esmaste ekspertiisidega määratud PTV-sid kirjeldav puu;
3. Vereringeelundkonnahaigustega 2014. aastal esmaste ekspertiisidega määratud PTV-sid kirjeldav puu.

Psüühika- ja käitumishäirete puhul ei õnnestunud selliseid tunnuseid välja tuua, mis aitaks PTV kujunemise erinevusi sotsiaaldemograafiliste gruppide vahel selgitada.

5.4.1 Kõik diagnoosid koos

Esmalt kirjeldame üldise puu tulemusi (puu on ise esitatud uuringu lisana eraldi failis: Puu-üldine.pdf, väljavõtte puu parempoolsest harust on esitatud järgneval joonisel). Meile kasutada olevatest taustatunnustest olulisim PTV-d eristav tunnus on **haiguslehe (ATV) päevade arv** PTV määramise aastale eelneval aastal (perioodil t-1 tunnus: *h_päevad_1*). Kui **populatsioonis keskmiselt määrati 2014. aastal esmane PTV ca 1%** inimestest, siis nende hulgas, kes sellele **eelnenud aastal olid ATV-d rohkem kui 48 päeva on see osakaal pea 10x suurem (ehk 9,2%)** (vt ka Joonis 61). Puu koostamise algoritmi kasutades on seega kõige suurem erinevus kahe grupi vahel selle järgi, kas eelmisel perioodil olnud ATV-de pikkus oli enam kui 48 päeva või vähem. Juhul, kui haiguspäevade arv oli alla 48, siis nende seas on PTV määramine vaid 0,9%.

³⁵ Lihtsalt loetava ülevaate jaoks vaata nt: Molnar, C. (2003). Recursive Partitioning by Conditional Inference. GitHub. <https://github.com/christophM/overview-ctrees>. Vaadatud: 26.09.2014



Joonis 61. Esmase PTV määramise töenäosus 2014. aastal erinevates sotsiaaldemograafilistes gruppides. Otsustuspuu väljavõte (parempoolne haru)

*Väljavõtte tervikust puust, mis on esitatud raportile lisatud failis Puu-üldine.pdf

Allikas: SKA ja Haigekassa registrid, autorite arvutused

Infokast 4. Puude lugemise juhised

Otsustuspuud jagavad grupi kasutada olevate tunnuste järgi selliselt, et selle tunnuse osas, mida selgitada soovitakse joonistuksid välja kaks kõige suurema erinevusega gruppi, millest omakorda leitakse sama otsustusreegli alusel 2 gruppi jne.

Puu ülemine sõlm näitab populatsiooni kirjeldust ja sisaldab järgmisi ridu:

1. N=5e+05 (ehk 500 000) näitab kogu populatsiooni suurust
2. 1% näitab, et kogu populatsioonis on esmane PTV määratud 2014. aastal 1% elanikkonnale
3. 1%-1% näitab usalduspiire testandmestiku põhjal arvutatud hinnangule
4. h_päevad_1 näitab, milline taustatunnus võimaldab jagada selles sõlmes paikneva andmestiku PTV osakaalu järgi võimalikult erinevateks gruppideks. Tunnuste nimed on koostatud selliselt, et viimane number näitab, millise aasta kohta enne PTV määramise aastat tunnus kehtib (1 tähistab perioodi t-1, 2 perioodi t-2 jne). Praegusel juhul on see üks aasta enne PTV määramist (ehk aasta 2013)

Reas neli viidatud tunnuse jagunemise alus on esitatud puu joone peal. Praegusel juhul on selleks 48 päevane ATV pikkus.

Parempoolne järgnev sõlm näitab:

1. n=7088, et perioodil t-1 oli enam kui 48 päevase ATV pikkusega inimeste arv 7088
2. 9,2% näitab, et nende seast 9,2% määrati esmane PTV

3. 8,9-10,9% kirjeldab rea 2 usalduspiire
4. *h_päevad_1* näitab, milline taustatunnus võimaldab kõige suurema erinevusega grupid moodustada nende seas, kelle eelmise aasta ATV pikkus oli 48 päeva või enam. Ka nende seas on suurim erinevus vastavalt sellele, kui pikk oli eelmisel aastal ATV päevade arv.

Järgnev jagunemine on ATV päevade arvu 122 järgi.

Värvikoodid otsustuspuudel väljendavad PTV määramise tõenäosust antud grupis:

- punane – PTV määramise tõenäosus on keskmisest oluliselt kõrgem
- hall – PTV määramise tõenäosus on keskmisest oluliselt madalam
- valge – PTV määramise tõenäosus on keskmisest kõrgem, kuid seos pole statistiliselt oluline, st võib olla juhuslik

Kui **puu parempoolset haru pidi allapoole liikuda**, mis omakorda jagab seda gruppi, kellel oli ATV päevade arv pikem kui 48 päeva, siis joonistuvad välja veel mõned tunnused, mis määratlevad gruppe, kus PTV-de osakaal on oluliselt kõrgem kui populatsioonis keskmiselt:

- Perioodi t-1 **ATV päevade arvu** lõikes näeme, et:
 - kui **ATV päevade arv on vahemikus 48 – 79**, on PTV osakaal **6,3%**,
 - **ATV päevade vahemikus 79 – 122** viibinutest on PTV osakaal **11%** ning
 - olukorras, kus **ATV päevi oli üle 122** päeva määratakse PTV lausa **24%**.

Seega paistab, et ATV päevade arvul aastas on ka teisi tunnuseid arvesse võttes tugev seos PTV määramisega. See, mitu esmast haiguslehte inimesel aastas oli, esimeses järjekorras puusse ilmuvate muutujate hulgas ei ole. Selleks, et väga pikaajalisel ATV-l olla, on vaja SKA poolt ekspertiisi. See selgitab ajapunkti, mis puus paistab 122 päeva juures.

- Nendel, kelle **ATV päevade arv jäi eelmisel aastal vahemikku 79-122** päeva sõltub PTV määramise tõenäosus t-2 aasta **kuupalgast** (*tunnus: palk_kuu_2*). Nendel, kelle sissetulek oli **perioodil t-2 alla 503 €** ning kes perioodil t-1 oli 79-122 päeva ATV-d on PTV osakaal **ca 15x suurem** kui populatsioonis keskmiselt, üle 503 € teeninud inimeste hulgas on see näitaja väiksem (8,1%, aga siiski ca 8x suurem kui populatsioonis keskmiselt).

Palgatase on tõenäoliselt ametikoha oskusmahukuse ja lisandväärtuse indikaatoriks. Need inimesed, kes teevad lihtsamat tööd (ja saavad vähem palka) ning on küllaltki pikka aega ATV-d jäävad suurema tõenäosusega PTV-ks kui need, kes teevad kõrgemalt väärtustatavat tööd. Esimene võimalik selgitus on see, et madalama tasuga töökohad on seejuures ka tervist kahjustavamad. Siin võiks aga ka püstitada hüpoteesi, et tööandjad on kõrgemalt väärtustatud tööd tegevate töötajate tervisest tulenevate erivajaduste suhtes vastutulelikumad, mistõttu ei ole vaja PTV taotlemist, sest töövõimetus ei seonu otseselt töökoha kaotamisega. Samas võib eeltoodu muidugi näidata, ka seda, et madala palgaga inimesel on suurem stiimul taotleda PTV määramist, sest töövõimetus pensionist saadav sissetulek on suhteliselt suur tulu.

- Nende hulgas, kes on olnud **ATV-d suhteliselt pikka aega (48-79 päeva)** mängib PTV ennustajana olulist rolli ka **maakond** (*tunnus: maakond*)³⁶ – need inimesed kes elavad **Ida-Virumaal, Jõgeva-, Järva-**

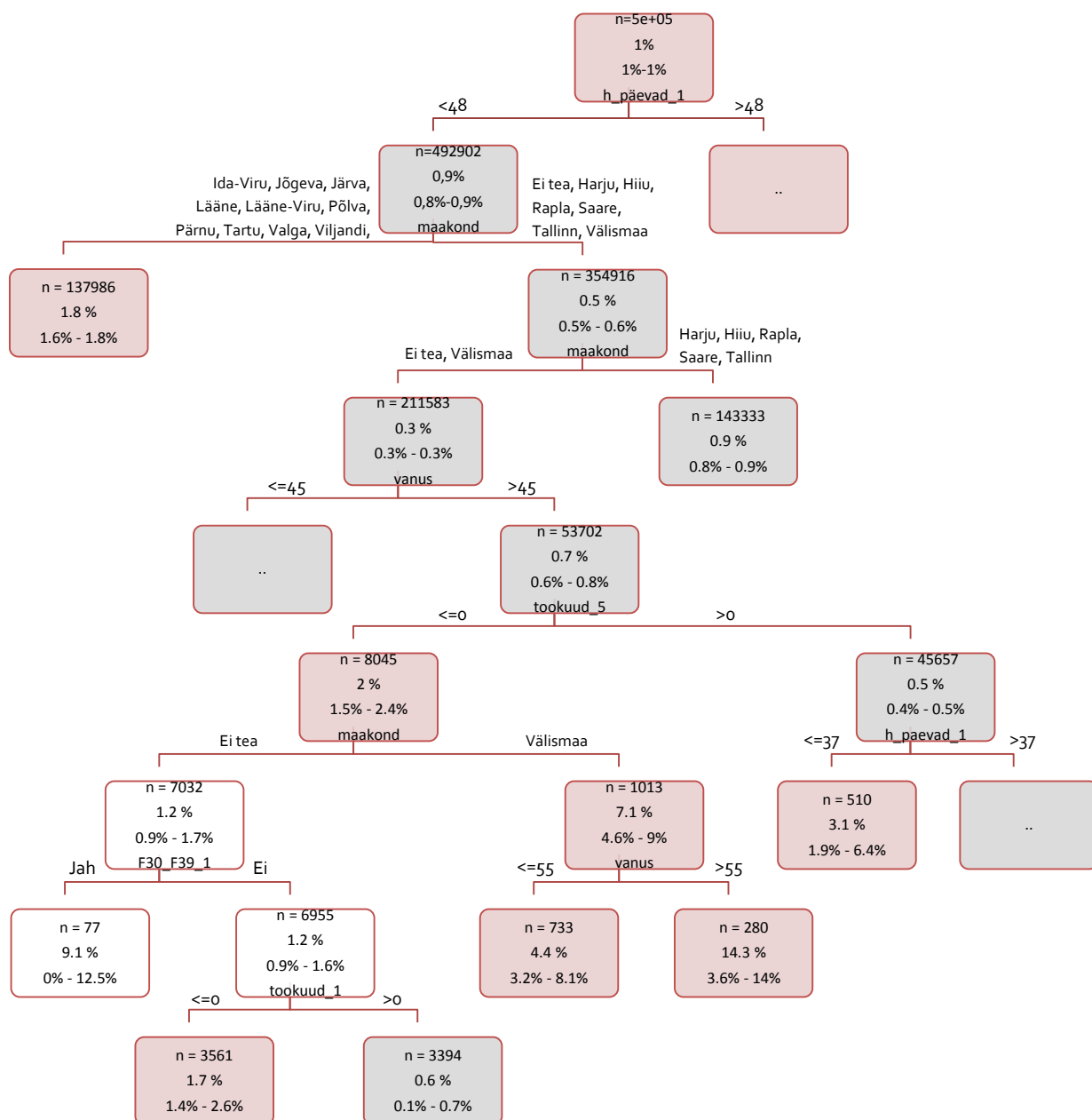
³⁶ Lisaks maakonnale oleks madalama PTV osakaaluga maakondade haru mööda võimalik välja tuua ka erisused lähtuvalt sellest, kas inimene on kasutanud PTV-le eelnenud aastal südameisheemiatõvede ravimiseks mõeldud teenuseid või ravimeid (*I20-I25_1*), kuid selle tulemusena tekkiv grupp on väga väike (alla 100 inimese) ning selle tõttu võib kõrge PTV-de osakaal olla pigem juhus. Seda kinnitab ka testandmestik, millest selgub, et 95%

, Lääne-, Põlva-, Pärnu-, Saare-, Tartu-, Valga- ja Viljandimaal on pärast sellist ATV perioodi **ca 11x suurem tõenäosus** jääda järgmisel aastal PTV-ks kui populatsioonis keskmiselt. Kui inimene elab mõnes teises maakonnas, välismaal või tema elukoht ei ole teada, siis on see tõenäosus väiksem (ca 4,7%, ehk veidi vähem kui 5 korda suurem populatsiooni keskmisest).

Maakonna efekt PTV osakaalu määrajana tuli välja ka kirjeldava statistika juures ning suure tõenäosusega on see tingitud sellest, et PTV määramisel rakendatakse maakonniti erinevaid põhimõtteid. Alternatiivsed selgitused oleksid maakonna elanikkonna vanuseline koosseis või tervislikud eripärad, mis seonduvad geograafilise piirkonnaga, aga vanus käesoleval juhul selgitava tunnuseks ei ole.

Puu vasakpoolses harus ehk juhul, kui ATV päevade arv on alla 48, on gruppidevahelised erinevused PTV-de määramise osakaaludes mõnevõrra tagasihoidlikumad, kui puu parempoolses harus. Kõrge PTV määramise osakaaluga grupe ei ole palju (vt Joonis 62).

tõenäosusega võib selles grupis olla PTVde osakaal 0-13%. Sellest tulenevalt niisuguseid seosed eraldi lahti ei kirjutata. Välja jäetakse ka seosed, kus treeningandmestikus on vaatlusaluse sõlme PTV-de osakaal vähem kui 2 korda populatsiooni keskmisest suurem.



Joonis 62. Esmase PTV määramise tõenäosus 2014. aastal erinevates sotsiaaldemograafilistes gruppides. Otsustuspuu väljavõte (vasakpoolne haru).

*Väljavõte tervikust puust, mis on esitatud raportile lisatud failis *Puu-üldine.pdf*

Allikas: SKA ja Haigekassa registrid, autorite arvutused

- Esmalt jääb silma, et see grupp inimesi, kelle ATV kestus perioodil t-1 oli väiksem kui 48 päeva jaguneb maakonna järgi kolmeks – valdavalt juba eelnevalt loetletud maakondades (Ida-Viru-, Jõgeva-, Järva-, Lääne-, Põlva-, Pärnu-, Tartu-, Valga-, Viljandi- ja Võrumaal)³⁷ on selle grupi PTV määramise tõenäosus ligi 1,8x kõrgem kui populatsioonis keskmiselt. Harju-, Hiiu-, Rapla-, Saaremaal ja Tallinnas on see ligilähedane populatsiooni keskmisega. Täiesti eraldi grupina joonistuvad välja inimesed, kes kas elavad välismaal või kelle kohta maakonna info puudub – nende hulgas on PTV peaaegu 3x väiksem kui populatsioonis tervikuna.

³⁷ Võrreldes eelmise loeteluga on grupe vahetanud Võrumaa ja Saaremaa.

Nagu näha, leiab ka selles mudeli osas kinnitust, et maakondlikult on PTV määramise tõenäosuses arvestatavaid erisusi.

- Nende hulgas, kelle **ATV perioodi pikkus perioodil t-1 oli 48 päeva või vähem** ja kelle **vanus** (*tunnus: vanus*) oli **üle 45 aasta** joonistub välja samuti päris huvitav riskigrupp – need, kes perioodil t-5 (ehk aastal 2009) ei töötanud Eestis (*tunnus: tookuud_5*) mitte ühtegi kuud ja kes elavad välismaal. Nende hulgas on **PTV määramiste osakaal 7x kõrgem** kui populatsioonis keskmiselt. Samas grupis, aga üle 55 aastaste hulgas on PTV määramiste osakaal lausa **14x kõrgem**.

Üks võimalik selgitus on see, et tegemist on majanduskriisi ajal (või ka enne seda) välismaale tööle läinud inimestega, kes liikusid tegema rasket tööd ning on tänaseks saanud terviserikke. Nende hulgas, kes samuti 2009. aastal Eestis ühtegi kuud ei töötanud, kuid kelle elukoht pole mitte välismaal, vaid teadmata, on PTV määramiste osakaal sarnane populatsiooni keskmisega (1,2%).

- Kui otsida veel kõrgema PTV riskiga grappe, siis üheks selliseks on **vanemad kui 45 aastased**, kelle **elukoht on välismaa või pole teada**, kuid kelle **ATV päevade arv perioodil t-1 oli 37 ja 48 vahel** – nende seas on PTV määramisi 2014. aastal **ca 3x rohkem** kui populatsioonis keskmiselt.

Kokkuvõttes võib öelda, et:

- Ka teisi tegureid arvesse võttes on ATV perioodi kogupikkusel PTV määramisele eelnenud aastatel oluline seos PTV määramisega. Olulisteks ATV pikkusteks, millele tähelepanu pöörata ja mis eristavad tõenäosust PTV tekkimiseks, on 122 päeva, 48 päeva ja 79 päeva.
- PTV määramises esinevad maakondlikud eripärad, kusjuures suurema tõenäosusega määratakse PTV Ida-Viru-, Jõgeva-, Järva-, Lääne-, Põlva-, Pärnu-, Saare-, Tartu-, Valga- ja Viljandimaal.
- Välismaal elavate ning perioodil t-5 Eestis mitte kuudki tööd teinud üle 45 aastaste inimeste üldpopulatsioonist oluliselt kõrgem PTV määramise tõenäosus võib viidata sellele, et majanduskriisi ajal (või enne seda) on inimesed liikunud Eestist välja tegema rasket tööd ja see on mõjunud halvasti nende tervisele.
- Vaatamata sellele, et treeningandmestikus eristusid mõningad ATV diagnooside grupid, mis paistsid suurendavat PTV saamise tõenäosust (nt meeleoluhäired, seljahaigused, kõrgvererõhkhaigused ja südameisheemiatõved), siis testandmestiku põhiselt need seosed nii tugevalt enam välja ei joonistunud.

5.4.2 Vereringeelundite haigused

2014. aastal esmaste ekspertiisidega määratud vereringeelundite haiguste põhidiagnoosiga PTV-de taustatunnuste seoste kirjeldus on toodud raporti lisana fail: Puu-I.pdf. Vereringeelundite haigusega esmase PTV saanud inimesi oli 15-63 aastaste hulgas 2014. aastal **0,2%**. Sellega võrdluses iseloomustatakse taustatunnuste järgi moodustatud grappe, kellel on oluliselt kõrgem tõenäosus PTV määramiseks.

Ka vereringeelundite haiguste puhul mängib kõrge ja madala PTV osakaaluga gruppide eristamisel suurimat rolli eelmise aasta (perioodi t-1) **ATV päevade arv** (*tunnus: h_paevad_1*) – **kui see on üle 49 päeva**, siis tõuseb vereringeelundite haigustega PTV määramise tõenäosus **2,4% peale**. Kuna populatsiooni keskmine on 0,2%, siis on see ca 12-kordne tõus. Puu parempoolset haru pidi allapoole liikudes on võimalik tuua välja veel taustategurite kombinatsioone, mis suurendavad vereringeelundite haigustega PTV määramise tõenäosust:

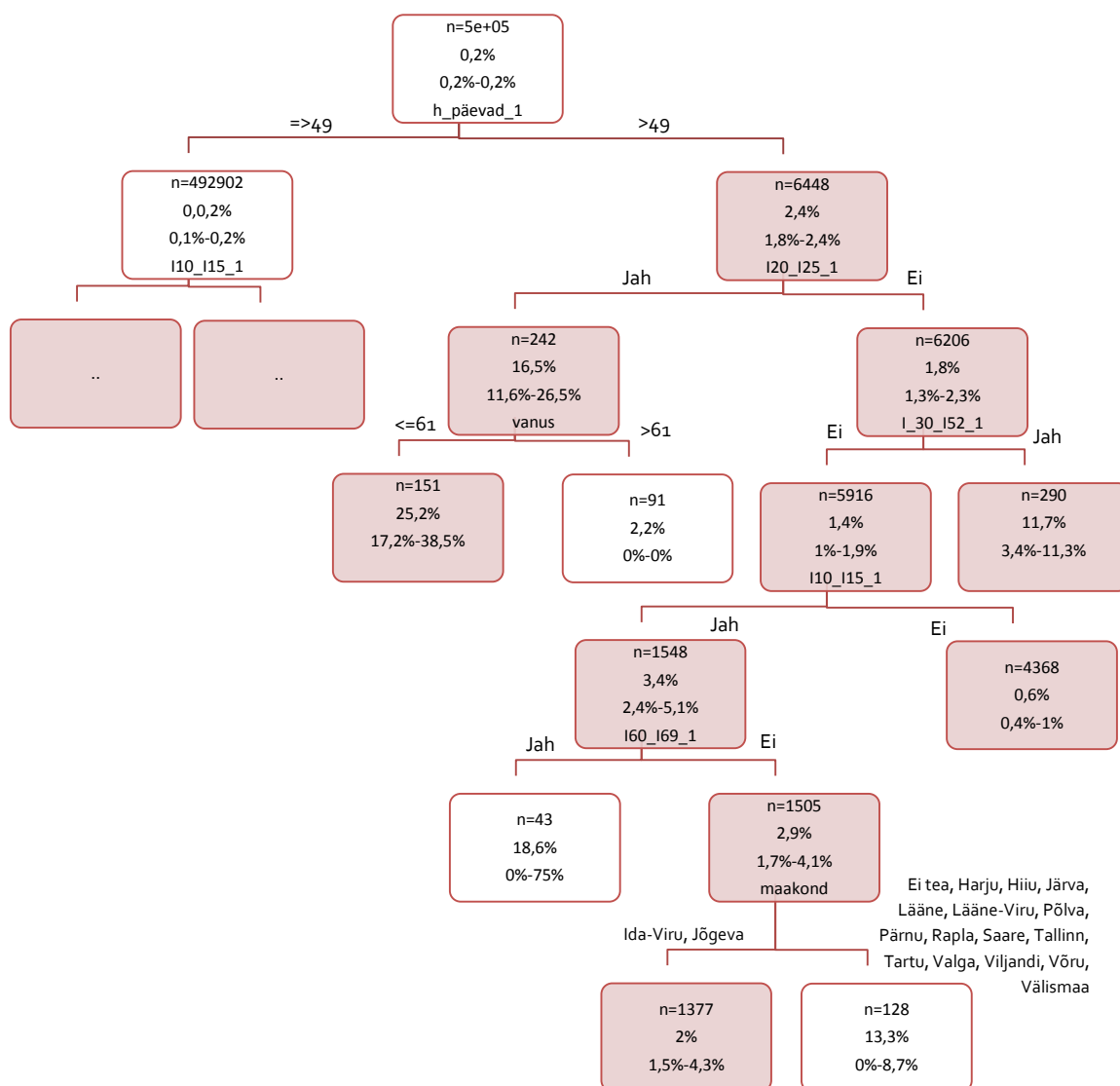
- Juhul, kui inimese **ATV päevade koguarv** oli perioodil t-1 (ehk aasta enne PTV määramist) **suurem kui 49 päeva** ning ta oli eelmisel perioodil kasutanud ravimeid või raviteenuseid, mida kasutatakse

südame isheemiatõbede³⁸ raviks (*tunnus: I20-I25_1*), siis tõuseb PTV määramise tõenäosus **16,5%-ni**. Kui inimese **vanus on aga väiksem kui 61 eluaastat**, siis lausa **25,2%-ni** (üle 125 korra suurem kui populatsioonis keskmiselt).

Vanuseline eristus on siin suure tõenäosusega tingitud sellest, et pensioniealistele PTV-d ei määrata. Seega on siit mõistlik järeldada, et kui tööeline inimene on olnud üle 49 päeva ATV ning selle põhjuseks on südame isheemiatõbede alla liigituv haigus, siis on tal ca 25% tõenäosus jääda järgmisel perioodil PTV-ks.

- Juhul kui sama ATV päevade koguarvu (**rohkem kui 49 päeva**) juures ei ole inimesel südame isheemiatõbede alla kuuluvat haigust, aga on **muude südamehaiguste** alla kuuluv haigus (*tunnus: I30-I52_1*), siis on järgmisel perioodil PTV saamise tõenäosus veidi väiksem, kuid ikkagi ligi **11,7%**, mis on pea 60 korda suurem kui populatsioonis keskmiselt.
- Juhul kui sama ATV päevade koguarvu juures ei ole inimesel ühtegi eelpool mainitud haigust, kuid on **kõrgvererõhkaiguste gruppi kuuluv haigusi** (*tunnus: I10-I15_1*), siis on tal **3,4 %** (ehk populatsioonist rohkem kui 15 korda suurem) tõenäosus, et perioodil t PTV määratakse.

³⁸ Edaspidi kasutatakse tekstis lihtsustust ning viidatakse ravimite ja raviteenuste kasutamise asemel „ATV diagnoosile“



Joonis 63. Esmase PTV määramise tõenäosus 2014. aastal erinevates sotsiaaldemograafilistes gruppides vereringeelundite haiguste diagnoosi puhul. Otsustuspuu väljavõte (parempoolne haru).

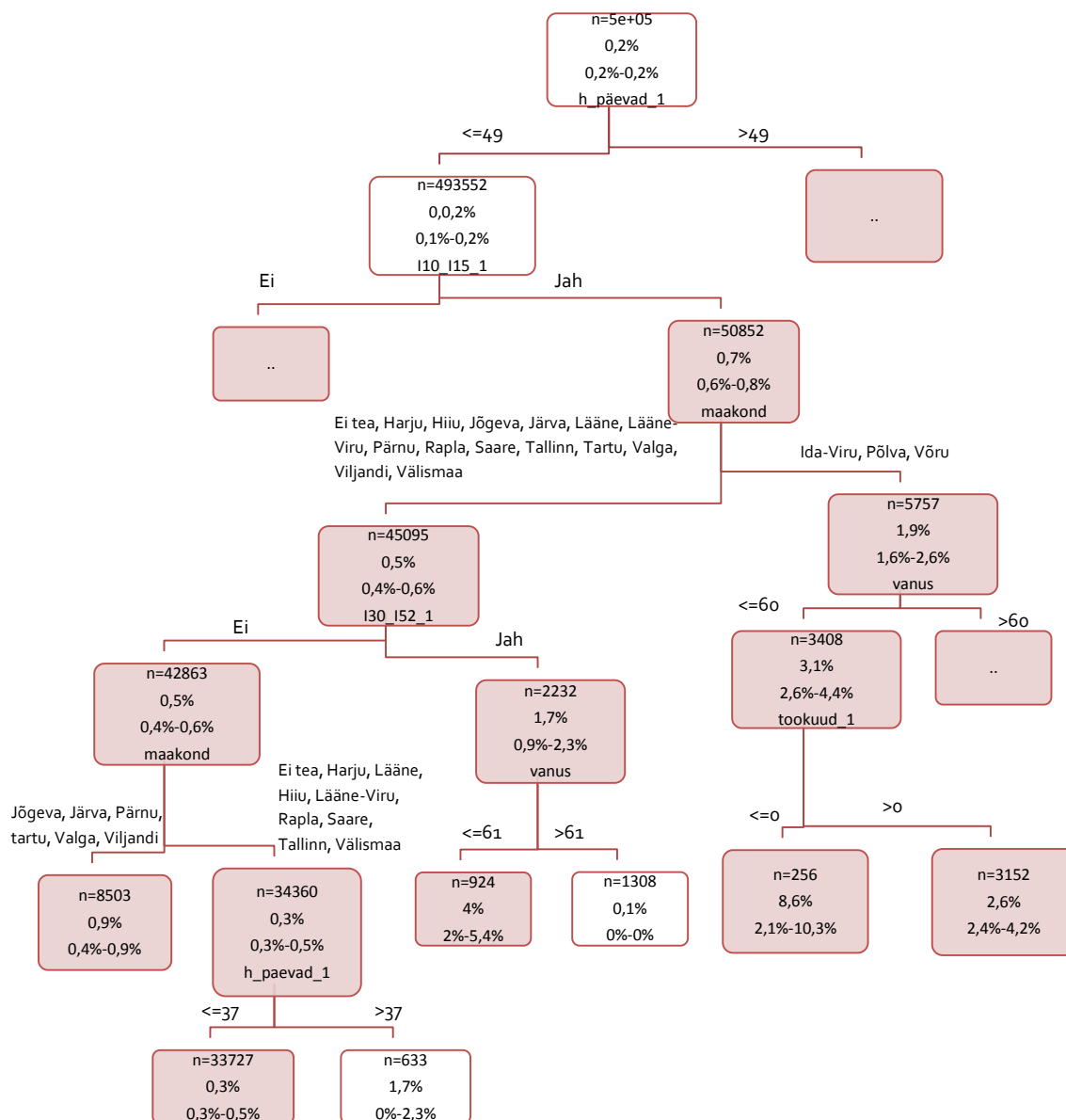
*Väljavõtte tervikust puust, mis on esitatud raportile lisatud failis *Puu-üldine.pdf*

Allikas: SKA ja Haigekassa registrid, autorite arvutused

Puu teine haru kirjeldab nende inimeste jaotust, kelle ATV periood oli **49 päeva või vähem**. Nende inimeste hulgas, kelle ATV perioodi kogupikkus aastas oli kas 49 päeva või alla selle joonistuvad samuti välja mõned grupid, kus PTV saamise tõenäosus perioodil t on üldkogumist olulist kõrgem.

- Need inimesed, kellel raviti **kõrgvererõhkhaiguste** (tunnus: *l10_l15_1*) hulka kuuluvaid haigusi, oli tõenäosus saada perioodi t PTV **0,7%**, ehk rohkem kui 3 korda suurem kui populatsioonis keskmiselt.
 - Kui lisaks sellele oli inimese elukohaks kas **Ida-Viru, Põlva või Võru maakond**, siis tõuseb see tõenäosus **1,9%** peale, kusjuures **alla 60 aastaste inimeste hulgas** (ehk tõelises elanikkonnas) juba **3,1%** (üle 10 korra kõrgemaks kui populatsioonis keskmiselt). Lõpetuseks – kui eeltoodud tingimustele lisada veel see, et inimene **eelmisel aastal ei töötanud** (tunnus: *tookuud_1*), siis on tõenäosus jääda püsivalt töövõimeks tervelt **8,6%**.

- Ka **muudes maakondades** kui eelpool mainitud Ida-Viru, Põlva ja Võru on tegurite kombinatsioone, mis viivad kõrgema PTV määramise tõenäosuseni. Neist esimene on **muu südamehaiguse olemasolu** (tunnus: I30-I52_1):



Joonis 64. Esmase PTV määramise tõenäosus 2014. aastal erinevates sotsiaaldemograafilistes gruppides vereringeelundite haiguste diagnooside puhul. Otsustuspuu väljavõte (keskmine haru).

*Väljavõtte tervikust puust, mis on esitatud raportile lisatud failis *Puu-I.pdf*

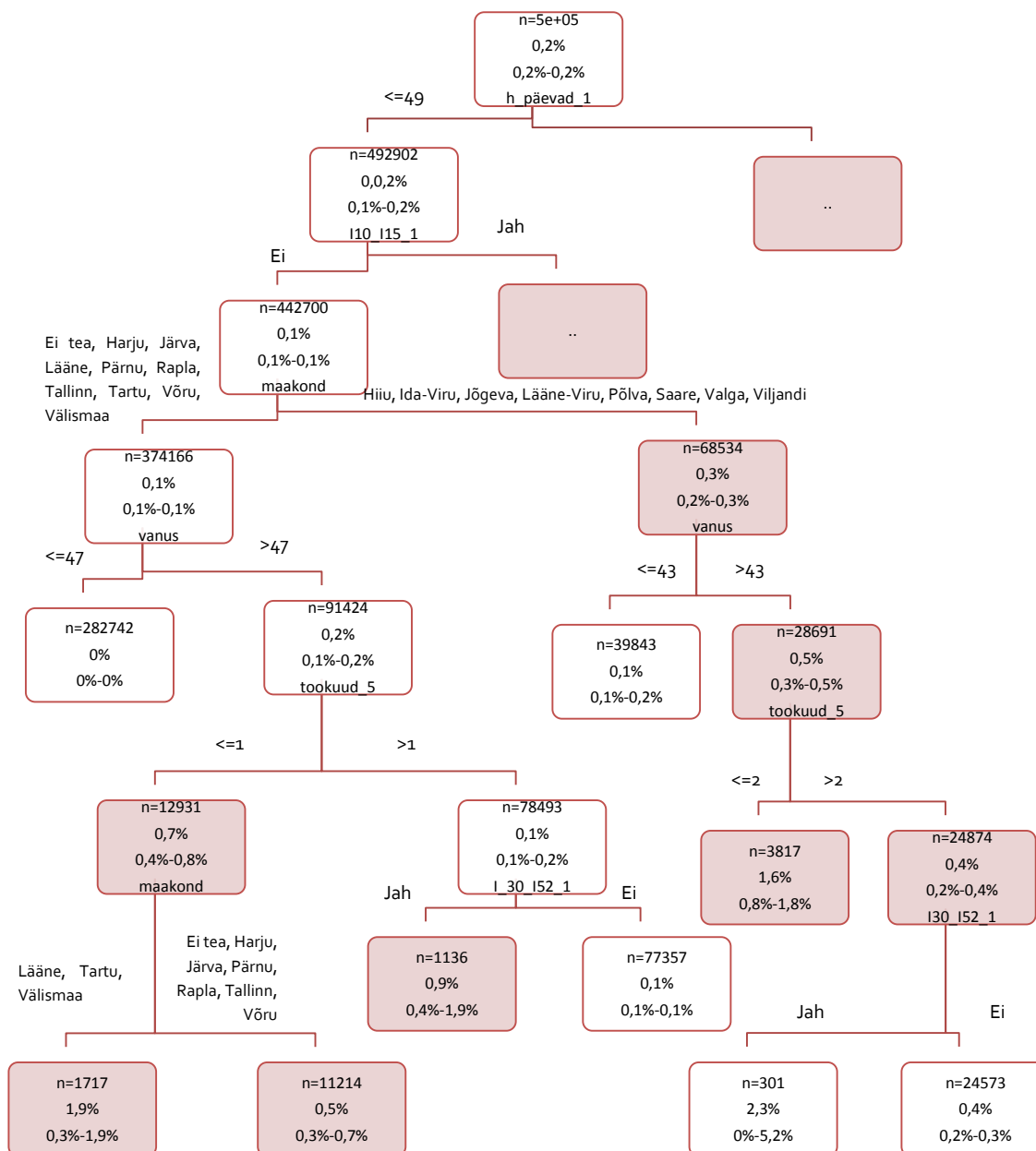
Allikas: SKA ja Haigekassa registrid, autorite arvutused

- Kui inimesel on lisaks kõrgvererõhkhaiguste gruppi kuuluvale haigusele ka **muu südame haigus**, siis ka nendes maakondades tõuseb PTV esmaste määramiste tõenäosus – **1,7%**-ni. Kui vaatame aga ainult neid inimesi, kes on **alla 61 aasta vanad**, siis juba ca **4%**ni.
- Nende inimeste seas, kellel **ei olnud muud südamehaigust**, on samuti mõned populatsiooni keskmisest oluliselt kõrgema PTV tõenäosusega inimeste grupid. Jällegi eristuvad siin maakonnad, seekord küll **Jõgeva, Järva, Pärnu, Tartu ja**

Viljandi – nendes on järgmisel perioodil PTV määramise tõenäosus ca **0,9%**, ehk veidi vähem kui 5 korda kõrgem kui populatsioonis keskmiselt.

- Nende inimeste hulgas, kellel PTV määramisele **eelneval perioodil ei olnud kõrgvererõhkhaiguste hulka kuuluvaid haigusi**, üldpopulatsioonist väga palju kõrgema PTV-de osakaaluga **gruppe välja ei joonistunud**.
 - Ühe tunnuste kombinatsioonina võib ehk välja tuua jällegi ATV päevad, maakonna ja vanuse – kui inimene oli aastas kuni 49 päeva ATV, aga ta elas Hiiu, Ida-Viru, Jõgeva, Lääne-Viru, Põlva, Saare, Valga või Viljandi maakonnas ning oli üle 43 aasta vana, siis oli tal ca 0,5% tõenäosus jääda järgmisel perioodil PTV-ks. Kui oli seejuures töötanud majanduskriisi aastatel (2009) vähem kui 2 kuud, siis tõuseb PTV määramise tõenäosus juba 1,6% peale.
 - Teise grupina võiks välja tuua need inimesed, kes elasid kas Lääne, Tartu, Harju, Järva, Pärnu, Rapla või Võru maakonnas, või kui inimese elukoht polnud teada, või kelle elukohaks oli märgitud välismaa ja kes olid üle 47 aasta vanad ning olid perioodil t-5 töötanud Eestis 1 kuu või vähem (*tunnus: tookuud_5*). Nende hulgas on PTV määramise tõenäosus 0,7%, kui vaadata aga ainult Läänemaa ja Tartumaa elanikke ning neid, kelle elukohaks on märgitud välismaa, siis tõuseb see osakaal 1,9%-ni ehk ca 9 korda suuremaks kui populatsioonis keskmiselt.
 - Ka nende hulgas, kes eelmises punktis mainitud maakondades töötasid 5 aastat tagasi rohkem kui ühe kuu ja olid üle 47 aasta vanad oli üks grupp, kus PTV saamise tõenäosus oli keskmisest oluliselt suurem – need kes põdesid muid südamehaiguseid (*tunnus: l30-l52_1*), olid ca 0,9% tõenäosusega PTV-d.

Tuletame meelde, et PTV üldmudelil joonistus samuti välja kombinatsioon elukohast välismaal ja madalast või puuduvast töökuude arvust perioodil t-5 (ehk majanduskriisi ühel raskeimal aastal).



Joonis 65. Esmase PTV määramise töönaosus 2014. aastal erinevates sotsiaaldemograafilistes gruppides vereringeelundite haiguste diagnooside puhul. Otsustuspuu väljavõte (vasakpoolne haru).

*Väljavõtte tervikust puust, mis on esitatud raportile lisatud failis Puu-I.pdf

Allikas: SKA ja Haigekassa registrid, autorite arvutused

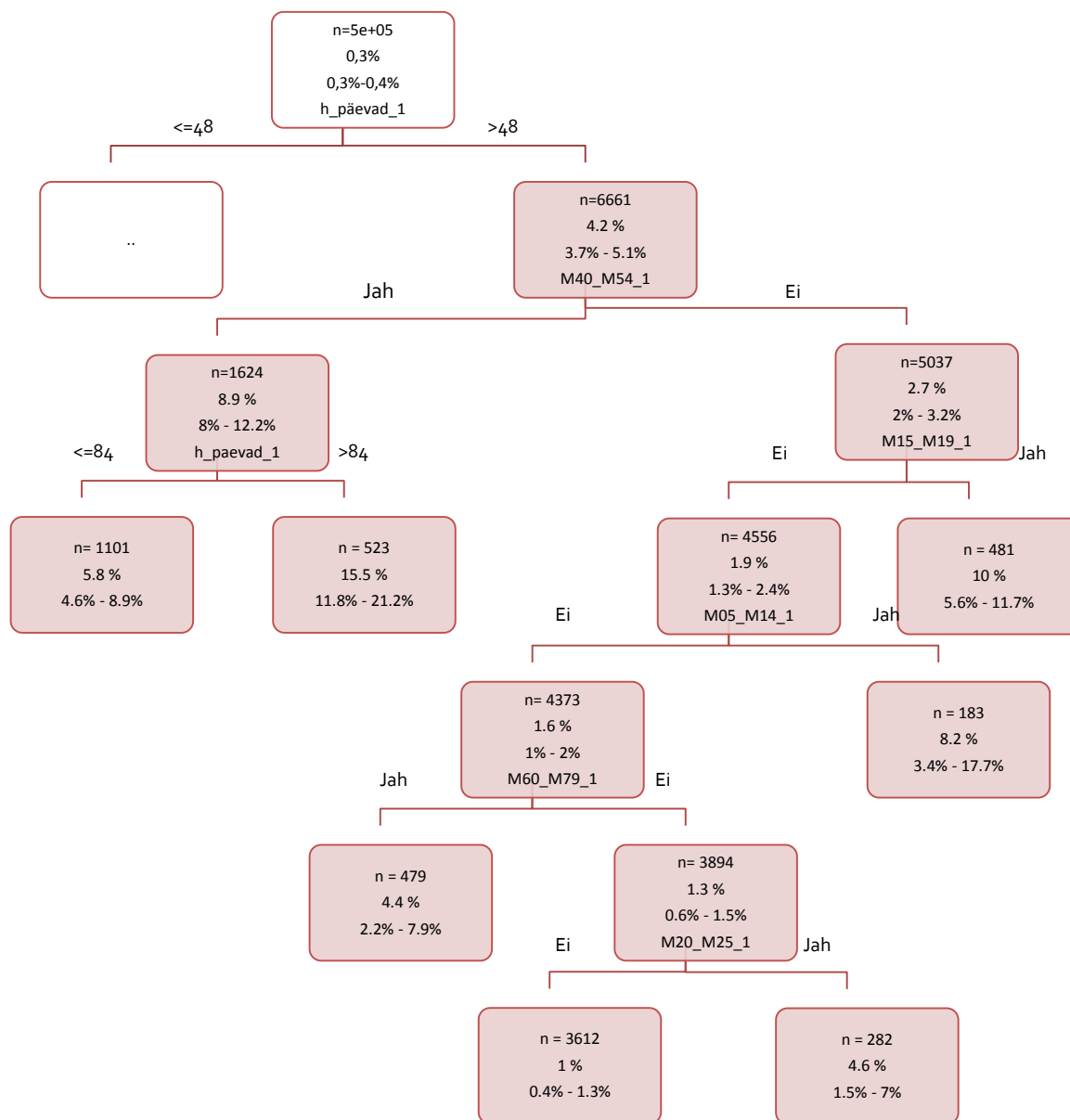
Kokkuvõttes võiks vereringeelundite mudeli baasilt öelda järgmist:

- Kõige kõrgem risk PTV-ks on tööealistel, üle 49 päeva ATV olnud inimestel, kellel on südame isheemiatõbede haigusgruppi kuuluv haigus.
- Muudest diagnoosidest paistsid PTV töönaosust suurendavatena silma ka muude südamehaiguste ning kõrgvererõhkaiguste olemasolu.
- Maakondlikud erinevused PTV määramisel leidsid täiendavat kinnitust ka selles mudelis.
- Ka vereringeelunditehaiguste mudelist joonistus riske suurendava kombinatsioonina välja välismaal paiknev elukoht ning minimaalne või täiesti puuduv Eesti töötatud kuude arv majanduskriisi tipus (2009. aastal), mis võib viidata töötamisele välismaal ning, võttes arvesse, et selles grupis on PTV osakaal üldpopulatsioonist kõrgem, võib see viidata, kas viletsamatele töötingimustele või muudele

välismaal töötamise eripäradele, mis tervisele kokkuvõttes halvasti on mõjunud. Vereringeelundkonnahaiguste mudelis ei olnud seos aga siiski nii selge kui üldmudelis.

5.4.3 Luu- ja lihaskonnahaigused

2014. aastal esmaste luu- ja lihaskonnahaiguste põhidiagnoosiga PTV määramiste seoste kirjeldus taustatunnustega on toodud raporti lisana failis: Puu-M.pdf.



Joonis 66. Esmase PTV määramise tõenäosus 2014. aastal erinevates sotsiaaldemograafilistes gruppides luu- ja lihaskonnahaiguste diagnooside puhul. Otsustuspuu väljavõte (vasakpoolne haru).

*Väljavõte tervikust puust, mis on esitatud raportile lisatud failis Puu-M.pdf

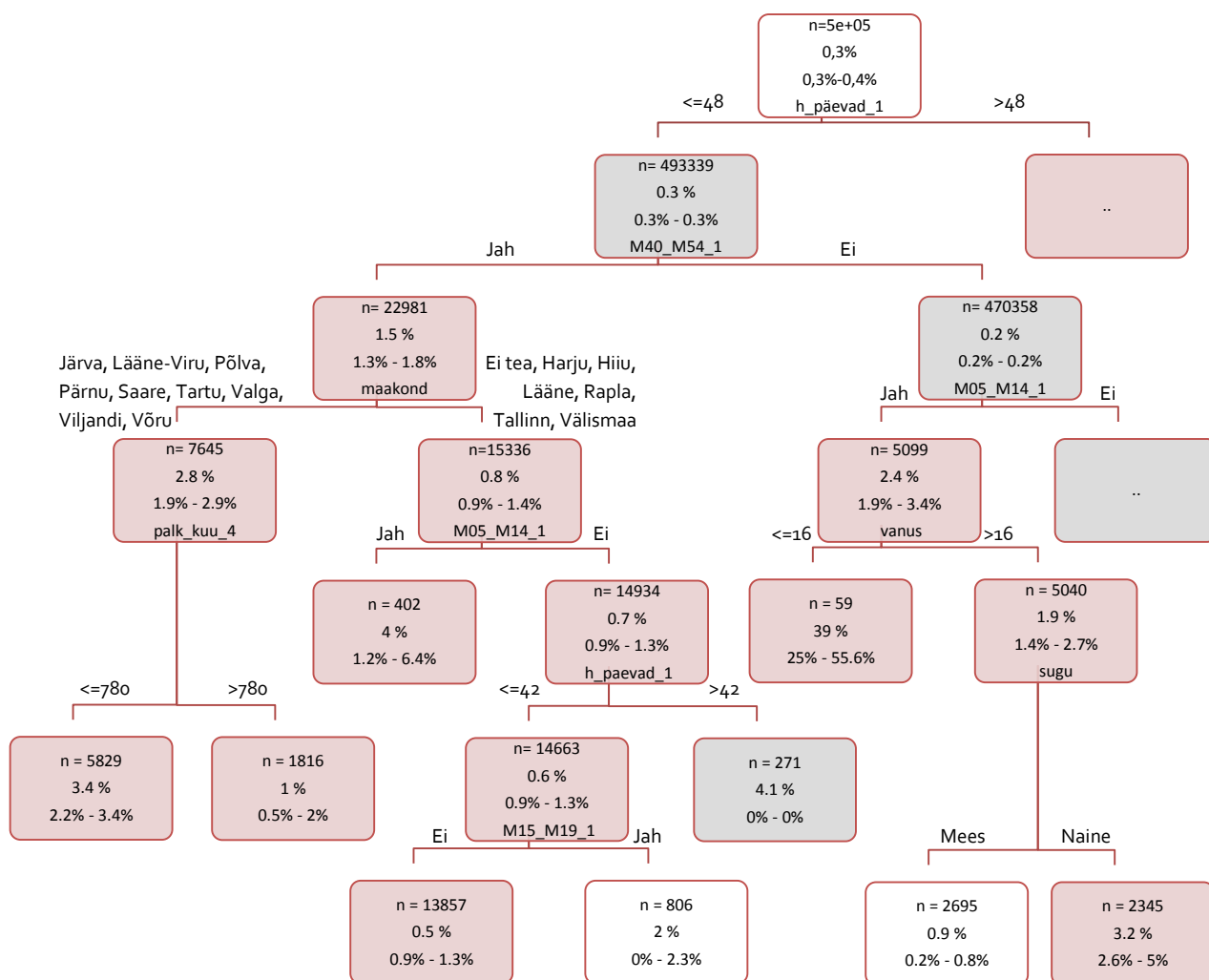
Allikas: SKA ja Haigekassa registrid, autorite arvutused

Luu- ja lihaskonnahaiguste põhiseid esmaseid PTV-sid määrati 2014. aastal ca **0,3%** üldpopulatsioonis. Ka nende haiguste puhul on esimeseks tunnuseks, mis jagab populatsiooni PTV määramiste osakaalu alusel kõige erinevamateks gruppideks, aasta summaarne **ATV päevade arv** (tunnus: h_paevad_1) – nendel, kes olid

perioodil $t-1$ ATV-d rohkem kui 48 päeva, oli tõenäosus perioodil t PTV määramiseks 4,2%, ehk pea 14 korda kõrgem kui populatsioonis keskmiselt. Seda puu haru pidi edasi liikudes joonistuvad välja järgmised grupid:

- **Dorsopaatiate e seljahaiguste olemasolu** (tunnus: $M40_M54_1$) perioodi $t-1$, koos pikema kui 48 päevase ATV-ga suurendab PTV määramise tõenäosust 8,9%-ni. Kui ATV pikkus on aga 48 päeva asemel pikem kui 84 päeva, siis tõuseb PTV määramise tõenäosus ca 15,5%-ni, ehk rohkem kui 50 korda kõrgemaks kui üldpopulatsioonis.
- Keskmisest oluliselt kõrgemad PTV määramiste osakaalud on ka nende inimeste hulgas, kellel pole küll seljahaigust, kuid on **artrooside** (tunnus: $M15_M19_1$) gruppi kuuluv tervises seisund ning kelle ATV kogukestus perioodil $t-1$ on pikem kui 48 päeva – 10%.
- Ka nendel inimestel, kellel pole ei seljahaigusi ega artroose, kuid on **põletikulised polüartropaatiad** (tunnus: $M05_M14_1$) ning kelle ATV kestus oli pikem kui 48 päeva, on 8,2% tõenäosus PTV määramiseks.
- **Pehmete kudede haigusseisund** (tunnus: $M60_M79_1$) ilma eelnevalt mainitud haigusteta tõstab koos pikema kui 48 päevase ATV perioodiga samuti olulisel määral PTV määramise tõenäosust – 4,4%-ni.
- Sama kehtib ka liigeste muude haigusseisundite kohta (tunnus: $M20_M25_1$), mis koos pikema kui 48 päevase ATV perioodiga tõstab PTV määramise tõenäosuse 4,6%-ni.

Kui liikuda edasi puu teist haru pidi, siis on pilt järgmine:



Joonis 67. Esmase PTV määramise tõenäosus 2014. aastal erinevates sotsiaaldemograafilistes gruppides luu- ja lihaskonnahaiguste diagnooside puhul. Otsustuspuu väljavõte (parempoolne haru).

*Väljavõtte tervikust puust, mis on esitatud raportile lisatud failis Puu-M.pdf

Allikas: SKA ja Haigekassa registrid, autorite arvutused

- **Seljahaiguste (M40-M54) olemasolu** suurendab PTV määramise tõenäosust ka siis, kui ATV päevade arv perioodil **t-1 on väiksem kui 48 päeva**, tõstes selle populatsiooni keskmiselt tasemelt **1,5%-ni**.
 - Kui lisaks eeltoodule elab inimene **Ida-Viru, Jõgeva, Järva, Lääne-Viru, Põlva, Pärnu, Saare, Tartu, Valga, Viljandi või Võru maakonnas**, siis tõuseb PTV tõenäosus **2,8%** ning kui inimese kuupalk (*tunnus: palk_kuu_4*) jäi perioodil **t-4 alla 780 €**, siis **3,4%**.

Madalam kuupalk võiks olla indikaatoriks sellest, et tegemist on rohkem füüsilist pingutust nõudva töökohaga ning seljahaiguste ilmnemisel on sellisele tööle tagasi pöördumine tõenäoliselt keerulisem kui vähem füüsilist pingutust nõudva töö puhul.

- Juhul kui inimese elukohaks on **Harju-, Hiiu-, Lääne- või Raplamaa, kui ta elas Tallinnas, välismaal või kui ta elukoht ei ole teada**, siis on PTV määramise tõenäosus veidi madalam (**0.8%**), kuid:
 - kui sellele lisandub haigus, mis kuulub **põletikuliste artropaatiade** gruppi (*tunnus: M05_M14_1*), siis tõuseb PTV määramise tõenäosus **4%-ni**.
- Ka nendel, kelle ei olnud seljahaiguseid, kuid kellel on haigus, mis liigitub **põletikuliste artropaatiade** alla (*tunnus: M05_M14_1*) on keskmisest arvestatavalt kõrgem PTV määramise tõenäosus (**2,4%**). Kui vaadata selles grupis **üle 16 aastaseid naisi**, siis tõuseb PTV tõenäosus **3,2%-ni**.
- Ka nendes gruppides, kus **ei olnud seljahaiguseid ega põletikulisi artropaatiad** on mõningaid populatsioonist oluliselt kõrgema PTV osakaaluga grappe. Kui inimene elas **Ida-Viru, Jõgeva, Lääne, Põlva, Pärnu, Saare, Tartu, Valga, Viljandi või Võru maakonnas** ning põdes haigust, mis on liigitatav **artrooside** alla (*tunnus: M15_M19_1*), siis on tal **2,3%** tõenäosus jääda PTV-ks³⁹. **Alla 58 aastaste** hulgas on see tõenäosus veelgi suurem (**4%**), kuid tõenäoliselt on eeskätt tegemist sellega, et oluline osa vanematest töövõimetutest on suundunud juba tööturult välja.
- Samades maakondades joonistub välja veel 2 gruppi, kus PTV tõenäosus on oluliselt suurem kui populatsioonis keskmiselt – need on inimesed, kelle:
 - **ATV päevade arv jääb alla 26 päeva**, kuid kellel on PTV määramise aastal ravitud **dorsopaatiad e seljahaigusi** (*tunnus: M40_M54_1*) – **1,2%**.
 - **ATV päevade arv jääb 26 ja 48 päeva vahele** – **1,8%**.

³⁹ Ka teistes maakondades on PTV määramise tõenäosus selle haiguste grupi puhul suurem, kuigi erinevused populatsiooni keskmisega on veidi tagasihoidlikuma (PTV määramise tõenäosus - 1,2%).

- See on ainuke mudel, kus tulevad sisse ka soolised erinevused – põletikuliste artropaatiate puhul on naiste tõenäosus pärast 48 päevast ATV-d PTV määramiseks oluliselt suurem kui meestel.

5.4.4 Kokkuvõte

Teisi taustategureid arvesse võttes on nii diagnooside kaupa eraldi kui kõiki diagnooside gruppe koos vaadates PTV määramisega kõige selgemini seotud teguriks haiguslehe pikkus PTV määramisele eelneval aastal. Haiguslehe pikkuste osas joonistuvad välja kolm haiguslehe pikkuse perioodi:

- 1) Kui haiguslehe pikkus oli PTV määramisele eelneval aastal alla 48 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 0,8%,
- 2) Kui haiguslehe pikkus oli PTV määramisele eelneval aastal rohkem kui 48-79 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 6,3%,
- 3) Kui haiguslehe pikkus on 79-122 päeva, siis on PTV määramise tõenäosus 11%
- 4) Kui haiguslehe pikkus on enam kui 122 päeva, siis on PTV määramise tõenäosus 23,5%.

Seega on haiguslehe pikkus heaks indikaatoriks PTV määramiseks. Arvestades asjaolu, et esmane PTV vaatlusalustes diagnoosigruppides määrati aastas vaid 1% elanikkonnast ja seega on tegemist väikese levikuga nähtusega, siis enam kui 48-päevase haiguslehe korral kasvab PTV määramise tõenäosus kuus korda.

Muudest teguritest määrab mitmete gruppide osas oluliselt suurema PTV määramise tõenäosuse maakond, kus inimene elab. See viitab maakondlikele erinevustele PTV määramise protsessis või maakondlikele erinevustele tervises. Selleks, et vältida regionaalset ebavõrdsust, tuleks analüüsida lähemalt, mis maakondlikke erinevuste tekkimist selgitab, et vältida sellist olukorda töövõimereformiga rakenduva uue süsteemi juures. Varasemalt on tähelepanu juhitud sellele, et maakondlikud erinevused PTV määramisel on seotud maakondade töötuse määraga, mis viitab samuti erinevustele töövõimetuse määramise protsessis ning vajadusele ühtlustada protsessi üle maakondade. Täpsemat analüüsi vajab siiski see, millises protsessi etapis erinevused tekivad.

Riskigrupid, kellel on oluliselt suurem tõenäosus PTV määramiseks pikema ATV korral on järgmised:

1. ATV pikkus on 79-122 päeva ja **töötasu alla 503 euro**, siis PTV tõenäosus on 15%;
2. ATV pikkus on enam kui 49 päeva ja inimesel on **südame isheemiatõbi** (I20-I25) ja ta on **noorem kui 61 aastat**, siis on järgmise aasta PTV tõenäosus 25,2%;
3. ATV pikkus on enam kui 49 päeva ja inimesel on **muude südamehaiguste** alla kuuluv haigus (I30-I52), siis on järgmise aasta PTV tõenäosus 11,7%;
4. ATV pikkus on enam kui 49 päeva ja inimesel on **kõrgvererõhahaiguste gruppi** kuuluv haigus (I30-I52), siis on järgmise aasta PTV tõenäosus 3,4%;
5. ATV pikkus on enam kui 48 päeva ja inimesel on **seljahaigused** (M40-M54), siis on järgmisel aastal PTV saamise tõenäosus 8,9%. Veelgi pikema ATV-ga (84 päeva) kasvab tõenäosus 15,5%;
6. ATV pikkus on enam kui 48 päeva ja inimesel on **artroosid** (M15-M19), siis on järgmisel aastal PTV määramise tõenäosus 10%;
7. ATV pikkus on enam kui 48 päeva ja inimesel on **põletikulised polüartropaatiad** (M05-M14), siis on järgmisel aastal PTV määramise tõenäosus 8,2%.
8. ATV pikkus on enam kui 48 päeva ja inimesel on **pehmete kudede haigusseisundid** (M60-M79), siis on järgmisel aastal PTV määramise tõenäosus 4,4%.
9. ATV pikkus on enam kui 48 päeva ja inimesel on **liigeste muud haigusseisundid** (M20-M25), siis on järgmisel aastal PTV määramise tõenäosus 4,6%.

Lühemate ATV-de korral on riskigrupid järgmised:

1. **Vanus üle 45 aasta** tõstab PTV tõenäosust üldisemalt ka lühemate ATV-de korral. Eriti kombinatsioonis sellega, kui elukoht ei ole rahvastikuregistris märgitud või on välismaal. Konkreetseid grupid, mis välja saab tuua on:
 - a. 45-55 aastased, kes 2009. aastal ei töötanud ja elavad välismaal, määrati esmane PTV 2014. aastal 4,4%

- b. Vanemad, kui 55-aastased, kes 2009. aastal ei töötanud ja elavad välismaal, määrati esmane PTV 2014. aastal 14,4%
- c. Inimene on vanem, kui 45-aastasne, ATV on 37-48 päeva, elukoht ei ole teada või on välismaal, siis on PTV määramise tõenäosus järgmisel aastal 3,1%
- 2. Erinevate maakondade kombinatsioonid **samade haiguste rühmadega, mis määravad ka pikema haiguslehe** korral PTV määramise suurema tõenäosusega, suurendavad ka lühemate ATV-de korral PTV määramise tõenäosust:
 - a. **Kõrgvererõhkhaigused** (osades maakondades 3,1%) eriti kombinatsioonis sellega, kui inimene ei töötanud (8,6%)
 - b. **Muud südamehaigused** (1,7%), kui inimene on alla 61 aasta vana (4%)
 - c. **Seljahaigused** (1,5%), kui on madalam töötasu kui 708 eurot, siis 3,4%
 - d. **Põletikulised artropaatiad** (2,4%) eriti kombinatsioonis sooga (naistel 3,2%)
 - e. **Artroosid** (2,3%), kui inimene on alla 58 aasta vana (4%)

Psüühika- ja käitumishäiretega PTV määramise seoste analüüsi olemasolevate taustatunnustega analoogse otsustuspuu meetodiga ei olnud võimalik teha. See näitab, et psüühika- ja käitumishäirete teke ei ole otseselt seostatav kasutatavate taustateguritega ning riskigrupid moodustuvad teistsuguste tunnuste põhjal.

6 Töövõimetuse seosed töötamise, töökeskkonna, töötingimustega

Töövõimetuse seosed töötamise, ameti- ja tegevusalade, töökeskkonna, töötingimustega on tagantjärele raskesti objektiivselt mõõdetavad, mistõttu selles peatükis tuginetakse peamiselt inimeste endi subjektiivsetele hinnangutele⁴⁰. Järgnevalt analüüsitakse küsitluse baasil töökeskkonna ja töötingimuste mõju haiguse arengule (sh ohutegureid töökeskkonnas) ning tervisekontrolle ja töövõimekaoga töötaja toetamist tänases töökeskkonnas. Küsitluse ja tööandjate intervjuude põhjal käsitletakse töötervishoiusüsteemi Eestis ja kuivõrd see aitab kaasa töökeskkonna negatiivsete tervisemõjude vähendamisele. Lõpetuseks pööratakse eraldi tähelepanu ATV ajal töötamisele – selle võimalikkusele ja eeldustele. Peatüki eesmärgiks on anda ülevaade töötamise ja tervise omavahelistest seostest sihtrühma kuuluvate Eesti töövõimekaoga elanikkonna ja nende tööandjate perspektiivist. Peatükis analüüsitakse sihtrühma töötingimusi ja töökeskkonna ning tervise seoseid.

Üheks sihtrühma grupiks on pikaajalised ATV-d ning seega räägitakse ATV-st kui inimestest, kes olid küsitlusele eelneval aastal kokku 60 päeva või enam haiguslehel. Kõikidel peatüki joonistel tähistab lühend ATV uuringu sihtrühma kuuluvaid ATV-sid. Sihtrühma inimesi koos, st PTV, KH, TPH ja pikaajaline ATV, nimetatakse peatükis ka töövõimekaoga töötajateks.

Käesolev peatükk põhineb suures osas töövõimekaoga inimeste küsitluse analüüsil ja seega räägitakse ajutiselt töövõimetutest kui küsitlusele eelneval aastal (2014. a) vähemalt 60 päeva haiguslehel viibinutest. Püsivalt töövõimetute osas tuleb silmas pidada, et küsitlus viidi läbi nende seas, kellele määrati esmane töövõimetus 2014. aastal ja oli töötamise kogemus vähemalt viimase kolme aasta jooksul. Seetõttu ei ole tulemused otseselt kehtivad kõikidele püsivalt töövõimetutele (küsitluse metoodika kohta vt täpsemalt andmete ja metoodika peatükist). Küsitlustulemuste põhjal järelduste tegemisel tuleb silmas pidada, et tegu on sihtrühmade subjektiivsete hinnangutega, mis on mõjutatud meenutusvigadest ning lähtub vastaja teadmistest ning positsioonist.

6.1 Töökeskkonna ja töötingimuste mõju haiguse arengule

Töötamine võib avaldada mõju inimese tervisele mitmel erineval moel, nagu on viidatud peatükis 1.2. Töötamine kokkupuutel töökeskkonna ohuteguritega võib mõjutada tervist negatiivselt, samas võib töötamine tervist mõjutada ka positiivselt läbi sotsiaalse ja aktiivse keskkonna. Seetõttu analüüsime esmalt, millist rolli töötamine töövõimetute tervisele nende enda hinnangul avaldas. Seejärel keskendume sellele, millised töökeskkonna ohutegurid olid need, mis inimese tervisele kõige enam negatiivset mõju avaldasid.

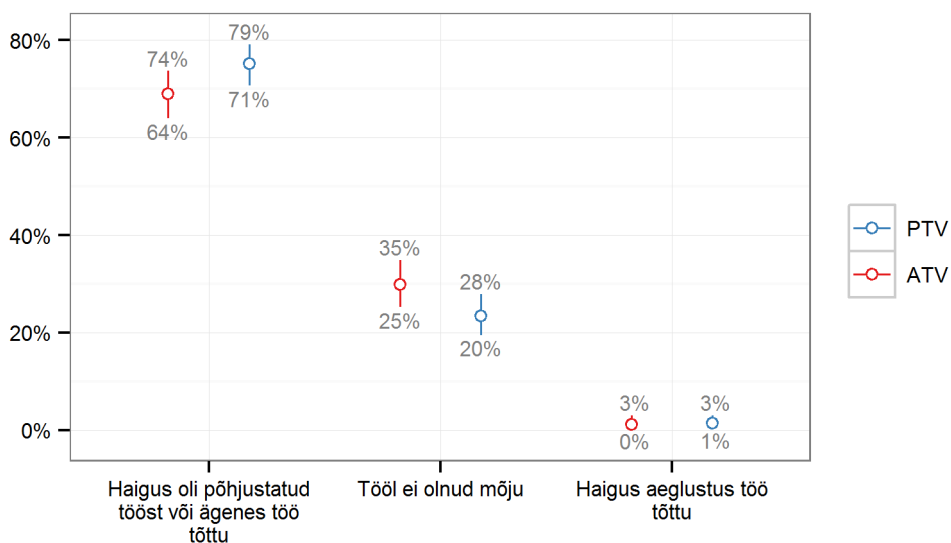
6.1.1 Töötamine töövõimetuse põhjustajana

KH ja TPH puhul on selge, et töötamine ongi haiguse põhjustanud, see tuleneb definitsioonist. PTV puhul on ametlikuks haigestumise põhjuseks enamasti üldhaigestumine (90%). Kuid isegi juhul, kui haiguse otsene põhjus ei ole töötamine, võib haigus olla mõjutatud töötingimustest. Pikaajalise ATV seose kohta töötamisega ei saa registriandmete põhjal midagi öelda.

Küsitlusandmete alusel aga PTV-dest, kellel on töötamise kogemus viimase kolme aasta jooksul, leiab ligikaudu kolmandik, et nende töövõimetuse põhjus on tööga seotud haigus või õnnetus. Lisaks neile leiavad ülejäänutest pooled, et PTV-d põhjustav haigus süvenes tänu tööle. Kokku on seega kõikidest uuringu sihtrühma kuuluvatest PTV-dest ligi kolmel neljast töötamine negatiivselt mõjutanud haiguse arengut (Joonis 69). Ka pikaajalistest

⁴⁰ KH kohta viiakse läbi uurimine ja kaardistatakse täpselt töökeskkonnas olevad riskitegurid, mis põhjustasid haigestumise. Siiski ei analüüsita neid dokumente siinkohal, sest uuringu sihtrühmast moodustavad KH-d väikese osa, teisi sihtrühmi ei ole objektiivsete näitajate alusel võimalik uurida ning seega otsustati ühtse küsitluspõhise analüüsi kasuks.

ATV-dest on inimeste osakaal, kelle haiguse kujunemist on töötamine mõjutanud, samasuguses suurusjärgus või veidi väiksem.

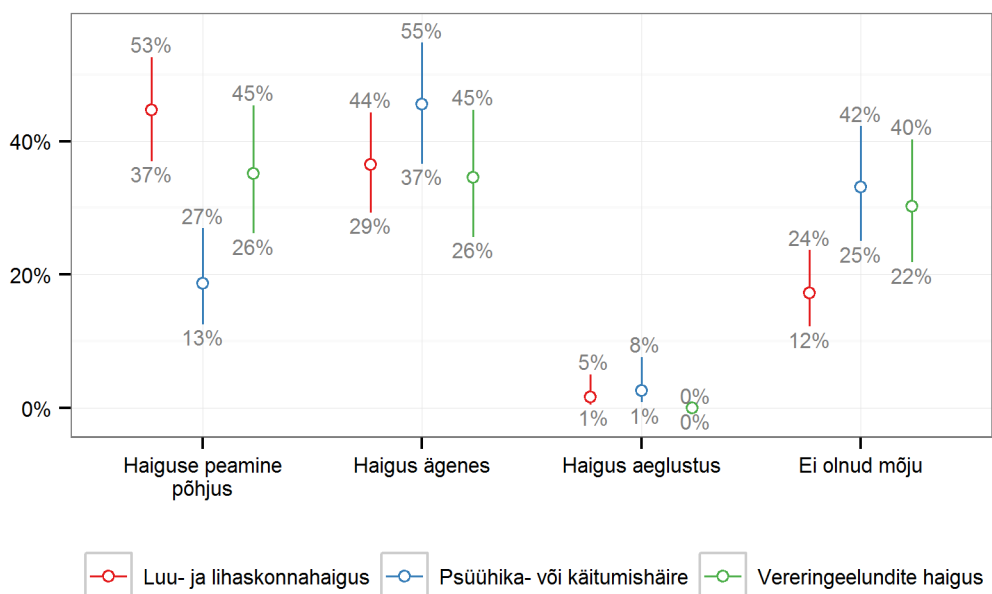


Joonis 69. Töötamise mõju haigestumise hetkel haiguse arengule, % sihtrühmast

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

PTV

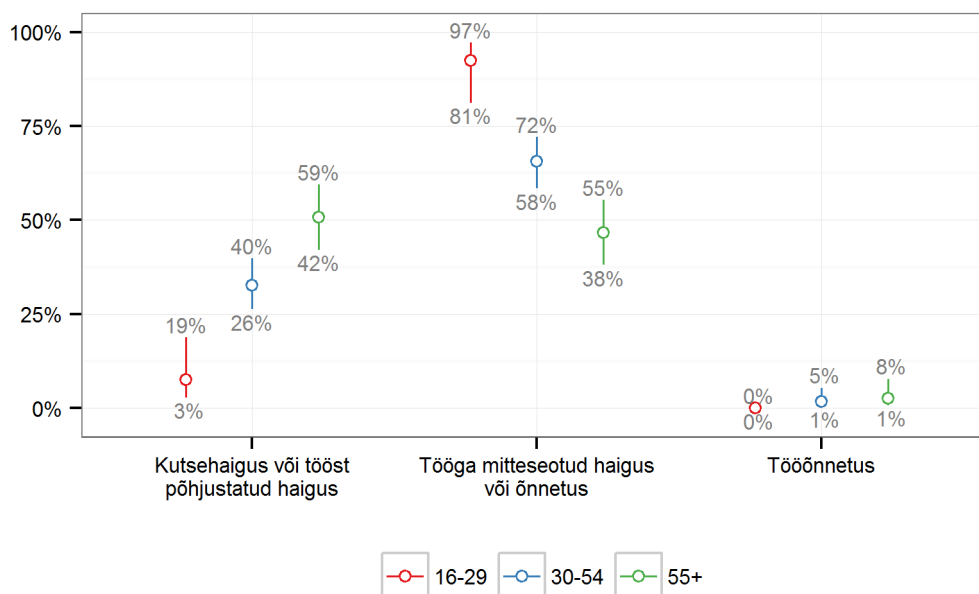
Erinevate diagnooside gruppidega inimesed hindavad erinevalt tööga seotud haigestumist või vigastust PTV põhjustajana (vt Joonis 70). Luu- ja lihaskonna haigusega PTV-dest suurim osa (kuni pooled) leiavad, et nende haigus on põhjustatud tööga seotud haigusest või õnnetusest. Ka vereringeelundkonna haigustega inimestest suhteliselt paljud - veerand kuni pooled - leiavad, et PTV seondub tööga. Vaid psüühika- või käitumishäirega inimeste seas on süstemaatiliselt rohkem inimesi, kes leiavad, et nende PTV tekke põhjuseks on tööga mitteseotud haigus või õnnetus. Samas on neist siiski märkimisväärne osa, kes leiavad, et haigus ägenes töötamise tõttu.



Joonis 70. PTV tekke põhjused diagnooside lõikes, % PTV-dest diagnooside lõikes

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Vanuse tõustes suureneb tööga seotud haiguse osakaal PTV tekke põhjusena ja tööga mitteseotud haiguse roll PTV põhjustajana väheneb (Joonis 71). Kõige nooremas vanusegrupis leiavad alla viiendiku töötavatest PTV-dest, et nende PTV tekke põhjuseks on tööga seotud haigus. Keskmises vanusegrupis on selliseid üle kolmandiku ja kõige vanemas üle poole. Pöördvõrdeliselt vanuse tõusmisega väheneb nende arv, kes leiavad, et nende PTV tekke põhjuseks on tööga mitteseotud haigus või õnnetus. Kuna töötamise negatiivne mõju avaldub sageli pikema perioodi jooksul, muutuvad vanuse kasvades töökeskkonna ja töötingimuste mõjud probleemseks ja viivad töövõimetuse tekkeni.

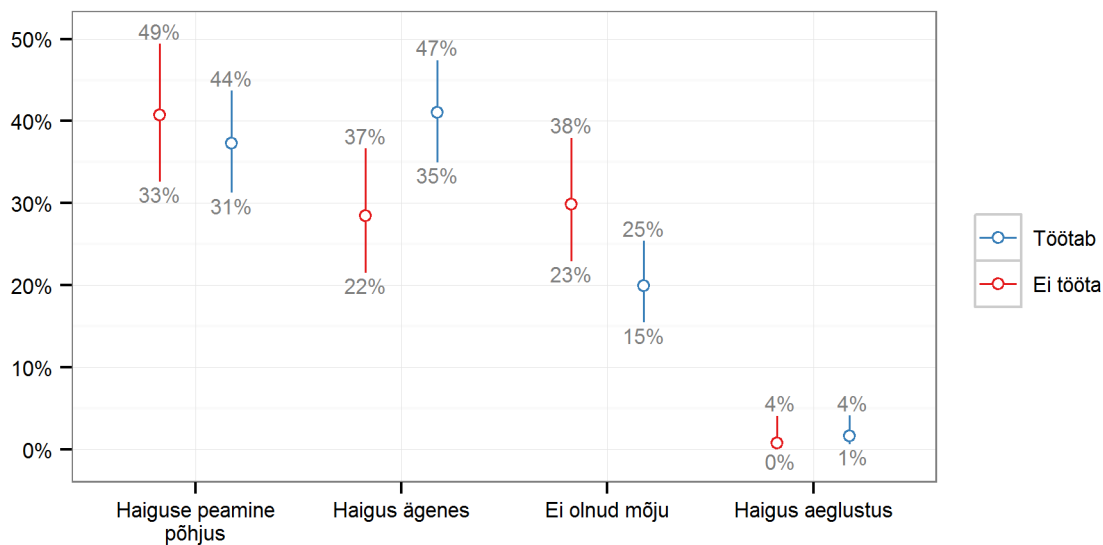


Joonis 71. PTV tekke põhjused vanuse lõikes, % PTV-dest

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Soo ja töökoormuse lõikes ei ole olulisi erinevusi selles, kuidas inimesed hindavad PTV põhjustavate haiguste seotust tööga.

Pärast PTV saamist edasi töötavad töid veidi sagedamini (35-47%) välja, et töötamise mõjul haigus ägenes kui mitte-töötavad (22-37%) (vt Joonis 72). Mitte-töötavatest PTV-dest valisid selle võrra sagedamini vastusevariandiks mõju puudumine.



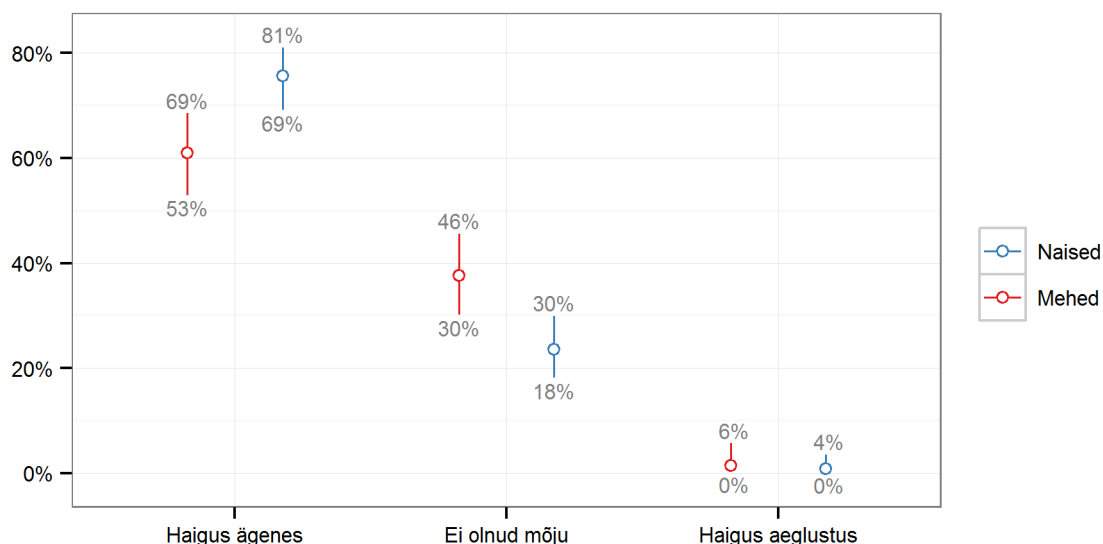
Joonis 72. Töötamise mõju haiguse arengule tänase töötamise lõikes, % PTV-dest

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Pikaajaline ATV

Ka enamik pikaajalisel ATV-l olnuist leiavad, et töötamine mõjutas nende tervist negatiivselt ja selle tõttu haigus ägenes (Joonis 69). Märksa vähem, alla kolmandiku on neid, kes leiavad, et töötamisel ei olnud haiguse arengule mitte mingit mõju. Ja üksikutel juhtudel on töötamine mõjutanud haiguse kulgu positiivselt.

Diagnooside, töötamise, töökoormuse ja vanuse lõikes ei ole statistiliselt olulisi erinevusi. Soolised erinevused on haiguse mõju hinnangutes märgatavad (Joonis 73). Naistest suurem osa arvavad, et haigus ägenes töötamise tõttu (61-73%) kui meestest (47-62%). Meestest seevastu mõnevõrra enam leiavad, et töötamisel ei olnud mõju haigusele.



Joonis 73. Töötamise mõju haigestumise hetkel haiguse arengule, % pikaajalistest ATV-dest

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

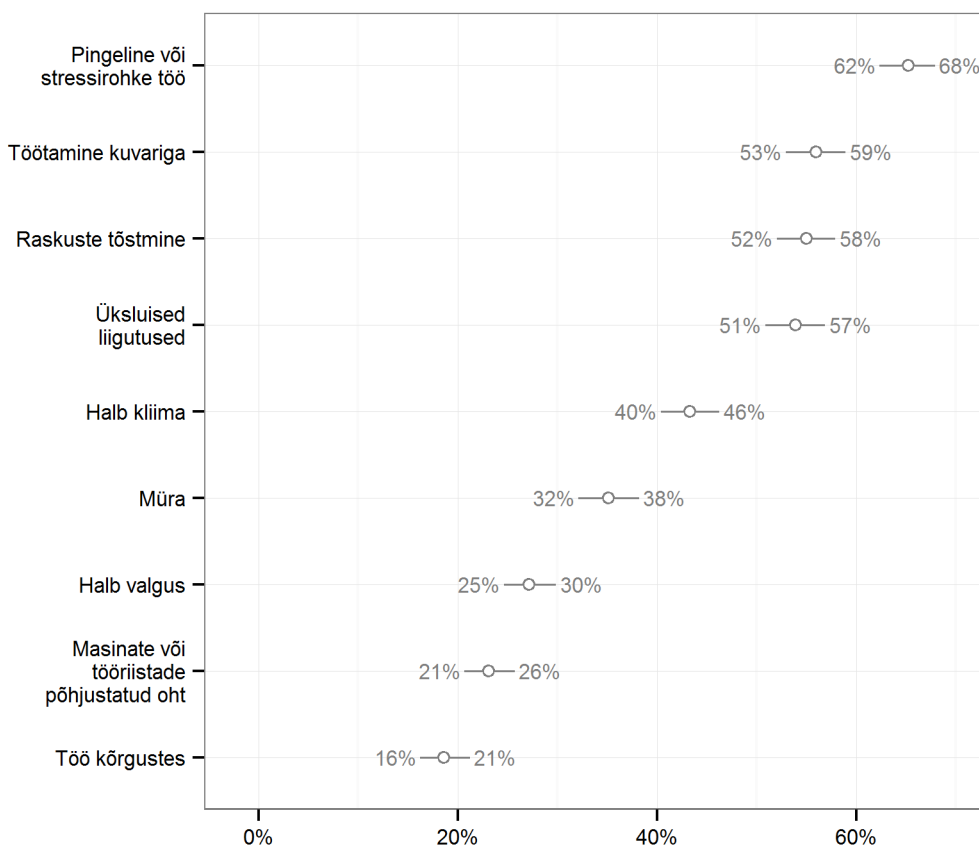
Kokkuvõttes on PTV-dest ja pikaajalistest ATV-dest kolm neljast seisukohal, et haigus oli põhjustatud tööst või see ägenes töötamise tõttu. Seega on töö ja töötingimustel oluline roll selliste haiguste kujunemisel ning seda

vaatamata asjaolule, et ametliku töövõimetuse põhjusena on PTV korral töötamine märgitud suhteliselt harva. Ka töötamise jätkates hindavad enamasti PTV-d või pikaajalisel ATV-l viibinud inimesed töötamise mõju tervisele pigem negatiivseks. Samas, töötamist jätkates on töö mõju positiivseks hindavate inimeste osakaal veidi suurem võrreldes sellega, kui paljud hindavad töö mõju positiivseks haiguse arenemise faasis (vt peatükki 6.2 Töötamise jätkamine ja selle mõju tervisele).

6.1.2 Kokkupuude töökeskkonna ohuteguritega

Töökeskkonna ohutegurid sõltuvad suuresti konkreetsest tegevusalast ja ametist. Mõistmaks töövõimekaoga töötajate kokkupuudet erinevate ohuteguritega kasutame võrdlusbaasina töötava elanikkonna keskmist kokkupuudet ohuteguritega, mille tuletame Statistikaameti 2009. a Tööelu-uuringu (TEU) andmetest.

Lähtudes TEU (2009) andmetest on levinuim töökeskkonna ohutegur Eestis keskmiselt pingeline või stressirohke töö. Siin tuleb aga arvestada, et ohutegurit mõõdeti TEU-s kolme erineva täpsema küsimusega, mistõttu on tõenäoline, et võrreldes uuringu raames läbiviidud küsitlusega hindab see tööstressi esinemist kõrgemalt. Ülejäänud ohutegurite osas saab selgelt välja tuua ohutegurite rühma, mida esineb sageli ehk vähemalt pooled töötajatest puutuvad nendega kokku. Nendeks ohuteguriteks on töötamine kuvariga, raskuste tõstmine ning üksluised liigutused. Veidi harvem on töökohal ohuteguriks halb kliima (40-46% töötajatest). Sellele järgnevad müra (32-38%) ja halb valgus (25-30%). Nimetatud ohuteguritest kõige harvem puutuvad töötajad kokku masinate või tööriistade põhjustatud ohu (sh elektrilöögi ohuga) (21-26%) ja kõrgustes töötamisega (16-21%).



Joonis 74. Eesti töötajate kokkupuude ohuteguritega töökohal, % töötavast elanikkonnast, kellel on kokkupuude 2009. a

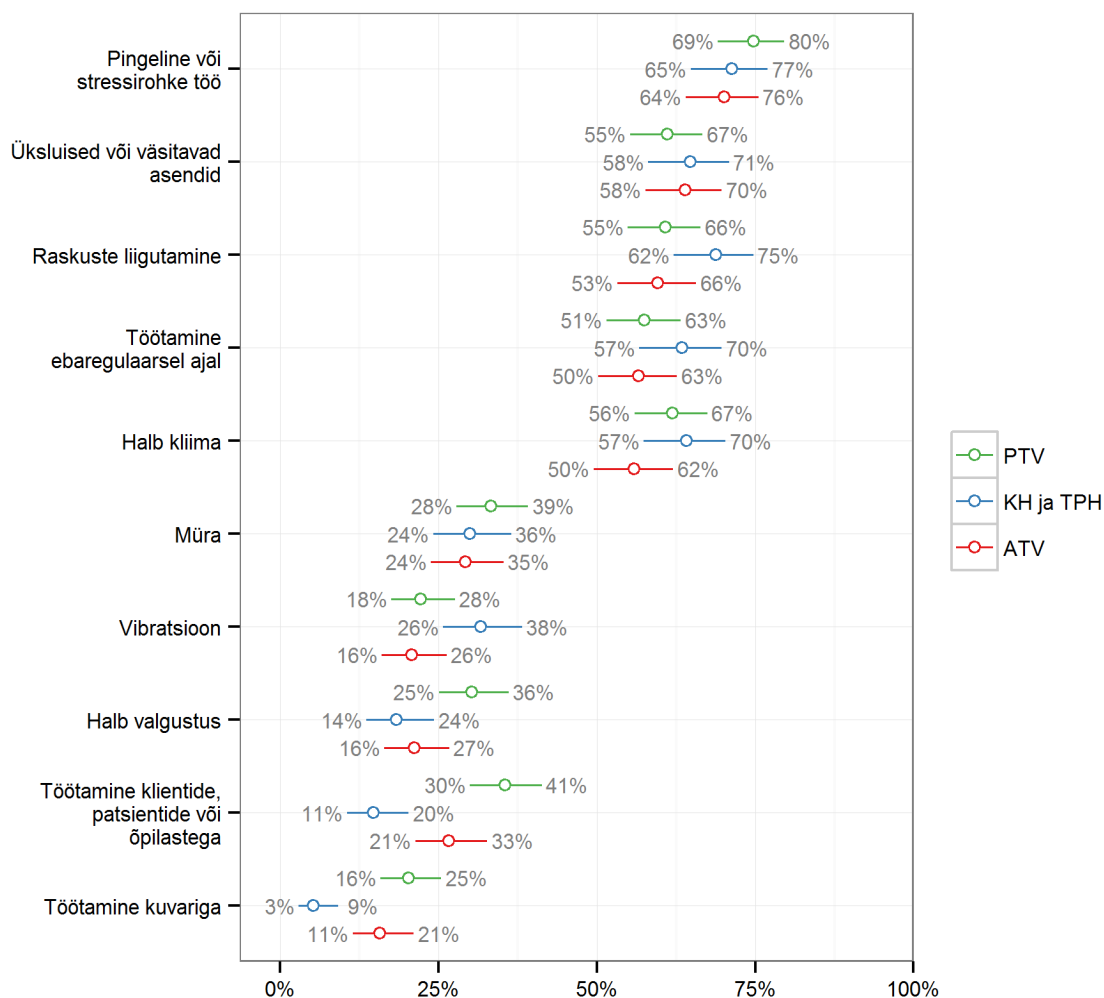
Allikas: TEU 2009, autori arvutused

Käesoleva uuringu sihtrühma kuuluvate inimeste kokkupuute sagedus ohuteguritega on üldjoontes sarnane kui Eestis üldiselt (vt Joonis 75). Kõige sagedasem ohutegur, mis tervist mõjutas oli pingeline või stressirohke töö ja

sellele järgnesid raskuste tõstmine, üksluised või väsitavad liigutused ning halb kliima. Samasuguse sagedusega ohuteguriks, mis tervisele negatiivselt mõjus, on lisaks veel ebaregulaarne tööaeg.

Oluliseks erinevuseks Eesti keskmisest ohuteguritega kokkupuutest on uuringu sihtrühma korral töötamine kuvariga. Kõik uuringu sihtrühmad on märkimisväärselt vähem hinnanud tervist mõjutavaks ohuteguriks töötamist kuvariga. Eestis tervikuna on enam kui poolte inimeste töötingimuste seas töötamine kuvariga. PTV seas mõjutas töötamine kuvariga vähem kui veerandi töötajate tervist, pikaajaliselt ATV-st vähem kui viiendiku ning KH-dest ja TPH-dest vaid vähem kui kümnendikul. Seega kuvariga töötamine ei mõjuta sellisel määral PTV kujunemist, kui mõned teised ohutegurid või töötasid uuringu sihtrühma kuuluvad inimesed töökohtadel, kus oli vähem kuvariga töötamist. Samuti võib tulemus olla seotud diagnooside piiranguga, mis uuringus on seatud ehk kuvariga töötamisest võivad tekkida haigused, mis ei kuulu luu- ja lihaskonna, vereringeelundkonna või psüühika- ja käitumishäirete gruppi.

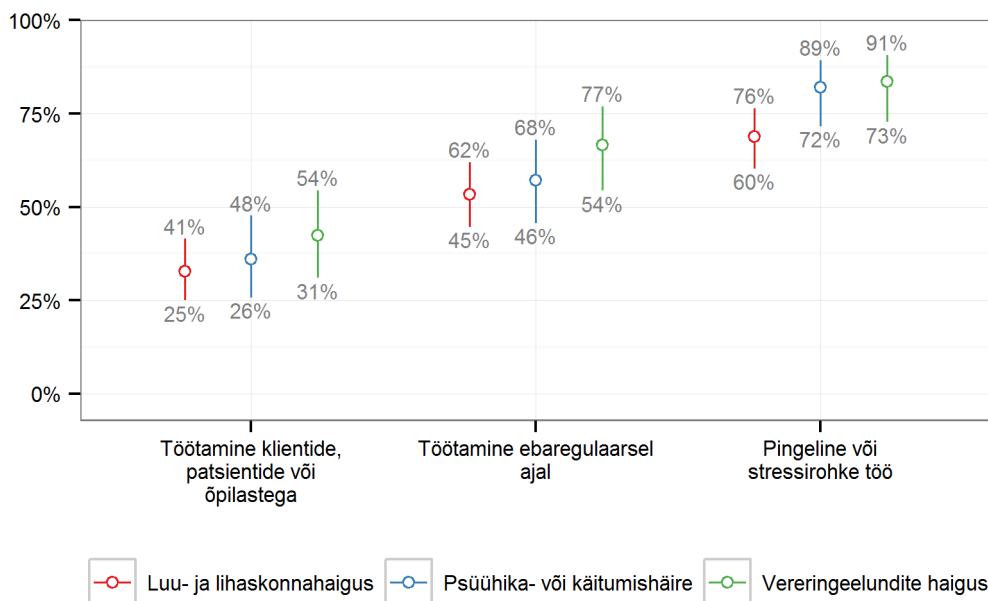
KH ja TPH-sid on võrreldes PTV või pikaajalise ATV-ga vähem inimestel, kellel on olnud töökoht, millel oli kokkupuude klientide, patsientide või õpilastega. Ohutegur, mida aga KH ja TPH-de poolt tervist halvendava tegurina teistest sihtrühmadest sagedamini mainiti, oli kokkupuude vibratsiooniga.



Joonis 75. Sihtrühma kokkupuude tervist halvendavate ohuteguritega tööl haigestumise hetkel (mitme valikvastusega küsimus), % PTV, pikaajalistest ATV, KH ja TPH-dest

Allikas: Töövõimeuse küsitlus

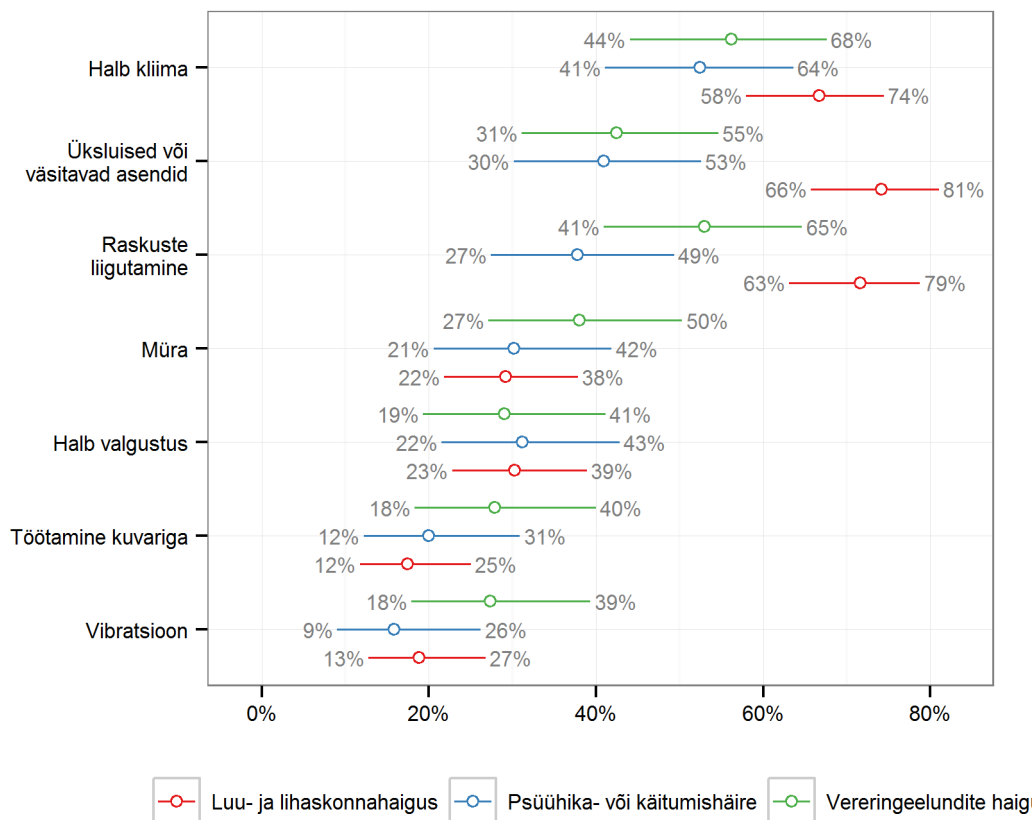
PTV erinevate diagnooside võrdluses on psühhosotsiaalsete ohutegurite leviku järjestus sama: enim levinud oli pingeline või stressirohke töö, sellele järgnes töötamine ebaregulaarsel ajal ja kolmest ohutegurist kõige vähem nimetati töötamist klientide, patsientide ja õpilastega. Luu- ja lihaskonnahaiguste diagnoosiga töötajad eristuvad teisest mõnevõrra selle poolest, et töötamist klientidega ning stressirohket tööd nähti ohutegurina vähem.



Joonis 76. PTV-de hinnangud kokkupuutele tervist halvendanud psühhosotsiaalsetele ohuteguritele diagnoosi lõikes, % neist, kelle tervist töö negatiivselt mõjutas

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Füüsiliste ohuteguritest nimetatakse ohuteguritena kõige sagedasemalt halba kliimat, üksluseid asendeid või väsitavaid, valu tekitavaid asendeid ja raskuste liigutamist. Nimetatud kolm ohutegurit on luu- ja lihaskonna diagnoosiga inimeste seas ülejäänud diagnoosigruppidega võrreldes rohkem levinud. Psüühika- ja käitumishäire diagnoosiga inimeste seas on samad ohutegurid samuti levinud, kuid ei eristu teistest teguritest nii tugevalt.



Joonis 77. PTV-de, kelle tervist töötamine negatiivselt mõjutas, hinnangud füüsilistele ohuteguritele diagnoosi lõikes

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Ohutegurite levik **ametite ja soo** lõikes on vastavuses ametikohtadele iseloomulike ja soolisele ametialasele segregatsioonile vastavate ohutegurite levikuga. Arvestades seda, et uuringu sihtrühm töötab proportsionaalselt enam väiksema oskumahukusega ametikohtadel, iseloomustab ohutegurite levik ka nendel ametikohtadel enam levinud ohutegureid. Soolises lõikes paistab silma ohutegurite jagunemine vastavalt meeste ja naiste segregatsioonile teenindavate ja tootvate tööde lõikes.

Vanusegruppide lõikes PTV-de seas statistiliselt olulisi erinevusi ei ole.

Pikaajaliste ATV-de seas on erinevused diagnooside lõikes väiksemad. Eristub vaid see, et luu- ja lihaskonna- haigustega inimesed nimetasid võrreldes vereringeelundite haigustega inimestega sagedamini üksluseid asendeid (63-79% võrreldes 44-66%). Psühhosotsiaalsete ohutegurite puhul tõid psüühika- ja käitumishäiretega inimesed teistest sagedamini välja kokkupuudet pingelise või stressirohke tööga. Soo lõikes sarnanevad pikaajalised ATV-d PTV-dega. Vanuse lõikes toovad 30-54-aastased pikaajalised ATV-d vähem (38-57%) välja halba kliimat kui 55-aastased ja vanemad (53-73%). Pikaajaliste ATV-de seas töötamise ja töökoormuse lõikes erinevusi ei ole.

6.1.3 Kokkuvõte

KH ja TPH puhul on ilmne, et inimese terviseprobleemid tulenevad otseselt töökeskkonnast ja töötingimustest. Pikaajalise ATV-de ja PTV-de kohta võib **üldistatult öelda, et 3/4 pidas töötamise mõju oma tervisele negatiivseks**. Enamik ülejäänutest leidsid, et töötamisel ei olnud mõju ja vaid üksikud inimesed leidsid, et töötamisel oli positiivne mõju.

Diagnoosidest paistavad silma psüühika- ja käitumishäiretega inimesed, kellest väiksema osa jaoks on haigus peamiselt tööst põhjustatud. Samas on nende seas rohkem neid, kes leiavad, et haigus ägenes töötamise tõttu.

Vanuse tõustes muutub tööga seotud haigus olulisemaks PTV ja tööga mitteseotud haiguse roll PTV põhjustajana väheneb.

Pikaajaliste ATV-de seas ilmnesid erinevused soo lõikes. Naistest suurem osa arvavad, et haigus ägenes töötamise tõttu (61-73%) kui meestest (47-62%). Meestest seevastu mõnevõrra enam leiavad, et töötamisel ei olnud mõju haigusele.

Töövõimekaoga inimeste ameti- ja tegevusalade jaotus võrreldes Eesti keskmisega on kaldu madalamate ametikohtade suunas. Samas uuritavasse sihtrühma kuuluvate inimeste **kokkupuute sagedus töökeskkonna ohuteguritega** on üldjoontes sarnane kui Eestis. Kõige sagedasem töökeskkonna ohutegur, mis tervist mõjutas oli pingeline või stressirohke töö ja sellele järgnesid raskuste tõstmine, ükslused või väsitavad liigutused ning halb kliima ja ebaregulaarne tööaeg. Kõikide uuringu sihtrühma gruppide seas on võrreldes Eesti keskmisega märkimisväärselt vähem hinnatud tervist mõjutavaks ohuteguriks töötamist kuvariga. Seega kuvariga töötamine ei mõjuta sellisel määral PTV kujunemist, kui mõned teised ohutegurid või töötasid uuringu sihtrühma kuuluvad inimesed töökohtadel, kus oli vähem kuvariga töötamist.

Ohutegurite leviku osas ilmnesid järgnevad eripärad gruppide lõikes:

- KH ja TPH-d töötasid võrreldes PTV või pikaajalise ATV-ga vähem töökohtadel, millel oli kokkupuude klientide, patsientide või õpilastega. Ohutegur, mida aga KH ja TPH poolt tervist halvendava tegurina teistest sagedamini mainiti, oli kokkupuude vibratsiooniga.
- Füüsiliste ohutegurite tajumine on sarnasem psüühika- ja käitumishäiretega ning vereringeelundite haiguse diagnoosiga inimeste seas võrrelduna luu- ja lihaskonnahaigustega inimestega. Luu- ja lihaskonnahaiguste diagnoosiga sihtrühma töötajad eristuvad teisest mõnevõrra selle poolest, et töötamist klientidega ning stressirohket tööd nähakse ohutegurina vähem ning üksluseid või väsitavaid asendeid ja raskuste liigutamist rohkem.
- Pikaajaliste ATV-de seas tõid psüühika- ja käitumishäiretega inimesed teistest sagedamini välja kokkupuudet pingelise või stressirohke tööga.

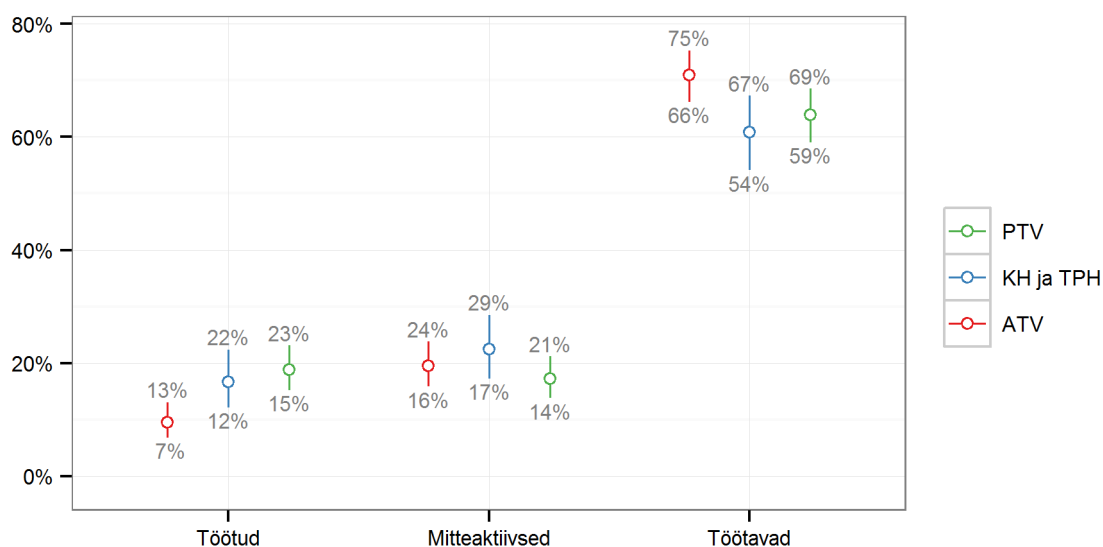
6.2 Töötamise jätkamine ja selle mõju tervisele pärast PTV, KH määramist või pikaajalist ATV-d

Selles peatükis analüüsitakse töövõimekaoga inimeste töövõimet ja tööhõivevõimet, töötervishoidu tänasel töökojal ning töötajate ja tööandjate hinnanguid varajase sekkumise võimalustele ja tulemuslikkusele.

6.2.1 Sihtrühma töövõime ja tööhõivevõime ning neid piiravad tegurid

Töövõimekaoga inimeste puhul on üheks peamiseks küsimuseks, kas ja mil määral on nad suutelised tööturul aktiivselt osalema. Sihtrühmast keskeltläbi 2/3 töötas küsitluse läbiviimise ajal⁴¹ ja veel 38-49%, mitte-töötavatest inimestest otsis aktiivselt tööd (vt Joonis 78). Võib öelda, et enamik hiljutise töötamise kogemusega töövõimekaoga inimestest on võimelised ja huvitatud töötamisest. Vaid kuskil 1/6 on tänaseks töötamisest ja tööotsimisest loobunud.

⁴¹ Küsitluse sihtrühma kuulusid PTV-d, kellel oli hiljutine töötamise kogemus, 2014. aastal pikaajaliselt ATV-d ja 2014. aastal registreeritud KH või TPH inimesed. See selgitab, miks registriandmete põhjal on töötamise sagedus oluliselt väiksem, kui küsitluse põhjal leitud.

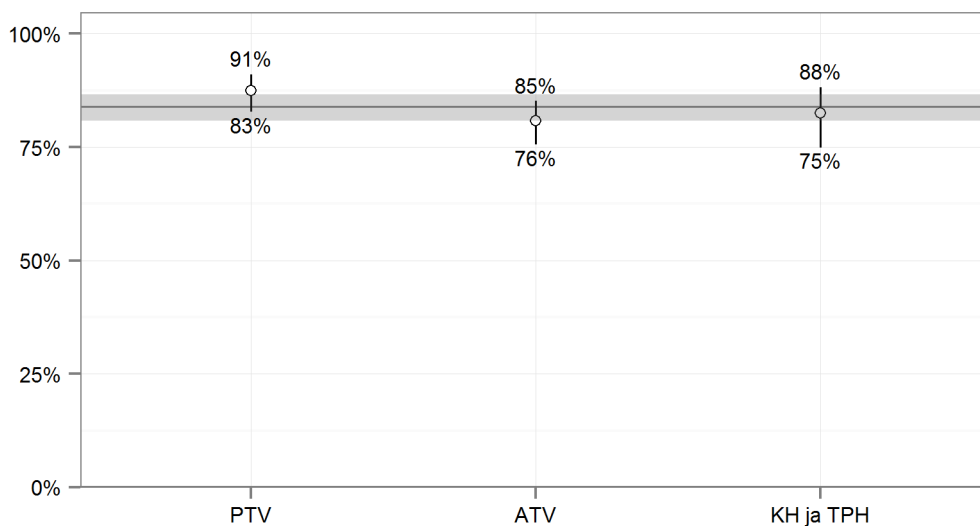


Joonis 78 Sihtühmade osalus tööturul, % sihtühmast

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Umbes 15% eelmisel aastal pikaajalisel ATV-l olnud inimestest on tänaseks täielikult paranenud ehk nende töövõime on taastunud ja pikaajalist ATV-d põhjustanud tervisehäire ei piira seega töötamist.

Jättes kõrvale taastunud tervisega inimesed ei ole erinevate sihtühmade inimestest umbes kümnendikul kuni viiendikul **tervisest tulenevaid töötamise piiranguid** (Joonis 79). Seega suure enamuse sihtühma kuuluvate inimeste töötamine on nende hinnangul tervisest tulenevalt siiski piiratud.

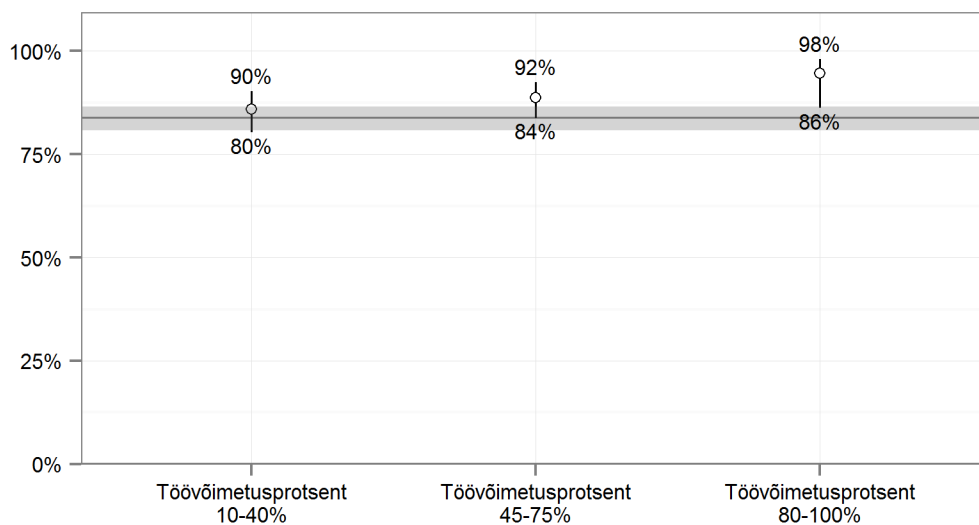


Joonis 79. Protsent sihtühma gruppidest, kelle tervis seab töötamisele piiranguid

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Vaadates erineva töövõimetuse määradega PTV-de nõustumist väitega, et tervis seab nende töötamisele piiranguid (vt Joonis 80) selgub, et sõltumata määratud töövõimetusprotsendi suurusest, leiab suur enamus kõigist PTV-dest, et tervis seab nende töötamisele ühel või teisel moel piiranguid. Kui madala (10-40%) töövõimekaoga inimestest on töötamisel piiranguid 80-90%-l vastanutest, siis kõrge (80-100%) töövõimekaoga töötajatest 86-98%-l. Sisuliselt on mõlemad hinnangud väga kõrged ja väiksema töövõimetuse määraga PTV-

dest leiavad pea sama paljud kui kõrgema töövõimekaoga PTV-dest, et tervis seab nende töötamisele piiranguid.



Joonis 80. Protsent töötavatest PTV-dest, kelle tervis seab töötamisele piiranguid, töövõimetuse protsentide lõikes

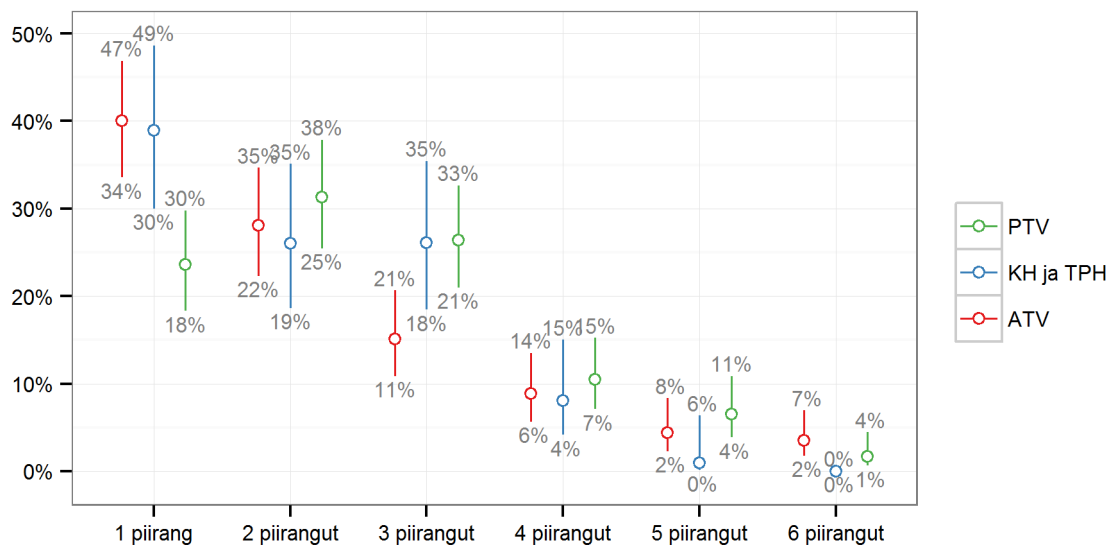
Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Tähelepanuväärne on aga, et ka väga kõrge ametlikult määratud töövõimekao protsendiga inimeste seas on neid, kes leiavad, et tervis töötamisele piiranguid ei sea. See võib viidata, et inimene teeb tööd, mis rakendab tema teisi võimeid kui see, mille osas inimesele on töövõimetus määratud. See omakorda tekitab aga küsimuse kuivõrd on õigustatud töövõimetuse määramine inimesele, kes on täielikult töövõimeline teises valdkonnas ja näitab, et käimasolev töövõimereform on sisuliselt õiges suunas.

Diagnooside, soo ja vanuse lõikes statistiliselt olulisi erinevusi piirangute üldises esinemises ei ole.

Pikaajaliste ATV-de seas leiavad osakoormusega töötajad, et tervis seab rohkem piiranguid (81-97%) kui täiskoormusega töötavad (71-83%). On tõenäoline, et osakoormusega töötajad ongi valinud sellise töötamise viisi tulenevalt oma tervisest ehk piirangute puudumisel eelistaksid nad töötada täiskoormusega.

Küsitluses uuriti täpsemalt kuue erinevat tüüpi piirangu esinemissagedust, sh nii psühhosotsiaalsete kui ka füüsiliste takistuste kohta. Kui umbes 90% töötavatest inimestest leidis, et neil esineb vähemalt ühte tüüpi piiranguid, siis alljärgnevalt jooniselt näeme, et märkimisväärselt sagedasem on mitme piirangu koosesinemine. Vaid ühte piirangut mainis 29-37% töötajatest (vt Joonis 81), kuni 63% peab toime tulema kahe või enama piiranguga. Sageli piirab töö tegemist just kaks (25-33% juhtudest) või kolm (19-26% juhtudest) nimetatud piirangutest.

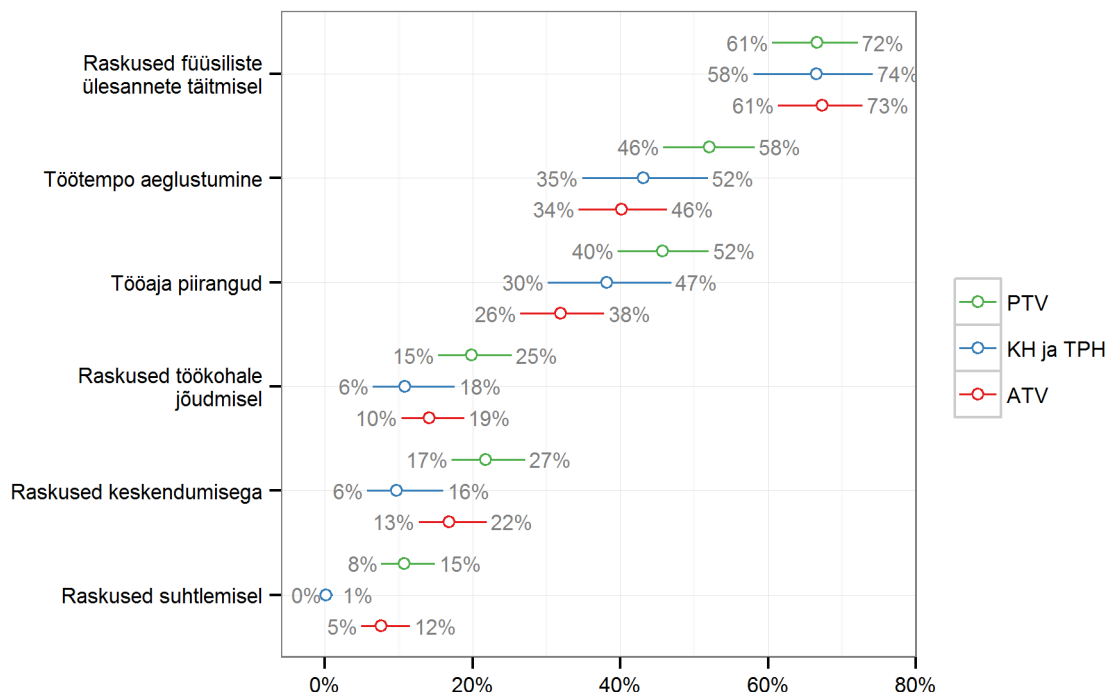


Joonis 81. Tervisest tulenevate töötamise piirangute kumulatiivne esinemine, % töötavast mitte-tervenenud sihtrühmast

Allikas: Töövõimeuse küsitlus

Piirangute hulga võrreldes on töö seisukohast olulisemgi, milline täpselt on piirangute iseloom. Järgneval joonisel on toodud erinevate piirangute esinemissagedus. Töö tegemist segavad piirangud jaotuvad kolme gruppi; esiteks, raskused füüsiliste ülesannete täitmisel, teiseks töötempo aeglustumine ja tööaja piirangud ja kolmandaks raskused keskendumisega, töökohale jõudmisega ja suhtlemisel. Kõige sagedamini, 63-71% vastanutest leiab, et neil on raskusi füüsiliste ülesannete täitmisel (vt Joonis 82). Kõige vähem levinumate piirangutega (raskused keskendumisega, töökohale jõudmisega ja suhtlemisel) puutub kokku kuni viiendik sihtrühma inimestest.

Nagu eelnevalt nägime esinevad piirangud sageli mitme kaupa. Võrreldes omavahel erinevate piirangute koosesinemist ilmneb, et töötempo aeglustumine seostub enam füüsilise võimekuse vähenemisega ja harvem esineb see koos keskendumishäiretega. Neil inimestel, kellel esineb aga keskendumisraskusi on sageli ka piirangud tööaegade osas. Füüsiliste takistusega inimestest alla pooltel esineb piiranguid ka tööaja osas.



Joonis 82. Tervisest tulenevate töötamise piirangute esinemine, % töötavast mitte-tervenenud sihtrühmast (mitu valikvastust)

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Sihtrühmade, vanuse ja soo lõikes statistilisi erinevusi tervisliku seisundi poolt seatud piirangute esinemises töötamisele ei ole. Võrreldes **diagnoosigruppe** selgub, et luu- ja lihaskonnahaigetel on rohkem raskusi füüsiliste ülesannete täitmisel (68-78%) kui psüühika- või käitumishäirega inimestel (41-60%). Psüühika- ja käitumishäire diagnoosiga inimeste jaoks on keskendumis- ja suhtlemisraskused (40-60%) levinumad tööd takistavad piirangud kui teiste diagnoosidega inimeste jaoks, kellest vaid alla viiendiku jaoks on see töötamist segavaks probleemiks.

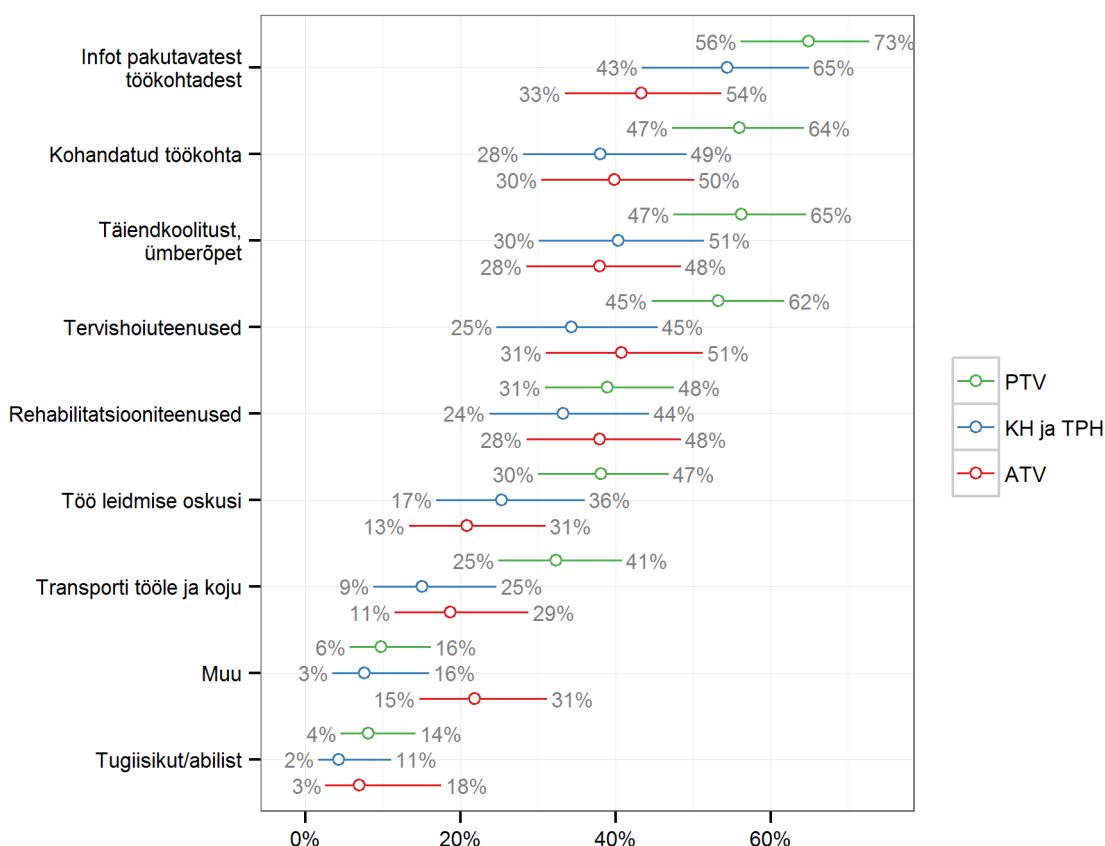
Võrreldes **täiskoormusega** töötavate inimestega nimetavad **osakoormusega** töötavad tervislikust seisundist tulenevate piirangutena märksa enam töötempo aeglustumist ja tööaja piiranguid. Samuti nimetavad osakoormusega töötavad inimesed piiranguks sagedamini raskust töökohale jõudmisega. (osakoormusega: 18-31% ja täiskoormusega: 10-16%). Üldiselt leiavadki täiskoormusega töötavad sagedamini, et tervislik seisund ei sea üldse mingeid piiranguid (osakoormusega: 6-14% ja täiskoormusega: 16-23%).

Hetkel mitte töötavad inimesed jagunevad töötsijateks ja mitteaktiivseteks. Küsitlemise hetkel mitte-töötavatest töövõimekaoga inimestest 50-61% ei otsi aktiivselt tööd ja 38-49% otsib tööd. Nende seas, kes ei otsi hetkel aktiivselt tööd, on kõigis sihtrühmades rohkem kui poolel tervislik seisund peamiseks töö otsimisest loobumise põhjuseks. Lisaks sellele on tervislik seisund takistanud töötutel töövõimekaoga inimestel töö saamist 80-91% jaoks. Tervis ei ole töö leidmisel üldse takistuseks olnud 9-20% töötute jaoks. **Seega on töötute töövõimekaoga inimeste jaoks terviseprobleemid oluliseks tööle saamise takistuseks.**

Vanuse lõikes ilmnes, et 55+ vanusegrupist on rohkem kui 30-54-aastaste vanusegrupist tervisliku seisundi tõttu loobunud töö otsimisest (vastavalt 78-92% ja 49-71%). See omakorda näitab, et 55+ vanusegrupp tööturule naasmise tõenäosus on väike. Kõige nooremas vanusegrupis on usalduspiirid eristuste välja toomiseks võrreldes teiste vanusegruppidega liiga laiad.

Tervisekaost tulenevaid takistusi tööturul on osaliselt võimalik kompenseerida teenustega, mis aitavad inimestel tööd leida või töökohta kohandada inimese vajadustele vastavaks. Küsitluses uuriti, **milliseid teenuseid peavad vajalikuks tervisekaoga töötud ja tervise tõttu heitunud, et saada tööle.** Järgnevalt

jooniselt on näha, et informatsiooni pakutavatest töökohtades (50-61%) vajatakse enam kui tervishoiu või rehabilitatsiooniteenuseid, töö leidmise ja kandideerimise oskusi, transporti, ja tugiisikut/abilist. Vajadust täiendkoolituse/ümberõppe järele nimetatakse enam kui töö leidmise ja kandideerimise oskusi.



Joonis 83. Töötamiseks hädavajalikud teenused töövõimekaoga inimeste tööle saamiseks, % töötutest ja tervise tõttu heitunutest sihtrühmas

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Üldiselt nimetatakse tugiisikut/abilist hädavajaliku teenusena kõigist võimalikest teenustest kõige vähem (4-11%). See on huvitav tulemus, kuna tööandjate intervjuudest ilmnes, et väga sageli tuntakse töövõimekaoga töötajate palkamisel puudust just välistest tugiisikutest, kes aitaksid uuel töötajal sisse elada. Sellist erisust võib selgitada see, et tööandjad räägivad peamiselt silmnähtava puudega inimestest, kui erivajadustega töövõimetutest, aga PTV-de sihtrühm sisaldab väga erinevate diagnooside ja töövõimekao ulatusega inimesi. Töövõimekaoga inimeste jaotust vaadates on siiski inimeste osakaal, kellel tugiisikut on vaja, suhteliselt väike.

Hinnates vajadust töötamist toetavate teenuste järgi sihtrühmade lõikes selgub, et heitunud PTV-dest peavad hädavajalikeks teenusteks võrreldes pikaajaliste ATV-dega rohkem informatsiooni pakutavatest töökohtadest (56-72%), täiendkoolitust/ümberõpet (48-65%), kohandatud töökohta (47-64%), töö leidmise ja kandideerimise oskusi (30-47%). Rehabilitatsiooniteenuseid peavad nii PTV-d kui pikaajalised ATV-d sarnaselt olulisteks (vähem kui pooled). KH-d ja TPH-d teistest sihtrühmadest statistiliselt oluliselt ei eristu.

Meeste ja naiste võrdluses selgus, et naised hindavad meestest sagedamini vajalikuks rehabilitatsiooniteenuseid (39-53%) ning täiendkoolitust ja ümberõpet (46-60%). Mehed vajavad samu teenuseid vastavalt 17-32% ja 28-45%. Ülejäänud teenuste osas statistiliselt olulisi erinevusi soo lõikes ei esinenud.

Vanusegruppide võrdluses selgus, et 30-54-aastased tunnetavad 55-aastastest ja vanematest enam vajadust informatsiooni järele pakutavatest töökohtadest ja täiendkoolituse/ümberrõppe järele. Vajadust informatsiooni järele tunnetas 30-54-aastastest 65-82% ja 55-aastastest ning vanematest 42-57%. Täiendkoolituse/ümberrõppe järele tunnetasid vajadust 30-54-aastastest 59-77%, vanemas vanusgrupist 26-42%. Sellest ei saa järeldada justkui 55 ja vanemate vanusegrupp oleks noorematest paremini informeeritud, vaid viitab kaudselt sellele, et vanem vanusegrupp on vähem huvitatud või motiveeritud tööotsingutest. Täiendavalt peab 30-54-aastaste vanusegrupp vanemast vanusegrupist olulisemaks kohandatud töökoha teenust (vastavalt 52-70% ja 34-50%). Teiste teenuste vahel vanusegruppide lõikes statistiliselt olulisi erinevusi ei ole. 16-29-aastaste vanusegrupi vastuste usalduspiirid on üldistuste tegemiseks liiga laiad.

Sihtrühma tööhõivevõime kirjeldamiseks on asjakohane pöörata tähelepanu sellele, et hiljutise töökogemusega töövõimekaoga inimeste seas on töötavate inimeste osakaal lausa 2/3 ja veel 1/6 on aktiivselt tööd otsimas. Samas tööturul heitunutest enamik on heitunud just tervise tõttu ning ka töötutest on 80-91% olnud tervis takistuseks töö saamisel. Töötavatele töövõimekaoga inimestele seab tervis enamasti mitut erinevat tüüpi piiranguid samaaegselt. Vaid kümnendik inimestest ei ole kogenud piiranguid töötamisel, siiski on üksikuid selliseid ka PTV-de seas, kellel on 80-100%-line töövõimekadu.

Võttes kokku töötute töövõimekaoga inimeste ja tervise tõttu heitunute hinnanguid toetusmeetmetele ei saa välja tuua mõnda konkreetset teenust või toetust, kui peamist tööle asumist toetavat lahendust. Ka erinevate gruppide lõikes ei olnud erisused vajadustest kuigi suured. See tulemus on ootuspärane arvestades laia diagnooside hulka, mis on vaatluse all. Tulenevalt enda tervise seisundist ning erialastest teadmistest ja oskustest on inimeste vajadused väga erinevad.

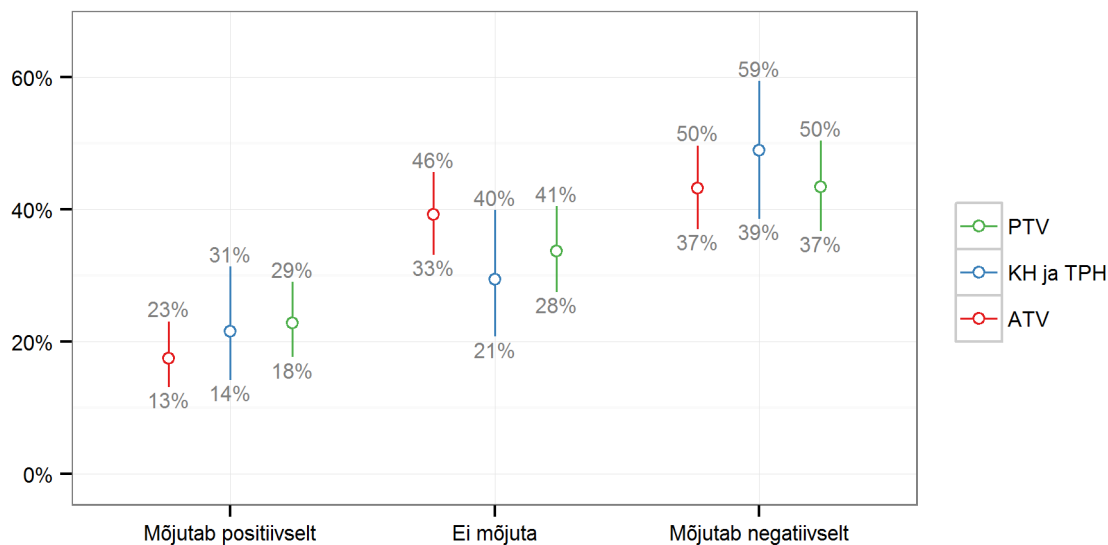
6.2.2 Töötamise mõju tervisele

Hoolimata sellest, kas inimese töövõimetus kujunes töökeskkonna tagajärjel või muudel põhjustel, võib tavalisel töökeskkonnal olla hoopis teistsugune roll tervise seisukohast. Siiski hinnati töötamise mõju haiguse kujunemisele negatiivselt ja sarnaselt hinnatakse ka praeguses töökohas töötamise jätkamise mõju haigusele pigem negatiivseks (vt Joonis 84).

Samas, on nende osakaal, kes hindavad praeguse töötamise mõju haigusele positiivsemana suurem kui haiguse välja arenemise ajal. Märkimisväärne on töö mõju positiivseks hindavate osakaal just psüühika- ja käitumishäiretega inimeste seas (veerand-pooled) (vt Joonis 85). Oluline on taustana meeles pidada, et töötamise tõenäosus oluliselt väheneb, ehk töötamist jätkavad tõenäoliselt teistsugused inimesed kui need, kes ei jätku. Tõenäoliselt väljuvad tööturult just need, kelle jaoks oli töötamisel ja töökohal kõige negatiivsem mõju tervisele.

Praegusel töötamise mõju haigusele näevad negatiivsena kuni pooled ja positiivsena alla veerandi PTV-dest. Neid, kes leiavad et töötamisel ei ole mingit mõju tervisele, on rohkem (üle kolmandiku) kui neid, kes leiavad töötamisel olevat positiivse mõju (alla veerandi). KH ja TPH inimesed statistiliselt oluliselt PTV-st ei eristu.

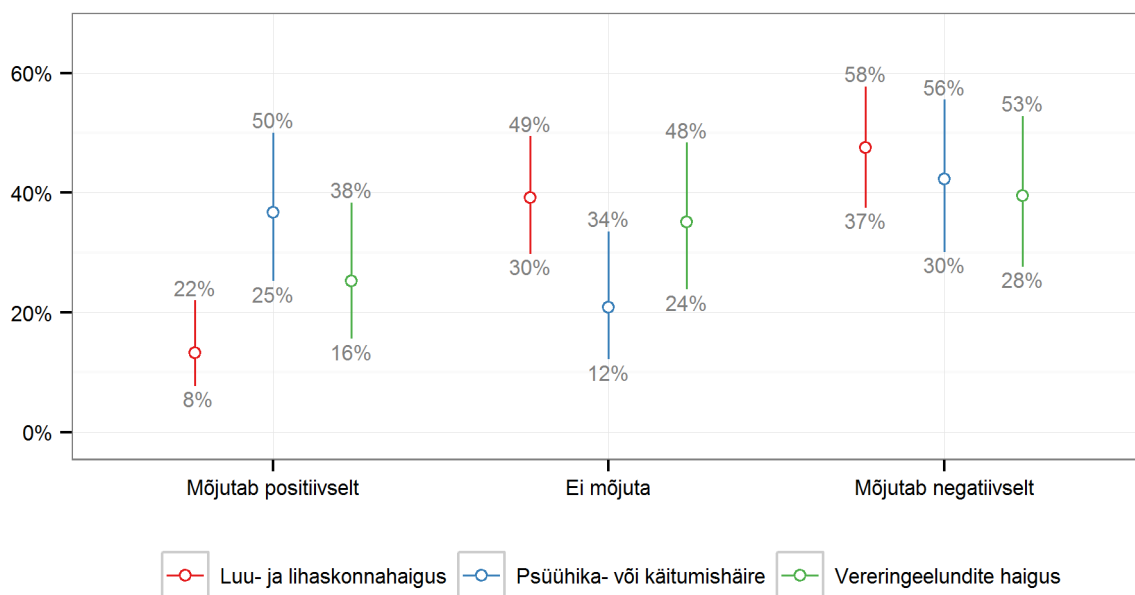
Sarnaselt PTV-dele hindavad ka pikaajaliselt ATV-d praeguses töökohas töötamise mõju tervisele pigem negatiivseks kui positiivseks (Joonis 84). Samas on kolmandik või rohkem nii neid, kes hindavad, et töötamine ei mõjuta tervise arengut kui neid, kes hindavad, et töötamise mõju tervisele on negatiivne. Ka pikaajalisel ATV viibinud inimeste osas on näha, et töötamise mõju haiguse kulule küsitluse ajal hindavad enamad positiivseks kui haiguse välja kujunemise ajal.



Joonis 84. Praeguses töökohas töötamise mõju haiguse arengule, % töötavast sihtrühmast

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Hinnangutes praeguses töökohas töötamise pikaajalisele mõjule haiguse arengule diagnoosi lõikes, eristuvad oluliselt luu- ja lihaskonnahaigusi põdevate inimeste seisukohad. Neid, kes leiavad töötamisel olevat pikemas perspektiivis negatiivse mõju (37-58%) on oluliselt rohkem kui neid, kes leiavad töötamisel olevat positiivse mõju (8-22%). Ülejäänud diagnoosidega inimeste seisukohad statistilise olulisusega ei eristu.



Joonis 85. Praeguses töökohas töötamise mõju tervislikule seisundile, % töötavatest PTV-dest

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Töökoormuse, soo ja vanuse lõikes ei ole statistiliselt olulisi erinevusi. Pikaajaliste ATV-de seas ei ole ka diagnoosi lõikes statistiliselt olulisi erinevusi.

Seega üldiselt töötamise mõju haiguse kujunemisele ja praeguses töökohas töötamise jätkamise mõju haigusele hinnatakse pigem negatiivseks. Samas on nende osakaal, kes hindavad praeguse töötamise mõju tervisele positiivseks suurem kui haiguse välja arenemise ajal.

6.3 Tervisekahju ennetamine töökohal

Tööandja tegevus töökeskkonna ohutuks ja tervisthoidvaks kujundamiseks saab olla üldine, pidades silmas esmast ennetustegevust, ning spetsiifiline suunatuna terviseprobleemidega töötajate erivajadustele. Esmase ennetustegevuse alla käib üldise tööohutuse tagamine, riskianalüüs ja töötajate tervisekontrollidesse saatmine ning muu proaktiivne tegutsemine igasuguste töötingimustest tulenevate kaebuste ennetamiseks.

Üldiselt võib öelda, et töötajad on tööandja ennetustegevustega pigem rahul. **82-87% töötavatest tervisekaoga inimestest leidis, et tööandja on teinud piisavalt, et töökeskkond oleks ohutu ja tervislik.** Sihtrühmade vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei olnud. Sihtrühmade seas diagnoosi, töökoormuse, soo ja vanuse lõikes statistiliselt olulisi erinevusi ei ole.

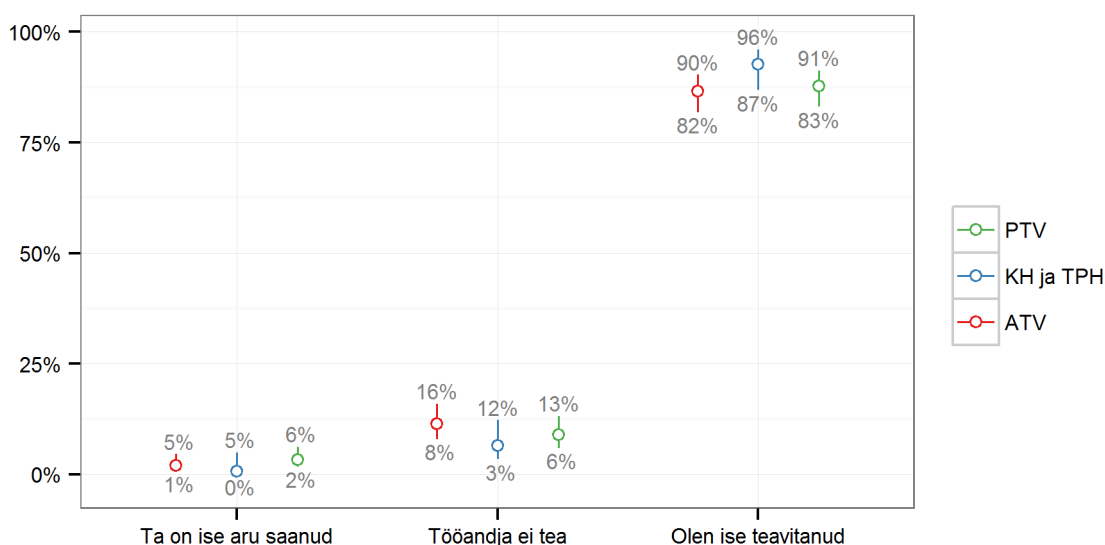
Edasi vaatame täpsemalt tööandja tegevusi seoses töötervishoiuga, sh tervisekontrollidesse saatmist, riskide ennetamist töökohal ning töökoha kohandamist vastavalt töötaja vajadustele.

6.3.1 Tööandja tegevus töökeskkonna riskide ennetamiseks

Riskianalüüsi läbiviimine töökohal peaks olema tööandja esmaseks ülesandeks, et ennetada riske töökeskkonnas. Vastavalt TEU 2009. a andmetele korraldab 70-79% tööandjatest terviseohtude hindamist süstemaatilisel viisil. Kõigis asutustes, kus viidi uuringu raames läbi tööandjate intervjuud oli riskianalüüs tehtud, mistõttu võib arvata, et vähem süstemaatilisel viisil on riskide kaardistus tehtud valdavas enamikus ettevõtetest.

Terviseohtude hindamist viivad TEU andmetel enamasti läbi asutuse enda töötajad (59-71% juhtudest) või töötajad koos töötervishoiuteenust pakkuva ettevõttega (11-20%). Ohtude hindamisest saadava tagasisidega on tööandjad pigem rahul (84-92%). Vaid 2-7% tööandjatest arvas, et ohtude hindamisega ei saadud piisavalt head ülevaadet tööga seotud ohtudest.

Spetsiifiliselt töötaja tervisehäirega seotud ennetustegevust saab tööandja rakendada vaid juhul, kui ta on teadlik töötaja terviseprobleemidest ja nendega kaasnevatest erivajadustest. Intervjuudest tööandjatega selgus, et on sageli juhtumeid, kus tööandja ei ole töötaja tervises seisundist teadlik. Küsitluses uurisime tervisekaoga inimeste käest, kas nad on tööandjat teavitanud terviseprobleemidest ja nendega kaasnevatest erivajadustest. Enamik töötavatest tervisekaoga inimestest on tööandjat ise teavitanud terviseprobleemidest. Väike osa on ka neid, kes leiavad, et tööandja on ise mõistnud terviseprobleemi ja sellega kaasnevate vajaduste olemasolu. Neid, kelle tööandja ei tea tervises seisundist on umbes kümnendik. Tööandjate intervjuudest ilmnas siiski, et tööandjatel on probleeme sellega, et töötaja varjab töövõimekadu ja muid terviseprobleeme kuni võimalused tervise halvenemist ennetada on juba möödas.



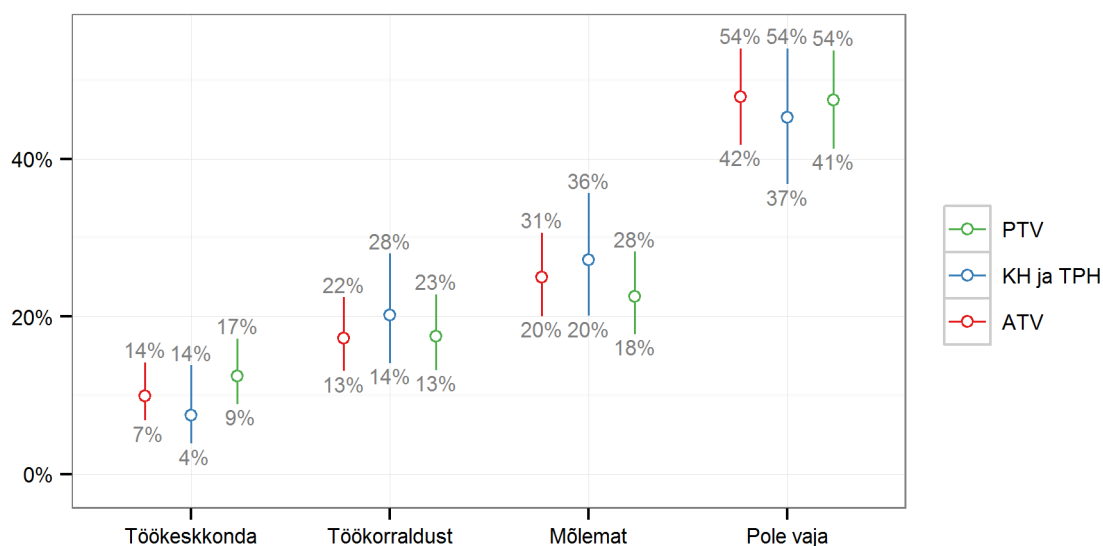
Joonis 86. Tööandja teadlikkus töötaja tervises seisundist, % töötavatest mitte-tervenenud sihtrühma inimestest

Allikas: Töövõimeuse küsitlus

Sõltuvalt tervisehäire iseloomust võib töötaja vajada täiendavat **abi vahetult juhilt või kolleegidelt**, et tulla toime kas teatud ülesannetega või vajadusel reageerida tervisehäirest tulenevale haigusshoole. Tervisest tulenevate raskuste puhul on 85-90% tervisekaoga töötajatest enda hinnangul võimalik ülemuselt või kolleegidelt abi saada. Sihtrühmade, diagnooside, töökoormuse, soo ja vanuse lõikes statistiliselt olulisi erinevusi selles osas ei ole. Seega, vaid umbes kümnendik ei saa kolleegidelt vajadusel abi. Võib eeldada, et neist paljudel on takistuseks töö iseloom (nt ei tööta inimene teistega vahetus läheduses ja/või töötab ebatavalisel ajal). Sellest lähtuvalt ei saa pidada abi mitte-saavate inimeste osakaalu problemaatiliseks suureks.

Episoodilise abi asemel on teatud häirete puhul vajalik püsiv töökeskkonna või töötingimuste kohandamine selliselt, et töötaja oleks võimeline tööülesandeid sooritama tervisthoidval viisil. Küsitluses uuriti, milliste töötingimuste osas on töövõimekaoga töötajate tööandjad kohandusi teinud ja kui paljud tööandjad on vajalikud kohandused jätnud tegemata.

Neid, kes leidsid, et tervise tõttu on (olnud) vajalik töökeskkonda või -korraldust kohandada, on töövõimekaoga töötajatest 47-55%. Neist 29-37% vajaks töökeskkonna muutusi ja 37-44% töökorralduse muutusi. Kohandusi vajavatest inimestest enamik vajaks seega kohandusi mõlemas aspektis.



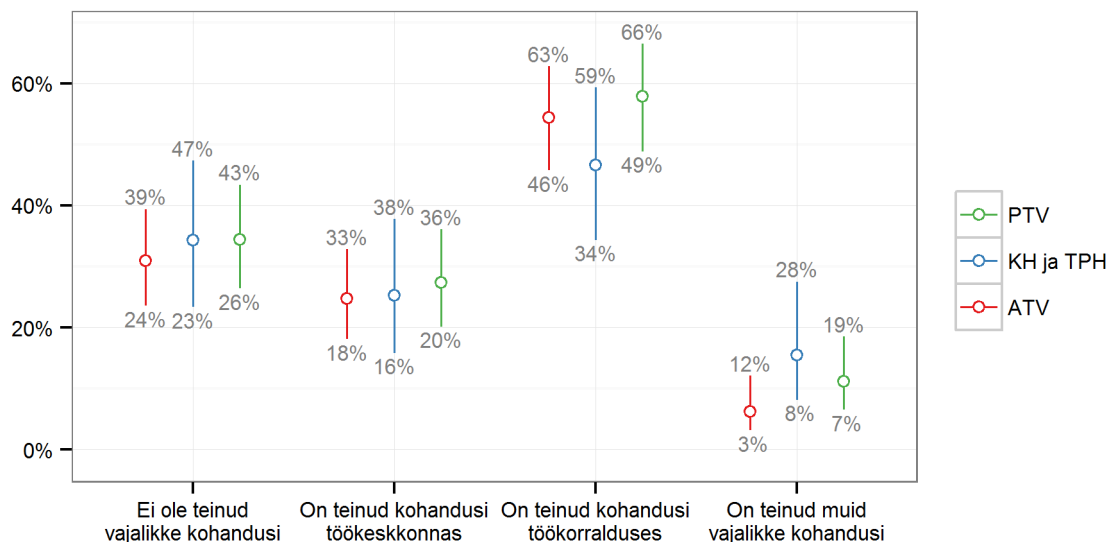
Joonis 87 Kohandusi vajavad aspektid töökohal, % töötavast sihtrühmast

Allikas: Töövõimeuse küsitlus

Sihtrühmades diagnoosi lõikes erinevusi ei ole. Osakoormusega töötajad leidsid täiskoormusega töötavatest sagedamini, et vajavad kohandusi nii töökorralduses kui ka –keskkonnas, kuigi protsendipunktiliselt ei ole suured erinevused tuvastatavad. Naised leiavad meestest pisut sagedamini, et vajaksid kohandusi töökeskkonnas (21-31% vrd 33-43%).

Tööandjad on vajalike kohandusi töökorralduses sageli teinud. Ligi poolte või isegi enamate töötavate sihtrühma töötajate tööandjad on töökorralduses vajalikke kohandusi teinud (vt Joonis 88), vajalikke kohandusi ei ole teinud on veerandi kuni kolmandiku sihtrühma töötajate tööandjatest. Kohandusi töökorralduses on tehtud märksa rohkem (ligi pooled) kui kohandusi töökeskkonnas (viies kuni kolmandik). On alust arvata, et kohandusi töökorralduses on lihtsam teha kui kohandusi töökeskkonnas, kuigi kohandusi töökorralduses tõesti vajatakse ka veidi sagedamini.

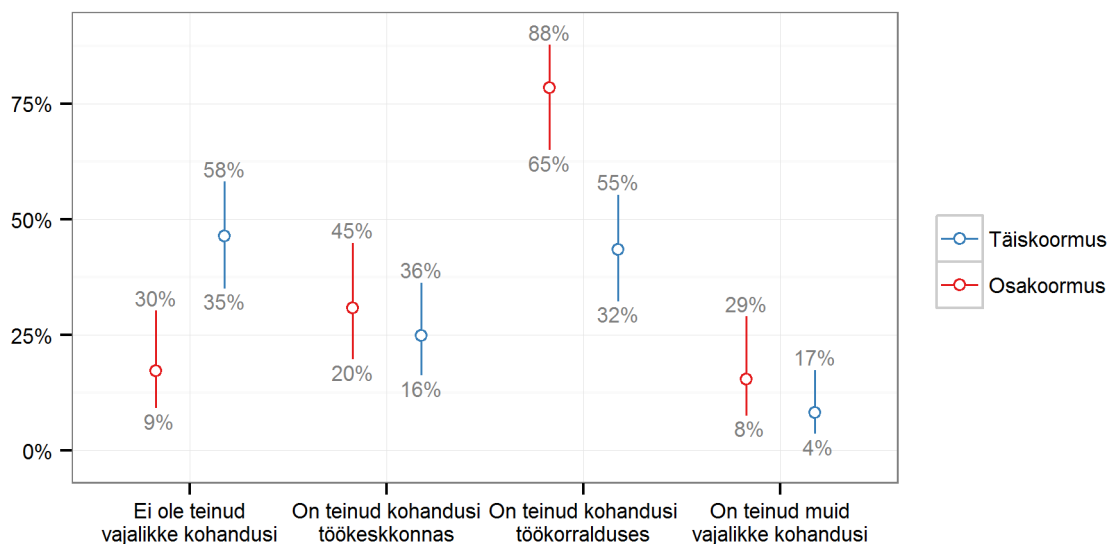
Sihtrühmade ja diagnooside, soo ja vanuse lõikes statistiliselt olulisi erinevusi ei ole.



Joonis 88. Tehtud kohandused töötingimustes, protsent neist sihtrühma inimestest, kes leidsid, et tervise tõttu on töötingimuste kohandamine vajalik (mitu võimalikku vastust)

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Arvestades, et küsimustele vastasid töötavad töövõimekaoga inimesed, siis on kohandusi teinud tööandjate osakaal pigem madal. Lisaks töötavatele töövõimekaoga inimestele on osa mitte-töötavatest inimestest ilmselt tööta just seetõttu, et nad ei leia enda vajadustele vastavate tingimustega töökohta. **Võrdlusena saab siin tuua elanikkonna keskmise** TEU 2009 andmete baasil. TEU 2009 ankeedis küsiti, kas töökohal kasutatakse töövahendite, -keskkonna, -korralduse kohandamist vastavalt inimese vajadusele ja võimetele. 68-74% töötajatest vastas sellele küsimusele jaatavalt, mis on umbes samas suurusjärgus Töövõimetuse küsitluse tulemustega, kus umbes kolmandik ütles, et tööandja ei ole teinud vajalikke kohandusi. Seega **töövõimekaoga inimeste tööandjad ei ole olnud altimad kohandusi tegema kui elanikkonnas keskmiselt.**



Joonis 89. Tehtud kohandused töötingimustes töökoormuse lõikes, protsent PTV-dest, kes leidsid, et tervise tõttu on töötingimuste kohandamine vajalik (mitu võimalikku vastust)

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Osakoormusega töötavate sihtrühma kuuluvate inimeste tööandjad on teinud rohkem kohandusi töökorralduses kui täiskoormusega töötavate tööandjad (40-54% ja 60-77,5%). Töökeskkonna kohandamisi

seevastu, on tööandjad teinud võrdsel määral nii kolmandikus osakoormuse- kui täiskoormusega töötavate inimeste töökeskkondadest. Sellest järeldeb, et osakoormust peetakse juba iseenesest kohanduseks töökorralduses või on osakoormusega töötamist võimaldavad tööandjad kohanduste tegemisel vastutulelikumad.

PTV-de seas diagnoosi, soo ja vanuse lõikes erinevusi ei ole. Osakoormusega töötavate PTV-de töötingimustes on rohkem ümberkorraldusi tehtud kui täiskoormusega töötavate töötajate töötingimustes. Osakoormusega töötavate PTV-dest 69-91% tööandjad on tervisest tulenevatel põhjustel teinud töötingimustes kohandusi. Samas kui täiskoormusega töötavatest töötajatest 40-64% tööandjad on töötingimustes kohandusi teinud.

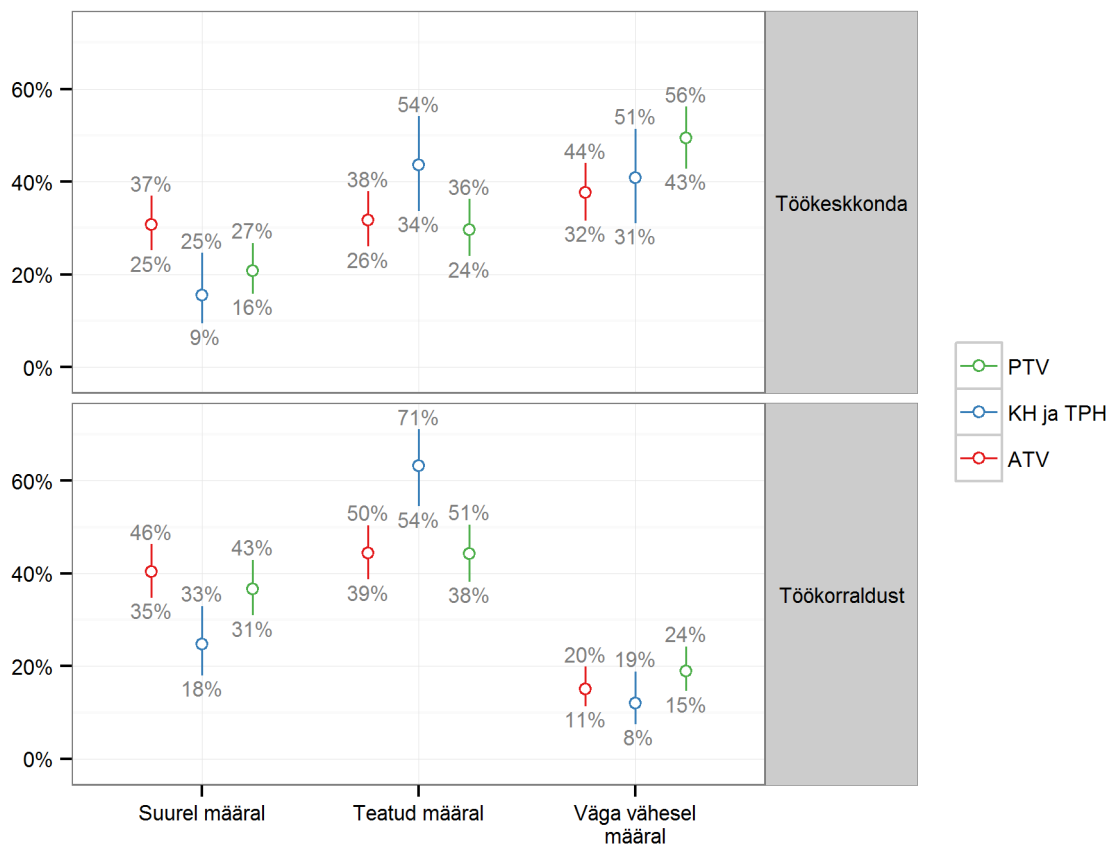
Pikaajaliste ATV-de seas töökoormuse, diagnooside, soo ja vanuse lõikes statistiliselt olulisi erinevusi ei ole.

Võttes kokku tööandjate ennetustegevuse riskide ennetamisel võib öelda, et riskianalüüside koostamine on ettevõtetes tavapärane kuigi mitte alati süstemaatiline tegevus. Tervisekaoga töötajatest kümnendik nendivad, et tööandja pole kursis nende terviseprobleemidega. Nende tööandjalt ei saagi eeldada aktiivset sekkumist tervise halvenemise ärahoidmiseks. Siiski pole valdavalt töötajatel probleeme kolleegidelt või ülemuselt abi saamisega, kui seda tervisest tulenevalt vaja on. Samas umbes pooled töötavatest töövõimekaoga inimestest ütlevad, et vajaksid töökeskkonna või –korralduse kohandusi ja neist veerandile kuni kolmandikule pole vajalikke kohandusi tehtud. Tööandjad on teinud kohandusi sama suurel osal töövõimekaoga inimestest kui elanikkonnas keskmiselt, mistõttu ei ole tervisekaoga inimeste töökohtade osas oluliselt erinevat kohtlemist. Seda kinnitasid ka tööandjate intervjuud, millest selgus, et sageli võetaksegi töövõimekaoga inimene tööle juhul, kui töökoht juba on sobiv konkreetsele töötajale. Kui kohandusi tehakse, siis pigem töökorralduses (kui - keskkonnas). Eriti suur on erinevus osakoormusega töötajate seas, kellest enam kui pooled leiavad, et töökorralduses on tehtud kohandusi.

6.3.2 Töötaja autonoomia

Osaliselt võib tööandja poolt tehtavaid töökorralduse ja töökeskkonna kohandusi asendada töötajatele suurema otsustusõiguse jätmisega. Kui inimesel on võimalik ise oma tööaja, töökorralduse, tööülesannete järjekorra jmt üle otsustada, siis saab ta ka ise paremini juhtida töötamise mõju tervisele. Üheks peamiseks töötingimuseks, mis määrab inimese võimalused ise suunata muuhulgas töötamise mõju tervisele on autonoomia töökohal. Seetõttu uuriti, mil määral töötajatel on töökohal autonoomia oma töökeskkonna ja töökorralduse üle otsustamisel.

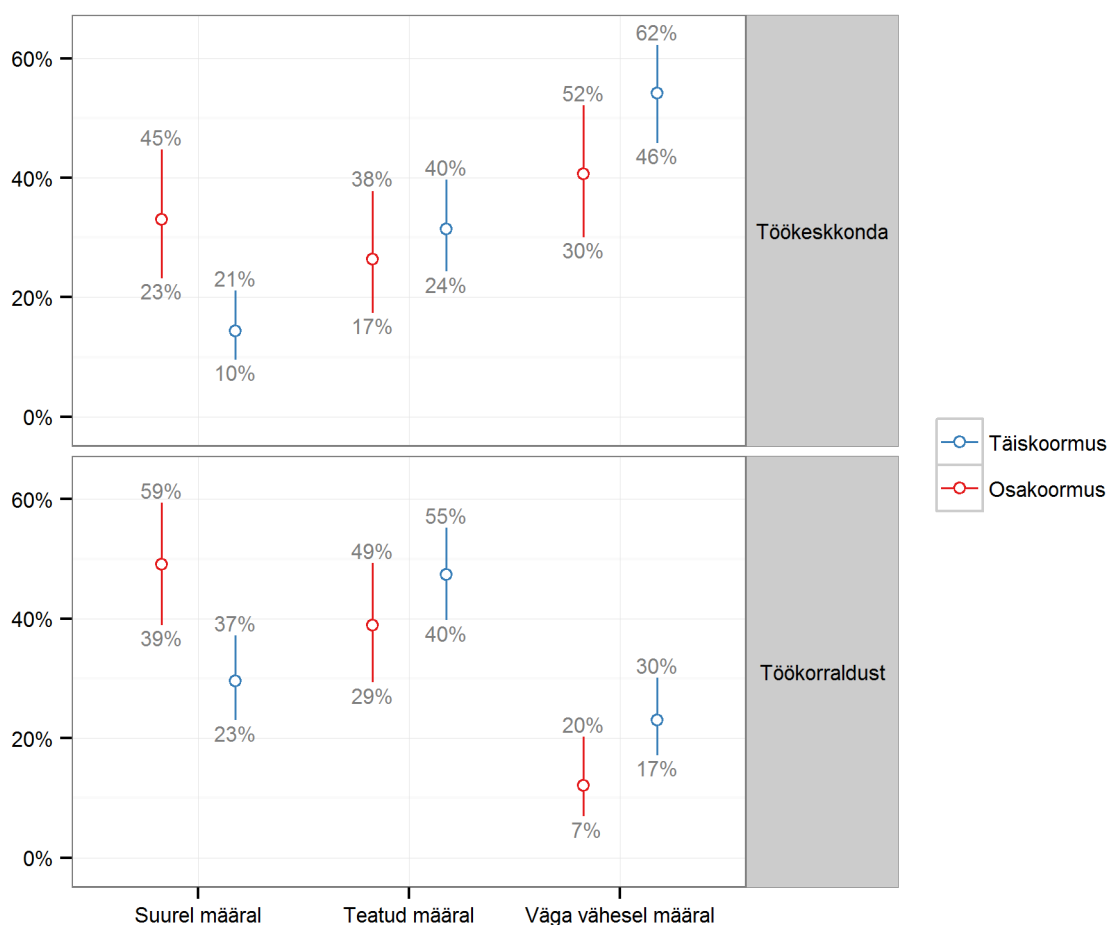
Kõigist sihtrühmadest ligi kolmandikul on võimalus suurel määral oma töökorralduse üle otsustada. Neid, kellel on mõningal või vähesel määral (kodeeritud kokku teatud määral) võimalik otsustada, on pikaajaliste ATV-de ja PTV-de seas samuti umbes kolmandik. KH ja TPH seas on teatud määral otsustusõigus suurem. See on tõenäoliselt seotud KH ja TPH ametialase jaotusega, kuna nende seas on oluliselt enam just oskustöölisi.



Joonis 90. Võimalus otsustada oma töökorralduse ja -keskkonna üle, % töötavatest sihtrühma gruppidest
 Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Suurel määral töökeskkonna mõjutamise võimalused on vähemal kui töökorralduse muutmise võimalused. Samas vähesel määral töökeskkonda mõjutada saavad kõikides gruppides enamad, kui töökorraldust. Sarnaselt teatud määral töökorralduse muutmise võimalusele, on ka teatud määral töökeskkonna muutmise võimalus KH ja TPH seas suurem kui pikaajalise ATV või PTV töötajate gruppides.

PTV-de hinnangutes võimalustele ise töökeskkonda või töökorraldust mõjutada **diagnooside** lõikes erinevusi ei ilmne. **Töökoormuse** lõikes selgus, et osakoormusega töötavatest PTV-dest saavad suurel määral töökeskkonda mõjutada enamad (19-37%) kui täiskoormusega töötavatest PTV-dest (9-19%). Samuti leiavad **osalise töökoormusega** PTV töötajad võrreldes täiskoormusega töötavatega sagedamini, et neil on suurel määral võimalik otsustada oma töökorralduse üle (täiskoormusega 23-37% ja osakoormusega 39-60%).

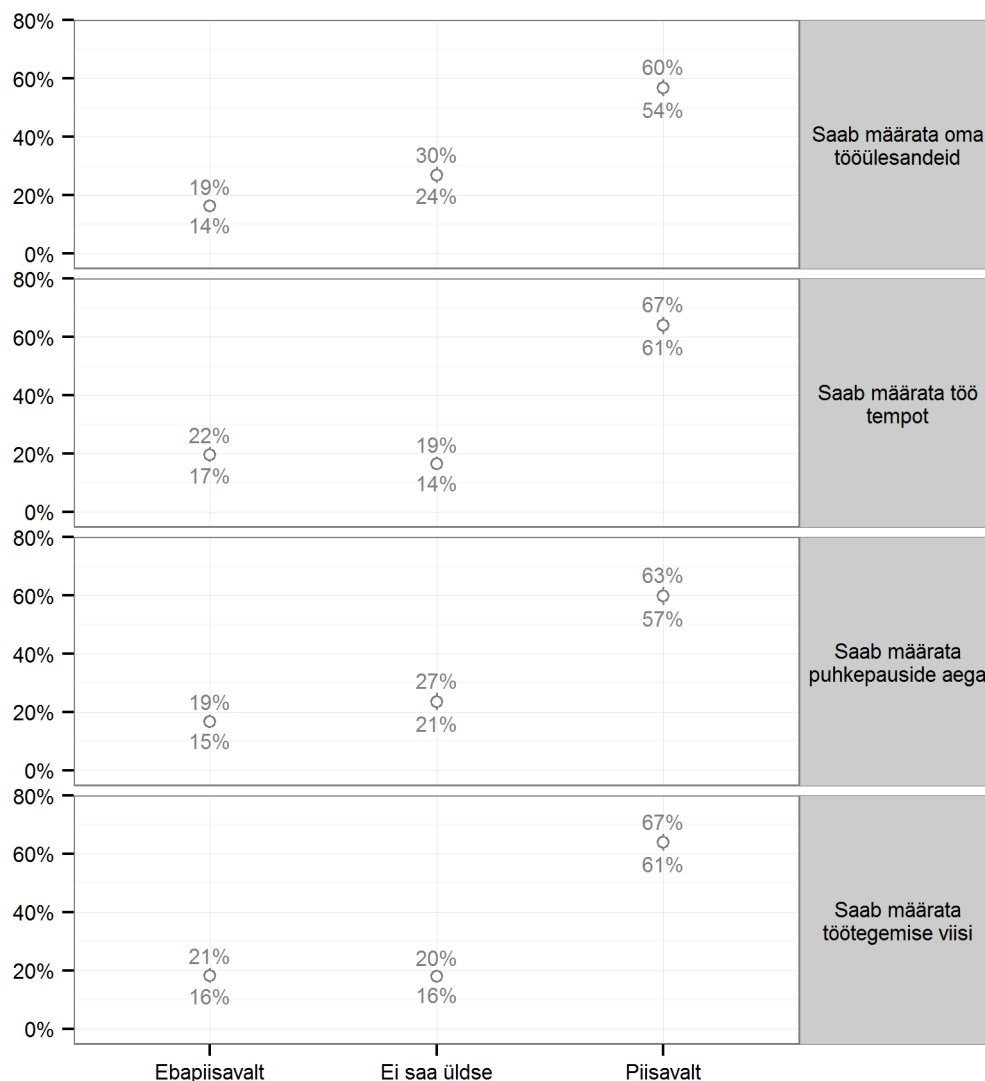


Joonis 91 Võimalused mõjutada töökorraldust ja töökoormust töökoormuse lõikes, % töötavatest PTV-dest
 Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Püsivalt töövõimetute 30-54-aastaste ja 55+ **vanusegruppide** vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei ole. Mõlemas vanusegrupis on neid, kes saavad suurel määral töökorraldust mõjutada veerand kuni pooled. Nooremas vanusegrupis on vastuste usalduspiirid erisuste välja toomiseks liiga laiad.

Võrdluspunkti pakub jällegi TEU andmestik, kus on seda teemat käsitletud põhjalikumalt. Otsustusõigus ja –vabadus töökohal võib väljenduda mitmel erineval moel, nt võimaluses määrata oma töö tegemise ja puhkamise aegu, töö tempot ja meetodeid või isegi tööülesandeid. TEU-s uuriti spetsiifiliselt erinevate töö aspektide kohta, mil määral inimene neid saab ise mõjutada. Nagu järgnevalt jooniselt on näha, on keskelt läbi pooltel kuni 2/3 töötajatest võimalik vähemalt ühte töö tegemise aspekti enda jaoks piisaval määral mõjutada.

Eelnev töövõimetute küsitlusandmete analüüs näitas, et umbes 1/3 on töökohal suurel määral autonoomiat ja veel 1/3 mõningal määral. Kuigi küsimuste sõnastused olid üsna erinevad, võib siiski tõmmata paralleele nende vahel ja lihtsustatult üldistades on töövõimetud pigem sarnased elanikkonna keskmisele.



Joonis 92. Eesti töötajate keskmine autonoomia töökohal, % töötavast elanikkonnast

Allikas: TEU 2009, autori arvutused

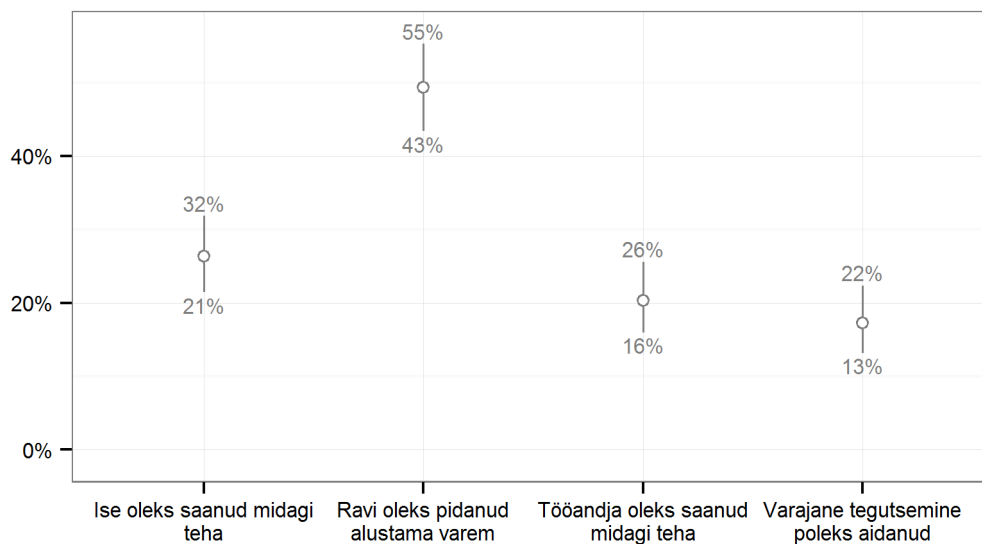
Kokkuvõttes ei erine tunnetatud vajadus töökorralduse või töökoormuse kohandamise järele sihtrühmade lõikes. Kõikides gruppides on vajadus töökorralduse kohandamise järgi kolmandikul või veidi enamatel ning töökeskkonna kohandamiseks kolmandikul või veidi vähematel. Autonoomia ja vajadus autonoomia järele ei erine diagnooside, töökoormuse, soo, vanuse lõikes. Erandlikuks näitajaks on jällegi töökoormus. Osakoormusega töötavate sihtrühmade esindajad nimetavad sagedamini vajadust tervisest tulenevatel põhjustel töökorraldust kohandada kui täiskoormusega töötavad ja samas nad leiavad ka, et neil on suurem võimalus töökorraldust ja töökeskkonda mõjutada. Võrdlus elanikkonna keskmise autonoomia tasemega näitab, et töövõimekaoga inimestel on vähemalt sama palju autonoomiat töökohal.

6.3.3 Töötajate hinnangud varajase sekkumise tulemuslikkusele

Selleks, et analüüsida, millised on PTV ära hoidmiseks võimalused tööandjal või riigil varakult sekkuda, uuriti sihtrühmalt, kas varajase sekkumisega oleks saanud tervise halvenemist mõjutada, kelle sekkumisel oleks kõige suurem mõju ja milline oleks mõju olnud töökorralduse ja töökeskkonna muutmisel.

Järgneval joonisel on toodud PTV-de hinnangud sellele, kas nende endi tervisekadu oleks saanud vähendada varajase sekkumisega. Umbes pooled vastanutest leidsid, et kasu oleks olnud varasemast raviga alustamisest. See viitab võimalikele takistustele terviseprobleemide avastamisel või ravi määramisel. Olemasolevate

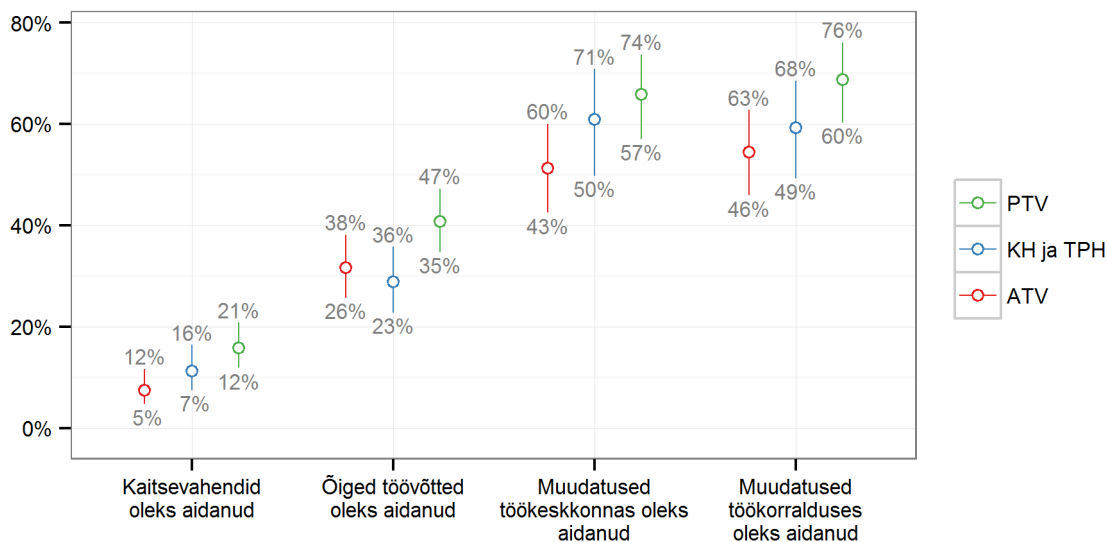
andmete põhjal pole võimalik kindlalt väita, kas probleem seisneb arstiabi kättesaadavuses või kvaliteedis, aga nähtavasti on tegu ühe võtmekohaga, mille abil vähendada PTV teket. **16-26% tõi välja ka selle, et tööandja oleks saanud midagi ette võtta** töötaja tervise halvenemise vältimiseks. Vaid 13-22% leidsid, et varajase tegutsemisega ei oleks saanud haiguse arengut pidurdada. Diagnooside, töökoormuse, soo ja vanuse lõikes erisusi polnud. Seda küsimust teistelt sihtrühmadelt ei küsitud.



Joonis 93. Hinnangud varajase sekkumise võimalikule efektiivsusele PTV ärahoidmisel, % PTV-dest, kelle haigust mõjutas töö (mitme vastusevariandi valimise võimalus)

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Järgneval joonisel on kõigi gruppide hinnangud sellele, kas nimetatud töökeskkonna aspektide muutmisest oleks olnud abi nende tervisekao vähendamisel või ära hoidmisel. Pöörates tähelepanu laiemalt tervisekao ärahoidmisele, siis huvitaval kombel eristuvad PTV, pikaajaline ATV ja KH ning TPH inimesed oma hinnangutes vähe. Siiski saab järgnevalt jooniselt tuua välja, et pikaajalised ATV-d võrreldes PTV-dega toovad harvem välja, et kaitsevahendid oleks aidanud. KH ja TPH leiavad võrreldes PTV-dega harvem, et kasu oleks olnud õigetest töövõtetest. Suurusjärguliselt on erinevused siiski väikesed, mistõttu ei saa sihtrühmade vahelisi erinevusi oluliseks pidada.



Joonis 94. Mida saanuks teha tervisekao ärahoidmiseks, % sihtrühmast, kelle haiguse arengut mõjutas töö

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Need inimesed, kes leidsid, et õigetest kaitsevahenditest oleks abi olnud tervisekao ärahoidmisel, vastasid keskmisest harvem, et tööandja oli neid kaitsevahenditega varustanud. 39-61% neist, kelle hinnangul oleks saanud tervise kadu ära hoida kaitsevahenditega, omasid vajalikke kaitsevahendeid (vrd 86-93% neist, kes ei vajanuks). Samamoodi õigete töövõtete puhul vastasid need inimesed, kes arvasid, et neist oleks kasu olnud harvem, et tööandja oli neid õigetest võtetest informeerinud (54-67% juhul võrreldes nendega, kes ei vajanud 70-79% juhul). Õigete töövõtete õpetamine töötajatele on tööandja kohustus, mistõttu on suhteliselt palju neid (vähemalt veerand) töötajaid, keda pole tööandja informeerinud.

Sihtrühmade lõikes ei olnud erinevusi nende seas, kes leidsid, et kaitsevahendite ja õigete töövõtete kasutamine oleks aidanud tervisekahju ära hoida. Pikaajaliste ATV-de seas eristub diagnooside lõikes vaid see, et vereringe-elundkonkna haigustega inimesed vastasid võrreldes psüühika- ja käitumishäiretega inimestega harvem, et nad olid õigetest töövõtetest informeeritud (51-72% vrdl 70-93%). PTV-de ja KH ja TPH gruppide siseselt diagnooside lõikes erinevusi polnud. Soo ja töökoormuse lõikes erisusi polnud üheski sihtrühmas. PTV-de seas olid 55-aastased ja vanemad harvem õigetest töövõtetest informeeritud kui 30-54-aastased (52-71% vrdl 67-82%).

Ühegi sihtrühma sees ei olnud diagnooside lõikes erinevusi selles, mil määral tunnetati, et muudatused töökeskkonnas või –korralduses oleks aidanud tervisekadu ära hoida.

Ligikaudu kolmandik pikaajalistest ATV ja KH ning TPH-dest leidis, et **on tõenäoline, et lähitulevikus nende haigus süveneb**. Diagnoosi, töökoormuse, soo ja vanuse statistiliselt olulist erinevust ei ole. Nende käest, kes arvasid, et haigus süveneb, küsiti ka seda kas muudatused töökeskkonnas või töökorralduses saaks seda ära hoida, kuid kahjuks on küsimusele vastanud liiga vähe, et selle põhjal järeldusi teha. Siiski võib välja tuua, et need, pikaajalised ATV-d, kes leidsid, et muudatused töökeskkonnas või korralduses võivad ära hoida tervises seisundi kujunemise PTV-ks lähema kahe aasta jooksul nimetasid võimalike muudatustena: töötaja lühendamist ja töötaja paindlikkusega seotud muudatusi, füüsilise koormuse vähendamist, toetavaid kolleege ja ülemusi.

6.3.4 Varajase sekkumise võimalused tööandjate hinnangul

Selleks, et tööandjad saaks reageerida töötaja terviseprobleemidele, on oluline, et tööandjani jõuaks info töötaja konkreetsete probleemide kohta. Samas on tegu terviseinfo, mida töötaja ei ole kohustatud ja arst ei

tohi tööandjale avaldada. Tööandjate intervjuudest selgus, et väga sageli inimesed varjavad töövõimekadu, hoolimata sellest, et info avaldamine võimaldaks nii töötajal, kui ka tööandjal saada osa riigi pakutavatest hüvedest. Tööandjate hinnangul ei soovi sellised töötajad sageli saada erikohtlemise osaliseks, kuna ei tunne, et töövõimekadu neid tegelikult piiraks. Samas on ka neid, kes tööandjate hinnangul pelgavad, et tööandja hakkab töötajasse suhtuma negatiivsemalt. Tööandjate kogemusi kinnitab ka statistika, mille kohaselt töötavate PTV-de eest tasub riik sotsiaalmaksu vaid umbes kolmandikul juhtudest. On vähetõenäoline, et tööandjad ei kasutaks võimalust palgakuludelt kokku hoida, mistõttu on tõenäolisem, et tööandja ei ole lihtsalt teadlik töötaja tervisest. Siiski võib oletada, et osa PTV-dest ei ole ise teadlikud, et nende tööandjale laienevad soodustused. See selgitaks seda, miks nad oma tööandjat tervisekaost ei teavita. Samas ilmneb töövõimekaoga töötajate küsitlusest, et vaid kümnendik ei ole tööandjat terviseprobleemidest teavitanud.

Intervjueeritud tööandjatest, vaid osadel oli kogemusi sellega, et töötaja tervis halveneb tugevalt organisatsioonis töötamise ajal. Need tööandjad tõid välja, et enamasti saab tööandja probleemi või selle tõsidusest teadlikuks faasis, kus töökohal enam midagi tervise hoidmiseks teha ei saa. Sellised juhtumid lõpevad tööandjate kogemusel pigem täieliku tööturult lahkumisega, ent võimalusel leitakse töötajale siiski võimalikke vastava ametikohta. Samal tööandjal oli kogemusi ka töötajatega, kes oma terviseprobleemidest varakult rääkisid ja sellisel juhul leiti lahendused, et vähendada ülesannete osakaalu, mis tervisele halvasti mõjusid. Tööülesannete kohandamist ja vajadusel töötaja ümberpaigutamist organisatsioonis pidasid kõik tööandjad, kellel oli kogemus töötaja tervise halvenemisega, loomulikuks tegevuseks.

Varajaseks sekkumiseks on ka tegevused, mida tehakse enne tervisekahjude tekkimist. Selliseks tegevuseks võib olla **tervislike eluviiside toetamine**, aga ka **õiged töövõtted ja töökeskkonna ergonoomilisus ning töökorralduse paindlikkus**. Tööandja saab panustada kõigisse neisse tegevustesse, et töötaja tervist hoida. Õigete töövõtete ja tööasendite õpetamine töötajatele on tööandja kohustus. Töökohtade ja töökorralduse kohandamist vastavalt sellele, et töötajate tervist maksimaalselt hoida, arutati ka tööandjate intervjuudes. Enamasti leiti, et kohandusi tehakse vajaduspõhiselt ehk kui töötaja avaldab soovi, siis püütakse leida viis talle vastutulemiseks. Seega tööandjad tavaliselt ise initsiatiivi töökeskkonna parandamises ei võta. Töötajate tervislike eluviiside toetamiseks on tööandjad kasutanud erinevaid võimalusi. Suurematel ettevõtetel on reeglina paremad võimalused töötajatele pakkuda soodsaid treenimis- ja lõõgastumisvõimalusi. Ent väiksemate kuludega projekti nagu näiteks suitsetamisest loobumise toetamine, on jõukohased ka väiksematele ettevõtetele. Kõigi tööandjate hinnangul piirab nende võimalusi tervise edendamist toetada erisoodustumaks, mis teeb iga toetuse tööandjale väga kulukaks.

6.3.5 Kokkuvõte

Riskianalüüside koostamine on ettevõtetes tavapärane kuigi mitte alati süstemaatiline tegevus, mis tähendab, et võimalikud töötamisest tulenevad mõjud on organisatsioonides kaardistatud.

Tööandjad saavad aga tegeleda inimeste konkreetsetest tervisest tulenevate probleemidega juhul, kui nad on sellest teadlikud. Tervisekaoga töötajatest kümnendik nendivad, et tööandja pole kursis nende terviseprobleemidega. Võttes arvesse tööandjate kogemusi töötajatega, kes varjavad terviseprobleeme ning statistikat, mille kohaselt vaid kolmandiku töötavate PTV-de eest maksab riik sotsiaalmaksu, võib arvata et terviseprobleemide varjamine on probleemiks, mis takistab ka töötingimuste vastavusse viimist inimese vajadustega.

Tervisekaoga töötajatel pole tavaliselt probleeme kolleegidelt või ülemuselt abi saamisega, kui seda tervisest tulenevalt vaja on. Töökeskkonna või töökorralduse kohandamist oleks vaja umbes pooltel töötavatest töövõimekaoga inimestest. Veerandil-kolmandikul neist, kellel oleks vaja kohandusi, pole tööandja seda teinud. Töövõimekaoga inimestest on kohandusi tehtud samasugusele osakaalule kui elanikkonnas keskmiselt, seega ei pöörata tervisekaoga inimeste töötingimustele oluliselt erinevat või suuremat tähelepanu. Pigem tehakse kohandusi töökorralduses (kui -keskkonnas), mis tuleneb tõenäoliselt sellest, et töökorralduses on lihtsam ja odavam muudatusi teha. Osakoormusega töötajatest suurem osa leiavad, et vajalikud kohandused on tehtud.

Eraldi uuriti inimeste hinnanguid varajase sekkumise võimalikule efektiivsusele ning viisidele. Enamik PTV-dest leidsid, et varase sekkumisega oleks saanud tervisekahju vähendada. PTV-dest vaid viiendiku hinnangul ei oleks varasest sekkumisest olnud abi tervekaio vältimisel. Üle poolte PTV-dest leidis, et raviga oleks pidanud alustama varem. Aga 16-26% tõi välja, et tööandja oleks saanud midagi ette võtta, töötaja tervise halvenemise vältimiseks. Eelkõige oleks aidanud sihtrühma hinnangul kohandused töökorralduses ja töökeskkonnas, aga ka õigete töövõtete ning kaitsevahendite kasutamine oleks olnud osade jaoks vajalik.

6.4 Tervisekontrollide roll tervisekaio vähendamisel

Selleks, et hinnata töötajate ja tööandjate rahulolu töötervishoiusüsteemi ja täpsemalt töötervishoiuarsti teenusega on vajalik määratleda, milline peaks olema ideaalne olukord. Esmalt on oluline, et kõik inimesed, kes seda vajavad, jõuaksid tervisekontrolli töötervishoiuarsti juures. Lähtuvalt TTOS-ist on tööandjal kohustus saata tervisekontrolli töötajad, kelle tervist võib tööprotsessi käigus ohustada töökeskkonna ohutegur või töölaad (TTOS §13 lg 7). Töökeskkonna ohutegurid ja töölaad selguvad riskianalüüsist ning kehtiva praktika kohaselt on töötajate töötervishoiuarsti juurde saatmise kohustus vastavalt riskianalüüsile. Samas sõltub see, kas ja kuidas töökeskkonna ohutegurid ja töölaad mõjutavad inimese tervist muuhulgas inimese individuaalsest tervisest. Kuna tööandja ei ole pädev inimese individuaalset tervises seisundit konkreetsetes töökeskkonnas arvesse võtma, siis selleks, et saada teada, kas tööprotsessi käigus võib inimese tervisele mõju avalduda, tuleks eelnevalt saada selle kohta tervisekontrolli otsus. Lähtuvalt sellisest tõlgendusest tuleks kõik töötajad saata tervisekontrolli.⁴² Kuna meie eesmärgiks laiemalt on analüüsida töövõimetuse ja töökeskkonna ning töötingimuste seoseid, siis defineerisime töötervishoiuarstide peamise ülesandena lisaks tööks sobivuse otsuse koostamisele töötajate ja tööandjate aktiivse nõustamise, et mõlemad osapooled oskaksid pöörata tähelepanu töökeskkonna ja –tingimuste ohtudele ning käituda selliselt, et töötajate tervis ei kannataks. Just sellest on lähtunud järgnevas analüüsis.

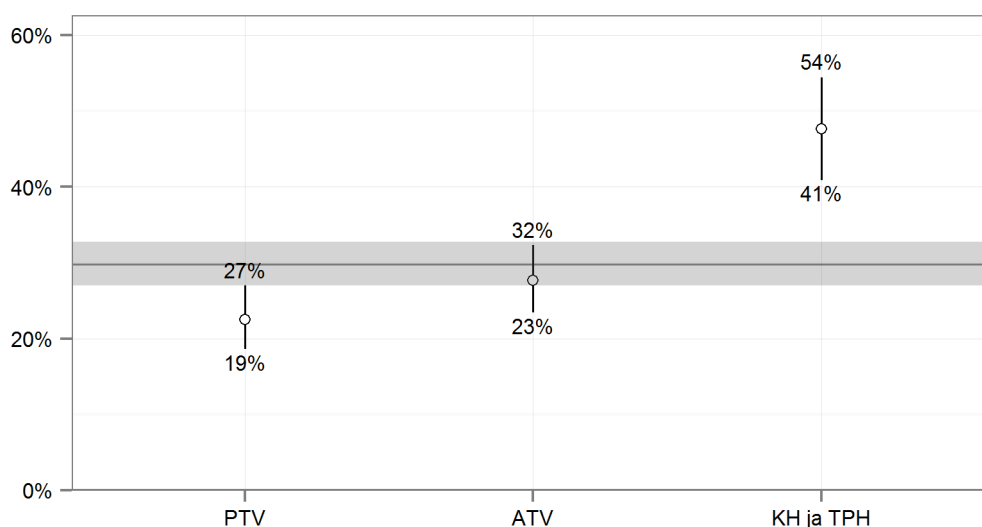
Täiendavalt käsitletakse selles peatükis pere- ja eriarstide huvi töötervishoiu ja tööohutuse vastu ning uuritakse, mil määral nad nõustavad töökaio inimesi töötades tervist hoidma.

6.4.1 Tervisekontrollide roll tervisekaio vältimisel

Tervisekontrollid töötervishoiuarsti juures kui töövõimekadu ennetav teenus võiks töötajatele pakkuda piisavalt teadmisi, et hoida ära oluline töövõimelangus juhul, kui töötamine konkreetset tervisehäiret mõjutab. Küsitluses uuriti, kas töövõimekaio inimesed käisid pärast esmaste haigusnähtude tekkimist töötervishoiuarsti juures. Keskeltläbi kolmandik töövõimekaio inimestest käis pärast haigusnähtude ilmumist töötervishoiuarsti juures kas korralises või erakorralises kontrollis.

Võrreldes teiste sihtrühmadega raporteerisid KH ja TPH-d sagedamini, et käisid kontrollis. Siiski kokku vaid 41-54% vastajatest, kes identifitseerisid ennast KH või TPH-na, käisid haigusnähtude tekkides töötervishoiuarsti juures.

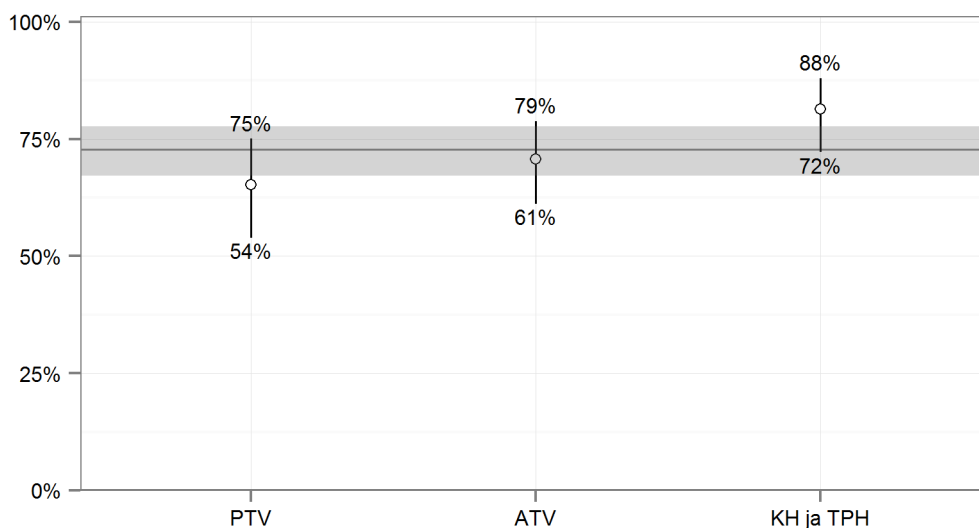
⁴² TTOS ja Sotsiaalministri määruse Töötajate tervisekontrolli kord §2 lg1 on võimalik tõlgendada selliselt, et vastavalt riskianalüüsile ei ole teatud töötajategrupid tervisekontrolli saatmine kohustuslik.



Joonis 95. Töötervishoiuarsti külastajate % pärast esmaste haigusnähtude ilmnemist, % sihtrühmast

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Arvestades, et haigusnähtude järel arsti juures käies oli inimesel võimalik arstiga konsulteerida, kas ja kuidas terviseprobleemid on seotud töötamisega, siis uuriti, kas töötervishoiuarst juhtis tähelepanu töökeskkonnast või töötingimustest tulenevatele ohuteguritele ja võimalustele neid vältida. Umbes 2/3 hinnangul töötervishoiuarst juhtis tähelepanu nende nüanssidele. Võrreldes PTV-dega ütlesid KH ja TPH-d sagedamini, et arst oli neid instrueerinud ohute vältima (72-88% juhtudest).



Joonis 96. Töötervishoiuarst selgitas pärast esmaste haigusnähtude ilmnemist, kuidas töötada tervist hoidvalt, % neist, kes külastasid pärast haigusnähtude ilmnemist töötervishoiuarsti

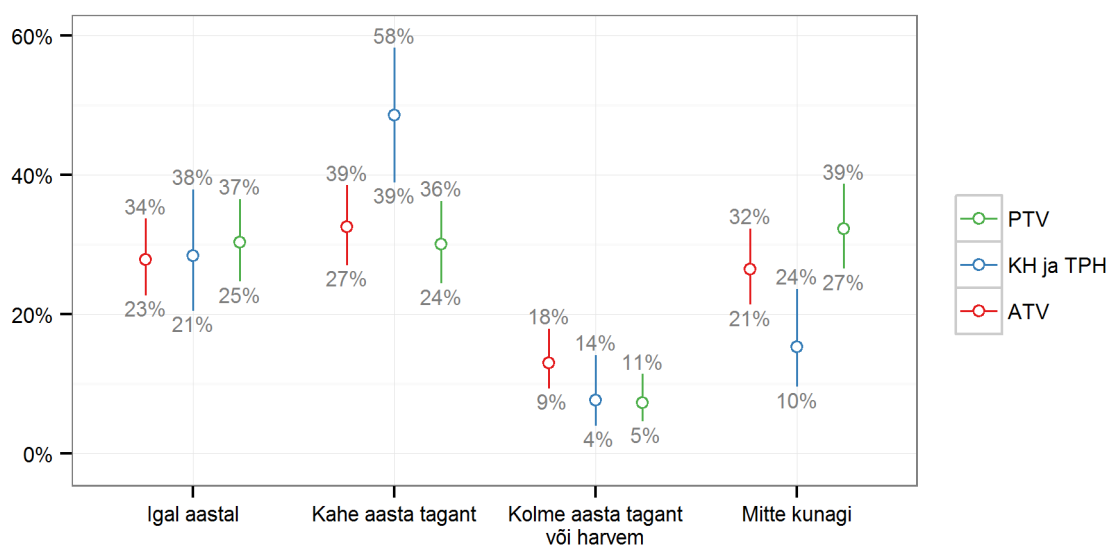
Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Arvestades, et paljud töövõimekaoga inimesed pärast esmaste haigusnähtude ilmnemist töötervishoiuarsti ei külastanud, ei saa olemasolevate andmete põhjal järeldada, kas töötervishoiuarsti nõuanded on olnud piisavad. Siiski võib pidada murettekitavaks, et olenevalt sihtrühmast 16-31% arstil käinutest ei saanud juhiseid, kuidas ohtusid vältida.

6.4.2 Tervisekontrollide sagedus praegusel töökohal

Lähtuvalt seadustest on tööandjatel Eestis kohustus töötajad tööle võtmisel saata tervisekontrolli esimese töötamise kuu jooksul⁴³. Tervisekontrollide sagedus sõltub töö iseloomust (ohuteguritest) ning töötaja tervislikust seisundist. Vähemohtrliku töö ja terve inimese puhul kutsutakse töötervishoiuarsti poolt inimene kontrolli umbes kolme aasta pärast, probleemsematel juhtudel aga iga-aastaselt. Küsitluses uuriti, kui sageli töötajad tervisekontrollis käivad.

Järgnevalt jooniselt võib näha, et ligi veerand töötavatest tervisekaoga inimestest ei ole oma praeguse tööandja juures töötervishoiuarsti juures käinud. Siiski valdav enamus inimestest käib kontrollis vähemalt kord kahe aasta jooksul ehk väga korrapäraselt. Töötavast elanikkonnast on TEU 2009 andmete põhjal käinud töötervishoiuarsti juures praeguse tööandja juures töötades umbes 2/3. Seega enam-vähem sama suur osa töövõimekaoga inimestest on käinud tervisekontrollis töötervishoiuarsti juures kui elanikkonnas tervikuna. Võrreldes erinevaid sihtrühmi torkab silma, et KH ja TPH-d on teistega võrreldes sagedamini kontrollis käinud. PTV-d ja ATV-d üksteisest aga oluliselt ei erine.

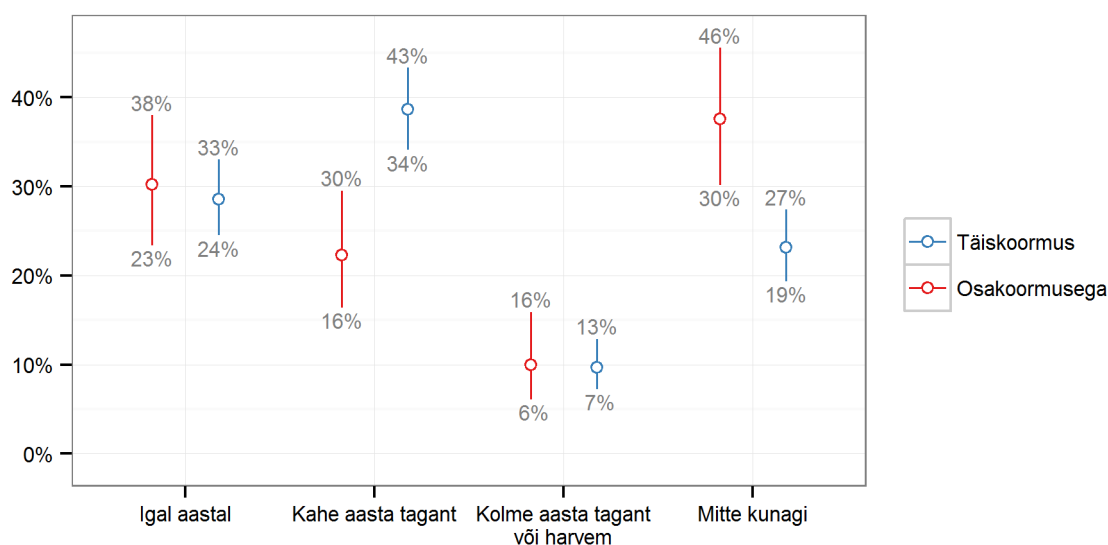


Joonis 97. Töötaja töötervishoiuarsti juurde tervisekontrolli suunamise sagedus, protsent töötavatest töövõimekaoga inimestest

Allikas: Töövõimeuse küsitlus

Neid, kes ei ole praeguse tööandja juures tervisekontrollis käinud, on osakoormusega töötavate seas (30-46%) enam kui täiskoormusega töötavate seas (19-27%). Neid töötajaid, keda saadetakse tervisekontrolli igal aastal on täiskoormuse ja osakoormusega töötavate vastanute seas mõlemas veerand kuni kolmandik. Täiskoormusega töötavate seas on rohkem kui osakoormusega töötavate seas neid, keda saadetakse tervisekontrolli iga kahe aasta tagant (vastavalt üle kolmandiku ja alla kolmandiku). Kahjuks ei võimalda andmed teha järeldusi töökoormuse ja sihtrühma lõikes, kuna hinnangute usalduspiirid osutuvad sellisel juhul liiga laiaks.

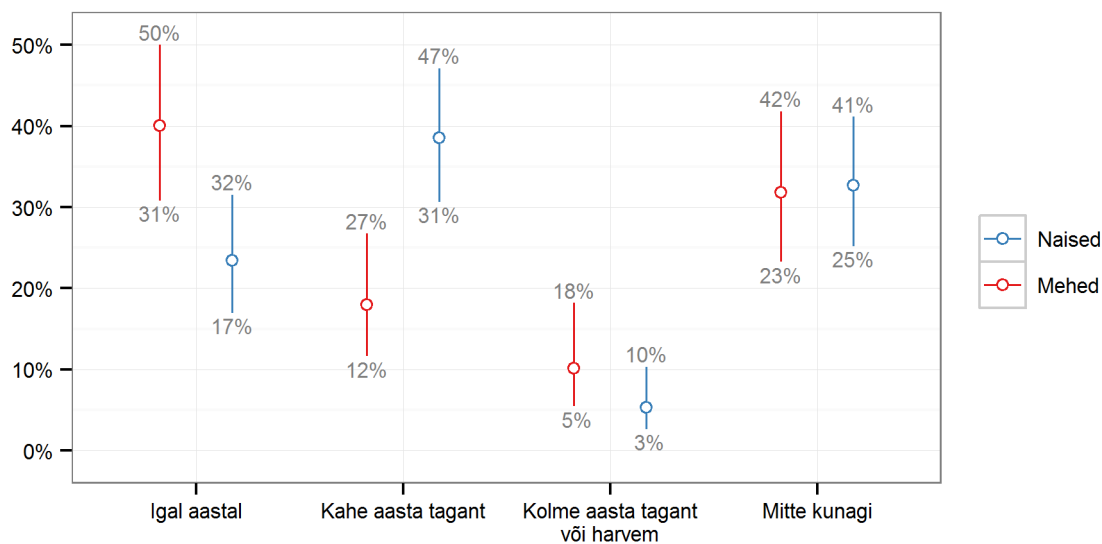
⁴³ Sotsiaalministri määrus. Töötajate tervisekontrolli kord. Vastu võetud 24.04.2003 nr 47, RTL 2003, 56, 816, §5 lg2.



Joonis 98. Töötaja tervisekontrolli suunamise sagedus töökoormuse lõikes, protsent töötavatest töövõimekaoga inimestest

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

PTV diagnooside, vanuse ja töökoormuse lõikes statistiliselt oluliselt üksteisest ei erine. Meeste ja naiste võrdluses esinevad teatud erinevused. Nimelt naisi saadetakse sagedamini (31-47%) kontrolli iga kahe aasta tagant, ent mehi igal aastal (31-50%). See erinevus peegeldab tõenäoliselt meeste-naiste erinevat ametite struktuuri.



Joonis 99. PTV töötaja tervisekontrolli suunamise sagedus soo lõikes, % töötavatest

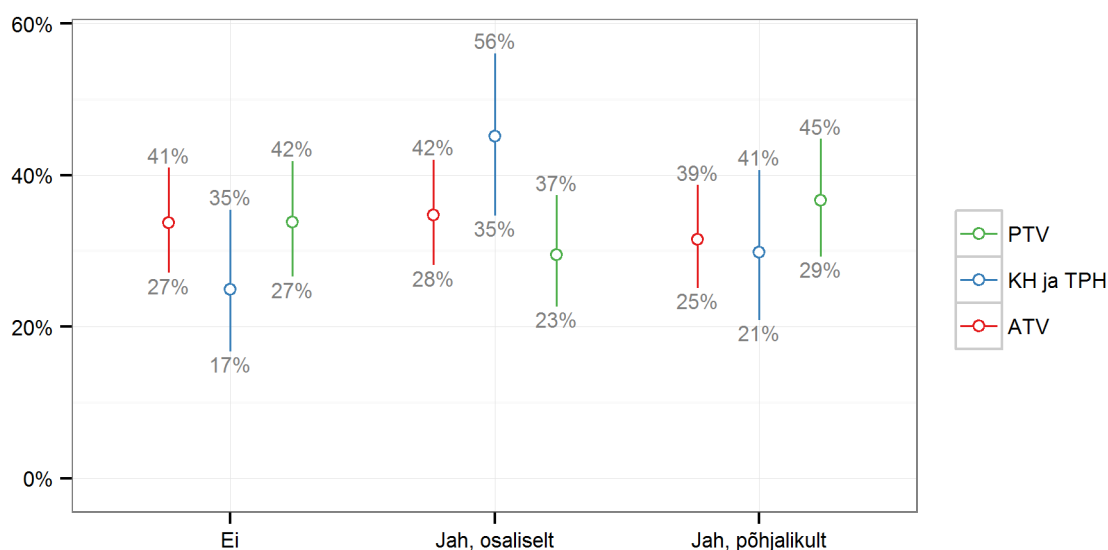
Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Pikaajaliselt ATV-d diagnooside, soo ja vanuse lõikes statistiliselt oluliselt omavahel ei erine. Vaadates tervisekontrolli saatmise sagedust töökoormuse lõikes ilmnes, et pikaajaliselt ATV-dest osakoormusega töötavate inimeste seas on rohkem (29-56%) kui täiskoormusega töötavate inimeste seas (18-29%) neid, keda

ei saadeta mitte kunagi tervisekontrolli. Samuti saadetakse täiskoormusega töötajaid (31-44%) rohkem kui osakoormusega töötajaid (6-25%) tervisekontrolli iga kahe aasta tagant.

6.4.3 Töötajate rahulolu tänase tervisekontrolli korraldusega

Tänase tööandja juures on tervisekontrollis käinud umbes 2/3 töövõimekaoga töötajatest. Nende inimeste käest küsiti, mil määral töötervishoiuarst on neile selgitanud, kuidas märgata töökohal ohtusid ning käituda tervist hoidvalt. Keskmiselt kolmandik vastas, et arst selgitas seda põhjalikult, veel kolmandiku hinnangul selgitas arst osaliselt ja viimase kolmandiku hinnangul arst selles osas selgitusi ei andnud. Vaadates küsimust sihtrühmade lõikes näeme, et võrreldes PTV-de ja pikaajaliste ATV-dega on KH ja TPH-d vastanud sagedamini, et arst andis selgitusi osaliselt. Samas paistab erinevus tulenevat sellest, et PTV-d ja pikaajaliselt ATV-d valisid enam äärmuslikemaid vastusevariante ehk ühesuunalist mustrit siit ei paista.



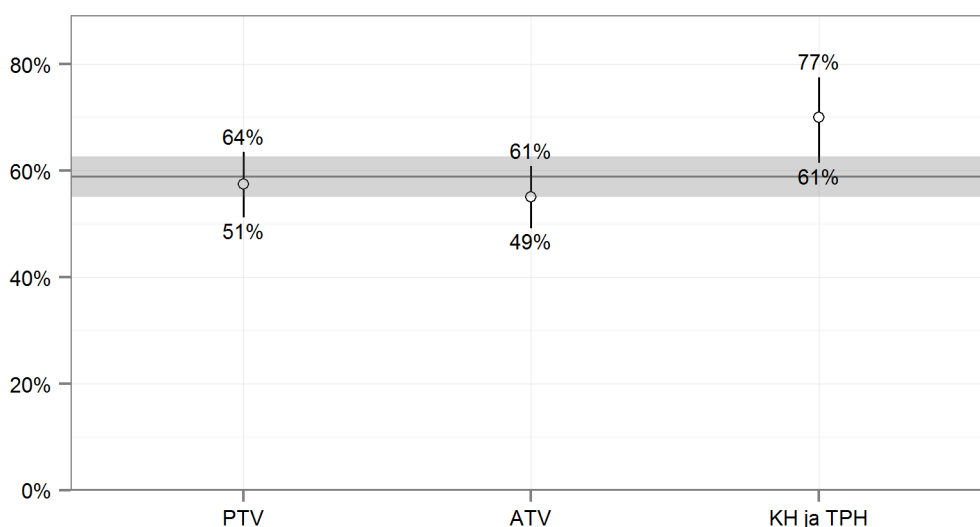
Joonis 100. Kas töötervishoiuarst on selgitanud, kuidas töötamine oleks ohutu ja tervist hoidev, % töötavatest sihtrühmas

Allikas: Töövõimekuse küsitlus

Kvaliteetse konsultatsiooni eelduseks võiks pidada seda, et töötervishoiuarstid on põhjalikult tutvunud konkreetse asutuse töökeskkonna ja sellest tulenevate ohtudega. Parimaks viisiks seda teha võiks olla töökoha külastamine⁴⁴. Küsitluses 18-25% hinnangul on töötervishoiuarst külastanud nende töökohta, sihtrühmade lõikes erinevusi ei olnud. Diagnoosi, töökoormuse, töö oskusmahukuse lõikes statistiliselt olulist erinevust ei ole. Jaotus diagnooside vahel on sarnane üldisele jaotusele.

Lisaks töötervishoiuarstile puutub ühel või teisel hetkel enamik inimesi kokku oma **perearsti või ka eriarstidega**. Eriti oluline on perearsti roll ajutise töövõimekuse määramisel. Seetõttu uuriti täpsemalt, kas töökohal tervise hoidmine huvitab inimeste kogemusel ka teisi arste, kes võiksid potentsiaalselt aidata inimesel riskitegureid märgata ja vältida. Nagu järgnevalt jooniselt võib näha, on perearst või eriarst tundnud huvi inimese töötingimuste vastu umbes 60% juhtudest. Sagedamini on huvi tuntud KH ja TPH diagnoosiga inimestel ja harvem PTV-del ja pikaajalistel ATV-del.

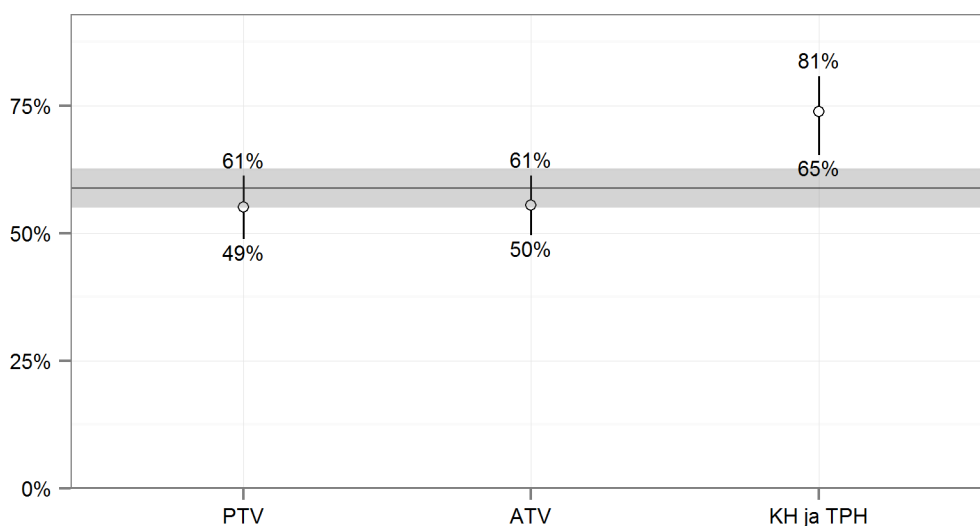
⁴⁴ Töötajate tervisekontrolli kord (Sotsiaalministri määrus nr. 74 vastu võetud 24.04.2003, RTL 2003, 56, 816 viimane red. 01.06.2016, RT I10.04.2015,3) §5 lg 4 ütleb, et "töötervishoiuarst, olles tutvunud tervisekontrolli alusdokumentide ning töökohal töötaja töökeskkonna ja töökorraldusega, määrab vajalikud terviseuuringud". Seega kuulub selle korra järgi nagu töökohal töökeskkonna ja töökorraldusega tutvumine töötervishoiuarsti kohustuste hulka.



Joonis 101. Perearst või eriarstid on tundunud huvi töötingimuste vastu, % töötavatest sihtrühmas

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Kõigilt töötavateelt töövõimekaoga inimestelt küsiti ka seda, kas perearst või eriarstid on selgitanud, kuidas töötada ohutult ja tervist hoidvalt. Keskeltläbi 55-63% inimestest leidis, et perearst või eriarstid on neile selgitanud, kuidas töötada tervist hoidvalt. Võrreldes omavahel erinevaid sihtrühmi ilmneb, et kutsehaigetele on arstid sagedamini selgitanud, kuidas enda tervisest lähtuvalt töökohal ohutult töötada. Arvestades, et KH ja TPH puhul on tegu püsivate tööga seotud haigustega, siis on loogiline, et nad on arstidelt saanud enam juhiseid, kuidas edasi töötada.



Joonis 102. Perearst või eriarstid on selgitanud, kuidas töötada tervisthoidvalt, % töötavatest sihtrühmas

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Kokkuvõtvalt võib öelda, et pere- ja eriarstid on veidi enam kui pooltel juhtudel olnud huvitatud inimese töötingimustest ning enam-vähem sama sageli on arstid andnud patsiendile ka nõuandeid, kuidas töötada tervist hoidvalt. Kuna perearstiga kokkupuude on erinevatel inimestel nii töötavatel kui ka mittetöötavatel sagedasem kui töötervishoiuarstiga ning perearsti või eriarstide roll on juba praegu märkimisväärne ka ohutu

töötamise juhendamisel, siis tuleks kaaluda, kuidas peaks tööohutuse ja tervishoiuga seotud vastutus arstide vahel jagunema.

6.4.4 Tööandjate hinnangud tervisekontrollidele

Tööandjate intervjuud keskendusid tervishoiusüsteemist rääkides peamiselt tervishoiule. Väikestel ettevõtetel oli peamiseks mureks **töetervishoiuteenuste kulukus**. Samas ka osad suured ettevõtted nentisid, et seaduses ettenähtud aja jooksul ei pruugi uued töötajad tervisekontrolli jõuda, kuna selle organiseerimine on ressursimahukas. Tööandjad rõhutasid, et kulud on eriti kõrged arvestades, et tervisekontrolli tuleb inimese saata enne katseaja lõppu ehk kohustus on tervisekontrolli saata ka inimesi, kes ei pruugi tegelikult organisatsiooni tööle jääda. Samas eriti tervisehäiretega inimeste puhul oleks tervishoiuarsti soovitusel tööandjale heaks võimaluseks töökeskkonda parandada ja inimeste tervist paremini hoida. Üks tööandja tõi välja, et kuna tervisekontrollide kohustus on seadusega kõigil tööandjatel, siis võiks riik seda ka finantsiliselt toetada.

Tervisekontrollide pakettide sisuga olid tööandjad üldiselt rahul. Mõned tööandjad mainisid, et tervishoiuarst võiks läbi viia ka esmase vaimsete häirete kontrolli, mida tavapäraselt kontrollipakettides pole. Seda toodi eriti aktuaalsena välja töövõimekaoga inimeste puhul, kellel võivad esineda ka peidetud liitpuuded vm.

Hinnangud tervishoiuarstilt saadava tagasiside osas tööandja perspektiivist lahkesid üsna palju. Kontrolli tulemusel edastatakse tööandjale otsus, kas inimene on töö tegemiseks võimeline ja vastavalt vajadusele ka üldised soovitusel, kuidas töötaja tervist hoida. Mõned tööandjad olid kogenud, et tervishoiuarsti juures tervisekontrollis käimisest mingit infot probleemide kohta ei tulnud, ent peagi pärast seda määrati nn tervele töötajale PTV. Teise näitena võib tuua olukorra, kus pensioniealisele töötajale määratakse arsti poolt uus kontrolli aeg kolme aasta pärast, aga noorele inimesele juba ühe aasta pärast, ent mitte kummalgi muud soovitusel või kommentaari otsusel pole. Sellises olukorras saab tööandja tähelepanelikkusest aru, et tõenäoliselt on noorel inimesel mingi terviseprobleem, aga mitte mingit täpsemat infot, kuidas saaks varajase sekkumise meetodeid rakendada, ei anta.

Teine osa tööandjatest nentis, et terviseinfo on siiski isiklik info ning ka tervishoiuarsti kompetentsid pole piiratud. Seetõttu arvasid need tööandjad, et detailsemat otsust kontrolli järel küsida oleks liig. Näiteks saab arst teha kindlaks, kas inimesel on tugevad terviseprobleemid, aga seda kas ta täpselt enda tööülesannetega hakkama saab, ei oska arst hinnata. Seega on paratamatu, et teatud otsustusruum jääb ka personalispetsialistile või –juhile. Lisaks toodi välja, et ka tervishoiuarst ei pruugi olla informeeritud töötaja varasematest terviseprobleemidest ja töövõimetusel. Viimasel juhul toodi võimaliku lahendusena välja võimalus suurendada tervishoiuarsti võimalusi inimese haiguslooga või vähemalt PTV määramisega tutvuda. Mõni tööandja ei näinud tänase süsteemi kvaliteedis aga ühtegi probleemi ja leidsid, et see on piiratud ressursside tingimustes parim võimalik lahendus.

Intervjuudest saadud tulemusi kinnitavad ka TEU 2009 andmed, mille põhjal hindasid tervisekontrollidest saadavat tagasisidet piisavaks või pigem piisavaks kokku 54-67% tööandjatest. Kuni viiendiku hinnangul ei olnud tagasiside piisav, et parandada töökeskkonna ja töökorralduse ohutust.

Töetervishoiuarstid reeglina töökohti ei külasta ja isegi kui nad töötavad (ajutiselt) tööandja territooriumil, siis lähtuvad nad oma hinnangutes pigem töökohta riskianalüüsist, kui käivad ise vaatlemas. Mõnes organisatsioonis on riskianalüüsi läbiviimiseks kutsutud välised konsultandid. Üks tööandja tõi välja, et sellel on olnud kontoritöötajatele distsiplineeriv mõju, kuna nt välise eksperdi antud soovitusel tööasendi parandamiseks läheb töötajatele rohkem korda.

6.4.5 Kokkuvõte

Tervisekontrollide roll haiguse arengu faasis on oluline õigeaegse sekkumise tagamiseks. Keskelt läbi kolmandik töövõimekaoga inimestest käis pärast esmaste haigusnähtude ilmumist tervishoiuarsti juures kontrollis. Võrreldes teiste sihtrühmadega raporteerisid KH ja TPH-d sagedamini, et käisid kontrollis (41-54%). Umbes 2/3 juhtudel juhtis tervishoiuarst tähelepanu sellele, kuidas töökeskkonnas ohte tervisele märgata ja neist

hoiduda. Võrreldes PTV-dega ütlesid KH ja TPH-d sagedamini, et arst oli neid instrueerinud ohte vältima (72-88% juhtudest).

Tänase tööandja juures on töötervishoiuarsti vastuvõtul käinud suurem osa töötajaid. 2/3 töötavatest sihtrühma kuulujatest on praeguse tööandja juures käinud töötervishoiuarsti juures. Neid, kes ei ole tervisekontrollis käinud, on osakoormusega töötavate seas (30-46%) enam kui täiskoormusega töötavate seas (19-27%). KH ja TPH käivad teistega võrreldes pisut sagedamini tervisekontrollis. Keskmiselt kolmandik vastas, et arst selgitas neile kontrollis põhjalikult, kuidas töötada tervisthoidvalt, veel kolmandiku hinnangul selgitas arst osaliselt ja viimase kolmandiku hinnangul arst selles osas selgitusi ei andnud. Nii tööandjad kui ka töötajad nentisid, et töötervishoiuarst reeglina töökohta ei külasta, samas ei toonud tööandjad ka välja, et seda peaks sagedamini tegema.

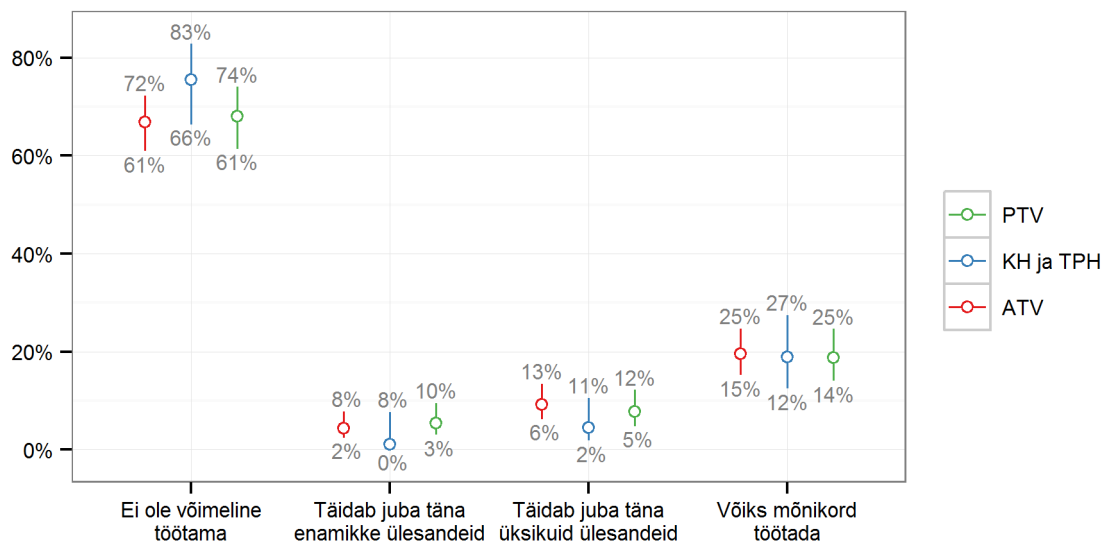
Perearst või eriarst on tundunud huvi inimese töötingimuste vastu umbes 60% juhtudest. Sagedamini on huvi tuntud KH ja TPH diagnoosiga inimestel ja harvem PTV-del ja pikaajalistel ATV-del. Umbes sama paljud leidsid, et perearst või eriarstid on selgitanud, kuidas töötada tervist hoidvalt. See tähendab, et suures osas pööravad ka teised arstid (peale töötervishoiuarsti) tähelepanu tervise ja töö seostele. Samas ei saa seda siiski öelda kõigi kohta. Praegu kasutada olevate küsitlusandmete põhjal ei ole võimalik selgitada konsultatsioonide sisulisi nüansse.

Võttes kokku **tööandjate hinnanguid töötervishoiusüsteemile** on peamiseks kriitika kohaks töötervishoiuarstilt saadava tagasiside kvaliteet. Kuigi kõik tööandjad polnud tänase süsteemi osas negatiivselt meelestatud, siis toodi ikkagi välja palju näiteid, kuidas tänane otsuste formaat ei võimalda tööandjal piisavalt efektiivselt ja varakult sekkuda. Tervisekontrollipakettide sisu üldiselt rahuldab tööandjaid, kuigi mainiti, et kaaluda võiks ka esmase vaimsete häirete kontrolli lisamist standardpaketti. Lisaks toodi välja praeguse töötervishoiuarstide süsteemi kulukus, mistõttu ei saada osad tööandjad teadlikult ka ohuteguritega kokkupuutuvaid töötajaid tervisekontrollidesse.

6.5 Ajutine töövõimetus ja töötamine

Selles peatükis käsitletakse ajutist töövõimetust, mitte sihtrühma mõistes pikaajalise ajutise töövõimetusena vaid kõiki haigusperioode ning nende ajal töötamise võimalikkust. ATV ajal töötamisel võib olla mitmeid eeliseid. Tööandja perspektiivist ei jää töö tegemata ja töötaja püsib kursis töö toimuvaga ega pea hiljem kompenseerima töölt puudunud aega ületundide või liiga kiire töötempoga. Rahvusvaheline kogemus on näidanud, et pikemalt ATV-l viibimine ja töölt eemal olek vähendab tõenäosust üldse tööle naasta. Samuti on leitud, et mitmete pikaajaliste haiguste korral on jõukohastel tingimustel töötamine ka positiivse mõjuga tervisele.

Kuigi Eestis ei ole ATV ajal võimalik sama aja eest töötasu ja haigushüvitist saada, on siiski töökorralduslikult võimalik osade ametite korral töötamist jätkata ka ATV ajal. Hetke olukorra kaardistamiseks küsisime töövõimekaoga inimestelt, kas senise töökarjääri jooksul nad tavaliselt on ATV ajal teinud tööd või mitte. 86-91% ehk valdav enamus ütles, et ATV ajal nad tööd ei ole teinud. See tähendab, et vaid 9-14% inimestest jätkab mingil moel töötamist ka haigestudes. Veel 18-25% neist, kes tavaliselt töötamist ATV ajal ei jätka on tundunud mõni kord, et võiksid väikese koormusega töötada. Arvestades seda, et töövõimekaoga töötajad koonduvad pigem madalamatele ametikohtadele, millel kaugtöö võimalused on piiratud, siis tervikuna töötajaskonnas võiks ATV ajal töötamine olla võimalik rohkematele.

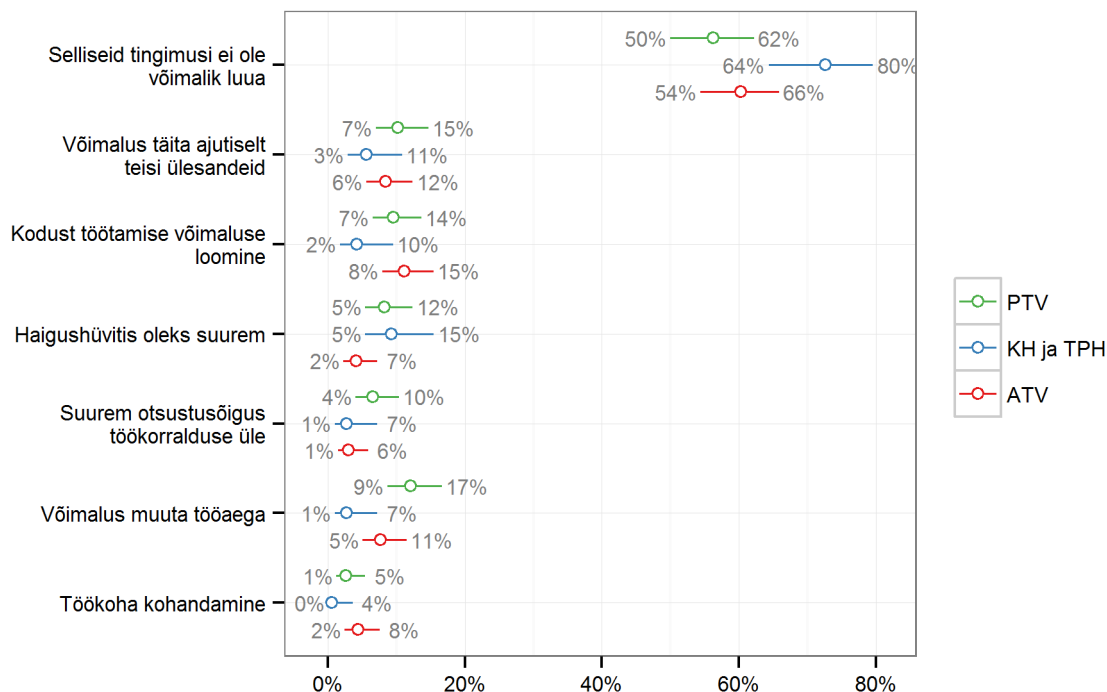


Joonis 103. Võimekus töötada haiguslehel olles, % töötavast sihtrühmast

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Diagnooside, töökoormuse ja soo lõikes statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmne. Võrreldes vanemate vanusegruppidega on 16-29-aastaste seas veidi enam neid, kes on tundnud, et saaksid ATV ajal töötada, ent erinevused jäävad paari protsendipunkti sisse.

Kahtlemata sõltub ATV ajal töötamine ka töö iseloomust ja töökohal loodud võimalustest (nt kaugtöö võimalus või tööajakorraldus). Seetõttu uuriti, milliseid tingimusi inimesed, kes on tundnud, et suudaks töötada ka ATV ajal, vajaksid. **Üle poole töötavatest töövõimekaoga inimestest leiavad, et ATV ajal töö tegemiseks vajalike tingimuste loomine ei ole võimalik.** Kodust töötamise võimaluse loomine on üks levinumaid töötamiseks vajalikke tingimusi (7-12%), mille täites oleks ATV ajal töötamine võimalik. Teised levinumad tingimused on "võimalus täita ajutiselt teisi ülesandeid", "võimalus muuta tööaega". Ülejäänud tingimusi peetakse vähem vajalikeks.



Joonis 104. Tingimused, mis peavad olema täidetud, et inimesed saaks haiguslehel olles tööd teha (mitme valikvastusega küsimus), % töötavatest sihtrühmas

Allikas: Töövõimeküsitlus

Diagnooside võrdluses paistavad silma psüühika- või käitumishäirega inimesed, kelle jaoks on võimalused muuta tööaega (15-31%) ja kodust töötamise võimaluse loomine (14-29%) märksa olulisemad tingimused kui luu- ja lihaskonnahaigetele (vastavalt 4-9% ja 5-11%) ja vereringeelundite haiguseid põdevate inimeste jaoks (vastavalt 5-13% ja 5-14%). Luu- ja lihaskonnahaigete ja vereringeelundite haigusi põdevate inimeste gruppide sees pole statistiliselt olulisi erinevusi. **Töökoormuse** lõikes statistiliselt olulisi erinevusi ei esine.

Soo lõikes eristuvad mehed, kellele on võimalus täita ajutiselt teisi ülesandeid olulisem (9-17%) kui naistele (4-8%). Naiste jaoks on kõigist töötamist võimaldavatest tingimustest kõige olulisem tingimus kodust töötamise võimaluse loomine (7-13%) ja meeste jaoks võimalus ajutiselt teisi ülesandeid täita.

Vanusegruppide võrdlusest ilmneb, et noorem vanusegrupp leiab vähem kui kaks vanemat vanusegruppi, et töötamist võimaldavaid tingimusi ei ole võimalik luua (21-49%), kui 30-54 ja 55+ aastaste vanusegrupis on sellisel arvamusel vastavalt 54-65% ja 61-72%. Samuti paistab, et 30-54 aastaste vanusegrupile on võimalus muuta tööaega (9-15%) olulisem kui 55+ vanusegrupile (3-8%). Neile on olulisem ka kodust töötamise võimaluse loomine (30-54: 8-15% ja 55+: 3-8%). Vanemale vanusegrupile seevastu on olulised võimalus täita ajutiselt teisi ülesandeid ja suurem haigushüvitis. Erinevused vanusegruppide vahel võivad olla tingitud ametite struktuurist erinevates vanusegruppides.

Intervjuude käigus paluti **tööandjatel** hinnata oma organisatsiooni perspektiivist Soomes kehtivat ajutise töövõime ajal töötamise võimalust. Selleks esitati neile järgnev lühikirjeldus: „Soomes kehtiva ajutise töövõime hüvitamise süsteem võimaldab inimesel alates 10. Haiguse päevast tööle naasta 40-60% tööajaga nii, et osaliselt säilib haigushüvitis. See toimub töötaja vaba tahte alusel ja arsti loal. Rahaliselt maksab tööandja palka töötatud aja eest ning haigushüvitis säilib pooles ulatuses varasemast.“

Tööandjate **hinnangud sellise süsteemi võimalikule rakendamisele Eestis olid eranditult positiivsed**. Mitu tööandjat väljendasid skeptilisust selles osas, kas sellist süsteemi on võimalik ära kasutada. Samuti nenditi, et tõenäoliselt on need juhud, kui seda rakendada saaks harvad. Toodi välja, et seda oleks eriti praktiline kasutada kontoritöötajate puhul, kes saavad teha kaugtööd. Tootmises töötavate inimeste puhul kõik tööandjad selle

süsteemi rakendamist võimalikuks ei pidanud, kuna sageli on ATV-l oleva inimese jaoks piiratud just füüsilised funktsioonid. Seega on neil raske tööle jõuda ning füüsilist tööd teha. Üldiselt leiti siiski, et see on tööandjale kasulik, kuna töötajat on vähem vaja asendada.

ATV osas töid tööandjad välja, et perearstid väljastavad haiguslehti liiga kergekäelistelt, mistõttu töötajad kipuvad neid ära kasutama (vt ka ATV-ga kaasnevaid riske).

Võttes kokku ATV ajal töötamise võimalusi ja soove nii töötajate kui ka tööandjate perspektiivist, on ilmne, et ATV ajal tunnevad vaid vähesed töötajad võimalust töötada. Vaid 9-14% inimestest on ATV ajal töötanud ja veel 18-25% neist, kes tavaliselt töötamist ATV ajal ei jätka, on tundunud mõnikord, et võiksid väikese koormusega töötada. Ka tööandjate intervjuudest ilmnes, et seda võimalust kasutaksid ilmselt vähesed. Siiski oli tööandjate hinnang sellise süsteemi ametlikule rakendamisele väga positiivne ja ka küsitlusest nähtub, et osa inimesi töötavad juba täna ATV ajal ja veel üks osa oleks valmis töötama vastavate tingimuste olemasolul. Seega võib arvata, et ATV ajal ametlikult osakoormusega töötamise võimaluse loomine annaks vähemalt osale töövõimekaoga inimestest võimaluse paremini tööelus osaleda.

6.6 Kokkuvõte

Käesoleva alapeatüki eesmärgiks oli analüüsida süvitsi töökeskkonna mõju haiguse arengule (sh ohutegureid töökeskkonnas) ning tervisekontrolle ja töövõimekaoga töötaja toetamist tänases töökeskkonnas. Erinevaid aspekte kokkuvõttes võib väita, et töökeskkonnal ja töötamisel laiemalt on oluline mõju töövõimetuse kujunemisele Eestis. Tööandjad ja töötervishoiusüsteem on küll teinud märkimisväärseid pingutusi, et toetada töövõimekaoga inimesi ja nende hakkamasaamist, ent siiski on paljudes valdkondades jätkuvalt puudujääke. Järgnevalt võtame tulemused kokku alateemade kaupa.

Töökeskkonna ja töötingimuste mõju haiguse arengule

KH ja TPH diagnoosiga inimeste puhul on ilmne, et nende terviseprobleemid tulenevad otseselt töökeskkonnast ja –tingimustest. **Üldistatult võib öelda, et 2/3 pikaajalistest ATV-dest ja PTV-dest pidasid töötamise mõju oma tervisele negatiivseks.** Vaid üksikud inimesed ütlesid, et töötamisel oli positiivne mõju. Analüüsides põhjalikumalt PTV ja pikaajalise ATV sihtrühmasid selgus, et pikaajalise ATV kujunemist peetakse sagedamini tööga seotuks kui PTV-d.

PTV-de seas ilmnemised erinevused järgnevatel lõigetes:

- Vaid psüühika- või käitumishäirega inimeste seas on süstemaatiliselt rohkem inimesi, kes leiavad, et nende PTV tekke põhjuseks on tööga mitteseotud haigus või õnnetus. Luu- ja lihaskonna ning vereringeelundite diagnoosiga haigete seast leiavad vähem kui pooled, et nende PTV tekke põhjuseks oli tööga mitte-seotud haigus või õnnetus.
- Vanuse tõustes muutub TPH või KH olulisemaks PTV tekke põhjuseks ja tööga mitteseotud haiguse roll PTV põhjustajana väheneb.

Pikaajaliste ATV-de seas ilmnemised erinevused soo lõikes. Naistest suurem osa arvavad, et haigus ägenes töötamise tõttu (61-73%) kui mehed (47-62%). Meestest seevastu mõnevõrra enam leiavad, et töötamisel ei olnud mõju haigusele.

Eraldi pöörati tähelepanu töövõimekaoga inimeste **ameti- ja tegevusalade jaotusele** võrreldes Eesti keskmisega. Suurem osa PTV-test, kelle haigust töötamine mõjutas, töötasid madalamatel ametikohtadel. Proportsionaalselt Eesti üldisest ametialade jaotusest on suurem tõenäosus PTV-ks jääda madalamatel ametikohtadel ning väiksem tõenäosus kõrgematel ametikohtadel töötajatel.

Uuritavate sihtrühma kuuluvate inimeste **kokkupuute sagedus ohuteguritega** on üldjoontes sarnane kui Eestis üldiselt. Kõige sagedasem ohutegur, mis tervist mõjutas oli pingeline või stressirohke töö ja sellele järgnesid raskuste tõstmine, ükslused või väsitavad liigutused ning halb kliima ja ebaregulaarne tööaeg. Kõikidesse uuringu sihtrühmadesse kuuluvate inimeste gruppide osas on märkimisväärselt vähem hinnanud tervist mõjutavaks ohuteguriks töötamist kuvariga. Eestis tervikuna on enam kui poolte inimeste töötingimuste seas

töötamine kuvariga. PTV-de seas mõjutas töötamine kuvariga vähem kui veerandi töötajate tervist, pikaajaliselt ATV-st vähem kui viiendiku ning KH ja TPH-dest vaid vähem kui kümnendikul. Seega kuvariga töötamine ei mõjuta sellisel määral PTV kujunemist, kui mõned teised ohutegurid või töötasid uuringu sihtrühma kuuluvad inimesed töökohtadel, kus oli vähem kuvariga töötamist.

Ohutegurite leviku osas ilmneseid järgnevad eripärad gruppide lõikes:

- KH ja TPH on võrreldes PTV või pikaajalise ATV inimestega vähem diagnoositud inimestel, kellel on olnud töökoht, millel oli kokkupuude klientide, patsientide või õpilastega. Ohutegur, mida aga KH ja TPH poolt tervist halvendava tegurina teistest sagedamini mainiti, oli kokkupuude vibratsiooniga.
- Füüsiliste ohutegurite tajumine on sarnasem luu- ja lihaskonnahaiguse ja vereringeelundite haiguse diagnoosiga inimeste seas. Luu- ja lihaskonna haiguste diagnoosiga töötajad eristuvad teisest mõnevõrra selle poolest, et töötamist klientidega ning stressirohket tööd nähakse ohutegurina vähem.
- Pikaajaliste ATV-de seas töid psüühika- ja käitumishäiretega inimesed teistest sagedamini välja kokkupuudet pingelise või stressirohke tööga.

Töötamise jätkamine ja selle mõju tervisele

Üldiselt töötamise mõju haiguse kujunemisele ja praeguses töökohas töötamise jätkamise mõju haigusele hinnati pigem negatiivseks. Samas, on nende osakaal, kes hindavad praeguse töötamise mõju haiguse kulule positiivseks suurem kui haiguse välja arenemise ajal.

Hinnangutes praeguses töökohas töötamise pikaajalisele mõjule haiguse arengule diagnoosi lõikes, eristuvad oluliselt luu- ja lihaskonnahaigusi põdevate inimeste seisukohad. Neid, kes leiavad töötamisel olevat pikemas perspektiivis negatiivse mõju (37-58%) on oluliselt rohkem kui neid, kes leiavad töötamisel olevat positiivse mõju (8-22%).

Võttes kokku töötute töövõimekaoga inimeste ja tervise tõttu heitunute hinnanguid toetusmeetmetele ei saa välja tuua mõnda konkreetset teenust või toetust, kui peamist tööle asumist toetavat lahendust. Ka gruppide lõikes ei olnud erinevused vajadustes kuigi suured. See tulemus on ootuspärane arvestades laia diagnooside hulka, mida uurinus vaadeldakse. Tulenevalt enda tervise seisundist ning erialastest teadmistest ja oskustest on inimeste vajadused väga erinevad ja keskeltläbi on enamik käsitletud meetmetest võrdselt olulised.

Tervisekahju ennetamine töökohal

Tööandjate ennetustegevuse osas võib öelda, et tööandjad on altimad täitma seadusest tulenevaid kohustusi kui tegema täiendavaid pingutusi töötajate tervise hoidmiseks. Riskianalüüside koostamine on ettevõtetes tavapärane kuigi mitte alati süstemaatiline tegevus. Tervisekaoga töötajatest kümnendik nendivad, et tööandja pole kursis nende terviseprobleemidega. Võttes arvesse tööandjate kogemusi töötajatega, kes varjavad terviseprobleeme ning statistikat, mille kohaselt vaid kolmandiku töötavate PTV-de eest maksab riik sotsiaalmaksu, võib arvata et terviseprobleemide varjamine on siiski sagedane. See on problemaatiline, kuna nende inimeste tööandjalt ei saagi eeldada aktiivset sekkumist tervise halvenemise ärahoidmiseks.

Valdavalt pole sihtrühma töötajatel probleeme kolleegidelt või ülemuselt abi saamisega, kui seda tervisest tulenevalt vaja on. Samas umbes pooled töötavatest töövõimekaoga inimestest ütlevad, et vajaksid töökeskkonna või töökorralduse kohandusi. **Tööandjad on teinud kohandusi sama suurel osal töövõimekaoga inimestest kui elanikkonnas keskmiselt ning pigem tehakse kohandusi töökorralduses (kui töökeskkonnas).**

Tunnetatud vajadus töökorralduse või töökoormuse kohandamise järele ei erine sihtrühmade lõikes. Kõikides gruppides on vajadus töökorralduse kohandamise järgi kolmandikul või veidi enamatel ning töökeskkonna kohandamiseks kolmandikul või veidi vähematel. Osakoormusega töötavatel sihtrühmade esindajatel on veidi suurem vajadus tervisest tulenevatel põhjustel töökorraldust kohandada kui täiskoormusega töötavatel pikaajaliselt ATV-del.

Võrdlus elanikkonna keskmise autonoomia tasemega näitab, et töövõimekaoga inimestel on vähemalt sama palju autonoomiat töökohal.

Eraldi uuriti inimeste hinnanguid varajase sekkumise võimalikule efektiivsusele ning viisidele. PTV-dest vaid viiendiku hinnangul ei oleks varasest sekkumisest olnud abi tervekaot vältimisel. **16-26% tõi välja, et tööandja oleks saanud midagi ette võtta, töötaja tervise halvenemise vältimiseks.** Üle poolte PTV-dest leidsid, et raviga oleks pidanud alustama varem, mis viitab võimalikele puudujääkidele tervisekontrollide ja laiemalt tervishoiusüsteemis. Ligikaudu kolmandik pikaajaliselt ATV-dest ja KH ning TPH-dest leidsid, et on tõenäoline, et lähitulevikus nende haigus süveneb ning tõenäoliselt on võimalik seda riski vähendada läbi muudatuste töökohal.

Tervisekontrollid

Tervisekontrollide roll haiguse arengufaasis on eriti kriitiline õigeaegse sekkumise tagamiseks. Keskeltläbi kolmandik töövõimekaoga inimestest käis pärast esmaste haigusnähtude ilmnemist töötervishoiuarsti juures kontrollis. Võrreldes teiste sihtrühmadega raporteerisid KH ja TPH-d sagedamini, et käisid kontrollis (41-54%). Umbes 2/3 hinnangul kõigist juhtis nende töötervishoiuarst tähelepanu sellele, kuidas töökeskkonnas ohte tervisele märgata ja neist hoiduda. Võrreldes PTV-dega ütlesid KH aj TPH-d sagedamini, et arst oli neid instrueerinud ohte vältima (72-88% juhtudest). Seega suur osa PTV-dest ja KH ning TPH-dest olid küll informeeritud töökeskkonna ohtudest ja võimalustest neid vältida, ent sellest ei piisanud, et vältida püsiva tervisehäire arengut.

Tänase tööandja juures on töötervishoiuarsti vastuvõtul käinud 2/3 töötavatest sihtrühma kuulujatest. Neid, keda ei saadeti kunagi tervisekontrolli on osakoormusega töötavate seas (30-46%) enam kui täiskoormusega töötavate seas (19-27%). KH ja TPH käivad teistega võrreldes pisut sagedamini kontrollis. Keskmiselt kolmandik vastas, et arst selgitas neile kontrollis põhjalikult, kuidas töötada tervisthoidvalt, veel kolmandiku hinnangul selgitas arst osaliselt ja viimase kolmandiku hinnangul arst selles osas selgitusi ei andnud. Nii tööandjad kui ka töötajad nentisid, et töötervishoiuarst reeglina töökohta ei külasta, samas ei toonud tööandjad ka välja, et seda peaks sagedamini tegema.

Perearst või eriarst on tundunud huvi inimese töötingimuste vastu umbes 60% juhtudest. Sagedamini on huvi tuntud KH ja TPH diagnoosiga inimestel ja harvem PTV-del ja pikaajaliselt ATV-del. Umbes sama paljud leidsid, et perearst või eriarstid on selgitanud, kuidas töötada tervist hoidvalt. See tähendab, et suures osas pööravad ka teised arstid (peale töötervishoiuarsti) tähelepanu tervise ja töö seostele. Siiski ei näe tänane tervisekontrollide süsteem ette, et perearst peaks aktiivselt tegelema tööohutuse küsimustega. Kuna perearst ja eriarstid saavad sageli inimese terviseprobleemidest parema ülevaate kui töötervishoiuarst, siis tuleks kaaluda võimalusi, kuidas tagada, et kõik arstid pööraksid tähelepanu töötamisele kui suurel osale inimese elust.

Võttes kokku **tööandjate hinnanguid töötervishoiusüsteemile** on peamiseks kriitika kohaks töötervishoiuarstilt saadava tagasiside kvaliteet. Kuigi kõik tööandjad polnud tänase süsteemi osas negatiivselt meelestatud, siis toodi ikkagi välja palju näiteid, kuidas tänane otsuste formaat ei võimalda tööandjal piisavalt efektiivselt ja varakult sekkuda. Tervisekontrollipakettide sisu üldiselt rahuldab tööandjaid, kuigi mainiti, et kaaluda võiks ka esmase vaimsete häirete kontrolli lisamist standardpaketti. Lisaks toodi välja praeguse töötervishoiuarstide süsteemi kulukus, mis takistab tööandjaid töötajaid tervisekontrolli saatmast. See on eriti problemaatiline tervisekaoga töötajate puhul, kes võivad tavaliselt sagedamini vajada kohandusi töötingimustes. Üheks võimalikuks lahenduseks siinkohal oleks riigi tugi.

Ajutine töövõimetus ja töötamine

Hinnates ATV ajal töötamise võimalusi ja soove nii töötajate kui ka tööandjate perspektiivist, on ilmne, et ATV ajal tunnevad vaid vähesed töötaja võimalust töötada. Vaid 9-14% inimestest on ATV ajal töötanud ja veel 18-25% neist, kes tavaliselt töötamist ATV ajal ei jätka, on tundunud mõnikord, et võiksid väikese koormusega töötada. Ka tööandjate intervjuudest ilmnes, et seda võimalust kasutaksid pigem vähesed inimesed. Siiski oli tööandjate hinnang sellise süsteemi ametlikule rakendamisele väga positiivne ja ka küsitlusest nähtub, et osa

inimesi töötavad juba täna ATV ajal ja veel üks osa oleks valmis töötama vastavate tingimuste olemasolul. Seega võib arvata, et ATV ajal ametlikult osakoormusega töötamise võimaluse loomine annaks vähemalt osale töövõimekaoga inimestest võimaluse paremini tööelus osaleda.

7 Ülevaade töövõimetusega seotud riskidest, kuludest ja nende jaotusest töötaja, tööandja ja riigi vahel

Selles peatükis käsitletakse esmalt tööandjate intervjuude põhjal seda, milliseid riske tunnetavad tööandjad PTV töötajate palkamisel ja milliseid probleeme tunnetavad töövõimetuse määramise ning kompenseerimise süsteemi juures. Seejärel kirjeldatakse kokkuvõtvalt, millised kulud töövõimetusega kaasnevad ning kuidas need jagunevad inimese, tööandja ja riigi vahel. Esmalt kirjeldatakse ATV-ga kaasnevaid kulusid ning seejärel PTV kulusid. ATV-d käsitletakse selles peatükis kui inimese haigusest tulenevat ajutist töövõimetust sõltumata haiguse pikkusest, st ATV-d ei käsitleta mitte uuringu sihtrühma mõistes pikaajalise ATV-na vaid üldisemalt.

7.1 Tööandjate hinnangud kehtiva töövõimetussüsteemiga seotud riskidele ja näited riskide maandamisest

Töötajate grupp, kelle tervisehäirest tööandjad on teadlikud ja kellele pööratakse eraldi tähelepanu, on tööandjate intervjuude põhjal järeldades üsna piiratud. Sageli käsitletakse töövõimekao või tervisehäirega inimestena vaid neid töötajaid, kellel on silmnähtav häire või häirest tulenevad raskused tööülesannete täitmisel. Samal ajal kui nähtava liikumispuudega töötajale pööratakse täiendavat tähelepanu ning sellega seotud kogemused tulevad kiiresti meelde, ei vaadelda niiõelda peidetud haigusega – nagu näiteks südamepuudulikkus – töötajaid erinevalt tervetest töötajatest ning kõneledes PTV-st ei tule need töötajad tihti meeldegi.

Tööandjad ei käsitle inimeste ATV-d või PTV-d tööle võtmisel harilikult riskina. ATV on igapäevase töötamisega kaasnev paratamatus nii tervete töötajate kui ka tervisekaoga töötajate puhul. PTV-ga inimese teadlikul tööle võtmisel arvestatakse sellega, et inimene võetakse tööle kohale, mille jaoks ta on sobiv ehk ta on võimeline sellega kaasnevaid tööülesandeid iseseisvalt ja suuremate abivahenditeta piisaval määral täitma. Väga sagedased on aga ka olukorrad, kus inimene sihilikult või teadmatusest ei informeerii tööandjat tervisehäirest ja seetõttu ei olegi tööandjal võimalik töötaja tervisest tulenevaid riske määratleda.

7.1.1 ATV

Juhul, kui töötav inimene haigestub ja ei saa tööl käia, siis on sõltuvalt töökohast korraldatud asendamine:

- parasjagu tööl mitte viibivate töötajate tööle kutsumisega või
- olemasolevate töötajate vahel töö ümberjagamisega.

Mõlemal juhul kaasneb tööandjale kulu kas täiendava inimese töötasu maksmise näol⁴⁵ või kulukate ületundide tasustamisega. Nendel töökohtadel, kus tööd saab teha ka kaugtööna kasutatakse osaliselt töö jätkamist ka haiguse ajal. Puuduvate töötajate asendamiseks on kasutusel ka muid lahendusi nagu ettevõtteväliste inimeste ajutine palkamine. Sellisel juhul kaasneb kuludena väljaõppe vajadus. Igal juhul, kaasneb täiendava kuluna, mida ATV-ta ei oleks, asendamise korraldamine.

Kui asendamise korraldamine osutub võimatuks (spetsiifiliste tööoskuste tõttu ei saa asendada) kaasneb tootmise aegade pikenemine või jääbki osa toodangust tootmata.

Konkreetsemate probleemidena tööandjale nimetati intervjuudes praeguse töövõimetussüsteemiga seonduvana kahte asja:

1. Tööandjale on haiguspuhkuse pikkus prognoosimatu ja sellest tulenevalt on keeruline planeerida asendamis- ning töökorraldust;
2. On juhtumeid, kus haiguslehti antakse liiga kergekäeliselt ning töötajad kasutavad haiguslehte vabade päevade võtmiseks, puhkuse pikendamiseks või isegi muus kohas töötamiseks või reisimiseks. Kuigi töötajal on kolm omavastutuspäeva tähendab haiguslehel viibiv töötaja tööandja jaoks vajadust tööd

45 Perioodil, mil haigushüvitis on tööandja kanda.

ümber korraldada ja puuduv töötaja asendada. Nii võivad tekkida olulised kulud isegi juhul, kui töövõimetuse periood ei ole pikem kui kolm päeva.

Viimase probleemi lahendusena pakkus üks tööandja välja, et praegune süsteem, kus haigusleht antakse ainult inimese telefonikõne alusel, tuleks muuta rangemaks selliselt, et peaks toimuma visuaalne kontroll⁴⁶. Alternatiivina toodi näide Norrast, kus suures ettevõttes on kasutusel tööandja korraldatud arsti kontrollvisiidid haigestunud töötaja juurde koju.

Esimesed kolm päeva omavastutust tähendavad otseseid kulusid ka töötajale. Mitu tööandjat tõid selle välja kui probleemi, mille tõttu inimesed käivad haigena töö, sest nad ei saa endale lubada sissetuleku kaotust. Samas muutub see olukord ka tööandja jaoks probleemiks, kui haige töötaja jõudlus ei ole samaväärne terve töötajaga ning kui selle tulemusena kujuneb kogu haigusperiood pikemaks, kui see oleks õigeaegse ning adekvaatse ravi ja töö- ning puhkeajarežiimi rakendamisel. Olukorra lahendamiseks on osad tööandjad võtnud töötaja omavastutuse enda kanda. Nt on tekitatud võimalus kasutada 5 erakorralist tasustatud puhkuspäeva aastas, millega saab katta haigestumise omavastutuse aja või võimaldatakse (eriti kontoritöötajatele) kojujäämist kokkuleppel vahetu juhiga ilma ametliku puhkuse või haiguslehetä. Aga ka juhtudel, kus sellist korraldust pole loodud, on tööandjad märkinud vajadust olemasoleva süsteemi muutmiseks.

Väga pikad haiguslehed on pigem erandlikud. Seetõttu ei ole tööandjatel sellega sagedast kokkupuudet ega kindlaid väljakujunenud seisukohti kaasnevate probleemide ning võimalike lahenduste suhtes. Siiski toodi välja mõned pikemaajaliste haigustega seonduvad probleemid:

1. On olnud juhtumeid, kus kas kartusest töökoha kaotamise ees või muul põhjusel on töötajad varjanud tööandja eest oma tervise halvenemist, mis on viinud sellisel määral tervise halvenemiseni, et töötamise jätkamine on võimatu. Uuringus olnud ettevõtte näitel töösuhe katkes, kuigi isegi hetkel, kui töötavishoiuarst leidis, et inimene ei saa sellel töö jätkata, leidis inimene ise, et ta saab tööd edasi teha.
2. Haiguslehel olles ei või töötaja töötada ja töötasu saada. Seetõttu ei ole töötajale kasulik osalise ajaga tööle naasta, kui tervis täiskohaga tööd ei võimalda teha. Samas on tööandjal võimalik töötajale tööleping üles öelda kui töötamine on takistatud 4 kuud töötaja terviseseisundi tõttu. Siiski on juhtumeid, kus tööandjad on vastutulekuna töötajale pikemaajaliselt haiguslehel tööl naasmiseks järkjärgulise töökoormuse suurendamise näol võimaldanud töötamist jätkata.

7.1.2 PTV

Püsivalt töövõimetu inimese tööle võtmine, juhul, kui tööandja jaoks on teada, et tegemist on püsivalt töövõimetust põhjustava tervishäirega töötajaga, on tavaliselt kaalutletud otsus. Tööandja palkab ja hoiab tööl töötajat, kelle poolt **toodetav lisandväärtus ületab tööle võtmisega ja töötamisel tekkivaid kulusid**. See iseloomustab ka PTV töötajate tööandjate suhtumist. Üldjoontes jagunevad PTV töötajate palkamise otsused kaheks: otsus, kus PTV inimene võetakse tööle kui terve inimesega võrdväärne töötaja ja teisel juhul otsus, kus PTV töötaja võetakse tööle arvestades sotsiaalmaksu soodustusega, mis kompenseerib madalamat jõudlust või muudab töövõimekaoga töötaja palkamise tervete inimesega võrreldes vähemalt sama atraktiivseks. Mõlemal juhul on siiski tegemist olukorraga, kus tulu töötaja palkamisest kaalub üles või vähemalt katab kulud.

PTV töötajate poolt toodetav lisandväärtus ja nende töötamiseks vajalikud tingimused sõltuvad nii töökohast, kus inimene töötab kui ka inimese tervislikust seisundist. On olukordi, kus PTV töö ei ole mingil moel erinev tervete töötajate tööst, nende jõudlus on samasugune ja töötingimused on samuti samad. On juhtumeid, kus

⁴⁶ Kuigi vastavalt Sotsiaalministri määrusele nr 114, vastu võetud 26.09.2002 (RTL 2002, 115, 1660) Töövõimetuslehe andmekoosseis ja pabervorm ning töövõimetuslehe registreerimise, väljakirjutamise ja haigekassale edastamise tingimused ja kord §5 lg1 kirjutatakse hiagulseht Välja töövabastuse alguskuupäeval pärast haige läbivaatust, siis praktikas kirjutatakse haigusleht Välja sagely telefonikõne põhjal ning läbivaatus teostatakse hiljem.

inimene on saanud PTV samal töökohal töötamise ajal ning jätkanud töötamist samasuguste töötingimustega nagu enne. Tööandjale ei ole kaasnenud sellega mingeid muutuseid ning töötaja jälgib ise oma tervises seisundiga kaasnevat olukorda. Samas kui tõsisemate tervishäiretega inimestel on selgelt madalam tootlikkus, siis tervishäirest teadlikud tööandjad arvestavad sellega juba algusest peale ning leiavad, et pikaajaline kasu PTV töötaja palkamisest kaalub siiski üles madalama tootlikkuse.

Nii nagu tervete nii ka PTV töötajate tegelikku tootlikkust ei ole võimalik tööandjal tööle võtmise hetkel täpselt teada. **Info selle kohta, milline on töötaja sobivus töökohale ja –kollektiivi ilmneb aja jooksul.** PTV inimeste puhul on suurem teadmatus, sest tervishäirest tulenevalt võib esineda täiendavaid komplikatsioone töö tegemisel. Seega õpiprotsess, mis on vajalik töötaja tegeliku tootlikkuse ja töökohale sobivuse teada saamiseks võib olla olulisem PTV inimeste puhul kui muidu. Juhul, kui tööandjal juba on kogemusi varasemalt analoogsete tervishäiretega PTV inimeste palkamisel, siis on ka õpiprotsess lühem.

Kui ilmneb, et töötaja ei saa tööga hakkama või ei sobi talle töötingimused, siis töösuhe katkeb. Seda, et PTV töötajatega töösuhte katkestamist sagedamini ette tuleks, öelda ei saa. Ühe tööandja sõnul on PTV töötajad isegi kindlamaks valikuks värbamisel, kuna tervete inimeste seast satub antud ametikohale sageli alkohoolikuid või vargaid, sest tegemist on odavate töökohtadega. Teise tööandja sõnul on PTV inimeste palkamisel tööle mittesobimise risk suurem, kui terve inimese palkamisel. Seega ei ole võimalik üheselt järeldada, et PTV töötajate töösuhted katkevad sagedamini kui muudel töötajatel.

Otsusega inimene tööle võtta kaasneb see, et töökoht peab vastama PTV inimese vajadustele. Tavapäraselt võetakse inimene sellisele töökohale, mille töötingimused tema vajadustega sobivad. Enamasti on töötingimused ametikohal juba eelnevalt sellised, mis vastavad muuhulgas teatud tervishäirega töötajate vajadustele (nt paindlik tööaeg, osakoormus, töötempo valiku võimalus). Mitmed tööandjad tõid välja, et tegemist on töödega, mis sobivad tõsisemate tervishäiretega töötajate vajadustega ning seetõttu ka selliseid töötajaid palgatakse. Samas on samasugused tingimused ka tervetele töötajatele ja eritingimusi PTV töötajatele ei rakendata. Kuigi tööandjate üldisem suhtumine on selline, et eritingimusi töötajatele tervishäirest tulenevalt ei rakendata, siis praktikas on mitmetes organisatsioonides tehtud mitmeid töökohtade kohandusi või töökorralduslikke muudatusi, mis võimaldaksid töötajal paremini hakkama saada. Sageli ei teadvustata tööandjate poolt selliseid igapäevaseid kohandusi kui eritingimusi, mis oleksid töötajatele rakendatud, vaid igapäevaste jooksvate töökorralduslike tegevustena, mida võiks ette tulla ka tervete töötajate puhul.

Selleks, et tööandjal oleks töötaja töökohale palkamisel võimalik kaaluda inimeste tervisest tulenevaid piiranguid ning sobivust töökohale, peab tööandja olema teadlik sellest, et inimesel on püsivat töövõimetust põhjustav tervishäire. On juhuseid, kus tööle kandideerijad või juba töötavad töötajad, ei avalda tööandjale enda tervise seisundiga seotud infot, kuigi see võib oluliselt mõjutada töösooritust või neil võib vaja olla töötingimuste kohandamist. Juhul, kui töötaja ei ole huvitatud PTV-ga kaasnevatest soodustustest, PTV ei ole väliselt vaatlusel nähtav ja tema tervises seisund ei sea suuri piiranguid konkreetsel töökohal töötamisele, siis ei pruugi tööandja saadagi teada sellest, et töötajal on registreeritud PTV.

On olnud juhuseid, kus töötajad teavitavad tööandjat PTV olemasolust alles puhkuse eel, kui soovivad pikemat põhipuhkust kasutada. Samuti on olnud juhuseid, kus töötaja tervises seisundi tõttu tegelikult ei sobi tööle, kuid kuna töötaja tervisealast infot kandideerimisel ei avaldanud, siis selgus see alles töötamise ajal. Kui inimene ei soovi avaldada enda PTV-d, siis ei ole võimalik tööandjal ka sellest teada saada. Sellises olukorras jääb tööandjal saamata sotsiaalmaksusoodustus, tekivad raskused puhkuste planeerimisel ja võivad tekkida täiendavad tööjõu käibekulud, kui inimene tegelikult töökohale ei sobi.

Tööandjate seisukohast oleks oluline juba värbamisel teada, kas inimesel on töövõimet mõjutav tervishäire ning konkreetsemalt sotsiaalmaksusoodustuse ning põhipuhkuse pikkuse arvestamiseks, kas inimesel on PTV. Kuna tegemist on delikaatsete isikuandmetega, siis ei saa nõuda selliste andmete avaldamist töötajalt. Ühe tööandja juures anti lahendusena töötajatele kandideerimisel eraldi võimalus enda erivajadusest teada anda isikuandmete vormil vastava välja loomisega. Ühelt poolt selleks, et töötaja seisundile sobiv töö ja

töötingimused pakkuda ja teiselt poolt võimaldab see ka tööandjal sellise töötaja palkamisega kaasnevat sotsiaalmaksusoodustust taotleda.

Riske tuleks siinkohal käsitleda kui olukordi, mille tulemusena võivad tööandja kulud osutuda suuremaks, kui tervete töötajate palkamisel, kuid sõltuvalt inimesest ja tema tervishäirest ei pruugi selliseid olukordi ka tekkida. Alljärgnevalt tuuakse välja olukorrad, mis vähemalt ühe uuringus osalenud tööandja juures on aset leidnud.

1. Vaimse tervishäirega PTV inimeste **kohanemisperiood on pikem ja kulukam**. Vaimsete tervishäirete korral toodi mitme tööandja poolt välja, et vaimse häirega inimeste kohanemisperiood on pikem, neile on vajalik pikem õppimise ja kohanemisprotsess töökohal. Mõni tööandja on kasutanud nõ järk-järgulist sisseelamise perioodi, kus töötajatele antakse jooksvalt ülesandeid ja vastutust juurde. Sellist lähenemist toetab teise tööandja seisukoht, mille kohaselt vaimsete häiretega PTV inimeste verbaalsed oskused ja võimekus arenevad märkimisväärselt töö käimise korral. Sisseelamisperioodil on vaja vaimse häirega PTV inimesele täiendavat juhendamist, mis on ettevõtjale kulukas. Pikema kohanemisperioodi lahendamiseks nähakse vajadust tugisikute/kontaktisikute järele, kes aitaksid tööellu sisse sulanduda ja esialgu oma ülesannetega hakkama saada. Kusjuures need tugisikud võiks olla väljast poolt ettevõtet ning spetsiaalse koolitusega, et nad oskaksid juhendada nii uut töötajat kui ka tööandjat. Sellise vajaduse tekkimist tulevikus ennustas ka üks tööandja, kellel seni vaimse tervishäirega inimeste palkamise kogemus puudub.
2. Tõsisema vaimse tervisekaoga töötajatel on **väiksem õppimisvõime, vähene paindlikkus tööülesannete varieerimisel**. Tööülesanded tuleb defineerida väga selgelt ning lisaülesandeid neile anda ei saa. Selleks, et säilitada meeskonnatöö paindlikkus saab ühte meeskonda ainult ühe vaimse tervisekaoga töötaja panna. Tulenevalt väiksemast õppimisvõimest saab selliste tervishäiretega inimestele anda vaid lihtsamaid ja täpselt defineeritud tööülesandeid. Selliste inimeste töökohale sobitumine on seetõttu pikemaajalisem protsess ja nende tööülesanded peavadki jääma piiratuks, vajalik on järk-järguline õpetamine vastavalt inimese oskustele ja arengule. Seega tulenevalt selliste tervishäiretega inimeste õppimisvõime ja paindlikkuse piiratusest on piirangud kogu töö korraldusele ning nende paindlikkuse puudumist on vajalik katta teiste töötajate suurema paindlikkusega.
3. Mitmete vaimse tervise häiretega kaasneb inimestel **kõrgendatud vajadus suhtlemise järele**. See võtab palju aega, sellega tuleb arvestada ning seda protsessi juhtida. *„Mõnede töötajatega on selles osas vaja ka kindlakäeliselt piire seada ja selgitada, millistel juhtudel helistada kontoris ja millisel mitte, kuna nad soovivad sageli lihtsalt emotsioone jagada.“* *„Selliste töötajatega suhtlemisel on ajakadu tavatöötajatega võrreldes suurem“*. Esimeste selliste töötajate palkamisel puudub tööandjal nii teadmine sellest, et selline suhtlemisvajadus inimestel kaasneb, kui oskus seda juhtida. See näitab, kuivõrd oluline on teada inimeste tervishäire iseloomu ning eelnev juhendamine selles osas, mis konkreetse häirega kaasneb ning kuidas selliseid inimesi juhtida. Nende juhtumite puhul on tööandjad aegamööda enda kogemustest intuiitselt õppinud ning organisatsioonisiselt kogemuste jagamise kaudu ka olukorrad lahendanud.
4. Vaimse töövõimekaoga töötajate juhtimine on ajakulukam ka seetõttu, et **töötaja ei pruugi olla suuteline ise oma tööpäeva struktureerima**. Konkreetsemalt ei pruugi vaimse tervisekaoga töötajatel olla vajalikke oskusi enda motiveerimiseks ja puhkamise planeerimiseks. Uuringus osalenud organisatsioonis oli see lahendatud nii, et vahetu juhi ülesandeks on aktiivselt (igapäevaselt) töötajat motiveerida ning kollektiivi rolliks on ka puhkamise meeldetuletamine tööpäeva jooksul.
5. Vaimse tervisekaoga töötajatel **ei pruugi olla tunnetust ühiskondlikest normidest, millele vastavalt tuleb käituda**. See võib tuua kaasa teistele töötajatele ja klientidele ebamugavust, tööandjale varalist kahju ja ajakulu normaalse tööritmi tagamiseks. Konkreetsete näidetena oli uuringus ühes organisatsioonis töötaja, kellel olid isikliku hügieeni probleemid. Teises organisatsioonis ei saanud töötaja aru, et poe kaupade tarbimine müügisalis ei ole lubatud. Kolmandas organisatsioonis oli juhust, kus töötaja elas emotsioone töökohal füüsiliselt välja. Kõik sellised probleemid lahendati neis organisatsioonides konkreetsetele töötajatele käitumisnormide selgitamise, juhendamise ning kokkulepete sõlmimisega. Selline tegevus nõuab tööandjalt oskusi kiiresti ja õigesti ootamatustele

reageerida, mistõttu varasem teadlikkus võimalikest probleemidest aitaks olulisel määral kaasa positiivse lahenduse leidmisele.

6. PTV-d põhjustavad **tervisehäired võivad takistada füüsiliste tööde tegemist**. Näiteks võivad esineda piirangud raskuste tõstmisel. Juhul, kui tööandja on teadlik töötaja tervisest tulenevatest piirangutest, mis rakenduvad füüsilisele tööle, siis tööandja sellise töötajaga töösuhet füüsilise töö tegemiseks ei loo. Juhul, kui aga piirangud ei ole täielikult töötamist välistavad, siis on lahendused leitud tööülesannete ümberjagamise, tehniliste abivahendite kasutusse võtmise, aga ka töökorralduse muutmise kaudu. Üheks näiteks töökorralduse muutmisel on füüsilise töö piiranguga töötaja paaris töötamine terve töötajaga, kes vajadusel aitab järgi või teeb vahepeal ära need tööülesanded, mis teisel töötajal on piiratud. Kui füüsilise töö piirang ei takista täiel määral konkreetse tööülesande täitmist, vaid ainult mingitel hetkedel, kui töö kuhjub, siis on sellise olukorra kontrollimiseks ühes organisatsioonis muuhulgas abiks videovalve, millelt on näha olukord töökohal. Selle alusel saadetakse vajadusel töökohale täiendavat abi.
7. Füüsilise puudega kaasnevast PTV-st tulenevalt võivad töötajal olla **liikumise piirangud**, mille tõttu on takistatud töötaja liikumine erinevate töökoha ruumide või ruumide ja väliskeskkonna vahel. Erinevate ruumide vahel liikumise takistused (nagu *nt kiipkaardilugeja on liiga kõrgel, ukсед avanevad valesse suunda, uste automaatsulgurid panevad ukсед liiga kiirelt kinni või on ustel kõrged lävepakud*) piiravad teistega võrdsel määral tööelus osalemist ning kui see jääb lahenduseta, siis jäävad töötaja tööülesanded kitsamaks, kui inimese potentsiaal võimaldaks. Lahendusena sellistele takistustele on eelkõige tööruumide kohandamine erinevate liikumispuudega töötajate liikumise vajadustele vastavaks. Organisatsioonidest on ka näiteid, kus ruumide kohandamise asemel aitavad liikumispuudega töötajat teised töökaaslased. Oli ka näide organisatsioonist, kuhu ei saagi tugeva füüsilise puudega inimest, kellel on liikumispiirangud, tööle võtta, sest tööruumid ei võimalda, ning vaja oleks teha olulisi ümberehitusi. Tööruumide ja väliskeskkonna vahel liikumisel olevad takistused on probleemiks ka üldisest ohutusest tulenevalt *nt tulekahju korral majast väljumine on füüsilise puudega töötajatel raskendatud, kuna liftid seiskuvad*. Lihtsaid muudatusi, ümberehitusi ja kohandusi tehakse organisatsioonides pigem jooksvalt, ent sageli on hooned vanad ja/või kaitse all, mõistõttu võib töökeskkonna muutmine olla problemaatiline.
8. **Terviseprobleemi ägenemine töökohas**. PTV töötajatega on juhtunud olukordi, kus inimese tervisesisund äkiliselt halveneb töökohas. Äkilise haigusshooga võib kaasneda oluline tööõnnetuse risk (nt kui inimene töötab liikuva masinaga). Kui inimesel tekib äkiline haigusshoog, siis on oluline, et kaastöötajad teaksid, kuidas ja mida sellises olukorras teha. Ühes uuringus olnud näites tekkis äkiline terviseseisundi halvenemine töötajal, kelle tervisehäire kohta ei teatudki. Pärast intsidenti uuriti inimeselt endalt, kuidas ja mida tuleks sellises olukorras teha ning seega ollakse järgmiseks korraks juba paremini valmistunud. Samas on teine näide, kus kahel korral südamepuudulikkusega inimese äkilise tervisehäire tekkimisel kutsutakse inimesele kiirabi ja erilisi muid ettevalmistusi järgnevateks taolisteks olukordadeks ei saagi teha. Kuigi PTV inimestel on väljakujunenud tervisehäire, siis iga tervisehäirega ei kaasne äkilisi haigusshooge või tervise halvenemist ootamatult töökohas. Ühe intervjuueeritu hinnangul ei saa öelda, et PTV inimestel oleks sagedamini ootamatuid haigusshooge, kui teistel töötajatel.
9. **Kliendid võivad keelduda teenindusest**, kui teenindajaks on väljapaistva tervisehäirega töötaja. Kahtlemata on selline olukord tööandjale täiendavaid tegevusi kaasa toov, vajalik on kliendile selgitustööd teha või asendada teenindavat tööd tegev töötaja mõne teise töötajaga. Uuringus ilmnenud juhul on lahenduseks olnud selgitustöö tegemine klientidega ning praktikas ei ole loobutud konkreetsetest teenindajatest.
10. **Pinged kollektiivis**. On olnud juhuseid, kus silmnähtava tervisehäirega ning aeglasema õpivõimega töötaja lisandumisel meeskonda on tekkinud pinged kollektiivis. Sellise olukorra lahenduseks oli uuringus ilmnenud juhul töösuhete lõpetamine tervete töötajatega. Kuigi pinged kollektiivis võivad selliste töötajate lisandumisel ilmned, siis nende pingete allikana tuleb käsitleda kas: halba töökorraldust, kus nt tervete töötajate töökoormus kasvab ilma vastava kompensatsiooni kasvuta või

meeskonnatöoks sobivate iseloomuomaduste puudumist /pahatahtlikkust, mis ilmneb alles pingelises olukorras. Viimasel juhul on tegemist diskrimineerimisega kaastöötajate poolt. Pinged töökollektiivis, kui tegemist ei ole inimese tervisliku seisundi või välimuse alusel diskrimineerimisega, võivad tekkida samamoodi ka täiesti tervete töötajate liitumisel.

11. **Administratiivne koormus** esmakordsel PTV töötaja töötamisega kaasneva sotsiaalmaksusoodustuse saamiseks oli suur. Samas, leiti, et hiljem see ei ole keerukas ega aeganõudev, toimib digitaalselt ja pigem on suhtlus erinevate institutsioonidega sujuv ja asjalik.

Haigestumise riske juba töötavate PTV inimeste osas ei hinnanud uuringus osalevad tööandjad kõrgemaks kui teistel töötajatel. Nende hinnangul ei saa väita, et PTV inimesed oleksid rohkem haiged või sagedamini haiguslehel. Mõned tööandjad leidsid, et PTV töötajad on isegi harvem haiged, kui samal töökohal töötavad ilma PTV-ta töötajad.

Nagu eelnevalt öeldud, nimetatud riskid ja riskide realiseerumisel tekkivad kulud on tööandjate jaoks väiksemad, kui olemasolevate PTV töötajate töö hoidmisega kaasnevad tulud. PTV töötajate palkamisest tulenevate tuludena mainisid tööandjad järgnevaid:

1. Odav tööjõud. Tulenevalt sellest, et PTV inimeste palkamisel kaasneb tööandjale sotsiaalmaksusoodustus kuumääralt, on PTV inimese palkamine odavam, kui terve töötaja palkamine. Seda sotsiaalmaksu soodustust käsitlevad mitmed tööandjad kui kompensatsiooni selle eest, et sellise töötajaga kaasnevad muud suuremad kulud. Kuna PTV põhjustavad tervisehäired on väga erinevad ning erinevate tervisehäiretega kaasnevad kulud on ka tööandjatele erinevad, siis suuremate tervisehäiretega töötajate tööandjad leiavad, et sotsiaalmaksu soodustus peaks olema suurem, et võimaldada PTV enam tööturul osaleda. Samas on sotsiaalmaksu soodustus ka motivaator, mis seab tööandjale ette optimaalse käitumismustri, millega maksimeerida kasu PTV inimeste palkamisest. Selleks, et sotsiaalmaksusoodustusest saadav kasu oleks maksimaalne, on mõistlik palgata nii palju PTV inimesi osakoormusega, et iga PTV inimese töötasu oleks just kuumäära ulatuses. (nt on kasulikum kahekordse miinimummääras töötasu korral palgata kaks PTVga inimest ja saada kahekordselt sotsiaalmaksu kuumääralt toetust, selle asemel, et palgata üks inimene, kelle tasu oleks suurem ja saada ühekordset toetust). See seab piirangu ka PTV inimeste edutamisele.
2. Lojalne tööjõud. Paljud PTV inimesed on väga tänulikud töökoha eest ja seetõttu on nad ka lojaalsed töötajad ning püsivad pikalt ühel töökohal. Samuti tuleneb see osaliselt ka sellest, et nende alternatiivsed võimalused tööturul on suhteliselt kehvad.
3. Tööandjaid motiveerib tervisehäirega töötajate palkamisel ka ühiskondlik kohustus ja seeläbi leitud väljund ühiskondliku heaolu parandamiseks.
4. Tervisehäirega inimeste kõrval töötamine aitab kaasa üldise tööga rahulolu tõusule organisatsioonis andes tervetele inimestele võimaluse näha ennast laiemas perspektiivis ning sageli on tervisehäirega inimesed kõrgelt motiveeritud ning optimistlikud parandades seeläbi üldist õhkkonda.

Kõikidest ülaltoodud näidetest tervisehäiretega töötajate palkamisel tekkinud probleemide lahendamisest rõhutasid enamik intervjuerituid koolituse ja teadlikkuse küsimusi, kui lahendusi edukaks PTV inimeste palkamiseks. Koolitusi tuleb läbi viia eelkõige juhtidele, kes oskaksid vajalikul moel edastada infot kaastöötajatele ning juhendada tervisehäirega töötajat. Teemadest on vaja käsitleda nii seda, millised on need tervisehäired, mis vaatlusalust organisatsiooni puudutavad (millise häirega inimesed seal töötavad või saaks töötada), mis nende tervisehäiretega kaasneb, kuidas peab selliste tervisehäiretega inimestega käituma. Lisaks koolitustele on vaja igapäevane juhendamine ning kaastöötajate jooksev koolitamine vastava tervisehäirega inimestega suhtlemisel. Kuna enamikul inimestel ei ole erinevate tervisehäiretega inimestega igapäevast kokkupuudet, siis ei oska ei tööandjad ega kaastöötajad hinnata tervisehäirega töötaja sobivust töökohale ja sellega kaasnevaid vajadusi. Tööandjad, kellel juba kogemus on kujunenud, oskavad ka paremini hinnata ja värvata püsiva töövõimekaoga inimesi. Teistel aga puudub kogemus ja põhjendatud värbamisotsusteks

puuduvad teadmised. „Üldine vähene teadlikkus ja eelarvamused ühiskonnas piiratud töövõimest ja puuetest on probleemiks. Reaalne kokkupuude selliste inimestega on eelarvamusi vähendanud.“

7.2 ATV ja PTV-ga kaasnevad kulud ühiskonnale ja kulude jagunemine

7.2.1 Kulude tekkimise alus ja kulukomponendid

Rääkides kuludest, mis kaasnevad töövõimetusega, on oluline määratleda olukord, millega võrreldes kulud tekivad. Sõltuvalt võrdluspunktist on kulude suurus erinev. Näiteks kui võrrelda kulusid, mis tekivad **püsivalt töövõimetul**, kes **ei käi tööl** ja kellel **on seljahaigus** (M40-M54) inimesega, kellel **ei ole kroonilisi** haiguseid ja kes **käib tööl** on kulud oluliselt suuremad, kui võrrelda teda inimesega, kes **ei ole püsivalt töövõimetu**, käib küll **tööl**, aga kellel **on ka sama diagnoosigrupiga seljahaigus**. Seega sõltub kulude suurus valitavast võrdluspunktist. Lihtsuse mõttes võetakse võrdluseks olukord, kus keskmist PTV-ga inimest võrreldakse keskmise terve inimesega. ATV korral eeldatakse, et tegemist on keskmise töötajaga, kes, juhul kui haigust poleks olnud, oleks teinud keskmise tasuga täiskoormusega tööd. Keskmist töötasu korrigeeritakse hõivemääraga (arvestatakse keskmise hõivemääraga nii PTV-del kui ka neil, kellel pole töövõimekadu, vt täpsemalt ptk 7.2.6).

Ühiskonnale tekkivad kulud on sarnased nii inimese ATV kui ka PTV korral. Kui inimesel tekib tervisehäire, mille tõttu ta peab töölt ajutiselt või püsivalt kõrvale jääma, kaasneb sellega ühiskonnale kaks suuremat kuluallikat:

1. inimese elukvaliteedi langus, mis tuleneb tervisehäirest, ja
2. tootmata jääv lisandväärtus⁴⁷, mis tuleneb sellest, et inimene ei saa tööl käia ning tootvas tegevuses osaleda.

Elukvaliteedi languse all peetakse silmas tervisehäirest tulenevat valu, vaeva, kannatusi ja igapäevases elus hakkamasaamisega tekkivaid probleeme (nt probleeme liikumisega) jne. Haige inimese seisukohast tekivadki kulud seoses tervisehäirega ning tervisehäire tagajärjeks on ka ATV või PTV, mitte vastupidi. Siiski keskendutakse siinses analüüsis kuludele, mille algushetkena määratakse ATV või PTV tekkimine (vastavalt haiguslehe välja kirjutamise päev või PTV määramise päev), sest selle algus erinevalt tervisehäire algusest registreeritakse ametlikult.

Kui elukvaliteedi langus põhjustab kulu eelkõige inimesele, kes haigestub, ja tema lähedastele, siis tootmata jäävast lisandväärtusest tuleneb kahju inimesele, kes kaotab palga, tööandjale, kes jääb ilma kasumist ja riigile (ülejäänud ühiskond), kellel jäävad saamata seonduvad maksud. See, kui suureks osutuvad kulud tootmata jäävast toodangust ühiskonnale, sõltub sellest, kui pikaajaliseks kujuneb töövõimetus, millises mahu on võimalik inimest töökohal asendada ja millal ning millises mahu on inimesel võimalik töötamist jätkata.

Tervisehäirest tulenevat töötasu kaotust kompenseeritakse inimesele Eestis praegu üldjuhul ATV korral (haiguslehel olles) tööandja ja riigi poolt makstava haigushüvitisega ja PTV korral töövõimetuspensioniga (töövõimereformi rakendumisel asendatakse see töövõimetoetusega). Juhul, kui inimese töövõimetus tuleneb KH-st, siis on tal täiendavalt võimalik taotleda tööandjalt või tööandja puudumisel riigilt kahjuhüvitist.

Tervisehäirest tulenevat elukvaliteedi langust püütakse vähendada ravi-, hoolekande jm teenuste ning toetustega, abivahendite soodsamalt või tasuta kasutada andmisega⁴⁸. Lisaks otseselt elukvaliteedi langust

⁴⁷ Lisandväärtus on rahalises väärtuses toodang, millest arvestatakse maha vahetarbimine. Lisandväärtus jaguneb töötasuks, maksudeks ja kasumiks ning seega jaguneb lisandväärtus vastavalt töötaja, tööandja ja riigi vahel. Inimese töötasu peaks teoreetiliselt vastama tema poolt toodetavale lisandväärtusele. Töötasust lähtuvalt on võimalik tuletada seonduvad maksud ja kasum. Juhul, kui inimene tootmises ei osale, siis jääb lisandväärtus tootmata ja kaotatus tekib nii töötajale, tööandjale kui riigile.

⁴⁸ Töövõimekaoga kaasnevate hüvitiste, toetuste ja teenuste kirjeldus Eesti kohta on toodud uuringu lisas 1.

kompanseerivatele ravi- ja hoolekandekuludele ning saamatajäänud töötasu kompanseerimisele on Eestis spetsiifiliselt töövõimetuspensionäridele ette nähtud mitmeid soodustusi, mis osade inimeste jaoks võimaldab kulude kokkuvõtet (nt tasuta kalastusõigus). Samuti on mitmeid toetuseid või teenuseid puuetega inimestele, kompanseerimaks puudest tulenevaid probleeme igapäevaelus hakkamasaamisel. Kuna püsiva töövõimetuse põhjuseks on sageli sama funktsioonihäire, mis põhjustab puuet, siis on nende kahe rühma kattuvus suur.

Lisaks eelmainitud kuludele kaasnevad aja- ja muude ressursside kulud riigile, tööandjale ja ka haigestunud inimesele toetuste ja teenuste süsteemide administreerimisel (inimese puhul toe taotlemisel). Nende kulude suuruse hindamine ei ole selle uuringu raames võimalik.

Järgnevalt vaadatakse kulusid ATV ja PTV ning kulude kandjate kaupa.

7.2.2 ATV kulu haigestuvale töötajale

Haigestunud inimese jaoks on suurim kulu seotud haigusest tuleneva elukvaliteedi langusega. Lisaks sellele teeb inimene kulutusi ravimitele, raviteenustele⁴⁹, sõltuvalt haigusest võib olla vaja ka hooldaja teenuseid või tekib lähedastel kulusid seetõttu, et pereliige on haige. Riikliku ravikindlustussüsteemi kaudu võtab riik ravikindlustatud töötajate raviteenuste kulud suuremas osas ja retseptide kulud osaliselt enda kanda.

Elukvaliteedi languse suurus on erinev sõltuvalt konkreetsest haigusest. Samuti on ATV-ga kaasnevad ravi- ja ravimikulud väga erinevad sõltuvalt haigusest. Kulude suurus sõltub haiguse pikkusest ja raskusest. Neid kululiike selle uuringu raames ei hinnata.

Lisaks eelpool nimetatud kuludele on inimese jaoks oluliseks **alternatiivkuluks** töötasu kaotus, mis koosneb omavastutuspäevade eest täielikult saamata jäävast töötasust ja hüvitatud päevade eest osa töötasust (haigushüvitis katab vaid osa palgast). Alternatiivkuuluna käsitletav töötasu kaotus on absoluutsummas seda suurem, mida kõrgem on inimese töötasu. Järgnevalt tuuakse näide, milliseks kujuneb inimese jaoks kaotus keskmise töötasu juures, erineva pikkusega haiguslehe korral. Eeldatakse, et haigushüvitise maksmine toimub üldises korras. Kõik arvestuste aluseks olevad eeldused on toodud järgnevas tabelis.

Tabel 4. Inimese töötasu kaotuse arvestamise eeldused

Eeldus	Rea nr	Arvestuse alus	2014	2013
Rahaline brutokuupalk (eurot)	1		1002	946
Päevade arv kalendrikuus	2		30	
Tulumaksumäär (% brutopalgast)	3		0,21	
Töötaja töötuskindlustusmakse määr	4		0,02	
Brutotasu kalendripäeva kohta (eurot)	5	rida1/rida 2	33,4	31,53
Netotasu kalendripäeva kohta (eurot)	6	Rida5-(rida 5*(1-rida 4))-(rida 5-rida 5*(1-rida4))*rida 3	25,86	24,41
Tööandja hüvitise määr (% brutotasust)	7		0,7	
Haigushüvitise määr (% brutotasust)	8			0,7
Tööpäevade arv kalendrikuus	9		21,75	
Brutotasu tööpäeva kohta (eurot)	10	Rida 1/rida 8	46,07	
Netotasu tööpäeva kohta (eurot)	11	Rida10 - (rida 10 * (1 - rida 4)) -(rida 10 - rida 10 * (1 - rida4)) * rida 3	35,67	
Keskmine haiguslehe pikkus (päevi)	12		19	

⁴⁹ Ravimite ja raviteenuste kulud kompanseerivad elukvaliteedi kaotust. Juhul, kui nt ravimitega on võimalik täielikult elimineerida haigusest tulenevad probleemid (nt valu), siis elukvaliteedi kaotust on täielikult kompanseeritud ning inimese kanda jääb ainult ravimite kulu.

Eeldus	Rea nr	Arvestuse alus	2014	2013
Inimese töötasu kaotus keskmise haiguslehe korral (töötasu makstakse tööpäevade eest)	13	Haiguselehe nädalapäevade arv-puhkepäevade arv (19-4)*rida 11	535,05	
Tööandja haigushüvitis neto	14	5 päeva x rida 5 x (1-rida 3)xrida 7	92,4	
Riiklik haigushüvitis neto	15	11 päeva x rida 5 x(1-rida 3)x rida 8		191,84
Inimese kaotus pärast hüvitisi	16	Rida 13 - rida 14 - rida 15	250,81	

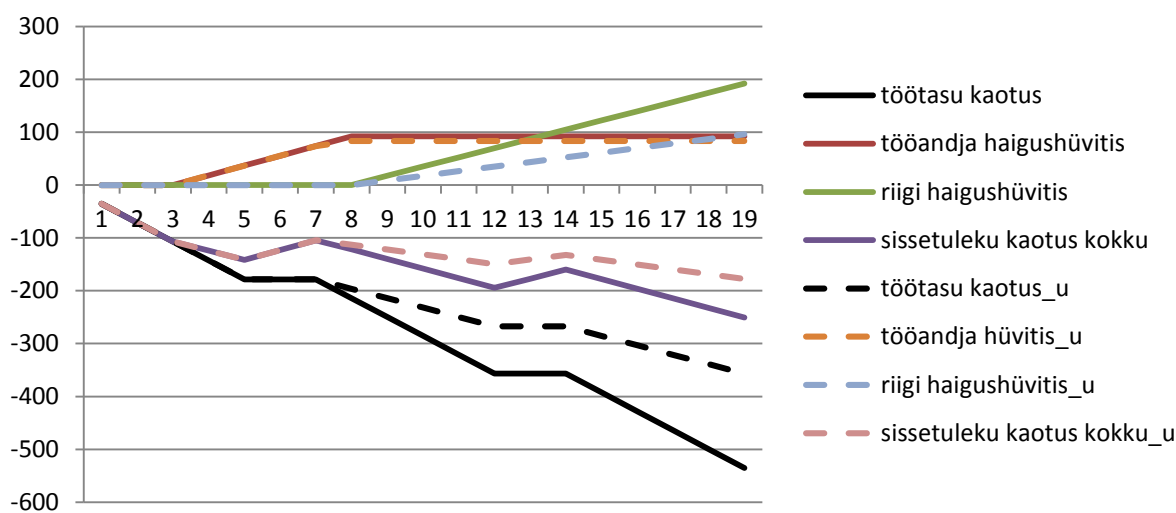
Allikas: rahaline brutokuupalk – Statistikaameti veebiandmebaas, tabel PA5211

Töövõimetusega kaasneva kulu hindamiseks eeldame, et inimene on keskmisel töövõimetuslehel, mille pikkuseks on 19 kalendripäeva. Eeldame, et töötasu, millega keskmine inimene töötab on keskmine rahaline brutokuupalk 2014. aastal ja 2013. aastal, mis on töötasu kaotuse ja haigushüvitiste arvestamise aluseks.

Keskmise (19-päevase) haiguslehe korral kaotaks selles näites inimene töötasu 535 eurot. Töötasu arvestatakse tööpäevade eest ja praegusel juhul eeldatakse, et haigusleht algas esmaspäevaga ning seega jääb 19-päevase haiguslehe sisse kaks nädalavahetust. Töötasu kaotus on arvestatud nii nagu oleks inimene olnud haiguslehel 2014. aastal 19 päeva.

Haigushüvitistena kompenseeritakse talle selle perioodi peale veidi enam kui pool töötasu kaotusest (read 14 ja 15 tabelis)⁵⁰. Haigushüvitist arvestatakse inimesele kalendripäevade alusel. Tööandja haigushüvitis arvestatakse haigusele eelneva kuue kuu keskmise töötasu ja riiklik haigushüvitis eelmisel aastal sotsiaalmaksustatud tulu alusel.

Kokku jääb sellise keskmise haiguslehe korral 19 päeva kaotuseks inimesele 250,81 eurot (rida 16 tabelis).



Joonis 105. 19-päevase ajutise töövõimetuse korral inimesele kujunev kumulatiivne töötasu kaotus, haigushüvitised ning sissetuleku kaotus kokku (eurot päeva kohta)

*laiendiga _u hüpoteetiline stsenaarium, mille korral inimene töötab alates 8. haiguslehe päevast poole kohaga ja säilitab poole haigushüvitisest

Kuna uuringu ühe soovitusena ilmneb, et vajalik oleks võimaldada inimestel haiguslehel olles ka töötamist jätkata, siis on koostatud hüpoteetiline näide (katkendlikud jooned joonisel). Joonisel on esitatud inimese jaoks

⁵⁰ Haigushüvitise arvestamise alused on kirjeldatud lisas 1.

kujunevad rahavood hüpoteetilises olukorras, kus alates haiguslehe teisest nädalast oleks võimalik poole kohaga teha tööd ning säilitada samal ajal pool haigushüvitistest⁵¹. Muud haigushüvitiste parameetrid jäävad näite korral samaks kui Eestis kehtiva süsteemi korral ning eelmises näites esitatud. Tegemist on näitega illustreerimaks rahavoogude olukorda inimesele, kui tal oleks võimalik samaaegselt töötada ja haiguslehel olla.

Hüpoteetilise näite korral, kujuneb inimese töötasu kaotus, riigi haigushüvitis ja inimese kogu sissetuleku kaotus oluliselt väiksemaks, kui praegu kehtiva süsteemi korral (võrdle joonisel katkendlikke ja pidevaid jooni). Tööandja poolt makstavat haigushüvitist selline stsenaarium oluliselt ei mõjutaks, sest tööandja saab maksta poole väiksemat hüvitist vaid kahe päeva eest. Seega on keskmise pikkusega haiguslehe korral olukord, kus töötamist on võimalik jätkata haiguslehel olles, ilma et sellest täiendavat tervisekahju sünniks (nt pikemad haiguslehed, välja ravimata haigus ja kaasnevad sagedasemad haiguselehed), rahaliselt eelistatum töötajale ja riigile. Selline tulemus on seotud praeguse haiguste hüvitamise süsteemiga, mille kohaselt haigushüvitised on 70% töötasust, aga töötades on inimesel võimalik teenida töötasu 100% vastavuses töötatud ajaga.

7.2.3 ATV kulu tööandjale

Töötaja ajutise töövõimetuse korral kaasnevad tööandjale järgmised kulud:

1. Tootmata jäävast lisandväärtusest kasumi osa. On ilmne, et kui töötaja jääb haigeks ning ei saa osaleda tootmises, siis jääb töötajal saamata töötasu. Tööandja kaotab sellest aga töötaja poolt toodetava toodanguga seotud kasumi osa. Selleks, et hinnata, kui suur on tööandja kasumi kaotus sellest, et töötaja puudub, eeldame, et see on samasugune nagu Eestis tervikuna. Eestis sissetulekute meetodil leitud sisemajandusekoguprodukti (SKP) arvestuse järgi oli palk SKP-st 34,4% ja tegevuse ülejääk ning segatulu (võrdsustame kasumiga) 26% (Statistikaameti veebiandmebaas, tabel RAA0024: sisemajanduse koguprodukt sissetulekute meetodil). Seega on kasumi suhe palkadesse (0,26/0,344) 75,5%. Seda suhet kasutades tuleme kasumi kaotuse töötaja töötasu põhjal.
2. Haigestunud töötaja asendamise kulu. Tööandjal on huvi puuduv töötaja võimalikult kiirelt ja samaväärselt tootlikkusega töötajaga asendada. Juhul, kui tööandjal õnnestub asendamine korraldada, siis sõltuvalt asendamise ulatusest ja efektiivsusest võib kasumi kaotus olla väiksem või täielikult puududa. Samas kaasnevad asendamise korraldamisega omakorda kulud, milleks on tööajakulu, mis on vajalik asendaja leidmiseks, lepingute ja kokkulepete sõlmimiseks kuluv aeg. Sellele võib lisanduda veel asendaja väljaõppega seotud kulud. Asendamise korraldamisele minevat ressursikulu uuringus ei hinnata.
3. Tööandja poolt makstav haigushüvitis. Tööandja maksab haigushüvitist eelmise kuue keskmise kalendripäeva tasust 70%. Tööandja haigushüvitiselt peetakse kinni tulumaks. Seega on tööandja jaoks kulu haigushüvitiste maksimiselt tulumaksu võrra kõrgem, kui töötaja tulu.

Juhul, kui toodang jääb tootmata, siis jaguneb kaotus selliselt, et töötajal jääb saamata töötasu, tööandjal jääb saamata kasum⁵² ning riigil maksud, mis töötaja töötasu pealt oleks tootmise korral makstud.

Tabel 5. Töötaja ATV-st tuleneva tööandja kahju arvestamine

Eeldus	Rea nr	Väärtus
Bruto töötasu kalendripäeva kohta (eurot)	1	33.4
Tööandja haigushüvitise määr (% kalendripäeva tasust)	2	0.7
Kasumi suhe töötasusse (% brutopalgast)	3	0.76
Tööandja kasumi kaotus tööpäevas (eurot)	4=Tabel 1 rida 10 x rida 3	35,01

⁵¹ Tegemist on hüpoteetilise illustratiivse näitega, mille jaoks valitud parameetrid on subjektiivsed.

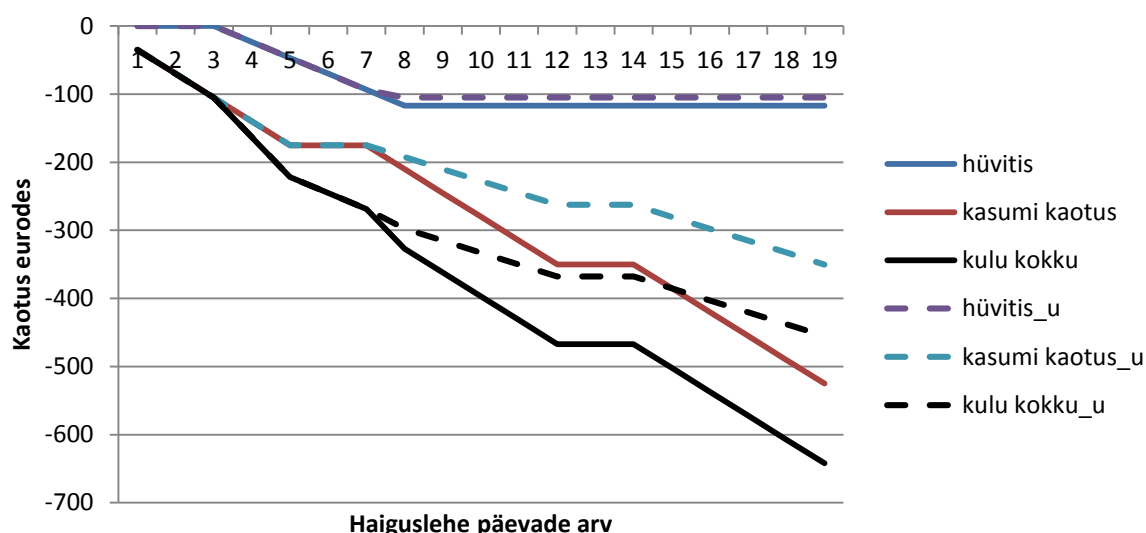
⁵² Tööandja kulud võivad olla suuremad kui toodangu tootmata jäämisega kaasneb klientide kaotus või muud täiendavad kulud. Selliseid kulusid ei ole võimalik siinkohal arvesse võtta.

Eeldus	Rea nr	Väärtus
Tööandja kasumi kaotus haiguslehe kogu perioodi kohta. Kasumi kaotus tekib ainult tööpäevadel. (eurot)	5=(Tabel 1 rida 12 (19)-puhkepäevad (4)) x rida 4	525,15
Tööandja haigushüvitis päevas (eurot)	6=Rida 1 x rida 2	23,38
Tööandja haigushüvitis kokku (eurot), makstakse kalendripäevade eest	Rida 6 x 5 päeva	116,9

Allikas: read 1 ja 2 Tabel 4, rida 3 Statistikaameti veebiandmebaas, tabel RAA0024: sisemajanduse koguprodukt sissetulekute meetodil, rida „tegevuse ülejääk ja segatulu”/palk.

Toodud eeldustel kujuneb tööandja alternatiivkuluks kasumi kaotus (35,01 eurot päevas ja 19 kalendripäeva kohta 525,15 eurot) ja otseseks väljaminekuks haigushüvitiste maksed (mille kulu on tööandjale kokku 116,9 eurot). Alljärgnev joonis illustreerib nende kulude suuruse kujunemist eelmises peatükis kirjeldatud näite puhul kui töötajat ei ole asendatud teise töötajaga – töö jääb lihtsalt tegemata. Suurim kaotus on tööandja jaoks tootmata jäävast lisandväärtusest tulenev kulu.

Juhul, kui inimesel on võimalik eelmises peatükis toodud hüpoteetilist süsteemi kasutades poole kohaga tööle naasta alates haiguslehe 8. päevast, siis tööandja jaoks kujuneb tootmata jääv toodang väiksemaks (350,13 eurot) (katkendlik joon joonisel). See on tööandja jaoks võrreldes praegu kehtiva süsteemiga peamine erinevus, sest haigushüvitistest kokkuhoid oleks marginaalne (vaid ühe päeva hüvitis). Haigushüvitised kokku oleksid hüpoteetilise stsenaariumi korral 105,2 eurot.



Joonis 106. 19-päevase ATV korral tööandjale kujunev kaotus tootmata jäänud toodangust ja makstud haigushüvitistest (eurot päeva kohta)

*laiendiga _u hüpoteetiline stsenaarium, mille korral inimene töötab alates 8. haiguslehe päevast poole kohaga ja säilitab poole haigushüvitisest

Juhul, kui tööandjal õnnestub töötaja asendada selliselt, et töö saab ikkagi tehtud, siis teenib tööandja ka kasumit ning see kulukomponent jääb täies mahus olemata. Tööandja kuluks kujuneb sel juhul ainult haigushüvitis ning sellele lisandub jooniselt puuduv asendamise kulu. Joonisel kujuneks sellisel juhul tööandja kuluks ainult haigushüvitise kulu kujutav joon.

7.2.4 ATV kulu riigile

Ülejäänud ühiskonnale (riigile) kaasnevad inimese haigeks jäämisega raviteenuste kulud ja soodusravimite kulud, mille riik on enda kanda võtnud Eestis ravikindlustuse kaudu. Samuti kannab riik muude toetuste ja teenuste kulud, mis haigusega seonduvad (nt abivahendite kasutamise võimaldamine ja korraldamine) või vajalikud sotsiaalteenused. Analoogselt töötaja kuludele, ei ole võimalik hinnata nimetatud ajutise

töövõimetusega kaasnevaid kulusid riigile, kuna raviteenuste, soodusravimite jmt kulude eristamine, mis on just seotud haiguslehtedega ning nendega, mis tekiksid ka ilma haiguslehetega, ei ole võimalik. Haiguslehed on erineva pikkusega, erineva raskusastme ja diagnoosiga haiguste jaoks välja antud, mistõttu keskmise haiguslehega seotud ravi- ja ravimite kulusid pole võimalik leida. Neid ei ole võimalik eristada inimeste ravi- ja ravimite kuludest, mis tekivad inimestele ilma haiguslehtedeta.

Riigile kaasnevad ATV-ga järgmised kulud, mida on võimalik arvesse võtta:

1. Alternatiivkuluna jäävad riigil saamata tootmata jääva toodanguna töötasult makstavad maksud, milleks loetakse siinkohal kõik tööjõumaksud: tulumaks, töötuskindlustusmaksed ja sotsiaalmaks (pensionikindlustuse II samba maksed jäetakse analüüsist välja);
2. Haigushüvitis, mis makstakse inimesele saamata jääva töötasu hüvitamiseks. Hüvitis makstakse eelmise aasta keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud töötasu pealt, millelt peetakse kinni tulumaks. Kuna tulumaks on teiselt poolt riigi enda tulu, siis kuluks on vaid neto haigushüvitis.

Tööandja makstavalt haigushüvitiselt (haiguslehe 4-8. päeva eest) peab tööandja pidama kinni tulumaksu, mis on riigi tulu. Täpsemad arvestuse eeldused on toodud all olevas tabelis.

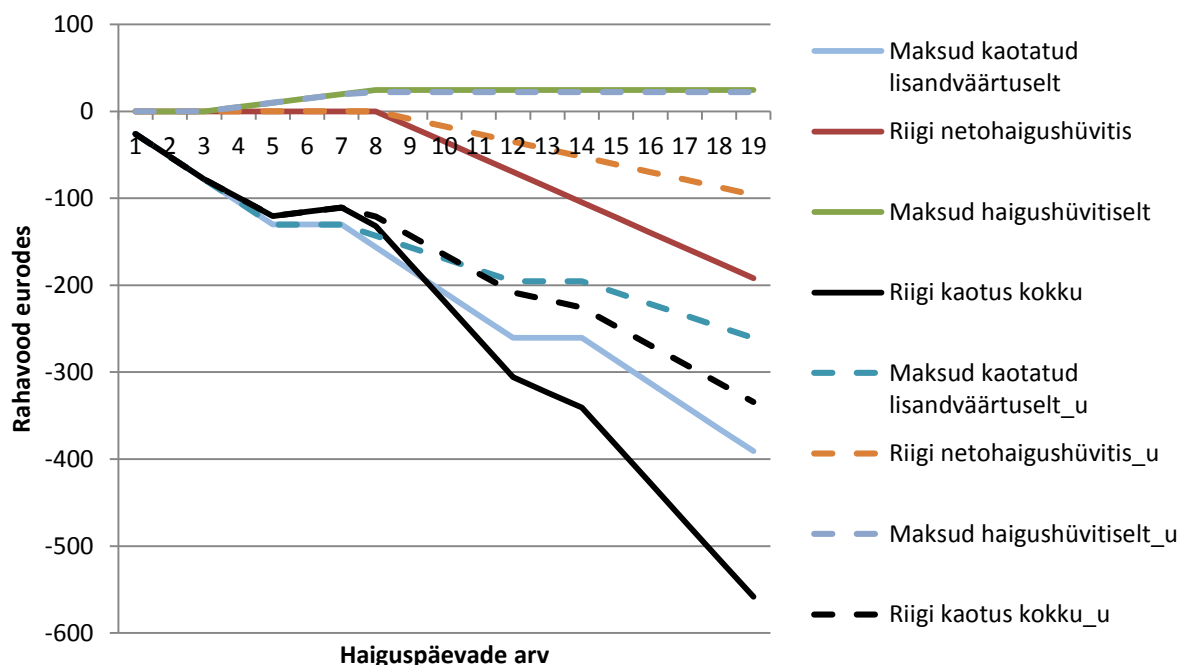
Tabel 6. Riigi haigushüvitiste arvestamise aluseks olevad eeldused

Eeldus	Rea nr	Valem	Väärtus
Tulumaksu määr	1		0,21
Töötaja töötuskindlustusmaksemäär	2		0,02
Tööandja töötuskindlustusmaksemäär	3		0,01
Sotsiaalmaksu määr	4		0,33
Bruto töötasu tööpäevas (2014) (eurot)	5		46,07
Brutotöötasu kalendripäevas (2014) (eurot)	6		33,4
Sotsiaalmaks brutotöötasult tööpäevas (eurot)	7	rida 5 x rida 4	15,2
Tulumaks brutotöötasult tööpäevas (eurot)	8		9,48
Töötaja töötuskindlustusmaks tööpäevas (eurot)	9	rida 5 x rida 2	0,92
Tööandja töötuskindlustusmaks tööpäevas (eurot)	10	rida 5 x rida 3	0,46
Brutotöötasu kalendripäevas (2013) (eurot)	11		31,53
Haigushüvitise määr	12		0,7
Riigi haigushüvitis kalendripäevas (eurot)	13	rida 11 x rida 12	22,07
Neto haigushüvitis kalendripäevas (eurot)	14	rida 13*(1-rida 1)	17,44
Maks tööandja haigushüvitiselt kalendripäevas (eurot)	15	rida 6 x rida 12 x rida 1	4,91
Kaotatud maksud tootmata jäävast lisandväärtusest tööpäeva kohta (eurot)	16	Rida 7 + rida 8 + rida 9 + rida 10	26,06
Kaotatud maksud kokku (eurot)	17	Tööpäevade arv (15) x rida 16	390,9
Haigushüvitis kokku, makstakse alates 9. päevast, kokku 11 päeva (eurot)	18	11 x rida 14	191,84
Tulumaks tööandja haigushüvitistelt kokku (eurodes)	19	5 x rida 15	24,55
Riigi kulu kokku (eurodes)	20	Rida 17 + rida 18 – rida 19	558,19

Alljärgnevalt jooniselt on näha, et haiguslehega seotud kuludest on riigile suurimaks maksude kaotus lisandväärtuselt s.o. 390,9 eurot (vt Tabel 6 rida 16 ja 17). Riikliku haigushüvitise kuluks kujuneb netohüvitis 11 päeva eest, kokku 191,84 eurot (Tabel 6 rida 18). Lisaks makstakse riigile tulumaks tööandja haigushüvitiselt, mis on 4,91 eurot kalendripäevas ja 5 päeva eest kokku 24,55 eurot (Tabel 6 rida 19).

Juhul, kui keskmise töötasuga inimene on 19 päeva haiguslehel, siis kujuneb riigi kuluks kokku 558,19 eurot (Tabel 6 rida 20).

Juhul, kui rakendada hüpoteetilist stsenaariumit, kus inimene läheb poole kohaga tööle alates haiguslehe teisest nädalast ja saab poole aja eest töötasu ning samuti säilib tal pool haigushüvitist, siis väheneb riigi kulu 334 euron. Olulised võidud tulevad nii sellest, et poole kohaga töötav inimene toodab lisandväärtust, millest osa moodustavad riiklikud maksud kui sellest, et haigushüvitist tuleb vähem maksta.



Joonis 107. 19-päevase ATV korral riigile kujunev kumulatiivne kulu (eurot päeva kohta)

Oluliselt väiksemaks kujuneks kulu juhul, kui töandja leiaks haiguslehel olevale töötajale täies mahus asendaja. Sellisel juhul ei jääks lisandväärtuselt makstavad maksud saamata, ning kogu kulu oleks seega selle võrra väiksem. Kulu kujuneb sellisel juhul haigushüvitisest ning samuti on tuluks töandja haigushüvitiselt makstav tulumaks. Kokku on see 167,29 eurot. Lisaks sellele kaasnevad need kulukomponendid, mille suurust uuringus ei ole hinnatud nagu ajutise töövõimetusega kaasnevad raviteenuste- ja ravimitekulud, haiguslehtede väljastamise ja haigushüvitiste maksmise administreerimise kulud.

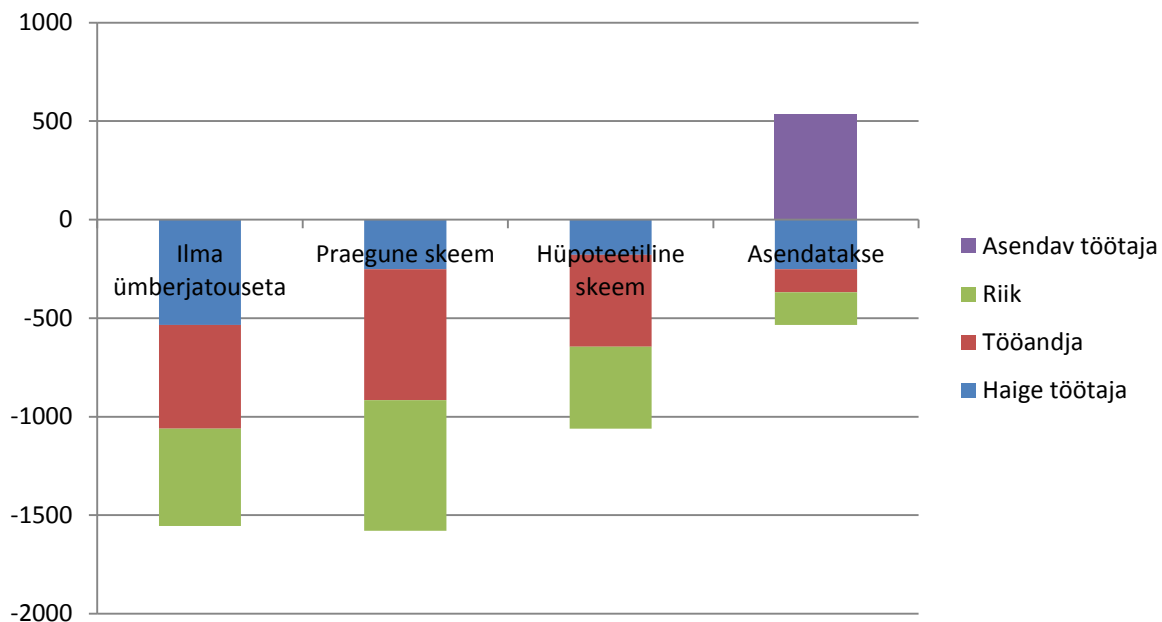
7.2.5 ATV kulud kokku

Kulude kategooriad, mida eelmistesse arvestustesse ei olnud võimalik lisada on:

1. Elukvaliteedi kaotus;
2. Raviteenuste, ravimite, hooldusteenuste ja –toetustega seotud kulud;
3. Süsteemide administreerimise kulud, millest otseselt ATV-ga seonduvad on haiguslehtede väljastamise, haigushüvitiste maksmise haldamise kulud;
4. Töötajate asendamise korraldamise kulu.

Tootmata jäävast lisandväärtusest tuleneb kulu nii inimesele, töandjale kui ka riigile. Juhul, kui ümberjaotust ei toimuks, siis kujuneks eeltoodud peatükkides käsitletud näite korral haiguse kogukulu 19 päevaga selliseks nagu näitab all oleva joonise esimene tulp (vt Joonis 108). Praeguse süsteemi korral aga maksavad töandja ja riik inimesele haigushüvitist, mille tulemusena inimese kaotus väheneb, aga riigi ja töandja kulu suurenevad. Tegemist on ümberjaotusega, mis ühiskonna kui terviku sisukohast jagab ressursi ühe osaleja käest teise kätte, aga täiendavat kulu sellest ei teki. Seepärast on kogu teise tulba suurus sama suur, kui esimene tulpki, ainult kulude jagunemine on erinev.

Juhul, kui luua skeem, mille korral inimene käib poole kohaga tööl (kolmas tulp joonisel) ning haigushüvitis säilib pooles ulatuses, siis väheneb ka kaotatud lisandväärtuse suurus ja seega kogukulu ühiskonnale. Tulenevalt haigushüvitiste skeemist jaotatakse osa tekkivast kaotusest töötajalt teistele ühiskonnaliikmetele. Kuna haigushüvitiste maksmise jaotust skeemis ei muudeta, siis kulude proportsionaalne jagunemine on samasugune nagu praegu kehtiva hüvitiste skeemi korral. Siinkohal on arvestatud ainult lisandväärtuse kaoga ning eeldatud töötamist poole kohaga alates haiguslehe teisest nädalast. Seejuures pole arvestatud võimalikke mõjusid teistele kulukomponentidele, mida uuringus ei ole rahas hinnatud (elukvaliteedi kaotus, ravimite jmt kulud). Praeguse analüüsi eelduseks on, et muud kulukomponendid sellest ei muutu, ehk inimesel on võimalik töötada haiguslehel olles ilma, et sellest tekiks täiendavat tervisekahju.

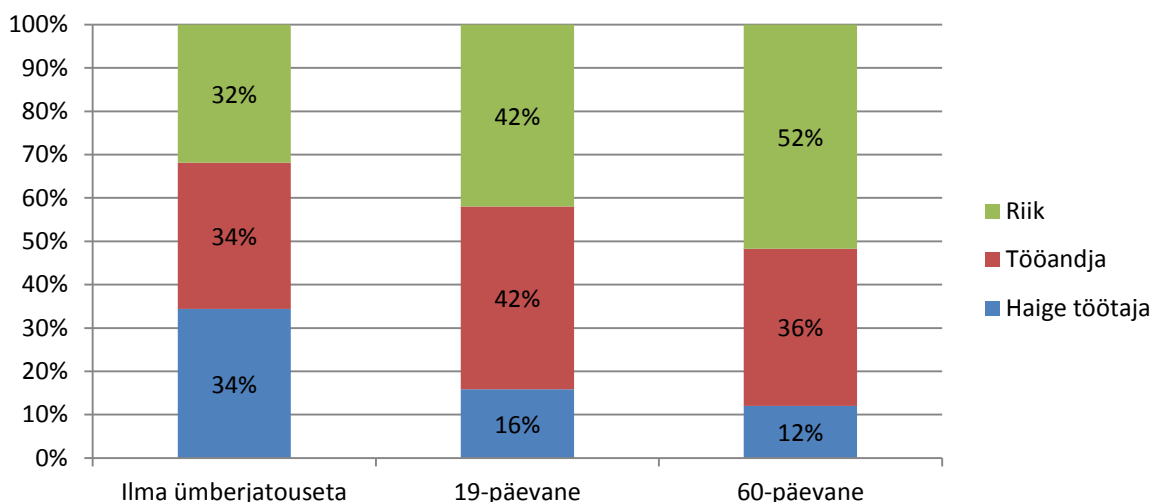


Joonis 108. 19-päevase ATV korral lisandväärtuse kaotusest tulenev kogukulu ühiskonnale ning selle ümberjaotumine alternatiivsete hüvitamise skeemide ning töötaja asendamise korral (eurodes)

Juhul, kui haigeks jäänud inimene on võimalik täielikult asendada, siis tervikuna ühiskonna jaoks kulu ei teki. Küll aga võidavad ja kaotavad üksikud ühiskonna liikmed ehk toimub ümberjagamine. Haigestunud töötaja kaotab töötasu samasuguses mahus sõltumata sellest, kas tööandja saab teda asendada või mitte. Samuti maksavad tööandja ja riik inimesele haigushüvitist ning sellega jagatakse osa tekkinud inimese kulust ümber. Kui täielik asendamine⁵³ on võimalik, siis teenib haigestunud töötaja asendaja samasugust töötasu ning ühiskonna kui terviku vaatest lisandväärtuse kaotusest kulu ei teki. Riik saab maksud ning tööandja kasumi samamoodi nagu see oleks juhtunud siis, kui inimene poleks haigestunud. Küll aga tekib kulu asendamise korraldamisest, millega siinkohal ei ole arvestatud.

Mida pikem on haigusleht, seda suurema osa kogu tekkivast kulust võtab enda kanda riik. Ühe inimese haigestumisest tekkiva lisandväärtuse kaoga kaasnevast kogukulust oleks ilma ümberjaotuseta töötaja kanda kolmandik, 19-päevase haiguslehe korral alla kahekümnendiku ja 60-päevase haiguslehe korral 12%. Pikema haiguslehe korral kasvab riigi osakaal kulude kandjana veelgi.

⁵³ Eeldusel, et asendajaga ei oleks samal ajal olnud hõivatud muude tootlike tegevustega.



Joonis 109. Töötaja haigestumisega kaasneva lisandväärtuse kaotusest ühiskonnale tuleneva kogukulu jagunemine, juhul, kui inimest ei ole võimalik asendada praegu kehtiva haigushüvitise skeemi korral (%)

7.2.6 PTV-ga kaasnev kulu inimesele

Analoogselt ATV-le, ei hinnata uuringu raames tervisehäirest tulenevat elukvaliteedi kaotust⁵⁴, kuna PTV-d põhjustavad väga erinevad tervisehäired. Elukvaliteedi all mõistetakse tervisehäirega kaasnevat valu, vaeva, kannatusi, aga ka igapäevaelus hakkamasaamisega tekkivaid raskuseid nagu nt liikumise piirangud.

Elukvaliteedi kaotust uuringus ei hinnata, aga osaliselt on võimalik hinnata kulutusi, mida tehakse elukvaliteedi parandamiseks. Elukvaliteedi parandamiseks tehakse kulutusi raviteenustele, ravimitele, abivahenditele, hooldajatele (või tekivad need kulud perekonnale, kes korraldavad ise hoolduse), transpordile jne. Sõltuvalt tervisehäire iseloomust võivad olla vajalikud ka kulutused kodu kohandamiseks ja uue mööbli või transpordivahendite ostmiseks. Lisaks inimesele endale tekivad ravimite ja raviteenuste kulud riigile, mis võtab ravikindlustuse süsteemi kaudu suure osa neist enda kanda.

Regulaarsed inimese poolt tehtavad kulud tervisehäire kompenseerimiseks

Inimese enda poolt tehtavad PTV-d põhjustava haigusega seotud väljaminekud kaardistati küsitluses. Eraldi küsiti regulaarseid kulusid ja ühekordseid suuremaid kulusid. Regulaarsete kulude osas küsiti seoses inimese töövõimetus põhjustava haigusega ravimitele, tugiteenustele (invatransport, hooldaja, tugiisik), abivahenditele ja muule igakuiselt kuluva summa kohta.

Muude kulude all täpsustasid küsitletud järgmisi kulude liike (nimetamise sageduse järjekorras):

1. Transport – mis ei ole spetsiaalne invaliidide jaoks mõeldud transport, vaid sagedase arstil või taastusravil käimisega seotud transpordikulud (sh bensiin, ühissõidukid, parkimine, auto hooldus jmt).
2. Taastusravi – siia alla kodeeriti massaažile, ravivõimlemisele, ujumisele jmt tehtavad kulud.
3. Spetsiaalne toitumine ja ravivahendid – kulud, mis kaasnevad, kui inimene peab jälgima mingit kindlat dieeti, kasutama toidulisandeid või vitamiine, kasutama salve ja geele, mida ei loeta ravimiteks.
4. Abivahendid – väiksemad abivahendid, mida inimesed ise ei pea abivahenditeks nagu tallad, randmetoed, prillid.

Lisaks sellele nimetasid üksikud inimesed muude kulude all veel järgmisi kulusid: vajadus käia hambaarstil, arstide juures makstavad visiiditasud, üks vastaja tõi välja ümberõppe kulu ja kaks vastajat väiksema töötasu

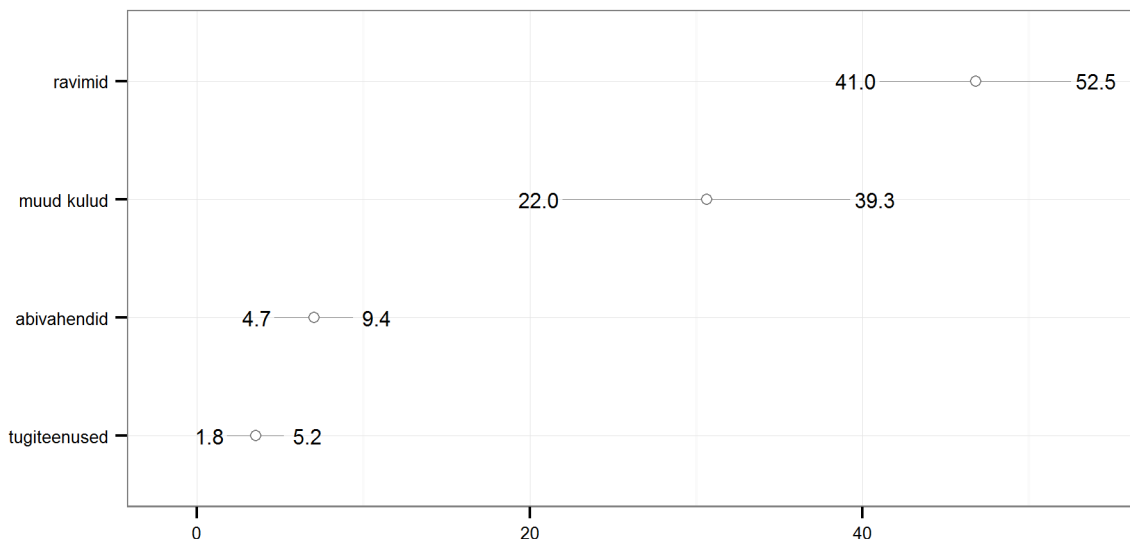
⁵⁴ Elukvaliteedi langust on võimalik hinnata kvaliteediga kohandatud eluaastaid (ingl k. *quality adjusted life year*) arvestades, kuid sel juhul tuleks hinnata erinevate PTV-de elukvaliteedi kaotuseid, mis praeguse uuringu raames ei ole võimalik.

seoses töövõimetust põhjustava haigusega kaasneva väiksema tootlikkusega (ühel juhul vahetas inimene töökohta, teisel juhul viibib sageli haiguslehel). Viimased kaks vaatlust jäeti siinkohal analüüsist välja, sest need on kaetud kaotatud toodangu arvestusega.

Kui kõik kulukategooriad kokku liita, siis tekib I, M või F põhi- või kaasuva diagnoosiga PTV inimestel regulaarseid haigusest tulenevaid kulusid 95%-lise usalduspiiridega 74-94 eurot kuus.

Kululiikide kaupa on suuremad kulutuste kategooriad ravimid (41-52 eurot) ja muud kulud (22-39 eurot). Regulaarsed kulud abivahenditele ja tugiteenustele on keskmiselt väiksemad (alla 10 euro) (vt Joonis 110). Sellised on keskmised kulud, kui arvesse võtta ka need, kellel kulusid ei teki. Kui vaadata ainult neid, kellel kulud tekivad, siis on ravimite ja tugiteenuste kulud kuus samasuguses suurusjärgus (vastavalt ravimite kulu 44-56 eurot ja tugiteenuste kulu 41-78 eurot), regulaarsed abivahendite kulud on väiksemad (24-42 eurot). Abivahendite kulu aga käsitletakse sageli ühekordse kulutuse mitte regulaarse kuluna, seetõttu kajastub see ka ühekordsete kulude all.

Erinevate kulude osas on nende osakaal, kes väidavad, et neil selliseid kulusid **ei teki** erinev. Ravimite kulud tekivad peaaegu kõigil, vaid 6% hindavad, et regulaarsed kulud ravimitele puuduvad. Samas regulaarsed kulud abivahenditele puuduvad 75% ja tugiteenustele 90% sihtrühma PTV inimestel. Nende osakaal, kes **ei osanud hinnata** kulude olemasolu või puudumist on erinevate kulude gruppide seas 5-8%.



Joonis 110. Keskmised igakuised kulud kululiikide lõikes PTV-del (eurodes) (keskmine üle kõigi PTV-de, ka nende, kellel polnud vastavaid kulusid)

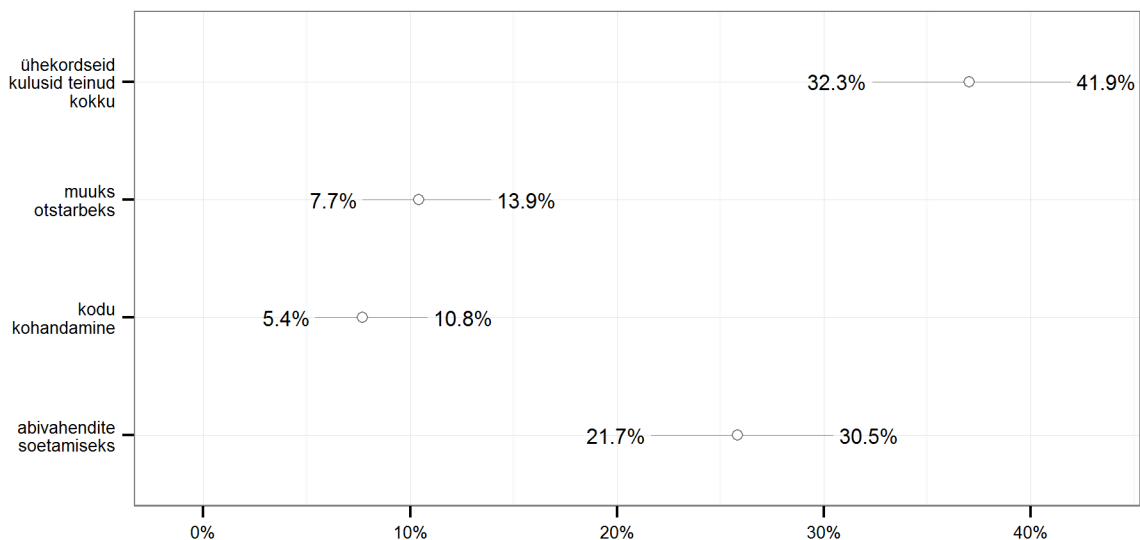
Allikas: Töövõimetuse küsitlus

Ühekordsed suuremad kulutused, mida inimesed on teinud tervisehäirega toimetulekuks

Ühekordseid suuremaid kulutusi haigusega toimetulekuks on kolme viimase aasta jooksul teinud 32-42% sihtrühma PTV-dest (vt Joonis 111). Sagedasemaks ühekordseks kulutuseks on abivahendite soetamine, millele on raha kulunud 22-31%. Muude ühekordsete suuremate kulude all täpsustati järgmisi kulude liike:

1. Kulud meditsiiniteenustele
2. Kulutused transpordile (auto ostmine, liisimine, ühekordsed arstivisiitidel käimised)
3. Voodi või madratsi ostmine
4. Elukoha vahetus

Üksikud vastajad mainisid kuludena ka administratiivseid asjaajamisi, mis seonduvad kutsehaiguse registreerimisega, küttepuude tegemisel vajalikku abi, tööriiete soetamist, teabekirjanduse soetamist.



Joonis 111. Ühekordseid suuremaid kulusid teinud inimeste osakaal kululiikide lõikes (% PTV-dest)

Allikas: Töövõimetuse küsitlus

PTV-del, kellel ühekordseid suuremaid kulusid on olnud, on tehtud ühekordsete kulutuste summa viimase kolme aasta jooksul olnud 323-862 eurot. Kuna suuremal osal selliseid kulusid pole olnud, siis keskmine kulu kõikide PTV-ga inimeste peale on 99-284 eurot.

Kaotatud töötasu

Lisaks tervisekahjule ning piirangutele igapäevaeluga toimetulekul kaasnevad PTV-d põhjustava tervisehäirega inimesele ka piirangud tööelus ja sellest tulenevalt tootlikkuse kadu. Seepärast ei ole PTV-ga inimestel võimalik samaväärselt tervete inimestega osaleda lisandväärtuse tootmises. Seda kinnitab eelnev analüüs, mis näitas, et PTV hõives olemise tõenäosus on väiksem ning neil on hõivesse jäädes ka väiksem töötasu. Seega kaasneb inimese jaoks PTV-ga madalam tõine sissetulek.

PTV tõttu kaotatud töötasu hinnang, sõltub alternatiivist, millega võrdlus teostada. Eeldame, et PTV-ga inimesed töötaksid juhul, kui neil poleks PTV-d, samasuguse tõenäosusega kui need inimesed, kellel PTV-d pole, ja et nad teeniksid keskmist töötasu. See ei ole väga realistlik eeldus, sest eelnevast analüüsist ilmnes, et PTV on sagedasem nende inimeste seas, kelle töötasu on väiksem ja kes töötavad madalamatel ametikohtadel, mis omakorda võib olla märk sellest, et tervisehäire on välja kujunenud juba enne PTV määramist. Samuti võib inimese PTV-d põhjustav haigus olla välja kujunenud juba enne tööiga ning seega võib olla see mõjutanud ka hariduse omandamist, mistõttu on PTV haridus madalam kui keskmiselt, mis omakorda on seotud madalama palgaga. Lisaks näitas eelnev analüüs, et PTV-de hulgas oli ka hõivatuid keskmiselt vähem ja nende seas omakorda rohkem ajutiselt töövõimetuid juba enne PTV määramist. Seega oleks PTV-de töötasu juhul, kui nad ei oleks PTV-d, suure tõenäosusega üldisest keskmisest töötasust madalam. Samas ei ole head alust hindamaks PTV-de töötasu suurust olukorras, kus neil ei oleks PTV-d ja lähtume siinkohal hüpoteetilisest eeldusest, et nad oleksid võrdsed keskmise inimesega, kellel pole PTV-d, mistõttu tõenäoliselt ülehindab käesolev hinnang PTV inimese kulusid.

Kaotatud töötasu arvestamiseks kasutatud eeldused on toodud järgnevas tabelis (vt Tabel 7). Kaotatud lisandväärtusest tulenevate kulude arvestamise aluseks on SKA andmete põhjal leitud keskmine töötasu ja töötamise tõenäosus 2014. aastal PTV inimestel ning ülejäänutel. Töötasu info tuletati tööandja ja riigi poolt töövõimetuspensioni saajate eest makstud sotsiaalmaksu alusel. Töötavana käsitleti kõiki, kelle eest vähemalt ühes kuus oli sotsiaalmaksu tasutud.

Tabel 7. PTV töötasu kaotuse arvestamise eeldused

		PTV	Võrdlus- grupp	Vahe
Hõivemäär (%)	1	0,494	0,815	0,321
Brutotöötasu kuus (eurot)	2	602,37	918,48	316,11
Netotöötasu kuus (eurot)	3 = rida 2 - töötaja töötuskindlustusmakse - tulumaks	466,35	711,09	244,74
Hõivemääraga korrigeeritud keskmine töötasu (eurot)	rida 1 x rida 3	230,38	579,54	349,16

Allikad: SKA registriandmed, autorite arvutused

Kuna PTV-ga kaasnev töötasu kadu on arvestatud tegelikult makstud töötasude põhjal, siis on arvesse võetud ka sagedasematest ja pikematest haiguslehtedest tulenev töötasu kadu inimesele.

Halduskulud

Lisaks elukvaliteedi ja töötasu kaotusele kaasneb püsiva töövõimetus vormistamisega ressursikulu ka töötajale. Vajalik on täita ekspertiisi tegemiseks vorme ja käia arsti juures, vajadusel suhelda ka SKA ametnikega. Lisaks on enamasti vajalik PTV kordusekspertiisi tegemine. Nii nagu ATV korral ei ole ka PTV jaoks halduskulud uuringus arvestatud.

PTV-dele makstavad hüvitised ja toetused

Töövõimetuspension

Peamine PTV-ga kaasneva sissetuleku kaotuse kompenseerimise mehhanism on praegu töövõimetuspension. Töövõimetuspension on rahaline hüvitis, mida makstakse kõikidele PTV-dele, kelle töövõimetusmäär on enam kui 40%, sõltumata töötamisest.

Keskmise töövõimetuspensionina arvestame I-, M- ja F-diagnoosiga PTV-dele 2014. aastal makstud pensioni, mis oli vastavalt SKA poolt edastatud agregeeritud andmetele 196 eurot kuus. Eeldame, et kõik PTV-d, kelle töövõimetus määr on 40% või rohkem, saavad ka töövõimetuspension. 40% või suurema töövõimekaotuse määraga oli 2014. aastal 96,1% kõikidest I-, M- või F-diagnoosiga PTV-dest. Keskmine töövõimetuspension on seega ühe I-, M- või F-diagnoosiga PTV kohta 189 eurot kuus ja töövõimetuspensionist peetakse kinni ka tulumaks.

Haigushüvitised

Kuna PTV-d on sagedamini ja pikemalt haiguslehel, siis kaasneb sellest ka suurem töötasu kaotus võrreldes terve inimesega. Samas kompenseeritakse see kaotus osaliselt tööandja ja riikliku haigushüvitisega. Töötasu kaotus on arvesse võetud juba kaotatud töötasu arvestuses, sest see põhineb tegelikel PTV-de töötasudel. Haigushüvitised tuleb aga eraldi töötasu kaotust kompenseerivana arvesse võtta.

PTV-dele Haigekassa kaudu makstud haigushüvitis on keskmiselt suurem kui võrdlusgrupile makstud hüvitis, kuna PTV-d on sagedamini ja pikemalt haiguslehel. Keskmiselt oli Haigekassa poolt makstud ATV hüvitis 2014. aastal PTV-ga töötajatele 49 euro võrra aastas (ehk ca 4 euro võrra kuus) suurem kui PTV-ta töötajatele.

Tabel 8. Haigushüvitise erinevuse arvestamise selgitus

	Rea nr	Haigushüvitise suurus aastas (eurot)
PTV	1	82
Võrdlusgrupp	2	34
Vahe aastas	3=1-2	49
Vahe kuu kohta	4=3/12	4.06

Allikad: Haigushüvitiste suurus – SKA ja Haigekassa registrite andmed, autorite arvutused

Tööandja makstud haigushüvitise suuruse leidmiseks, on tarvis teada üksikute ATV perioodide kestust. Kuna teada on ainult aastased ATV-de kogukestused ja kordade arv, siis saab mõistliku lähendina leida tööandja hüvitise suuruse proportsionaalselt Haigekassa hüvitise suurusest, võttes aluseks keskmise ajutise töövõimetuse kestuse (19,1 päeva). Täpsemalt näeb tööandja poolt tehtavate püsivalt töövõimetute keskmise ja teiste töötajate keskmise hüvitise erinevuse arvutuskäik välja järgmine:

$$erinevus = \frac{\textit{tööandja poolt hüvitatud päevad (5)}}{\textit{HK poolt hüvitatud päevad (11,1)}} * \textit{HK poolt makstava hüvitise erinevus (4€)}$$

Kokku teeb see ca 1,8 eurot. Lisaks sellele kannab töötaja kulud omavastutuse osas, kuid need on juba arvesse võetud kaotatud lisandväärtusena, mistõttu täiendavat kulu talle ei teki.

Puudega tööelise inimese toetus

Tuludena arvestame ainult puudega tööelise inimese toetust, sest tegemist on otse inimesele makstava toetusega (puudega tööelise inimese toetuse suuruse arvestamist vt riigi kulude peatükist). Teiste toetuste puhul eeldame, et need on seotud töötamise ja tootlikkusega ning nende maksmine praeguses mahus kajastub eelnevalt juba arvesse võetud lisandväärtuse erinevuses.

Muud toetused ja hüvitised

On mitmeid toetuseid, mis kaasnevad töövõimetuspensionäri staatusega. Täpsemalt on sellisteks:

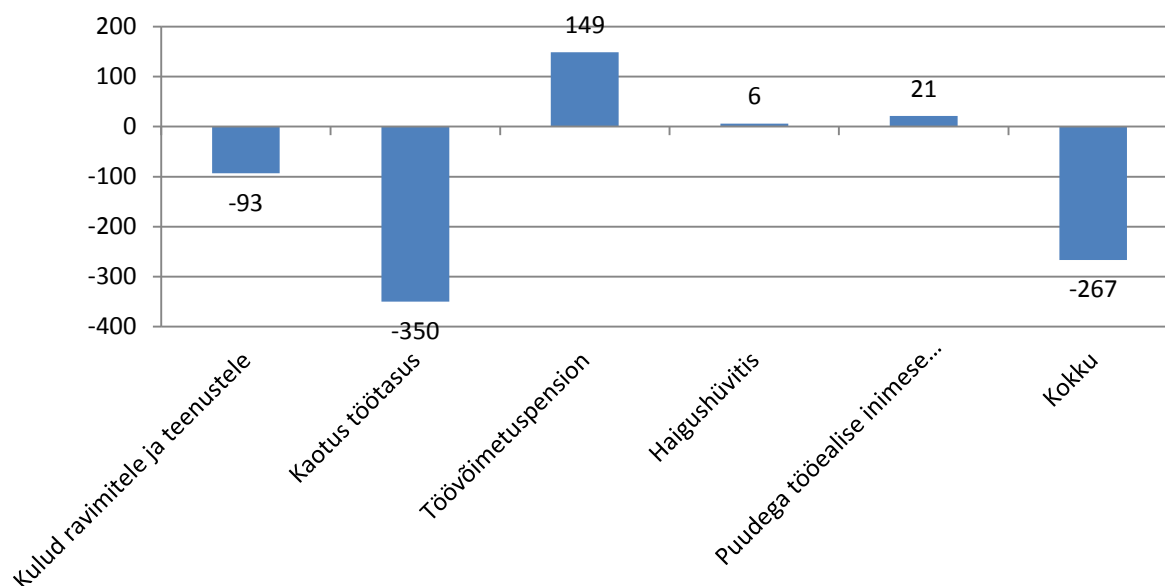
1. Hambaravihüvitis
2. Proteeside hüvitis
3. Tasuta harrastuskalapüügiõigus
4. Õppelaenu tagasimaksmine riigi poolt
5. Muud soodustused või toetused, mida pakuvad KOV-id (nt soodustused ühistranspordi kasutamisel)

Lisaks on suur kattuvus PTV ja puuetega inimeste gruppide osas, mistõttu saavad PTV-d ka puuetega inimestele suunatud toetuseid.

Neid toetuseid ja hüvitisi siinkohal arvesse ei võeta.

PTV keskmised kulud ja tulud kuus

Võrrelduna keskmise terve inimesega on PTV kuludest suurim osa töötasu kaotus. Vaadates töötasu kaotust ja raviteenuseid kokku, siis haigushüvitised ja töövõimetuspensionid katavad sellest vahest alla poole. Siinjuures ei ole arvesse võetud olulisi kulukomponente nagu elukvaliteedi langus ning mitmeid täiendavaid toetuseid, mida PTV-d saavad.



Joonis 112. PTV-ga kaasnevad kulud ja tulud tervisekaoga inimesele kuus (eurodes)

7.2.7 PTV-ga kaasnev kulu tööandjale

Tööandjatele kaasnevaks kuluks on kaotatud kasum, mida oleks teoreetiliselt võinud toota töötaja, kes PTV-ka jääb. Analoogselt töötaja arvestustele hindame siinkohal, et tööandjatel oleks olnud alternatiivsena kasutada keskmise tootlikkusega töötaja, kes oleks keskmise suurusega kasumit tootnud. Selline eeldus on hüpoteetiline ning suure tõenäosusega ülehindab tööandjale tekkivat kahju samadel põhjustel, miks see pigem ülehindab töötajatele tekkivat kahju.

Tööandja kujundab töötasu vastavalt sellele, milline on inimese tootlikkus võttes arvesse inimese töötamisega kaasnevaid täiendavaid tulusid ja kulusid nagu sagedasemad haiguspuhkused, haigushüvited, pikem põhipuhkus, sotsiaalmaksu soodustus riigilt, töökoha kohandamise vajadus jmt. Seega, peaks tegelikkuses töötajale makstav töötasu peegeldama ka töötajaga kaasnevaid tulusid ja kulusid tööandjale ning täiendavaid tulusid ja kulusid tööandjal PTV tööle võtmisest ei ole. Eelnev ei tähenda, et tööandjale ei kaasne PTV töötaja tööle võtmisega võrreldes terve inimese palkamisega täiendavaid tulusid või kulusid, kuid kuna me hindame neid tegelike palkade põhjal, siis palkade suurus juba arvestab seda.

Kuna keskmiste palkade suurus juba peegeldab PTV ja tervete inimeste vahelise tulude ja kulude erinevust tööandja jaoks, siis sellest tulenevalt on tööandjate kuluks ainult kasumi kaotus, mis tuleneb sellest, et ilma PTV-ta oleks töötaja töötanud keskmise inimese tootlikkusega ning tootnud ka vastavalt rohkem kasumit. Kasumi suurus leitakse analoogselt ATV osas leitud. Selline arvestus eeldab, et tööandjad suudaksid rakendada kõiki PTV-sid alternatiivses olukorras keskmise terve töötajaga võrdselt.

Tabel 9. Tööandjate kaotus PTV-st

	Rea nr	PTV	Terved	Vahe
		1	2	3=1-2
Hõivemäär	1	0,49	0,82	0,32
Brutotasu kaotus kuus (eurot)	2	602,4	918,5	316,1
Hõivemääraga korrigeeritud brutotasu kuus (eurot)	3=1x2	297,4	749,0	451,6
Kasumi suhe brutotöötasusse	4			0,76
Tööandja lisandväärtuse kaotus (eurot)	5=4x3			343,2

Allikad: Hõivemäär ja brutotasu kuus – SKA registriandmete analüüs, autorite arvutused, Kasumi suhe töötasusse – Statistikaameti veebiandmebaas, tabel RAA0024: sisemajanduse koguprodukt sissetulekute meetodil, rida „tegevuse ülejääk ja segatulu“/palk.

7.2.8 PTV-ga kaasnev kulu riigile

Riigi seisukohast on suuremad kulude kategooriad, mis kaasnevad inimeste PTV ning seda põhjustava tervisehäirega järgmised:

1. Lisandväärtuse kaotusest tulenevalt saamata jäävad maksud analoogselt inimese ja tööandja kaotusega alternatiivses olukorras;
2. Meditsiinisüsteemikulud, millest suuremad on raviteenuste, soodusravimite, aga ka sagedasemate haigushüvitiste kulu, meditsiiniseadmete kulu;
3. Töövõimetuse määramise ja haldamisega seotud kulud, mis sisaldavad nii töövõimetuse ekspertiiside kui toetuste ja teenuste administreerimist.;
4. Töövõimetuspensionid;
5. Muud riiklikud teenused ja toetused, mis on suunatud töövõimekaoga inimeste paremale toimetulekule.

Lisandväärtuse kadu

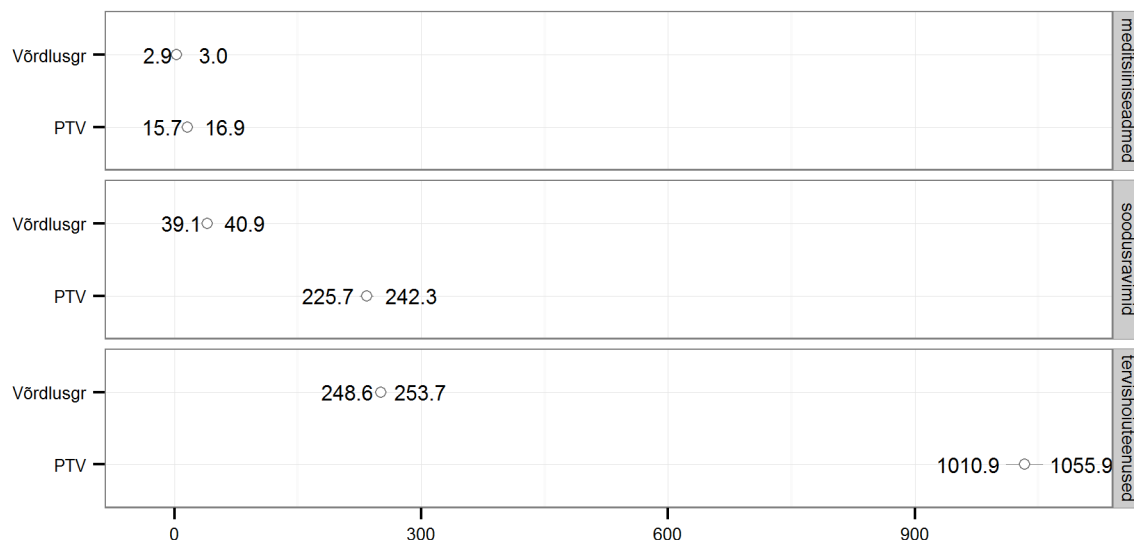
Lisandväärtuse kaotusest tulenev maksutulu kaotus riigile on leitud alljärgneva arvutuskäigu alusel. Brutotasu kaotus (rida 5) on tuletatud PTV töötaja kulude osas.

Tabel 10. Riigi lisandväärtuse kaotus püsivast töövõimetusest (2014. aasta näitel)

Eeldus	rea nr	
Tulumaksu määr	1	0,21
Töötaja töötuskindlustusmaksemäär	2	0,02
Tööandja töötuskindlustusmaksemäär	3	0,01
Sotsiaalmaksumäär	4	0,33
Brutotasu kaotus kuus (eurodes)	5	451,63
Riigi maksude kaotus kuus (eurodes)	6 = rida 5 x (rida 4 + rida 3 + rida 2) + (rida 5 - (rida 5 x rida 2)) x rida 1	255,53

Raviteenuste, soodusravimite ja meditsiiniseadmetega seotud kulu

Riigi kulutused PTV inimeste ravile on tuletatud Haigekassa registriandmete põhjal. Võrreldud on 2014. aastal PTV-ga inimeste keskmisi kulutusi võrdlusgrupi (inimesed, kes ei ole olnud 2014 PTV) keskmiste kulutustega (keskmise arvutamisel võetud arvesse ka need, kellel polnud üldse kulutusi). Joonisel on esitatud keskmised kulud aasta kohta, kulude tabelis on need arvutatud ühe kuu kohta. Kõik Haigekassa finantseeritavad kulud on keskmisena PTV inimestel märkimisväärselt suuremad kui teistel.



Joonis 113. Haigekassa kaudu finantseeritavate kulude suurus 2014. aastal sihtrühma lõikes (eurodes 2014. aastal)

Allikas: Haigekassa ja SKA ühendatud registriandmed, autorite arvutused

Tabel 11. Riigi kulude arvestus PTV inimeste meditsiinisüsteemi kuludele 2014. a (eurodes)

	PTV	Võrdlusgrupp	Vahe	Kulu kuus
Tervishoiuteenused	1033	251	782	65,19
Soodusravimid	234	40	194	16,16
Meditsiiniseadmed	16	3	13	1,11
Meditsiินิกulud kokku	1284	294	990	82

Allikas: Haigekassa ja SKA ühendatud registriandmed, autorite arvutused

Haigushüvitise kulu, mis tekib riigile on pöördvõrdeline inimesele tekkiva haigushüvitisest saadava tuluga.

Töövõimetuspension ja töötava PTV sotsiaalmaksu soodustus

Töövõimetuspension kulu, mis riigile tekib on pöördvõrdeline töötajatele tekkiva tuluga.

Sotsiaalmaksu maksmine PTV töötasu kuumääralt on riigi jaoks kulu ja tööandja jaoks tulu, kuna PTV-ga töötaja on odavam tööjõud kui teised⁵⁵. Tööandja ja töötaja tulu on juba arvesse võetud tegelike palkade arvestuses, seepärast on seda vaja siinkohal ainult riigi kuluna arvestada. Registriandmed kinnitavad tööandjate intervjuudest ilmnenu, et PTV inimeste pealt ei küsita alati sotsiaalmaksu soodustust kuna, kas tööandjad pole teadlikud sellisest süsteemist või töötajad ei teavita tööandjat enda töövõimetusest. Ainult 36% töötavate PTV-de eest on riik tasunud 2014. aastal sotsiaalmaksu. Sotsiaalmaksu soodustus ühe PTV kohta kuus leitakse seega järgmiselt: sotsiaalmaksu suurus kuumääralt x töötavate PTV osakaal x sotsiaalmaksu soodustust saavate töötajate osakaal.

Tabel 12. Riigi sotsiaalmaksu soodustuse kulu arvestuskäik

Eeldus	rea nr	
Tõenäosus, et riigilt saadakse sotsiaalmaksu soodustust (% töötavatest PTV)	1	35,75%
Keskmine riigi poolt makstud sotsiaalmaks kuus (eurot)	2	105,6
Töötamise tõenäosus (% PTV)	3	49,37%

⁵⁵ Tulu võib jaguneda ka töötaja ja tööandja vahel, kui sotsiaalmaksu soodustuse tõttu tõuseb inimese saadav töötasu osa.

Ühe PTV kohta sotsiaalmaksu kulu kuus (eurot)	4=rida1 x rida 2 x rida 3	18,64
---	---------------------------	-------

Muud riiklikud teenused ja toetused, mis on tervisekaoga inimeste abistamisele suunatud

On mitmeid SKA ja Töötukassa poolt pakutavaid teenuseid ja toetuseid, mille kasutamine peaks kompenseerima funktsioonihäire tõttu esinevat vajakajäämist teiste inimestega võrreldes kas otseselt PTV-dele suunatuna või muuhulgas PTV-ga inimestele kehtivana. Üldisemalt käsitleme siinkohal puuetega inimestele suunatud teenuseid ja toetuseid, mida pakub SKA, Töötukassa teenuseid, mis on suunatud tervise tõttu töötamise takistustega inimestele, ning töövõimetuspensioni saamisega seotud toetuseid ja soodustusi.

Võib arvata, et enamik puudega tööealistest inimestest on muuhulgas ka PTV-d. Kuigi puudega inimeste toetused ei ole otseselt suunatud kompenseerimaks tervisehäirest tulenevaid takistusi töötamisel, siis muuhulgas aitavad need samaaegselt parandada puudega ja PTV-ga inimeste toimetulekut tööl. Võttes eelduseks, et kõik I-, M- ja F-diagnoosidega tööealsed puudega inimesed on ka PTV-d ning toetused jagunevad ühtlaselt puudega inimeste seas, saab leida puudega seotud toetuste summad PTV kohta⁵⁶.

Tabel 13. Puudega inimeste toetuste sajate arv ja toetuse suurus 2014. a IV kvartali lõpu seisuga

	Toetuse suurus toetuse saaja kohta	Toetuse saajate arv	Toetuse saajate osakaal puuetega inimestes t	I-, M-, F-diagnoosiga puuetega inimeste osakaal I-, M-, F-diagnoosiga PTV inimestest ⁵⁶	Toetuse suurus PTV kohta kuus
Tulba nr	1	2	3	4	1x 3 x 4
puudega tööealise inimese toetus (kuus)	43,64	50321	94,5%	51,9%	21,41
puudega inimese töötamistoetus (aastas)	157,14	56	0,1%		0,01
puudega inimese täiendkoolitustoetus (aastas)	259,3	86	0,2%		0,02
Rehabilitatsioonitoetus (aastas)	51,12	3746	7,0%		0,16
Rehabilitatsiooniteenus (aastas)	279,3	12011	22,5%		2,73
Kokku					24,32

Allikas: SKA Riiklik Statistiline aruanne. Riiklik Sotsiaalkindlustus, lehed: puuetega inimeste toetused, muud

Lisaks Sotsiaalkindlustusameti poolt administreeritavatele puuetega inimeste toetustele ja teenustele on ka Töötukassas pakutud spetsiaalselt töövõimekaoga inimestele mõeldud teenuseid. Nende pakkumine on toimunud aga väga väikeses mahus. Lihtsustavalt eeldame siinkohal, et kõik need toetused on pakutud I-, M- või F-diagnoosiga puudega PTV inimestele. Sellisel juhul, võttes aluseks 2013. aasta Töötukassa andmed, mille kohta on tänase seisuga avalikult kättesaadavad ka kulunumbrid (tabelis ei kajastu teenused, mis on mõeldud ka muudele sihtrühmadele ja kulu PTV-de kohta eraldi Töötukassa tabelis ei kajastu, nt tööturukoolituse, mis hüvitatakse PTV tööandjale), kujunevad kulud ühe PTV kohta selliseks nagu need on toodud alljärgnevalt.

Tabel 14. Töötukassa teenuste kulud (I, M ja F diagnoosiga) püsivalt töövõimetute kohta

⁵⁶ Esmastest puude diagnoosidest moodustavad I, M ja F diagnoosigrupid 60%, korduvatest ekspertiisidest 71%. Siinkohal kasutame I, M ja F grupi osakaaluna nende kahe näitaja keskmist. Kokku oli Statistikaameti andmetel puudega inimesi 1.01.2015 seisuga 53267, neist olid seega I, M või F diagnoosiga 34759 ja kui nad kõik olid ka PTV, siis I, M või F grupi diagnoosidega PTV-dest moodustasid nad 52%.

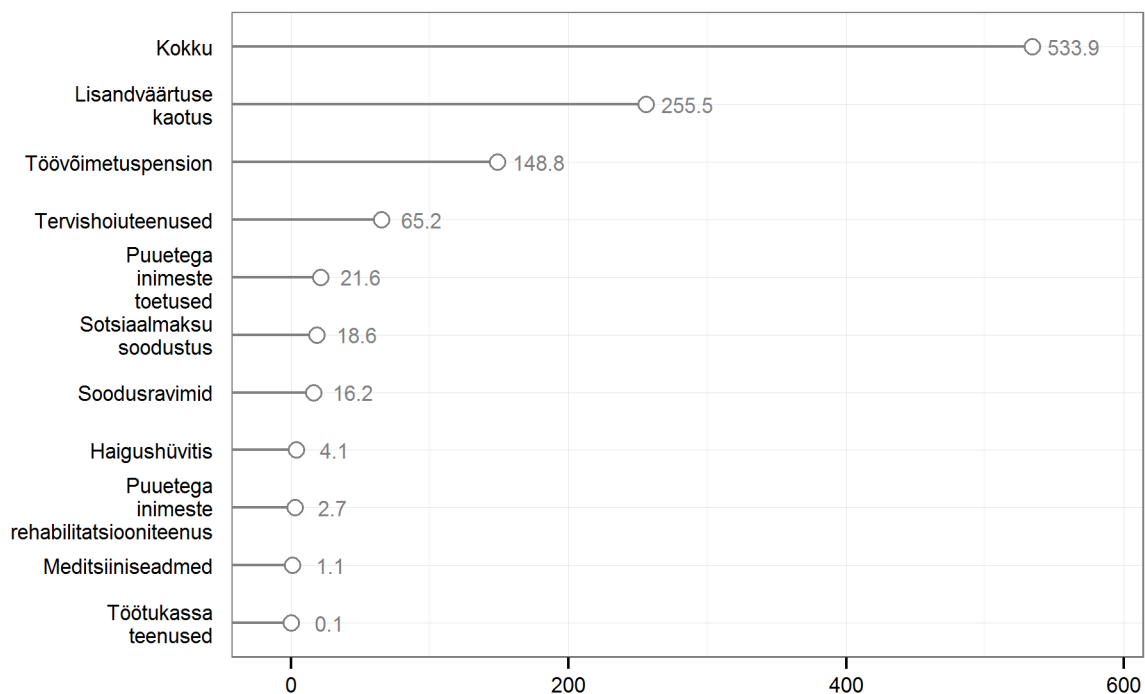
	Teenuse saajate arv 2013	Kulud kokku (eurot)	Kulu osaleja kohta (eurot)	Osakaal PTV-st, kes on teenust saanud	Teenuse kulu PTV kohta aastas (eurot)
	1	2	3=1/2	4	5=4x3
Töökoha kohandamine	3	1709	569,7	0,004%	0,026
Tehnilise abivahendi andmine	24	16758	698,3	0,036%	0,250
Tugiisikuga töötamine	45	45181	1004,0	0,067%	0,675
Abistamine tööintervjuul	41	303	7,4	0,061%	0,005
Kokku (aastas)					0,956
Kokku (kuus)					-0,08

Allikas: Töötukassa veebis avaldatud statistika (seisuga 11.09.2015), autori arvutused

Lisaks eeltoodule on riigil veel kulusid spetsiifilistele toetustele ja teenustele, mis arvestuses ei kajastu. Sellised on nt hambaravihüvitis, proteeside hüvitis, pikema põhipuhkuse hüvitamise kulu, KOV-ide poolt tehtavad soodustused. Samuti ei ole süsteemi administreerimise ning töövõimetuse hindamisega kaasnevaid kulusid hinnatud. Seega on PTV-ga seotud riigi kulud selle võrra alahinnatud.

Riigi kulud kokku

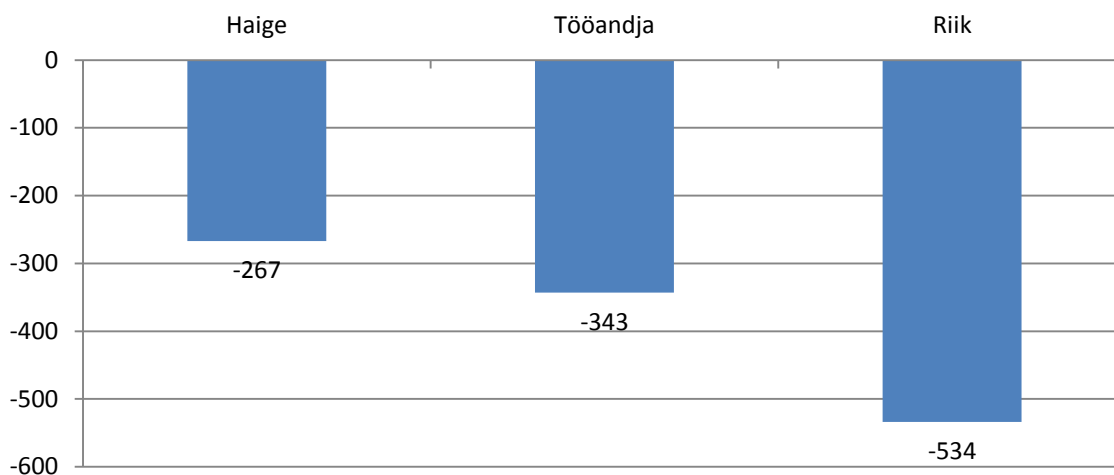
Kokku on eeltoodud kuludest suurim lisandväärtuse kaotus, so lisandväärtus, mida võiks püsivalt töövõimetud toota, kui nad töötaksid samaväärselt keskmise töötajaga. Suureks kulukomponendiks on ka töövõimetuspension ja meditsiinisüsteemi kaudu finantseeritavad tervishoiuga seotud kulud.



Joonis 114. Ühe püsiva töövõimetuga seonduvad kulud riigile kuus (eurodes, 2014. a näitel)

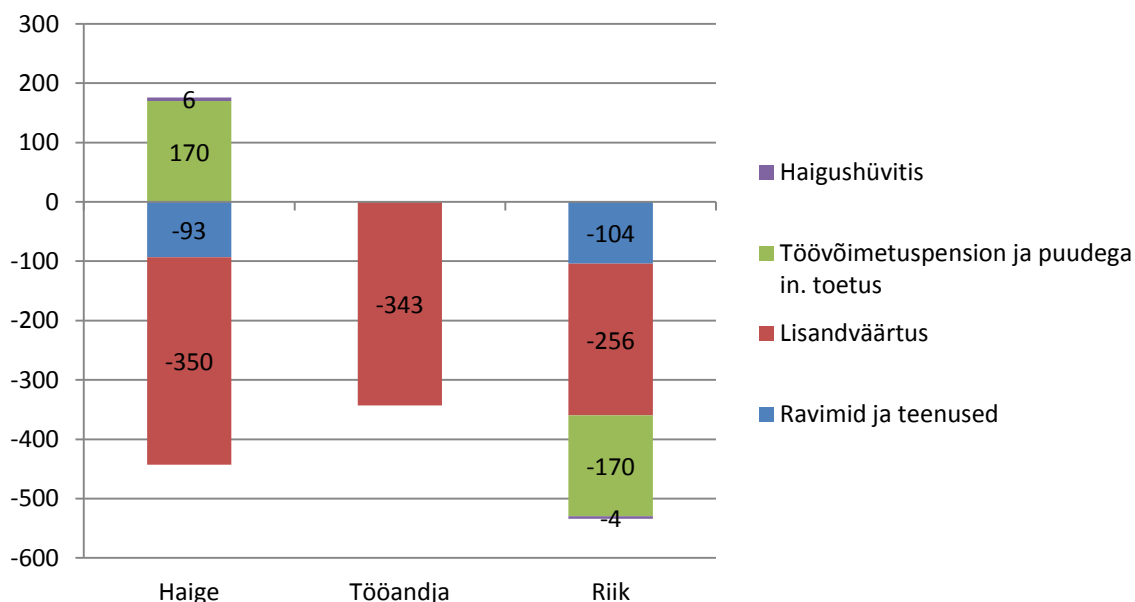
7.2.9 PTV-ga seotud kulud kokku

Arvesse võetud kuludest on suurimad kogukulud riigil. Osaliselt on riigi kulud inimese tuludena arvestatud ja selle tõttu on kokkuvõttes inimese kulud väiksemad. Samas tuleb arvestada, et inimese jaoks suurimat kulukomponenti, elukvaliteedi langust pole uuringus arvesse võetud, mistõttu on inimese kulud alahinnatud. Samas on ka riigi kulud alahinnatud, sest mitmed kulukomponendid pole arvesse võetud (nt PTV ekspertiiside ja haldamise kulud).



Joonis 115. Uuringus arvestatud PTV-ga kaasnevad kulud ja tulud erinevatele osapooltele kuus kokku võrreldes olukorraga, keskmise inimesega, kellel pole PTV-d (eurodes)

Siiski on tõenäoliselt arvestatud kuludest kaotatud lisandväärtuse kulu ülehinnatud, sest PTV-d ei oleks alternatiivses olukorras keskmised terved inimesed, mis on praegusel juhul võrdluspunktiks võetud. Seetõttu on tervikuna nihke suunda tulemustes keerukas määrata.



Joonis 116. Uuringus arvestatud PTV-ga kaasnevad kulud ja tulud komponentide kaupa erinevatele osapooltele kuus võrreldes inimesega, kellel pole PTV-d (eurodes)

7.2.10 Tulu PTV nihkumisest

Eelnev analüüs kajastas osapoolte tulud ja kulud ühe kuu kohta juhul, kui inimene on PTV võrrelduna olukorraga, kus ta oleks keskmine töötaja, kellel pole PTV-d. Tegelikult aga ei ole enamik PTV-sid ka enne PTV määramist

keskmise töötajaga võrreldavad. Samuti ei pruugi PTV täielik ära hoidmine olla võimalik. Kõige tõenäolisemalt on võimalik kujundada meetmeid, mis suudavad seda mõnevõrra edasi lükata. Seepärast vaatame näiteks, kui palju oleks võimalik hoida kulusid kokku sellelt, kui PTV-d õnnestuks ühe aasta võrra edasi lükata. Eeldame, et inimene säilitaks selleks aastaks töötasu ja töökoha, mis tal oli enne PTV määramist ning pärast langeks töötasu selliseks nagu see on PTV määramise aastal.

Selline arvestus põhineb inimestel, kellel on esmakordselt määratud PTV, keskmisel 2014. aasta töötasul, mis teisendatakse palgaindeksit kasutades 2014. aasta palkadesse.

Tabel 15. PTV brutopalga teisendamine 2014. aasta vääringusse

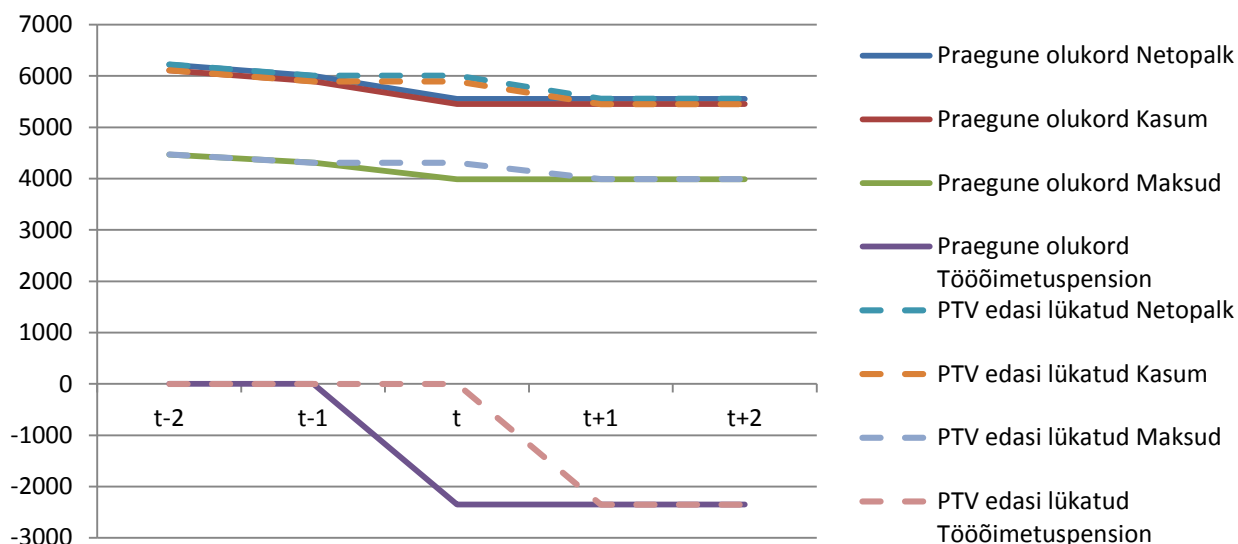
	Rea nr	2012	2013	2014
Veeru tähis		t-2	t-1	t
Keskmine rahaline brutokuupalk (eurodes)	1	884	946	1002
Rahalise brutopalga aastane kasv (v.e.a)	2		0,07	0,06
Hinnaindeks	3 (tuletatud reast 2)	1,13	1,06	1
PTV palk (eurodes)	4	591,0	610,1	597,8
PTV palk 2014. a hindades (eurodes)	5 = 4 x 3	669,84	646,21	597,8

Eeldades, et PTV-d põhjustava tervisliku seisundi tekkimist on võimalik ühe aasta võrra edasi lükata nii, et inimesele säilib aastal enne PTV määramist olnud töötasu, on võimalik ühiskonnal tervikuna hoida kokku 3566 eurot inimese kohta. See jaguneb nii nagu näidatud alljärgnevas tabelis (vt Tabel 16): töötaja võit 450 eurot, tööandja võit 441 eurot ja riigi võit 2675 eurot.. Selline arvestus eeldab, et muud kulud ja tulud peale palga, töövõimetuspensioni, kasumi ja palgalt makstud maksude üle aastate ei muutu.

Tabel 16. Aastasest PTV edasi lükkamisest tekkiv tulu ühiskonnale (eurodes)

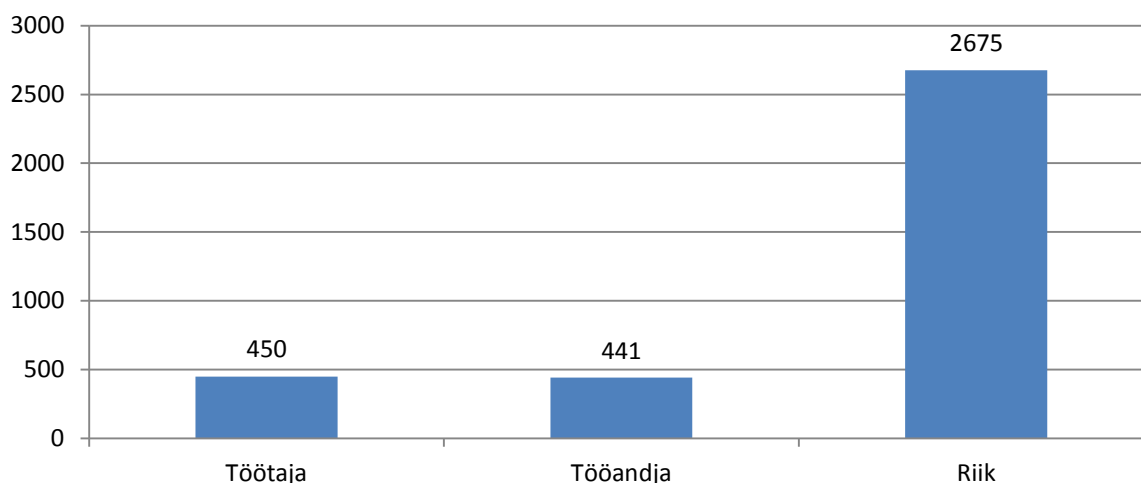
		t-2	t-1	t	t+1	t+2
Praegune olukord	Netopalk	6223	6004	5554	5554	5554
	Kasum	6109	5893	5452	5452	5452
	Maksud	4468	4310	3987	3987	3987
	Töövõimetus-pension	0	0	-2352	-2352	-2352
PTV edasi lükatud	Netopalk	6223	6004	6004	5554	5554
	Kasum	6109	5893	5893	5452	5452
	Maksud	4468	4310	4310	3987	3987
	Töövõimetus-pension	0	0	0	-2352	-2352
Ühiskonna võit (PTV edasi lükatud - praegune olukord)	Töötaja	0	0	450	0	0
	Tööandja	0	0	441	0	0
	Riik	0	0	2675	0	0

Tabelis esitatud olukord on alljärgneval joonisel illustreeritud. Riigi jaoks tekib alternatiivses stsenaariumis võimalus ühe aasta võrra pikemalt kõrgemaid makse koguda ja lisaks hoitakse kokku töövõimetuspension, mistõttu on riigi võit tervikuna selles olukorras suurim.



Joonis 117. Aastasest PTV edasi lükkamisest tekkivad tulud ühiskonnale (eurodes)

Kokku jagunevad tulud selliselt, et riik teenib 2675 eurot ning töötaja ja tööandja ligikaudu võrdselt 450 eurot. Kokku on tulud seega 3566 eurot.



Joonis 118. Aastasest PTV edasi lükkamisest tekkiv tulude jaotus (eurodes)

Seega, kui kaaluda, milliste meetmete rakendamine võiks olla tulus, siis selle mõtteharjutuse kohaselt osutuksid kasulikuks meetmed, mille kogumaksumus inimese kohta jääb alla 3500 euro ja, mis võimaldavad PTV-d edasi lükata vähemalt ühe aasta võrra nii, et inimese tootlikkus ja töötasu säilib tasemel, mis on aasta enne PTV määramist.

7.3 Kokkuvõte

Töötajate haigestumine on igapäevane nähtus ja seetõttu peavad kõik tööandjad arvestama selle võimalusega, et üks või teine töötaja on ajutiselt tervise tõttu töölt eemal. Sõltuvalt tööandjast, töötajast ja ametikohast on tööandjate strateegiad töötaja haigestumisega toime tulemiseks erinevad. Praeguse ATV määramise ja hüvitamise süsteemiga seonduvatest probleemidest rääkides töid tööandja välja järgmised: kolmepäevane töötajate omavastutus, mistõttu inimesed tulevad tööle haigena; liialt kergekäeline haiguslehtede väljastamine, mistõttu osad töötajad kasutavad haiguslehte puhkuseks; töökaotuse hirmus töötajapoolne tegeliku tervises seisundi varjamine; süsteemi puudumine töötamise ja haiguslehte kombineerimiseks.

PTV töötaja tööle võtmisel arvestatavad kogemustega tööandjad sellega, et töökoht oleks selline, millel töötajal on võimalik töötada. Juhul, kui PTV töötaja tootlikkus on madalam kui tavatöötajal, siis arvestatakse

sellega, et riiklikud toetused (nt abivahendid, tugiisik, sotsiaalmaksu soodustus jmt) kompenseeriksid madalama tootlikkuse. Samas pole inimeste tootlikkus enne tööle võtmist teada, see selgub alles töötamise ajal. Tööandjal oleks vaja enne inimese tööle võtmist teada, millised erivajadused tal on. Tööandjatele on olnud probleemiks töötajate-poolne tervises seisundi mitte teavitamine. Tuleb arvestada ka sellega, et PTV-d on väga erinevad ning ka nende erivajadused ja tootlikkused on väga erinevad. Lisaks on PTV ühiskonnas suhteliselt vähe levinud nähtus, mistõttu puudub enamikul tööandjatel PTV-ga inimeste palkamise kogemus. Seetõttu ei oska suur osa tööandjatest hinnata selliste inimeste töötamiseks vajalikke eritingimusi.

Suuremateks kulukategooriateks, mis PTV ja ATV-ga ühiskonnale tekivad, on haigestunu elukvaliteedi kaotus ja tootmata jäänud lisandväärtuse kaotus. Kaotus, mis tuleb tootmata jäävast lisandväärtusest jaguneb töötaja, tööandja ja riigi vahel kes kaotavad vastavalt töötasu, kasumi ja maksud. ATV korral jagatakse haigushüvitiste süsteemiga ja PTV korral töövõimetuspensionidega töötaja kaotust töötasus ümber nii, et tööandja ja riik kompenseerivad osa töötaja töötasu kaotusest. Lisaks nimetatud kuludele tekivad kulud raviteenustele, ravimitele ja abivahenditele. Täiendavalt tekivad kulud, mis seonduvad hüvitiste ja toetuste skeemide ning töövõimetuse määramise süsteemi administreerimisega. Neid kulusid uuringus ei käsitletud.

Keskmise töötaja keskmise ATV korral (19 päeva) kaasneb ühiskonnale kaotus tootmata jäävast lisandväärtusest suurusjärgus 1500 eurot. Kui haigushüvitiste süsteemi ei oleks, siis jaguneks see ligikaudu võrdselt töötaja, tööandja ja riigi vahel. Haigushüvitiste süsteemiga kompenseeritakse töötajale osa kaotatud töötasust tööandja ja riigi poolt selliselt, et töötaja kanda jääb kogu kaotatud lisandväärtusest 19% ja tööandja ning riigi kaotuseks kummalegi 42%. Mida pikem on haigusleht, seda suurem on riigi poolt kantav kulude osa. Juhul, kui töötajal peaks olema võimalik osaliselt töötada haiguslehel olles alates 8. haiguslehe päevast, saades poole tööaja eest täies mahus töötasu ja poole aja eest haigushüvitist 70% ulatuses töötasust, siis väheneb kaotatud lisandväärtus ligi 1000 euroni. Sellest jääb 17% töötaja kanda, 44% tööandja ja 40% riigi kanda.

Eeltoodud arvutused lähtusid eeldusest, et töötaja haigestumisel jääb lisandväärtus tootmata. Kui töötaja on võimalik asendada inimesega, kellel enne tööd polnud, siis lisandväärtust tootmata ei jää, aga töötaja, kes on haige kaotab siiski töötasu. Samuti tekib tööandjale ja riigile kulu haigushüvitise maksmisest. Lõpptulemusena kaotab haigestunud töötaja 250 eurot, tööandja haigushüvitiste maksmisega 116,9 eurot ja riik haigushüvitiste näol 167 eurot.

Lühiajaliste ATV-de korral ei ole võimalik eristada ATV-ga kaasnevaid ravimite ja raviteenuste kulusid inimeste muudest ravimite ja raviteenuste kuludest, mistõttu neid ei ole uuringus käsitletud. Samuti ei ole käsitletud kõige suuremat kulukomponenti, milleks on inimese elukvaliteedi kaotus tervises seisundi halvenemisest, sest ATV-d põhjustavad haigused on väga erinevad ning nendega seotud elukvaliteedi hindamine ei mahu uuringu raamidesse.

PTV-ga kaasnevate kulude hindamisel on võrdluspunktiks võetud terved inimesed ja hinnatud, milline oleks ühiskonna võit, kui PTV-d töötaksid samasuguse tõenäosuse, tootlikkuse ja töötasuga kui inimesed, kellel pole PTV-d. Ühes kuus on sellise võrdluse korral PTV-ga kaasnevad kulud inimesele 443 eurot (93 eurot ravimite ja raviteenuste kulud ning 350 eurot töötasu kaotus). Tulud on töövõimetuspensionist ning haigushüvitistest, mis on PTV-del sagedasemad kui teistel. Kokku on tulud 176 eurot, mis tähendab, et inimese kaotus PTV-st on 267 eurot kuus. Tööandja jaoks on PTV inimene vähem tootlik kui terved inimesed keskmiselt ning väiksema tootlikkusega kaasneb ka väiksem kasum. Kasumi erinevus, mis PTV ja terve inimese töötamisest tekib on tööandja jaoks 343 eurot kuus. Riigi kaotuse suurimaks komponendiks on samuti väiksemast tootlikkusest tulenev väiksem lisandväärtus ja seonduvalt väiksemad maksud (256 eurot). Samuti on olulised kulukomponendid töövõimetuspensionist maksmine ja haigushüvitised (174 eurot). Haigekassa keskmine kulu PTV-de ravimitele ja raviteenustele on 104 eurot kuus suuremad kui teistel inimestel. Liites töötaja, tööandja ja riigi arvesse võetud kulukomponendid kokku on ühes kuus kulu suuruseks 1144 eurot.

Kui mingi meetmega peaks olema võimalik lükata PTV tekkimist edasi ühe aasta võrra, siis oleks ühiskonna võit sellest kokku 3566 eurot. Seega juhul, kui meetme maksumus ei ole kallim kui 3566 eurot, on sellise efektiga meetme rakendamine ühiskonnale kasulik. Nagu näha on PTV edasilükkamisest saadava võidu suurus aastas väiksem kui PTV-st tekkiv kulu, mida kirjeldati eelmise lõigu lõpus. See tuleneb sellest, et eelmises lõigus võrreldi PTV-d terve inimesega, käesoleval juhul aga eeldatakse, et säilitatakse sama olukord, mis valitses aasta enne PTV määramist. Kuna PTV-d on ka aasta enne PTV määramist tööturul nõrgemas olukorras, siis sellest tuleneb ka väiksem hinnang PTV edasilükkamisest saadavale võidule.

Kokkuvõte ja soovitused

Püsivalt töövõimetute (PTV) arv on Eestis viimasel kümnendil märkimisväärselt kasvanud ning töövõimetuspensionäride arv ulatub ligi 10% tööealisest elanikkonnast. Põhjuseid selle taga on mitmeid, kuid arvestatavat rolli mängib seni kehtinud töövõimetuse süsteem, mis pakkus liiga vähe tuge, aga ka stiimuleid PTV-de tööturule tagasitoomiseks. 2016. aastast kehtima hakkava uue töövõimeskeemiga on plaanis seda muuta – reformitakse eelkõige töövõime hindamise süsteemi ja luuakse suuremad võimalused PTV-de tööturule tagasi toomiseks läbi Töötukassa poolt pakutavate meetmete.

Töövõimetuse määramine ning tööturule tagasi toomine, tegelevad tagajärgedega, samavõrra oluline on tegeleda ennetusega, et inimesed PTV-ks ei jääks. Uuringu eesmärk on analüüsida PTV seoseid töötingimuste, töökeskkonna ja ajutise töövõimetusega (ATV), et hinnata, milline on nende seos PTV tekkimisega ning kas seeläbi oleks võimalik kavandada meetmeid PTV ennetamiseks.

Terviseprobleeme on väga erinevaid. On haiguseid, mis tulenevad otseselt töötamisest (kutsehaigused (KH) või tööst põhjustatud haigused (TPH)). Samas on palju muid haiguseid, mis ei tulene otseselt töötamisest, kuid mille arengut mõjutab töötamine ja töötingimused. PTV ennetamise vaatenurgast on oluline tähelepanu pöörata ka haigustele, mis ei ole küll otseselt tööst põhjustatud, kuid mille kulgu töötingimused mõjutavad.

Töötamise mõju tervisele ei ole ühesuunaliselt negatiivne. Mitmete haiguste korral on leitud, et töötamisel on tervisele ning töövõime säilimisele isegi positiivne mõju. Uuringud näitavad, et paljude pikaajalisemaks kujunevate haiguste korral on mõõdukas mahu sobivate töötingimustega töötamise jätkamine ka haiguse tekkimisel kasulik, sest säilib side töökohaga ja töötamisega ning tööalane rehabilitatsioon võib kaasa aidata ka tervise paranemisele. Seetõttu on ka PTV-de vähemalt osaline tööturule tagasi toomine väga oluline teema.

Andmed

Uuringus hinnati luu- ja lihaskonnahaigustega (RHK10 koodid M00-M99), vereringeelundite haigustega (RHK10 koodid I00-I99) ja psüühika- ning käitumishäiretega inimeste (RHK10 koodid F00-F99) ATV-d, PTV-d, KH-d ja TPH-d. Teised diagnoosirühmad jäetakse vaatluse alt välja.

Uuring tugineb üldisemalt kolmele andmeallikale: (1) Sotsiaalkindlustusameti, Tööinspektsiooni ja Haigekassa registrite ühendatud andmed, (2) Püsivalt töövõimetute, kutsehaigete või tööst põhjustatud haigete ja pikaajaliselt enda haiguse tõttu ajutiselt töövõimetute küsitlus ning (3) tööandjate intervjuud. Lisaks tuginetakse dokumendianalüüsile ja varasematele uuringutele. Analüüsis kasutatakse püsiva töövõimetuse ekspertiiside registri andmeid SKA-st ning KH ja TPH-ga inimeste ekspertiiside andmeid TI-st. PTV ja ATV seoste analüüsimiseks kasutatakse lisaks eeltoodule pensioniregistris kajastatud töötasult makstud sotsiaalmaksu andmeid ja ravikindlustusregistrist haiguslehtede andmeid (esmaske haiguslehtede kordade arv ja haiguspäevade arv aastas kokku), samuti raviarvetel ja retseptidel märgitud haiguste diagnoose. Registriandmed on perioodist 2008-2014 ning võrdlusgrupiks on kõikide Eesti inimeste andmed, kelle töötasult perioodil 2008-2014 vähemalt ühel kuul maksti sotsiaalmaksu. Registre andmed seoti omavahel ning kokku sisaldas andmestik andmeid ligikaudu 800 000 inimese kohta.

Küsitlusuuring viidi läbi kolmes sihtrühmas: (1) 2014. aastal esmakordselt PTV saanud inimeste seas, kellel oli vähemalt kolme eelneva aasta jooksul töökogemus, (2) 2014. aastal KH või TPH registreeritud inimeste ja (3) 2014. aastal vähemalt 60 päeva haiguslehel viibinud inimeste seas. Kokku küsitleti ligikaudu tuhandet inimest. Tööandjate intervjuud viidi läbi üheksa tööandjaga, kellel on kogemusi töövõimekaoga töötajatega.

Sihtrühma suurus

2014. aastal oli I-, M- või F-grupi diagnoosiga PTV-sid enam kui 90 tuhat inimest. Enam kui 60-päevane haigusleht (pikaajaline ATV) oli 2014. aastal ligi 12 tuhandel inimesel. Analüüs näitab, et pikaajaline ATV on tugevaks indikaatoriks ka PTV tekkimisele ja seetõttu on 2014. aastal pikaajalisel haiguslehel viibinud inimestest 39% ka PTV-d. 2008-2014. aastal määratud KH ja TPH-ga inimeste arv on eelnevate sihtrühmadega võrreldes suhteliselt väike. Ka KH ja TPH ning PTV ja pikaajalise ATV gruppide osas on suur kattuvus.

Kõigis kolmes sihtrühmas on suhteliselt suurem vanemate inimeste ja naiste osakaal. PTV-de seas, kelle kohta on registrist võimalik jälgida ka haridustaset⁵⁷, on suhteliselt suurem osakaal madalama haridustasemega inimesi. PTV-ga inimeste geograafiline jaotus on ebaühtlane ulatudes 6% tööealisest elanikkonnast Harjumaal 21% Põlvamaal. Geograafilises jaotuses paistavad suurema PTV ja KH ning TPH-ga inimeste osakaaluga silma Põlva- ja Jõgevamaa.

Töötamine

PTV-d, KH-d ja TPH-d töötavad vähem kui ülejäänud elanikkond keskmiselt. Kui keskmiselt oli registriandmete alusel 2014. aastal 15-64-aastastest vähemalt ühe kuu hõivatud 69%, siis PTV-del oli see näitaja vaid 51%, KH seas 64% ja TPH seas 75%.

PTV korral on töövõimetuse määr üsna selges seoses töötamise tõenäosusega - suurema töövõimekaoga inimesed töötavad vähem. Siiski on ka täieliku töövõimekaoga inimeste seas neid, kes töötavad ja saanud töötasu kõigil 12 kuul aastas.

Töötamise tõenäosus on PTV-del keskmiselt väiksem juba viis aastat enne PTV määramist. Enne PTV määramise aastat on vähemalt kolmel kuul aastas töötasu saanute osakaalu erinevus ülejäänud elanikkonnaga võrreldes 5-10 protsendipunkti, pärast PTV määramist kasvab see erinevus 15-20 protsendipunktini. Samas ei ole väiksem töötamise tõenäosus enne PTV määramist diagnooside lõikes ühesugune – vereringeelundkonna- ja luu ning lihaskonnahaigustega inimeste töötamise tõenäosus enne PTV määramist ei erine ülejäänud elanikkonnast. Psüühika- ja käitumishäiretega inimestest töötab juba viis aastat enne PTV määramist vaid 40% ja pärast PTV määramist langeb see näitaja 30%-le.

Muude sarnaste tingimuste juures töötavad PTV-de seas väiksema tõenäosusega madalama haridusega, vanemad, mehed ja pikemalt PTV-d olnud inimesed.

Lisaks sellele, et PTV-d töötavad väiksema tõenäosusega, on ka nende töötasu keskmisest väiksem ja seda juba viis aastat enne PTV saamist. Madalam töötasu võib olla ühelt poolt seotud sellega, et haigus areneb välja juba varem ning seepärast on tootlikkus juba aastaid enne PTV määramist madalam. Teiselt poolt võib see seos olla ka vastupidine, kus PTV võib olla tervisekahjustuse tagajärg, mis seondub madalamalt tasustatud ametialadel töötamisega.

PTV-de töötasu erinevused teiste töötavate inimeste töötasudest ei ole ühesuured vanuse lõikes. Päril noorte PTV-de ja mõned aastad enne pensionile jäämist PTV-de töötasu ei erine oluliselt võrdlusgrupi töötasust. Samas kui vahepealsete vanusgruppide osas on need erinevused üpris suured. See tuleneb sellest, et vanemas eas määratakse suuremale hulgale inimestest PTV, sest PTV saamise sagedus vanemas eas kasvab oluliselt. Samuti võib olla kõrgemapalgalistel töökohtadel lihtsam jätkata töötamist ka PTV määramise järgselt.

Palgaanalüüsiga kooskõlas on võrreldes Eesti keskmise ametikohtade jaotusega suhteliselt suurem osa töövõimekaoga inimestest hõivatud vähese või keskmise oskusmahukusega sinikraade töökohtadel. Seejuures on psüühika- ja käitumishäiretega inimesed võrrelduna luu- ja lihaskonnahaigustega inimestega hõivatud just enam lihttööliste ametikohadel, mis liigituvad vähese oskusmahukusega tööde hulka ja vähem keskmise oskusmahukusega sinikraade töökohtadel. Küsitluse alusel on ametialade ja tegevusalade jaotus enne ja pärast PTV, KH või TPH määramist suures osas sarnane.

KH ja TPH kohta on võimalik registriandmete põhjal täpsemalt vaadata tegevusalade ja ametialade jaotust, mis põhjustasid haigestumise ning selle alusel paistavad küsitlusest leitud erinevused suuremad. KH-dest ja TPH-dest on madalamatele ametikohtadele koondunud oluliselt suurem osakaal ning kõrgematel ametikohtadel diagnoositud KH-sid või TPH-sid on registreeritud vaid üksikuid. Kitsamate ametialadest on suurim luu- ja lihaskonnahaiguse või vereringeelundite haiguse diagnoosiga KH või tööst TPH põhjustanud ametiala loomakasvataja ning farmi- ja metsatöömashinate juht.

⁵⁷ KH, TPH ja pikk ATV rühmade kohta andmestikus haridustaset ei ole.

Tegevusaladest on suurim KH põhjustaja taime- ja loomakasvatus ning selle alt suurimana piimakarjakasvatus. KH ja TPH diagnoosiga inimeste sagedasemad tegevusalad olid veel jaekaubandus, toiduainete tootmine (selle all olulisemana leiva- ja saiatootmine ning lihatoodete tootmine), puidutöötlemine, tervishoid (selle all suurema kategooriana haiglaraviteenused), rõivatootmine, ehitustööd ja hoonete ehitus. Tegevusalade jaotusest on suhteliselt suurem osa KH ja TPH töökohtadest olnud primaar- ja sekundaarsektoris ning väiksem osa tertsiaarsektoris.

ATV ja PTV seosed

Püsiva töövõimetusega inimesed töötavad väiksema tõenäosusega, kui teised inimesed ja lisaks sellele on neist, kes töötavad, enamatel ka haiguslehti olnud. Haiguslehel olnute osakaal on PTV-de grupis poolteist kuni kaks korda kõrgem kui võrdlusgrupis ja seda isegi kuni viis aastat enne PTV määramist.

Lisaks sellele on haiguslehtede keskmine kestus PTV sihtrühmas kõrgem kui võrdlusgrupis nii enne PTV-de määramist (ca poolteist korda kõrgem) kui ka pärast PTV määramist (ca kaks korda kõrgem), seda sõltumata diagnoosist. Haiguslehtede sageduses olulisi erinevusi ei ole. Kuigi PTV-dest enamatel on haiguslehti olnud, siis esmaste haiguslehtede arv nende seas, ei ole suurem kui võrdlusgrupis.

Millised taustategurid iseloomustavad PTV määramist

Teisi taustategureid arvesse võttes on nii diagnooside kaupa eraldi kui kõiki diagnooside gruppe koos vaadates PTV määramisega kõige selgemini seotud teguriks haiguslehe pikkus PTV määramisele eelneval aastal. Haiguslehe pikkuste osas joonistuvad välja neli haiguslehe pikkuse perioodi:

- 5) Kui haiguslehe pikkus oli PTV määramisele eelneval aastal alla 48 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 0,8%,
- 6) Kui haiguslehe pikkus oli PTV määramisele eelneval aastal 48-79 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 6,3%,
- 7) Kui haiguslehe pikkus oli 79-122 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 11%
- 8) Kui haiguslehe pikkus oli enam kui 122 päeva, siis PTV määramise tõenäosus 23,5%.

Seega on haiguslehe pikkus heaks indikaatoriks PTV tekkimisel. Arvestades asjaolu, et esmane PTV vaatlusalustes diagnoosigruppides määrati aastas **vaid 1% elanikkonnast** ja seega on tegemist väikese levikuga nähtusega, siis enam kui 48-päevase haiguslehe korral kasvab PTV määramise tõenäosus kordades.

Nagu eelnevalt selgus, on PTV-de seas rohkem madalamatel ametikohtadel töötavaid inimesi kui nende seas, kes ei ole PTV-d. Taustategurite kombinatsioone vaadates ilmneb ühtlasi, et neile, kes olid 79-122 päeva haiguslehel ning teenisid alla 503 euro kuus määrati suurema tõenäosusega PTV kui neile, kelle töötasu oli kõrgem. Esimeste tõenäosus PTV määramiseks on 15% ja teistel pea kaks korda väiksem (8%).

Muude taustategurite osas on oluline ka maakond. PTV määramises esinevad maakondlikud eripärad, kusjuures suurema tõenäosusega määratakse PTV Ida-Viru-, Jõgeva-, Järva-, Lääne-, Põlva-, Pärnu-, Saare-, Tartu-, Valga- ja Viljandimaal. Neis maakondades on juhtudel, kus haiguslehe pikkus oli 79-122 päeva tõenäosus PTV määramiseks 11%, samas kui teistes vaid 5%.

Välismaal elavate ning viis aastat enne PTV määramist Eestis mitte kuudki tööd teinud üle 45-aastaste inimeste üldpopulatsioonist oluliselt kõrgem PTV määramise tõenäosus võib viidata sellele, et majanduskriisi ajal (või enne seda) on inimesed liikunud Eestist välja tegema rasket tööd ja see on mõjunud halvasti nende tervisele.

Esmaseid vereringeelundite haigustega PTV määramisi on kokku 0,2% kogu tööealisest elanikkonnast. **Vereringeelundkonnahaiguse PTV riskigrupid**, kellel on oluliselt suurem tõenäosus jääda PTV-ks on järgmised:

- 1) PTV määramisele eelnenud aastal olnud haigusleht, mille pikkus oli enam kui 49 päeva, inimesel raviti südame isheemiatõbe (I20-I25) ja vanus oli alla 61 aasta - sellise tunnuste kombinatsiooniga grupis oli tõenäosus PTV määramiseks 25%.

- 2) Samasugune enam kui 49-päevane ATV (enam kui 49 päeva), aga raviti muid südamehaigusi (I30-I52) - tõenäosus PTV määramiseks 11,7%.
- 3) Samasugune enam kui 49-päevane ATV (enam kui 49 päeva) ja raviti kõrgvererõhkhaiguseid (I10-I15) - PTV tõenäosus 3,4%.
- 4) Kui inimese haiguslehe pikkus oli alla 49 päeva, aga tal raviti kõrgvererõhkhaiguseid, siis on tõenäosus PTV määramiseks 0,7% (ligi kolm korda kõrgem populatsiooni keskmisest) ja kõrgevererõhkhaigustega kombinatsioonis on mitmeid taustategureid, mis veelgi suurendavad PTV tõenäosust:
 - a. Alla 60-aastaste inimeste, kes elavad Ida-Viru, Põlva või Võru maakonnas on tõenäosus sel juhul PTV määramiseks 3,1% (ehk üle 10 korra kõrgem kui populatsioonis) ja kui inimene ei töötanud, siis lausa 8,6%.
 - b. Kui inimene elab muudes maakondades ja tal on lisaks muu südamehaigus ning ta on alla 60-aastane, siis on PTV määramise tõenäosus 4%.

Esmaseid PTV-sid määrati luu- ja lihaskonnahaiguste põhidiagnoosidega 0,3%-le elanikkonnast. Ka nende haiguste korral on pikk haiguspäevade arv eelmisel kalendriaastal kokku tugevaks PTV määramise indikaatoriks. Mitmed diagnoosid suurendavad luu- ja lihaskonnahaigustega PTV määramise tõenäosust veegi:

- 1) Kui inimesel diagnoositi seljahaigused (M40-M45) suureneb järgmisel aastal PTV määramise tõenäosus 8,9%ni.
- 2) Kui inimesel diagnoositi artroos (M15-M19), siis järgmisel aastal on tõenäosus PTV määramiseks 10%.
- 3) Kui inimesel diagnoositi liigete muud haigusseisundid (M20-M25) on PTV määramise tõenäosus järgmisel aastal 4,6%.

Veelgi pikema haiguslehe korral kasvab ka PTV määramise tõenäosus

- 4) Diagnoositud seljahaigused (M40-M45) ja veelgi pikem haigusleht (84 päeva või rohkem) suurendab PTV tõenäosust järgmisel aastal 15,5%ni.

Ka lühema kui 48 päevase haiguspäevade arvu korral on teatud taustategurite kombinatsioonid, mis suurendavad PTV määramise tõenäosust oluliselt. Siinkohal on sellisteks taustateguriteks samuti seljahaiguste (M40-M45) olemasolu, põletikuliste artropaatiate (M05-M14) diagnoosid, artroosid (M15-M19) ja nende haiguste kombinatsioonid mõningate maakondadega ning madala töötasuga. Luustiku- ja lihasehaiguste diagnoosidega PTV määramisel tuleb selgitava taustategurina sisse ka sugu. Juhul, kui haiguslehtede kestus kokku eelmisel aastal oli lühem kui 48 päeva ja diagnoositi artropaatia (M05-M14) ja tegemist oli naisega, siis on tõenäosus PTV määramiseks 3,2%.

Psüühika- ja käitumishäiretega PTV määramist analoogse otsustuspuu meetodiga, olemasolevate taustatunnustega, ei olnud võimalik teha. See näitab, et psüühika- ja käitumishäirete teke ei ole otseselt seostatav kasutatavate taustateguritega ning riskigrupid moodustuvad teistsuguste tunnuste põhjal.

Töövõimetuse seosed töötamise, töökeskkonna ja töötingimustega

Töövõimetuse seoseid töötamise, töötingimuste ja töökeskkonnaga analüüsiti uuringu raames tehtud küsitluse andmete põhjal.

KH ja TPH diagnoosiga inimeste puhul on ilmne, et nende terviseprobleemid tulenevad otseselt töökeskkonnast ja -tingimustest. Teiste sihtrühmade kohta võib üldistatult öelda, et kuni kolmveerand pikaajalistest ATV-dest ja PTV-dest pidas enda haigust tööst põhjustatuks või haigus ägenes töötamise tõttu. Vaid üksikud inimesed leidsid, et töötamisel oli tervisele positiivne mõju.

Vanuse tõustes muutub tööga seotud haigus olulisemaks PTV tekke põhjuseks ja tööga mitteseotud haiguse roll PTV põhjustajana väheneb.

Töövõimekaoga inimeste ameti- ja tegevusalade jaotus võrreldes Eesti keskmisega on kaldu madalamate ametikohtade suunas. Samas uuritavasse sihtrühma kuuluvate inimeste **kokkupuute sagedus ohuteguritega**

on üldjoontes sarnane kui Eestis üldiselt. Kõige sagedasem ohutegur, mis tervist mõjutas oli pingeline või stressirohke töö ja sellele järgnesid raskuste tõstmine, üksluised või väsitavad liigutused ning halb kliima ja ebaregulaarne tööaeg. Kõikidesse uuringu sihtrühmadesse kuuluvate inimeste gruppide osas on märkimisväärselt vähem hinnatud tervist mõjutavaks ohuteguriks töötamist kuvariga. Eestis tervikuna on enam kui poolte inimeste töötingimuste seas töötamine kuvariga samas, kui PTV-de seas mõjutas töötamine kuvariga vähem kui veerandi töötajate tervist, pikaajaliselt ATV-dest vähem kui viiendikul ning KH-dest ja TPH-dest vaid vähem kui kümnendikul. Seega kuvariga töötamine ei mõjuta sellisel määral PTV kujunemist, kui mõned teised ohutegurid või töötasid uuringu sihtrühma kuuluvad inimesed töökohtadel, kus oli vähem kuvariga töötamist.

Tervisekahju ennetamine töökohal

Eraldi uuriti PTV-de hinnanguid varajase sekkumise võimalikule efektiivsusele ning viisidele. Enamik leiavad, et varasest sekkumisest oleks olnud abi tervisekao vältimisel. Enamasti hinnati, et abi oleks eelkõige sellest olnud, kui oleks alustatud varem raviga. Samas 16-26% töid ka välja, et tööandja oleks saanud midagi ette võtta, töötaja tervise halvenemise vältimiseks.

Tööandjal on võimalik võtta samme inimese terviseprobleemidele vastava töökoha loomiseks ja töötingimuste kohandamiseks juhul, kui ta on teadlik töötaja tervisest tulenevatest erivajadustest. Tervisekaoga töötajatest kümnendik nendivad, et tööandja pole kursis nende terviseprobleemidega. Võttes arvesse tööandjate kogemusi töötajatega, kes varjavad terviseprobleeme ning statistikat, mille kohaselt vaid kolmandiku töötavate PTV-de eest maksab riik sotsiaalmaksu, võib arvata, et terviseprobleemide varjamine on probleemiks.

Ligikaudu kolmandik pikaajalistest ATV-dest ja KH-dest ning TPH-dest leidis, et on tõenäoline, et lähitulevikus nende haigus süveneb ning tõenäoliselt on võimalik seda riski vähendada läbi muudatuste töökohal.

Üldiselt pole töövõimekaoga töötajatel probleeme kolleegidelt või ülemuselt abi saamisega, kui seda tervisest tulenevalt on vaja. Samas umbes pooled töötavatest töövõimekaoga inimestest ütlevad, et vajaksid töökeskkonna või –korralduse kohandusi. Tööandjad on teinud kohandusi sama suurel osal töövõimekaoga inimestest kui elanikkonnas keskmiselt ning pigem tehakse kohandusi töökorralduses (kui -keskkonnas).

Tunnetatud vajadus töökorralduse või töökoormuse kohandamise järele ei erine sihtrühmade lõikes. Kõikides gruppides on vajadus töökorralduse kohandamise järgi kolmandikul või veidi enamatel ning töökeskkonna kohandamiseks kolmandikul või veidi vähematel. Osakoormusega töötavatel sihtrühmade inimestel on veidi suurem vajadus tervisest tulenevatel põhjustel töökorraldust kohandada kui täiskoormusega töötavatel ATV-del. Samas hindab osakoormusega töötajatest suurem osa kui täiskoormusega töötajatest, et vajalikud kohandused on tehtud.

Tervisekontrollid töökohal

Tervisekontrollide roll on kriitiline õigeaegse sekkumise tagamiseks. Keskeltläbi kolmandik töövõimekaoga inimestest käis pärast esmaste haigusnähtude ilmumist töötervishoiuarsti juures kontrollis. Võrreldes teiste sihtrühmadega olid KH ja TPH-d sagedamini käinud kontrollis (41-54%). Umbes **2/3 juhtudest, juhtis arst tähelepanu sellele, kuidas töökeskkonnas ohte tervisele märgata ja neist hoiduda**. Võrreldes PTV-dega ütlesid KH-d ja TPH-d sagedamini, et arst oli neid instrueerinud ohte vältima (72-88% juhtudest). Seega suur osa PTV-dest ja KH-dest ning TPH-dest, kes käisid töötervishoiuarsti juures, olid küll informeeritud töökeskkonna ohtudest ja võimalustest neid vältida, ent sellest ei piisanud, et vältida püsiva tervisehäire arengut.

Tänase tööandja juures on töötervishoiuarsti vastuvõtul käinud ligi 2/3 töötavatest sihtrühma kuulujatest. Neid, kes ei ole tervisekontrollis käinud on osakoormusega töötavate inimeste hulgas enam (30-46%) enam kui täiskoormusega töötavate seas (19-27%). KH ja TPH käivad teistega võrreldes pisut sagedamini tervisekontrollis. Keskmiselt **kolmandik vastas, et arst selgitas neile tervisekontrollis põhjalikult, kuidas töötada tervisthoidvalt, veel kolmandiku hinnangul selgitas arst osaliselt** ja viimase kolmandiku hinnangul arst selles osas selgitusi ei andnud. Nii tööandjad kui ka töötajad nentisid, et töötervishoiuarst reeglina töökohta ei külasta, samas ei toonud tööandjad ka välja, et seda oleks vaja.

Perearst või eriarst on tundunud huvi inimese töötingimuste vastu umbes 60% juhtudest. Sagedamini on huvi tuntud KH ja TPH diagnoosiga inimestel ja harvem PTV-del ja ATV-del. Umbes sama paljud leidsid, et perearst või eriarstid on selgitanud, kuidas töötada tervist hoidvalt. See tähendab, et suures osas pööravad ka teised arstid (peale töötervishoiuarsti) tähelepanu tervise ja töö seostele. Siiski ei näe tänane tervisekontrollide süsteem ette, et perearst peaks aktiivselt tegelema tööohutuse küsimustega. Kuna perearst ja eriarstid saavad sageli inimese terviseprobleemidest parema ülevaate kui töötervishoiuarst, siis tuleks kaaluda võimalusi, kuidas tagada, et kõik arstid pööraksid tähelepanu töötamisele ja vajadusel töötingimuste korrigeerimisele.

Kuigi tööandjad ei pidanud vajalikuks töötervishoiuarsti kohapealset töötingimuste kontrolli, siis **tööandjate põhiline kriitikakoht tervisekontrollide osas** on töötervishoiuarstilt saadava tagasiside kvaliteet. Kuigi kõik tööandjad polnud tänase süsteemi osas negatiivselt meelestatud, siis toodi ikkagi välja palju näiteid, kuidas tänane kontrolliotsuste formaat ei võimalda tööandjal piisavalt efektiivselt ja varakult sekkuda. Tervisekontrollipakettide sisu üldiselt rahuldab tööandjaid, kuigi mainiti, et kaaluda võiks ka esmase vaimsete häirete kontrolli lisamist standardpaketti. Lisaks toodi probleemina välja praeguse töötervishoiuarstide süsteemi kulukus, mida tuuakse ka põhjuseks, miks märkimisväärne osa töötajatest kunagi kontrolli ei jõua.

ATV ja töötamine

Hinnates ATV ajal töötamise võimalusi ja soove nii töötajate kui ka tööandjate perspektiivist, on ilmne, et ATV ajal on vaid vähesel hulgal töötajatel võimalus töötada. Vaid 9-14% töövõimekaoga inimestest on haiguslehel olles töötanud ja veel 18-25% neist, kes tavaliselt töötamist ATV ei jätka, on tundunud vahel, et võiksid väikese koormusega töötada. ATV ajal töötamist takistab töövõimekaoga inimestel ka see, et neist suhteliselt enam on hõivatud oskusmahukatel sinikraelistel töökohtadel. Lühemaajalise haiguslehe korral on aga vaja ATV ajal osalise töötamise jätkamiseks kasutada kaugtööd, mida sellistel ametikohtadel ei ole sageli võimalik teha.

Ka tööandjate intervjuudest ilmnes, et ATV ajal töötamise võimalust eriti pikaajalise ATV puhul kasutaksid pigem vähesed inimesed. Siiski oli tööandjate hinnang sellise süsteemi ametlikule rakendamisele väga positiivne ja ka küsitlusest nähtub, et osa inimesi töötavad juba täna ATV ajal ja veel üks osa oleks valmis töötama vastavate tingimuste olemasolul. Seega võib arvata, et ATV ajal ametlikult osakoormusega töötamise võimaluse loomine annaks vähemalt osale töövõimekaoga inimestest võimaluse paremini tööelus osaleda ning looks raami teatud juhtudel praegu tegelikult toimivale süsteemile.

Samas on teiste riikide praktika kohaselt näha, et mitmete haiguste korral on süsteem, kus pikemaajalise ATV korral kombineeritakse tervisealane rehabilitatsioon tööalase rehabilitatsiooniga, efektiivne meede inimeste pikemaajaliselt hõives hoidmiseks ning PTV-ga seoses tööturult välja kukkumise vältimiseks. Samuti on uuringust näha, et PTV tekkimisele eelneb pikk ATV, mistõttu on võimalik selle alusel kavandada tööalase rehabilitatsiooni kombineerimist raviga. ATV ajal tööalase rehabilitatsiooni jaoks on osalise töötamise võimaldamine olemasolevas töökohas üks lihtsamini korraldatavaid võimalusi.

Tööandjate hinnangud riskidele

Töötajate grupp, kelle tervisehäirest tööandjad on teadlikud ja kellele pööratakse eraldi tähelepanu, on tööandjate intervjuude põhjal järeldades üsna piiratud. Sageli käsitletakse töövõimekao või tervisehäirega inimestena vaid neid töötajaid, kellel on silmnähtav häire või häirest tulenevad raskused tööülesannete täitmisel. Samal ajal kui nähtava liikumispuudega töötajale pööratakse täiendavat tähelepanu ning sellega seotud kogemused tulevad kiiresti meelde, ei vaadelda nii öelda peidetud haigusega – nagu näiteks südamepuudulikkus – töötajaid erinevalt tervetest töötajatest ning kõneledes PTV-st ei tule need töötajad tihti meeldegi.

Tööandjad ei käsitle ATV-sid või PTV-dega inimeste tööle võtmist harilikult riskina. ATV on igapäevase töötamisega kaasnev paratamatus nii tervete töötajate kui ka tervisekaoga töötajate puhul. ATV riskidest rääkides ei too tööandjad eraldi välja tervisekaoga töötajate jaoks eripäraseid probleeme, vaid üldisemalt ATV kompenseerimise ja korraldamise süsteemiga seotud probleeme. Konkreetsemalt mainitakse järgmisi olulisemaid probleeme: töötajad kasutavad haiguslehti puhkusepäevade võtmiseks, sest haiguslehti antakse

liialt kergekäeliselt; teisalt on töötajaid, kes ei saa lubada esimese kolme päeva omavastutuse kandmist, kuna kaotavad liialt palju oma sissetulekust ning käivad seepärast haigena töö; kui töötajal on isegi võimalik osaliselt tööd jätkata haiguslehel olles, ei ole selleks praeguses süsteemis rahalist stiimulit.

PTV-de teadlikul tööle võtmisel arvestatakse sellega, et inimene võetakse tööle kohale, mille jaoks ta on sobiv ehk ta on võimeline sellega kaasnevaid tööülesandeid iseseisvalt ja suuremate abivahenditeta piisaval määral täitma. Väga sagedased on aga ka olukorrad, kus inimene sihilikult või teadmatusel ei informeerigi tööandjat tervisehäirest ja seetõttu ei olegi tööandjal võimalik töötaja tervisest tulenevaid riske määratleda. Juhul, kui töötaja ei taha kasutada PTV-ga kaasnevaid soodustusi (pikem põhipuhkus ja sotsiaalmaksu soodustus), siis ta ei annagi tööandjale enda tervisekaost teada või annab teada vahetult enne seda, kui kavatseb soodustust kasutada.

Olulisema riskina PTV palkamisel on info- ja kogemuste puudus, sest tööandjad ei oska arvata, millised on täpselt vastava diagnoosiga inimese vajadused ja eripärad ning selle teada saamine võtab kaua aega. Samuti on tavapärane, et suure töövõimekaoga inimesed on väiksema tootlikkusega, kui teised, neil võib võtta kauem aega töövõtete õppimine ja sisseelamine ning kohanemine. Sellisel juhul võib lisaks madalamale tootlikkusele lisakuludeks olla töötaja sisseelamise toetamisele ja töö õpetamisele kuluv ressurss. Samas on ka näiteid erinevate diagnooside korral, kus töövõimekaost tulenevalt ei ole mingit tootlikkuse erinevust.

ATV ja PTV-ga kaasnevate kulude jaotus

Suuremateks kulukategooriateks, mis PTV ja ATV-ga ühiskonnale tekivad, on haigestunu elukvaliteedi kaotus ja tootmata jäänud lisandväärtuse kaotus. Elukvaliteedi kaotust uuringus ei käsitleta. Kaotus, mis tuleb tootmata jäävast lisandväärtusest jaguneb töötaja, tööandja ja riigi vahel kes kaotavad vastavalt töötasu, kasumi ja maksud. ATV korral jagatakse haigushüvitiste süsteemiga ja PTV korral töövõimetuspensionidega töötaja kaotust töötasu ümber nii, et tööandja ja riik kompenseerivad osa töötaja töötasu kaotusest. Lisaks nimetatud kuludele tekivad kulud raviteenustele, ravimitele ja abivahenditele. Täiendavalt tekivad kulud, mis seonduvad hüvitiste ja toetuste skeemide ning töövõimetuse määramise süsteemi administreerimisega. Need kulud uuringus ei käsitletud.

Keskmise töötaja keskmise ATV korral (19 päeva) kaasneb ühiskonnale kaotus tootmata jäävast lisandväärtusest suurusjärgus 1500 eurot. Kui haigushüvitiste süsteemi ei oleks, siis jaguneks see ligikaudu võrdselt töötaja, tööandja ja riigi vahel. Haigushüvitiste süsteemiga kompenseeritakse töötajale osa kaotatud töötasust tööandja ja riigi poolt selliselt, et töötaja kanda jääb kogu kaotatud lisandväärtusest 19% ja tööandja ning riigi kaotuseks kummalegi 42%. Mida pikem on haigusleht, seda suurem on riigi poolt kantav kulude osa. Juhul, kui töötajal peaks olema võimalik osaliselt töötada haiguslehel olles alates 8. haiguslehe päevast, saades poole tööaja eest täies mahus töötasu ja poole aja eest haigushüvitist 70% ulatuses töötasust, siis väheneb kaotatud lisandväärtus ligi 1000 euroni. Sellest jääb 17% töötaja kanda, 44% tööandja ja 40% riigi kanda.

Eeltoodud arvutused lähtusid eeldusest, et töötaja haigestumisel jääb lisandväärtus tootmata. Kui töötaja on võimalik asendada inimesega, kellel enne tööd polnud, siis lisandväärtust tootmata ei jää, aga töötaja, kes on haige kaotab siiski töötasu. Samuti tekib tööandjale ja riigile kulu haigushüvitise maksmisest.

PTV-ga kaasnevate kulude hindamisel on võrdluspunktiks võetud terved inimesed ja hinnatud, milline oleks ühiskonna võit, kui PTV-d töötaksid samasuguse tõenäosuse, tootlikkuse ja töötasuga kui inimesed, kellel pole PTV-d. Ühes kuus on sellise võrdluse korral PTV-ga kaasnevad kulud inimesele 443 eurot (93 eurot ravimite ja raviteenuste kulud ning 350 eurot töötasu kaotus). Tulud on töövõimetuspensionist ning haigushüvitistest, mis on PTV-del sagedasemad kui teistel. Kokku on tulud 176 eurot, mis tähendab, et inimese kaotus PTV-st on 267 eurot kuus. Tööandja jaoks on PTV vähem tootlik kui terved inimesed keskmiselt ning väiksema tootlikkusega kaasneb ka väiksem kasum. Kasumi erinevus, mis PTV ja terve inimese töötamisest tekib on tööandja jaoks 343 eurot kuus. Riigi kaotuse suurimaks komponendiks on samuti väiksemast tootlikkusest tulenev väiksem lisandväärtus ja seonduvalt väiksemad maksud (256 eurot). Samuti on olulised kulukomponendid

töövõimetuspensioni maksmine ja haigushüvitised (174 eurot). Haigekassa keskmine kulu PTV-de ravimitele ja raviteenustele on 104 eurot kuus suuremad kui teistel inimestel. Liites töötaja, tööandja ja riigi arvesse võetud kulukomponendid kokku on ühes kuus kulu suuruseks 1144 eurot.

Kui mingi meetmega peaks olema võimalik lükata PTV tekkimist edasi ühe aasta võrra, siis oleks ühiskonna võit sellest kokku 3566 eurot. Seega juhul, kui meetme maksumus ei ole kallim kui 3566 eurot, on sellise efektiga meetme rakendamine ühiskonnale kasulik. Nagu näha on PTV edasilükkamisest saadava võidu suurus aastas väiksem kui PTV-st tekkiv kulu, mida kirjeldati eelmise lõigu lõpus. See tuleneb sellest, et eelmises lõigus võrreldi PTV-d terve inimesega, käesoleval juhul aga eeldatakse, et säilitatakse sama olukord, mis valitses aasta enne PTV määramist. Kuna PTV-d on ka aasta enne PTV määramist tööturul nõrgemas olukorras, siis sellest tuleneb ka väiksem hinnang PTV edasilükkamisest saadavale võidule.

Soovitused

Töötamine peaks olema ohutu ja tervist hoidev, esmane ülesanne on tagada töökeskkond ja –tingimused, mis ei põhjustaks tervise halvenemist. Samas tuleb **töötamise ja töötingimuste rolli haiguse kujunemisel vaadata oluliselt laiemalt kui kitsalt kutsehaigused või otseselt tööst põhjustatud haigused**. Ühelt poolt on otseselt tööst põhjustatud haigused Eestis aladiagnoositud, teiselt poolt on enamike tervisehäirete korral töötingimustel ja töötamisel mõju haiguse arengule isegi juhul, kui need pole otseselt tööst põhjustatud. Tervisekaoga inimeste endi hinnangu mõjutab töötamine enamjaolt tervist negatiivselt ning vaid üksikutel juhtudel leiti, et töötamine mõjutas positiivselt. Tähelepanu töötamisele ja töötingimustele on oluline nii selleks, et mõista, kuidas töötamine tervist mõjutab kui selleks, et oleks võimalik teha asjakohaseid kohandusi töökohal ja võimaldada inimestel sh ka osalise töövõimekaoga inimestel jätkata jõukohase koormusega töötamist selliselt, et see ei halvendaks tervist ja samas võimaldaks hoida sidet tööeluga. Sisuliselt on vaja, et nii arstide, töötajate endi kui tööandjate käsitus töö ja tervisehäirete seostest peaks olema laiem ning erinevate tervisehäirete korral osataks hinnata töötingimuste rolli tervisele ning vajadusel teha kohandusi. Sealhulgas on vajalik, et osalise töövõimega töötajad saadetak töötervishoiuarsti juurde kontrolli alati, sõltumata töökoha riskianalüüsist. Selle tulemusel peaks suutma töötervishoiuarst teha tööandjale soovitusi, kas ja kuidas on vaja teha kohandusi, et vältida tervisehäire süvenemist. Selleks et vältida töövõimekaoga töötajate sattumist ebasoodsasse positsiooni töökohal, mis ei vasta tema tervisest tulenevatele vajadusele, võiks kaaluda esmase tervisekontrolli kompenseerimist välja kujunenud tervisekahjuga inimestele riiklikult.

PTV tekkimise indikaatorina on kasutatav haiguslehe kestus. Haiguslehe pikkused, millest alates oluliselt suureneb PTV tekkimise tõenäosus on 48 päeva (ca 6-7 nädalat) ja 122 päeva (ligikaudu 4 kuud). Nii töövõimekaoga inimesed ise kui rahvusvahelistes uuringutes on leitud, et varane sekkumine ravi ning ka tööalase rehabilitatsiooniga on olulised tõsisema tervisekahju ära hoidmiseks ja ka tööhõive säilimise tagamiseks. Sellest lähtuvalt tuleks **kaaluda meetmete kujundamist inimestele, kelle ATV kujunenud 6-7 nädalaseks või pikemaks ja 4 kuuseks või pikemaks**. Nimetatud ajalisel punktil on indikatiivsed ja tuleks täpsemalt läbi mõelda, milline oleks sobilik täpne ajahetk. Meetmed peaksid sisaldama lisaks tavapärasele ravile ka tööalase rehabilitatsiooni komponenti. 6 nädalat ületava ATV korral peaks sekkumine sisaldama selget kohustust ATV-ga seonduva tervisliku seisundi üle vaatamiseks. Lisaks tervishoiuteenustele tuleks üle vaadata inimese võimalus töötamise jõukohaseks jätkamiseks, sh kaaluda muudetud töötingimuste, töökoha kohandamise, osalise tööaja jmt vajadust. Kaasata tuleks ka tööandja, kelle ülesandeks oleks kaaluda töötamise jätkamise võimaldamist. Kui inimese ATV kujuneb 122 päevast pikemaks, tuleb adresseerida tõsiselt inimese töö jätkamist takistavaid isiklikke ja sotsiaalseid tegureid. Vajalik võib olla uue töökoha leidmine, mis võimaldaks tervise seisundile vastavat tööd teha. Sellise pikkusega ATV korral võiks kaaluda juhtumikorralduse vajadust, mille võiks ühendada Töötukassa poolt administreeritava töövõimeskeemiga. Pakutavad ATV pikkused, mille osas sekkumismeetmed kavandada tulenevad uuringu ajutise ja püsiva töövõimetuse seoste analüüsist ning on seotud Eestis praegu kehtiva ATV määramise süsteemiga. Selleks, et otsustada, milline on asjakohane pikkus tuleks kaaluda ka teiste riikide näiteid ning praktikutega konsulteerida. Wadell *et al.* 2008 soovivad struktuurse sekkumise ajaks võtta kuus kuud ajutise töövõimetuse pikkust.

Eelneva sekkumismeetme kavandamise osaks peaks olema muuhulgas **ATV ajal osalise töötamise võimaldamine**. PTV ennetamise kontekstis on selline muudatus vajalik eelkõige selleks, et võimaldada pikaajalise haiguslehe korral säilitada side töökoha ja töötamisega. Kuigi lühiajalise haiguslehe korral on haiguse ajal vajadus ja võimalus osaliselt töötamist jätkata suhteliselt piiratud hulgal töötajatest, siis on sellele vaatamata ameti- ja töökohti, kus see on võimalik. Osadel töökohtadel jätkatakse ka praegu töötamist haiguse ajal näiteks kaugtööna, kuid selleks puudub rahaline stiimul. Seega võiks kaaluda ka võimalust lühemate haiguslehtede ajal seadusliku raami loomiseks, mis võimaldaks osalise ajaga töötada. Selline osaline ATV ajal töötamine peaks toimuma arsti loal ja töötaja ning tööandja nõusolekul. Sellega peaks kaasnema ka rangem haiguslehtede väljastamise kontroll, et vältida haiguslehtede kasutamist lisatulu teenimiseks.

Eelnevast töövõimetusega kaasnevate kulude analüüsist ilmnes, et juhul, kui on võimalik suurendada inimese tööpanust töövõimetuse ajal, siis ühiskond võib suurema lisandväärtuse näol. Seda aga ainult juhul, kui tervisekahju sellisest praktikast ei suurene. Tervisekahju suurenemine võib toimuda kas läbi haiguspuhkuste pikenemise või järgnevate sagedasemate haiguslehtede. Selleks, et ATV sidumisel töötamisega, tulud kaaluksid üles kulud peab see toimuma kindlasti arsti loal ja inimese enda nõusolekul. Täpsem haiguslehe ajal töötamist võimaldav haigushüvitiste ja haiguspuhkuste määramise skeem, mis kombineeritakse tööalase rehabilitatsiooniga, tuleb välja töötada. See võimaldab ka detailsemalt võimalikke tulusid ja kulusid hinnata.

Maakondlikult on PTV määramise tõenäosustes olulised erinevused, seda kinnitab nii kirjeldav statistika kui taustategureid arvesse võtvate keerulisemate meetodite kohaselt saadud tulemused. Ilmselt on **maakondades PTV määramise protsessides erinevused, mis vajavad eraldiseisvat analüüsi**. Oluline on välja selgitada, millest sellised erinevused tulenevad, et oleks neid võimalik käimasoleva töövõimereformi tulemusena loodavates uutes skeemides vältida.

Arvestades, et raske ja püsiva tervisekahju ärahoidmine on parim viis töövõimekaoga inimeste osakaalus suurenemise vältimiseks, siis on väga oluline, et tervishoiusüsteem suudaks sekkuda õigeaegselt ning identifitseerida ohutegurid ning tervis kahjustavad töötingimused või -laadi. Kolmandik inimestest ei ole käinud oma praeguse tööandja juures töötervisekontrollis, mistõttu ei saa ei inimesed ise ega nende tööandjad veenduda, kas töötamine ametikohal on inimese tervise seisukohast ohutu. Kuna uuringu sihtrühma näol on tegemist tõsise tervisekahjuga inimestega on vaja **võtta ette samme, et tagada töötervishoiuarsti kontrollide toimumine selliste töötajate osas**. Seda sõltumata riskianalüüsist. Sellele täiendavalt tuleks kaaluda kuidas kaasata pere- ja eriarstid töötervishoiualasesse nõustamisse ning milline jaotus selles osas korraldada töötervishoiuarstidega. Kuna juba praegu annavad suurele osale sihtrühmast töötervishoiualast nõu ka pere- ja eriarstid, siis oleks asjakohane määratleda täpsemalt rollid töötervishoiualases nõustamises.

Tööandjate intervjuude alusel võib välja tuua mitmed ettepanekud, mis tööandjate vaatenurgast võiks olulised olla:

1. Kaotada tervistedendavatelt tegevustelt erisoodustusmaks, mis võimaldaks ja motiveeriks tööandjaid enam töötajate tervisesse panustama.
2. Informatsiooni jagamine ja teavitus erivajadustega töötajate palkamisel. Praegusel juhul ei tea enamik tööandjaid, mida ühe või teise diagnoosiga töövõimekaoga töötaja palkamisel oodata ning see takistab selliste töötajate suuremat hõivet. Sellise info jagamise kohana näevad tööandjad Töötukassat, kelle proaktiivsest suhtlemisest tööandjatega võiks ka vastastikku sobivad töösuhted välja kasvada.
3. Selleks, et töötajad oleksid teadlikud tööandjatest, kus juba töötab töövõimekaoga inimesi ning julgustada töötajaid veelgi kandideerima võiks jagada tööandjatele nõu märke, mis ühelt poolt tunnustaks asutusi, kus sellised töötajad töötavad ja teiselt poolt informeeriks töötajaid töökoha võimalustest.
4. Püsiva töövõimetusega töötajate optimaalne koormus on praegu tööandja jaoks määratud sotsiaalmaksu soodustuse suurusega. Tööandjal on kasulikum tööle võtta kaks püsiva töövõimetusega inimest poole koormusega ning saada soodustust kahe töötaja pealt, kui võtta tööle üks

töövõimekaoga töötaja kõrgema palgaga. Seega võimaldaks suurem sotsiaalmaksu soodustus või sotsiaalmaksusoodustuse andmine protsendina PTV-ga töötava inimese töötasust, suurendada ka püsiva töövõimetusega inimeste töökoormust.

5. Mitmed tööandjad tõid välja suurema vajaduse tugiisikute järgi vaimsete häiretega inimeste palkamisel, kui nende kasutamine täna võimalik on. Seda peamiselt töötajate töötamisega harjumise ja töösse sisseelamise faasis.
6. Võimaldada töötervishoiuarstidel tutvuda varasema PTV määramise infoga, et vältida ebapädevate otsuste langetamist töötervishoiuarsti poolt.
7. Informeerida töövõimekaoga inimesi tööandjatele võimaldatavatest soodustustest, et julgustada töötajaid tööandjat oma tervises seisundist teavitama.

Kasutatud kirjandus

Aaviksoo, A., Kruus, P., Leppik, L., Sikkut, R., Veldre, V., Võrk, A. (2011) Eesti Sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused. Poliitikauuringute Keskus PRAXIS.

Andrén, D. (2010) Part-time sick leave as a treatment for individuals with mental disorders. Örebro Univeristy, working paper 17/2010.

Eurostat (2012) ESSPROS Manual and user guidelines. The European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS). 2012 edition. Eurostat Methodologies & Working papers. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-12-014>

Finnish Institute of Occupational Health, 2012 statistics: Occupational diseases and suspected cases. http://www.ttl.fi/en/health/occupational_diseases/statistics_on_occupational_diseases/pages/default.aspx (20.07.2015)

Flach, P. A., Groothoff, J. W., Krol, B., Bültmann, U. (2011) Factors associated with return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *European Journal of Public Health*, Vol. 22, No. 3:440-445.

Heinemann, Lothar A.J., Heuchert, Gerd E. in 3. Cardiovascular System, Heinemann, Lothar A.J., Heuchert, Gerd E., Editor, *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, Jeanne Mager Stellman, Editor-in-Chief. International Labor Organization, Geneva. © 2011.

Høgelund, J., Holm, A., Eplov, L. F. (2012) The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. *The Journal for Mental Health Policy and Economics* 15, 157-170.

Hultin H., Lindholm C., Möller J. (2012) Is There an Association between Long-Term Sick Leave and Disability Pension and Unemployment beyond the Effect of Health Status? – A Cohort Study. *PLoS ONE* 7(4): e35614. doi:10.1371/journal.pone.0035614

Kahn, H. (2010) Tööga seotud haiguste diagnoosimine. Juhend töötervishoiu- ja perearstidele. *Eesti Arst* 2010: 89(6):446-455.

Kausto, J., Viikari-Juntura, E., Virta, L. J., Gould, R., Koskinen, A., Soloveiva, S. (2014) Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. *BMJ Open* 2014;4:e006685 doi:10.1136/bmjopen-2014-006685

Kunder, N. (2015) Tervise enesehinnangu seosed tervisekäitumisega 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel, Magistritöö rahvatervishoius, Tartu Ülikool, Tervishoiuinstituut.

Kwantes, J. H., von Richthofen W., Järve, J., Meeuwse, M. (2011) Legal analysis for amendment of the Occupational Health and Safety Act in Estonia, Final report. TNO.

Langerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., Schaufeli, W. B. (2012) Work-focused treatment of common Mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 17, No. 2: 220-234 DOI: 10.1037/a0027049

Leetmaa, R, Leppik, L., Liimal, P. (2004) Töötuskindlustus: teooriast ja praktikast. Poliitikauuringute Keskus PRAXIS, Töötukassa. Tallinn.

Lidwall, U. (2015) Sick leave diagnosis and return to work: a Swedish register study. *Disability and Rehabilitation* Vol. 37, No. 5:396-410 doi:10.3109/09638288.2014.923521

Mital, A., Desai, A., Mital, A., (2004) Return to work after coronary event. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 24:365-373.

OECD (2010) Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD Countries.

OECD (2012) OECD Economic Surveys: Estonia 2012. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-est-2012-en

Perk, J., Alexanderson, K. (2004) Sick leave due to coronary artery disease or stroke. Scand J of Public Health 32 (Suppl63):1811-820.

Pöld, M. (2015) Tervise enesehinnang sotsiaalmajandusliku staatuse järgi Eestis 1996-2014. Magistritöö rahvatervishoius, Tartu Ülikool, Tervishoiuinstituut

Riigikontroll (2011) Järelaudit riigi tegevusest turvalise töökeskkonna tagamisel. Kas riik on astunud samme, et töötajad oleksid tööl kaitstud?. Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn 10.03.2011.

SaarPoll (2014) Töövõimetoetuse seaduse mõjuanaüüs – eelhindamine.

Sotsiaalkindlustusamet. Veebileht www.stosiaalkindlustusamet.ee

Tervise Arengu Instituut, veebiandmebaas, tabel: PKH3: Uued psühhiaatrilised haigusjuhud 100 000 elaniku kohta soo ja vanusrühma järgi (24.07.2015)

Terviseamet (2014) Kutsehaigestumine ja tööst põhjustatud haigestumine 2013. Aastal. Andmete analüüs. Arenguvõimalused.

Waddell, G., Burton, A., K., Kendall, N. A. S. (2008) Vocational Rehabilitation. What Works, for whom and when? Report for the Vocational Rehabilitation Task Group. TSO, London <http://eprints.hud.ac.uk/5575/1/waddellburtonkendall2008-VR.pdf>

Veldre, V., Masso, M., Osila, L. (2015) Vaimse tervise häirega inimesed tööturul. Poliitikauuringute Keskus PRAXIS.

Veldre, V., Masso, M., Osila, L., Kruus, P. (2012) Töövõimetus hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis. Uuringuaruanne. Ver. 1.2 Poliitikauuringute Keskus PRAXIS.

Lisa 1. Töövõimetuse määramise ja kompenseerimise süsteem Eestis

Sotsiaalkaitse süsteemi osad

Lisaks inimesel diagnoositud terviskahju iseloomule, tööandjale ning töökohal valitsevatele töötingimustele, sõltub tööle naasmise kiirus sellest, kuidas, milliste tingimustega ja kaasnevate teenustega on korraldatud ajutise ja püsiva töövõimetuse määramise ning kompenseerimise süsteemid.

Oluline roll on **meditsiinisüsteemil**, kus pannakse meditsiinilised diagnoosid ja määratakse ravi ning seeläbi ja ka otseselt meditsiinitöötajate-poolse juhendamise kaudu, kujundatakse võimalused ning suhtumine töötajal oleva haigusega töötamise ja vajalikesse töötingimustesse. Lisaks sellele on oluline roll **muudel sotsiaalkaitse⁵⁸ süsteemi** erinevatel rahalistel hüvitistel ja toetustel, mis mõjutavad võimalusi ja motivatsiooni tööle naasmiseks ja tööturul osalemiseks. Eurostat (2012:10) käsitleb sotsiaalkaitse komponentidena järgmisi osi:

1. Rahalisi hüvitisi,
2. Kulutuste hüvitisi,
3. Tooteid ja teenuseid.

Eestis on töövõimetusega praegusel ajal (2015. aastal) seega seotud järgmised sotsiaalkaitse süsteemi osad:

1. Rahalised hüvitised
 - a. ajutise töövõimetuse korral:
 - i. **Ajutise töövõimetuse hüvitis üldises korras**
 - ii. Teatud ametialadega seotud ühekordsed ajutise töövõimetuse hüvitised
 - b. püsiva töövõimetuse korral
 - i. **Töövõimetuspension püsiva töövõimetuse korral üldises korras**
 - ii. Töövõimetuspension eripõhjusel tekkinud püsiva töövõimetuse või teatud ametialadega seotud püsiva töövõimetuse korral
 - iii. Ühekordsed hüvitised püsiva töövõimetuse korral teatud ametialadel
 - c. kutsehaiguse korral
 - i. **Tööga seotud tervisekahju hüvitis**
2. Kulutuste hüvitised, kus inimese poolt tehtud kulud hüvitatakse talle tagantjärele
 - a. Töövõimetuspensioni saajale:
 - i. Hambaravi ja –proteeside hüvitis
 - b. Puudega inimesele:
 - i. Puudega inimeste töötamise toetus, töötamisest tulenevate lisakulude hüvitamiseks
 - ii. Töötamistoetus töötamisega seotud lisakulude hüvitamiseks
 - iii. Täiendkoolitustoetus ümber- ja täiendõppe kulude hüvitamiseks
3. Tooted, teenused ja täiendavad soodustused (mille kulud kaetakse riigi poolt)
 - a. Ravikindlustus ja selle raames pakutavad teenused
 - b. Püsiva töövõimetusega kaasnevad soodustused, kui inimene saab töövõimetusepensioni
 - i. Tasuta harrastuskalapüügiõigus
 - ii. Soodsamad sõidutingimused ühistranspordis

⁵⁸ Ühtset sotsiaalkaitse süsteemi definitsiooni ei ole. Eurostat (2012:10) defineerib riikide sotsiaalkaitse statistika esitamise jaoks sotsiaalkaitse järgmiselt: sotsiaalne kaitse hõlmab kõiki avaliku- ja erasektori sekkumisi, mille eesmärk on leevendada leibkondade ja üksikisikute koormust määratud riskide kandmisel või vajaduste rahuldamisel, juhul kui tegemist ei ole vastastikkuse lepingu või individuaalse korralduse alusel sekkumisega (nt jõuluannetused, *ad-hoc* abi looduskatastroofi korral jmt).

- c. Teenused, mida Töötukassa pakub tööotsijatele ja töötavatele, kui inimesel on puude või pikaajalise tervisehäire tõttu vähenenud töövõime
 - i. Abistamine tööintervjuul
 - ii. Tehnilise abivahendi tasuta kasutada andmine
 - iii. Tugiisikuga töötamine
 - iv. Individuaalne tööle rakendamine
- d. Teenused, mida SKA pakub puudega inimestele töötamise või tööle saamise soodustamiseks
 - i. Rehabilitatsiooniteenus (lisaks puudega inimestele ka psüühilise erivajadusega inimestele, kelle töövõimekaotus on vähemalt 40%)
 - ii. Töötamise toetamise teenus
 - iii. Tehnilise abivahendi eraldamine
 - iv. Tööruumide ja vahendite kohandamise kulude kompenseerimine tööandjale
 - v. Tööturukoolituse kulu kompenseerimine tööandjale
- e. Teenused, mida pakuvad KOV erivajadustega inimeste igapäevaseks hakkama saamiseks:
 - i. Tugiisiku ja isikliku abistaja teenus
 - ii. Sotsiaaltransporditeenus
 - iii. Eluruumi kohandamise teenus
- f. Kulud, mis kaetakse riigieelarvest, töötava töövõimetuspensionäri eest:
 - i. Sotsiaalmaks töötasu kuumääralt
 - ii. Põhipuhkusele täiendav puhkuse hüvitis

Töövõimetusriski maandavate meetmete põhjalikumalt kirjeldust Eestis vt Veldre *et al.* (2012). 2016. aastast rakenduva töövõimereformiga kaasnevaid muudatusi käesolevas raportis ei kajastata, kuna raporti fookus on varasematel aastatel kujunenud töövõimetustel ning seda mõjutanud teguritel kuni käesoleva ajani, mil uus süsteem veel ei kehti.

Ajutise töövõimetuse määramine ja sissetuleku kompenseerimine

Ajutise töövõimetuse määramine ja kompenseerimine üldises korras

Töötavatele ravikindlustatud⁵⁹ inimestele on tagatud Eestis asendussissetulek haigushüvitiste näol ajaks, kui inimene on haiguse tõttu töölt eemal. Haigushüvitis makstakse arsti poolt välja kirjutatud haiguslehe alusel. Seega otsustab arst inimese tervise seisundi alusel, kui pikalt inimene töölt eemale jääb, sest Eestis kehtiva süsteemi alusel ei saa inimene samal ajal töötada ja olla haiguslehel. Töötaja esitab haiguslehe tööandjale, kes täidab tööandja osad ning edastab seejärel töövõimetuslehe Haigekassale⁶⁰.

Haiguslehe alusel makstakse ajutise töövõimetuse hüvitist, mis kompenseerib ravikindlustuse raames inimese töövõimetuse ajal saamata jäänud sissetuleku. Ajutise töövõimetuse hüvitist makstakse haiguslehe alusel haigusperioodi eest tagantjärele. Üle 30 päeva kestva haiguse korral kirjutatakse iga 30 päeva järel välja uus haigusleht eelnevale järgnevana. Seega saab pikemaajalise haiguse korral töövõimetushüvitist osadena. Haigushüvitist maksustatakse tulumaksuga.

⁵⁹ RaKS §5 lg2. Ravikindlustatud on mh enam kui 1-kuuse töölepingu, teenistuslepingu alusel töötavad inimesed, enam kui kolmekuuse võlaõigusliku lepingu, juhtumis- või kontrollorgani liikmed, FIE. Seadusega välistatakse haigushüvitiste maksmine mittetöötavatele kindlustatud või kindlustatuga võrdsustatud inimestele.

⁶⁰ Alates 2014. aastast toimub haiguslehe liikumine elektrooniliselt.

Tavapärasel juhul, kui töötaja haigestub, on tal kolmepäevane omavastutuse periood. Seejärel maksab tööandja töötajatele haigushüvitist TTOS §12² alusel⁶¹. Alates 9. päevast maksab haigekassa⁶² ajutist töövõimetuse hüvitist⁶³ vastavalt ravikindlustuse seadusele (RaKS 5. jagu 1. jaotis).

Isiku haigestumisest tuleneva asendussissetuleku tagamise üldisem skeem alates 2009. aasta II poolaastast on toodud järgmises tabelis.

Tabel 17. Haiguse tõttu ajutise töövõimetuse korral tagatav asendussissetulek allika, perioodi ja asendusmäära järgi

	Omavastutus (päevi)	Tööandja	Haigekassa	Haigekassa SKA otsusega	Asendusmäär
Töötaja erijuhuta	3 päev	4-8. päev	9-120. päev	121- 190. päev	70%
Tuberkuloos			9-178. päev	179-240. päev	70%
Töövõimetuspensioni saava inimese haigestumine püsivat töövõimetust põhjustavasse haigusesse			9-68. päev		70%
Kutsehaigus või tööõnnetus	1 päev		2-120. päev	121-190. päev	100%
Riigi või ühiskonna huvide kaitse					
Kuriteo tõkestamine					
Haigestumine raseduse ajal					70%

Üldjuhul maksab Haigekassa haigushüvitist haigestumise 120. päevani (RaKS §57 lg 1). Seda perioodi võib aga pikendada 190. päevani juhul, kui Sotsiaalkindlustusameti ekspertiisikomisjon teeb vastava otsuse. Kokku makstakse ajutise töövõimetuse hüvitist Haigekassa poolt ühes kalendriaastas kuni 250 päeva eest (RaKS §57 lg 5).

Juhul, kui inimene, kellele on määratud püsiv töövõimetus ja kes saab töövõimetuspensioni, jääb töölt kõrvale haiguse tõttu, mis põhjustab püsivat töövõimetust, siis makstakse ajutise töövõimetuse hüvitist Haigekassa poolt kuni 60 järjestikust päeva ja aastas kokku mitte rohkem kui 90 päeva (RaKS §57 lg 6, muudetakse seoses TVTs jõustumisega 1.01.2016).

Haigushüvitise suurus on tavapärasel juhul 70% eelmise kalendriaasta sotsiaalmaksuga maksustatud ühe kalendripäeva tulust. Erijuhtudel nagu kutsehaigus, tööõnnetus või ühiskonna kaitsel tekkinud töövõimetus võib asendusmäär olla ka 100%. Juhul, kui inimese töötasu on haigestumise ajal suurem kui VV kehtestatud töötasu alammäär, kuid eelmise kalendriaasta alusel oli alammääras või alla selle, siis makstakse hüvitis välja alammäära järgi.

Töötaja peab esimesel võimalusel teatama tööandjale ajutisest töövõimetusest ja võimaluse korral selle eelduslikust kestusest (TLS §15 lg 10) ning ravikindlustuse seaduse mõistes ajutise töövõimetuse ajal (sh enda haigus) on töötajal õigus keelduda töötamisest (TLS §19 lg2). Töötajat, kes viibib haiguslehel, ei tohi tööandja

⁶¹ Kuna TTOS ei reguleeri võlaõigusliku lepingu alusel töötamist, siis seda ei maksta võlaõigusliku lepingu lausel töötavatele inimestele. FIEdele kui iseendale tööandjatele rakendub 8-päevane omavastutuse periood.

⁶² VÕS lepingute alusel töötavale isikule rakendub 8-päevane omavastutuse periood, haigekassa maksab haigushüvitist 9-ndast haigusepäevast

⁶³ RaKS §50 lg1: Ajutise töövõimetuse hüvitis on rahaline kompensatsioon, mida haigekassa maksab töövõimetuslehe alusel kindlustatud isikule, kellel jääb töö- või teenistuskohustustest või majandus- või kutsetegevusest ajutise vabastuse tõttu saamata isikustatud sotsiaalmaksuga maksustatav tulu

tööle lubada (RaKS §61 lg1). Juhul, kui töötaja teenib töövõimetuslehel olles sotsiaalmaksuga maksustatud tulu, võib Haigekassa isiku rikkumise päevast alates hüvitisest ilma jätta (RaKS §60 lg2, §16 lg2).

Ajutise töövõimetus kompenseerimine erijuhtudel

On rida ametnikke, kellele makstakse töö- või teenistuskohustuste täitmisest tekkinud ajutise töövõimetus eest täiendavat toetust ühe kuu palga ulatuses. Selline säte kehtib erinevate seaduste alusel abipolitseinikule⁶⁴, julgeolekuasutuse ametnikule⁶⁵, prokurörile, rahvusvahelisel tsiviilmissioonil osalenud eksperdile, vanglaametnikule, politseiametnikule.

Juhul, kui inimese töövõimetus tuleneb liikluskahjust, siis liikluskindlustuse kaudu kompenseeritakse inimese sotsiaalmaksuga maksustatud saamata jäänud tulu ning tööandjale kompenseeritakse haigushüvitise maksed. Samuti kompenseeritakse inimesele, kes on langenud kuriteo ohvriks tema saamata jäänud sotsiaalmaksuga maksustatud tulu. Seda tehakse riigieelarve kaudu.

Püsiva töövõimetus määramine ja kompenseerimine

Püsiva töövõimetus määramine ja kompenseerimine üldjuhul

Käesoleva uuringu jaoks kasutatav andmestik on perioodi 2008-2014 kohta, mistõttu kirjeldatakse alljärgnevalt käesoleval ajal kehtivat PTV määramise ja kompenseerimise korda. 2016. aastast töövõimereformi rakendumisel muutuvad oluliselt PTV määramise ja kompenseerimise alused (vt. Töövõimetoetuse seaduse seletuskiri).

Töövõimetus määratakse Sotsiaalkindlustusametis ekspertiisiga, milles osalevad ekspertarstid. Töövõimetus võib olla täielik või osaline. Täielik töövõimetus on inimesel juhul, kui tal esineb haigusest või vigastusest põhjustatud tugevasti väljendunud funktsioonihäire, mille tõttu ta ei ole võimeline tööga elatist teenima (RPKS §16 lg2). Osaline töövõimetus korral on inimene võimeline elatist teenima, kuid haigusest või vigastusest põhjustatud funktsioonihäire tõttu ei ole ta võimeline tegema sobivat tööd tööaja üldisele riiklikule normile vastavas mahus (RPKS §16 lg3). Töövõimekadu määratakse⁶⁶ selliselt, et täielik töövõime kaotus on 100%, osaline kaotus on 10-90%. Seejuures võetakse arvesse inimese varasemat töökogemust ja haridust.

Püsiv töövõimetus määratakse poolest aastast kuni maksimaalselt 5 aastani (RPKS §16 lg 7). Püsiva töövõimetus tähtaja saabumisel on inimesel õigus nõuda kordusekspertiisi.

Töövõimetuspensionile ehk püsiva töövõimetus tõttu tekkinud töötasu kaotuse kompenseerimisele tekib inimesel õigus, kui töövõime kaotus on olulises määras ehk enam kui 40% (RPKS §14 lg2). Töövõimetuspensioni makstakse tuvastatud töövõimetus ajal.

Lisaks määratud olulisele püsivale töövõimetusle peab töövõimetuspensioni saamiseks olema inimene tööealine (16-aastane kuni vanaduspensioniga) ning tal peab olema täidetud nõutav pensionikindlustuse staaž (RPKS §14 lg 1). Staažinõue sõltub isiku vanusest ja on 25-aastastel üks aasta ning tõuseb vanusega järk-järgult kuni 14-aastani 60-62-aastastel. Erandiks on nooremad kui 25 aastased, kellele staažinõuet ei ole seatud (RPKS §15 lg 1) ning kutsehaiguse või töövigastusega inimesed (RPKS §15 lg 2).

Töövõimetuspensioni saamiseks ei ole aktiivsuse nõudeid ette nähtud ja seda makstakse sõltumata sellest, kas ja kui suures ulatuses inimene töötab või kas ta soovib töötada (seletuskiri).

⁶⁴ Uue töövõimereformi käigus laiendatakse ühe kuu palga suurust ajutise töövõimetus hüvitist ka ametnikele, kelle töövõimetus on seotud ründe või süüteo tõkestamise, päästesündmuse lahendamise või ohu tõrjumisega.

⁶⁵ Uue töövõimereformiga kaotatakse selline säte ja kehtib üks ühtne ATS alusel kehtiv säte.

⁶⁶ 2015. aastal kehtiva süsteemi järgi Sotsiaalministri määruse töövõime kaotuse protsendi määramise kord (Sotsiaalministri määrus nr 3, vastu võetud 03.01.2002, RTL 2002, 9, 92) alusel.

Töövõimetuspensioni suurus on proportsionaalne töövõimekao protsendiga vanaduspensionist. Vanaduspensioni arvutamise aluseks võetakse suurem kahest: 30-aastase pensioniõigusliku staažiga inimese pension või püsivalt töövõimetu isiku staažiosaku ja kindlustusosa alusel arvatud pension. Kui leitud töövõimetuspensioni suurus jääb alla rahvapensionimäära, siis makstakse töövõimetuspensioni rahvapensioni määras⁶⁷.

Töövõimetuspensionit ei maksustata sotsiaalmaksu ega töötuskindlustusmaksetega. Pensionitelt peetakse kinni tulumaks, kuid pensionisaajatele rakendub lisaks üldisele maksuvabale tulule (2015. aastal 1728 eurot aastas) täiendav maksuvaba tulu (2015. aastal 2304 eurot aastas) pensionitelt (TuMS §23 ja 23²). Kokku on seega kuine maksuvaba pension kuni 336 eurot.

Töövõimetuspensioni makstakse kuiselt jooksva kuu eest.

Püsiva töövõimetuse kompenseerimine erijuhtudel

Mitmete ametite esindajatele, kellele juhul, kui töövõimetus tuleneb teenistuskohustuste täitmise tõttu, on ette nähtud **töövõimetuspension eritingimustel** seotuna ametipalga ja töövõimekaotuse määraga. Sellised ametid on politseinik, kaitseväelane, kohtunik, prokurör.

Lisaks sellele kaasneb eelnimetatute ning mitmete teiste ametialade korral, juhul kui töövõimetuse tekkimine on seotud teenistuskohustuste täitmisega, märkimisväärne **ühekordne toetus püsiva töövõimetuse tekkimisel**. Näiteks on ametnikel (ATS §49 lg5) osalise töövõime kaotuse korral õigus ühe aasta palga suurusele hüvitisele ja täieliku töövõime kaotuse korral viie aasta palga suurusele hüvitisele. Erinevates määrades kehtib ühekordse hüvitise õigus abipolitseinikele, vabatahtlikele päästjatele, vanglaametnikele, politseiametnikele, päästeteenistujatele, kaitseväelastele ja asendusteenistujatele, tegevväelastele, rahvusvahelisel tsiviilmissioonil osalenud ekspertidele, volitatud veterinaararstidele, eriolukorras tööle rakendatud inimestele, kaitseliidu liikmetele ja kaitseliidu poolt palgatud valvuritele ning prokuröridele. Nimetatud kulud kannab riik erinevate asutuste eelarvete kaudu.

Turvatöötaja, kellel tekib püsiv töövõimetus tööülesannete täitmisel, saab ühekordset hüvitist tööandjalt ühe kuni kolme aasta palga ulatuses, vastavalt osalise ja täieliku töövõimetus tekkimisel.

Lisaks on ka olümpiavõitjatel, kellel tekib püsiv töövõimetus, õigus toetusele püsiva töövõimetuse tekkimisel.

Kutsehaiguse määramine ja kompenseerimine

Eestis eristatakse kahte liiki tööga seotud haiguseid: kutsehaigus ja tööst põhjustatud haigus. Kutsehaigusega kaasneb inimesele võimalus tekitatud tervisekahju eest kompensatsiooni nõuda.

Kutsehaigus on töö iseloomust või töötingimustest põhjustatud haigus, kui on tõestatud otsene seos töökoha ohuteguri ja haiguse vahel ehk põhjuse ja tagajärje vahel (Kahn 2010:447). TTOSi kohaselt on kutsehaigus haigus, mis on kutsehaiguste loetelus või on põhjustatud kutsehaiguste loetelus nimetatud töökeskkonna ohuteguri või töö laadi poolt (TTOS §23 lg1). Loetelu on kehtestatud Sotsiaalministri määrusega⁶⁸. Kuna Sotsiaalministri määruses on loetelu avatud, siis on võimalik diagnoosida ka kutsehaigust, mida loetelus ei nimetata, kuid sel juhul tuleb diagnoosi korrektselt argumenteerida (Kahn 2010:447).

Tööst põhjustatud haigus on töökeskkonna ohuteguri poolt põhjustatud haigus, mida ei loeta kutsehaiguseks (TTOS §23 lg3). Sisuline erinevus kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse vahel seisneb selles, et kutsehaiguse puhul on seos töötingimustega välja selgitatud, kuid tööst põhjustatud haiguse puhul selle seose eraldiseisvat uurimist pole läbi viidud.

⁶⁷ 2015. aastal on rahvapensioni määr 158,37 eurot (Sotsiaalkindlustusamet). 30-aastase pensioniõigusliku staažiga inimese vanaduspension on 301,61 eurot.

⁶⁸ Sotsiaalministri määrus nr 66 vastu võetud 9.05.2005.

Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse diagnoosib töötervishoiuarst, kelle juurde saadab inimese tööga seotud haigust kahtlustav arst. Kutsehaiguse diagnoosimisel teeb töötervishoiuarst kindlaks töötaja tervises seisundi, kogub andmed töötaja praeguse ning varasemate tööolude ja -laadi kohta. Kui arst on kutsehaiguse diagnoosinud, siis ta saadab sellekohase info tööandjale, Tööinspektsiooni ja arstile, kes inimese töötervishoiuarsti juurde saatis (TTOS §23). Tööandja peab seejärel läbi viima uurimise, milles selgitab kutsehaigestumise ja tööõnnetuse asjaolud (TTOS §24 lg 1). Uurimise raport esitatakse ka kannatanule ja Tööinspektsioonile (TTOS §24 lg 2). Tööinspektsiooni otsusel võib lisaks ka Tööinspektsioon kutsehaigusjuhtumeid uurida⁶⁹ (TTOS §24 lg 4).

Kutsehaiguse diagnoosimise osa, mis seondub haiguse määramisega, on finantseeritud ravikindlustuse kaudu. Kutsehaiguse uurimise selle osa finantseerimine, mille alusel diagnoositakse kutsehaigus seostatakse tegelike töötingimustega, kompenseeritakse SoM eelarvest Põhja-Eesti Regionaalhaiglale, kus ainsana Eestis kutsehaiguseid diagnoositakse.

Kutsehaiguse (KH) ja tööst põhjustatud haiguse (TPH) puhul on asendussissetulek tagatud vastavalt kaasnevale töövõimetuse iseloomule.

Ajutise töövõimetuse korral, mis tuleneb kutsehaigusest või tööõnnetusest saab ravikindlustatud isik haigushüvitist alates töövõimetuse teisest päevast (RaKS §56 lg 1³) ning 100% asendusmääraga (RaKS §54 lg 1 p 6). Haigekassal on õigus nõuda vahe 100% hüvitismäär ja üldhaigestumise korral makstava määra vahe välja tööandjalt (RaKS §62 lg5). Vahe välja nõudmiseks tööandjalt peab olema tööandja süü tõendatud (Riigikohtu tsiviilkolleegiumi otsus⁷⁰). Praktikas on välja nõutavast summast saadav tulu ning tööandja süü tõendamise kulu ebaoproportsionaalsed ning seega seda vahet välja ei nõuta.

Püsiva töövõimetuse korral kompenseeritakse kutsehaigusest tulenev või tööst põhjustatud töövõimetuse töövõimetuspensioniga samamoodi kui muudel põhjustel tekkinud püsiv töövõimetuse.

Lisaks ajutise ja püsiva töövõimetuse asendussissetulekute üldistele skeemidele on inimesel õigus nõuda tööst põhjustatud tervisekahjustuse eest vastavalt TTOS §14 lg 5 võlaõigusseaduse (VÕS) alusel **tervisekahjustusega tehtud kahju hüvitamist tööandjalt**. Juhul kui tööandja tegevus või tegevusetus on põhjustanud kutsehaiguse või töövigastuse ning sellest tulenevalt on töötajal tekkinud kahju, siis VÕS (§ 130 lg 1) kohaselt tuleb isiku tervise kahjustamisest või talle kehavigastuse tekitamisest tekkinud kulud hüvitada, sh:

- vajaduste suurenemisest tekkinud kulud, ning
- täielikust või osalisest töövõimetusest tekkinud kahju,
 - sissetulekute vähenemisest ja
 - edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud kahju.

Samuti on võimalik moraalise kahju hüvitamise nõudmine. Hüvitise suurus lepitakse omavahel kokku.

TTOS kohaselt (§31⁴) läheb selle kahju **hüvitamine üle SKAle, kui tööandja on ilma õigusliku järglaseta likvideeritud**. Samuti maksab hüvitist SKA juhul, kui kahjunõude esitamise ajaks on tööandja likvideeritud. Sellisel juhul lähtub SKA hüvitise suuruse määramisel 2002. aastal seoses VÕS vastuvõtmisega kehtetuks tunnistatud VV määrusest „Ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide töötajatele tööülesannete täitmisel saadud vigastuse või muu tervisekahjustusega tekitatud kahju hüvitamise ajutine kord”⁷¹ (ajutine kord). Kannatanule hüvitatakse töövigastusest põhjustatud töövõime kaotuse ulatusele vastav protsent endisest sissetulekust. Hüvitise saamiseks peab inimesel olema diagnoositud kutsehaigus (töövigastus) ning SKA

⁶⁹ Surmaga lõppenud tööõnnetusi peab Tööinspektsioon uurima (TTOS §24 lg 4)

⁷⁰ Riigikohtu tsiviilkolleegiumi otsus nr 3-2-1-133-06 (17.01.2007) kohtuasjas Eesti Haigekassa hagi AS-i E vastu.

⁷¹ VV määrus nr 172 10.06.1992.

töövõimetuse ekspertiisiga püsiv töövõimetus. Vastavalt ajutisele korrale lahutatakse hüvitisest töövõimetuspension.

Lisaks hüvitatakse inimesele töövigastusest või kutsehaigusest tulenevad lisakulud (proteesid, abivahendid, kulud taastusravile, hooldamiskulud). Hüvitisel rakendub täiendav tulumaksuvabastus hüvitise ulatuses kuni 768 eurot aastas (Tulumaksuseadus §23³) ning hüvitisel ei rakendu sotsiaalne ega töötuskindlustusmaksed.

Perioodiliste maksetena makstavat hüvitist indekseeritakse TTOS §31² alusel sarnaselt pensionimaksetele⁷².

Töötamisega seotud kulutuste hüvitamine puudega inimesele

Mitmed puuetega inimestele suunatud kulude hüvitised adresseerivad samaaegselt ka töövõimetusega kaasnevaid kulude hüvitisi, juhul kui inimesel on lisaks püsivale töövõimetusele ka puue diagnoositud.

- **Puudega tööelise inimese toetus** - igakuiselt puudega tööelisele inimesele puudest tingitud lisakulude hüvitamiseks v.a ravikindlustuse ja riigieelarve muudest vahenditest eraldatud kulude hüvitamiseks. Toetuse suurus on vastavalt lisakuludele, kuid mitte vähem kui 65% sotsiaaltoetuste määra (2015. aastal 16,62 eurot) ja mitte rohkem, kui 210% sotsiaaltoetuste määra (2015. aastal 53,70 eurot) kuus (PISTS §7).
- **Töötamistoetus** - 16-aastasele ja vanemale töötavale puudega inimesele, kellel on puudest tingituna tööga seotud lisakulutusi. Töötamistoetust makstakse puudest tingitud töötamisega seotud kulutuste osaliseks hüvitamiseks kuni 10-kordses sotsiaaltoetuste määras kolme kalendriaasta jooksul toetuse esmakordsest määramisest arvates (255,7 eurot). Kui kolme kalendriaasta jooksul tehtud lisakulud on maksimumsummast väiksemad, makstakse toetusena välja puudega inimese poolt kauba või teenuse eest tegelikult tasutud summa. Toetusega hüvitatavad kulutused peavad olema tehtud töötamise ajal. Enne töötamise algust ja peale töötamise lõpu tehtud kulutuste hüvitamiseks toetust ei maksta. Toetust makstakse vastavalt esitatud kuludokumentidele kalendriaasta kestel tehtud kulutuste eest. Eelmisel kalendriaastal tehtud kulutuste eest makstakse toetust, kui avaldus toetuse saamiseks on esitatud hiljemalt jooksva aasta 31. märtsil.
- **Täienduskoolitustoetus** - makstakse **töötavale** puudega inimesele tööalaseks ja tasemekoolituseks. Täienduskoolitustoetust makstakse tegelike koolituskulude osaliseks hüvitamiseks kuni 24-kordses sotsiaaltoetuste määras kolme kalendriaasta jooksul toetuse esmakordsest määramisest arvates (613,68 eurot).

Tooted, teenused ja muud soodustused

Ravi- ja ravimikulude katmine ravikindlustuse kaudu

Kindlustatud või kindlustatuga võrdsustatud inimeste ravi- ja ravimikulud kaetakse ravikindlustusseaduse alusel. Kindlustatud isikud on enamik töötavaid inimesi, kelle eest maksab kindlustusmakseid tööandja, töövõimetuspensionärid on kindlustatuga võrdsustatud isikud⁷³ (RaKs §5 lg4 p3). Seega kaetakse töötajate ja töövõimetuspensionäride raviarvete ja soodusretseptiravimite kulud selles osas, mis ei ole isiku kanda jäetud.

Isiku enda kanda jäävad olulisemad kulud on eriarsti visiititasu 5 eurot, voodipäevatasu haiglas 2,5 eurot päev (kokku kuni 25 eurot), omaosalus iseseisva statsionaarse õenduse korral (9,2 eurot). Soodusravimite korral on 50% soodustusega ravimite puhul isiku omaosalus 3,19 eurot, 75 ning 90% soodustusega ravimite korral 1,27 eurot 2015. aastal. Soodusravimi soetamisel jääb inimese kanda omaosalus ning piirhinna ja tegeliku hinna vahe juhul, kui soetatava ravimi hind ületab määratud ravimi piirhinda. Töövõimetuspensionäridele rakendub

⁷² PRAXIS (ilmumas) alusel on kohtu kaudu välja nõutud kutsehaiguse hüvitiste kaasuseid olnud 11 aasta jooksul 70. Kõikidest nii tööõnnetusi kui kutsehaiguseid käsitletud kaasustest nõuti kahju välja 60% juhtudest, ühekordne hüvitis mõisteti välja enamikul juhtudel (58%) ja perioodiline hüvitis 39% kõikidest kaasustest.

⁷³ Kindlustuskaitse lõpeb kolme kuu möödumisel püsiva töövõimetuse lõppemisest.

täiendav ravimite soodustus (RaKS §44 lg 2), mille alusel nad saavad muidu 75% soodustusega ravimeid 90% soodustusega osta.

Eelnimetatutele lisaks on oluline roll veel meditsiinisüsteemi kaudu pakutavatel teenustel, mis oluliselt mõjutavad töövõimekaoga inimeste tervist ja seeläbi töötamise võimalusi. Töölase toimetuleku vaatest on oluliselt töövõimet mõjutavad teenused:

- **Taastusraviteenus**, mille eesmärk on muuhulgas töövõime taastamine ja säilitamine. Taastusravi eest tasutakse Haigekassa poolt, kui see on meditsiiniliselt näidustatud ja selle üle otsustab tavaliselt taastusarst, kuid mõningaid taastusravi protseduure võivad määrata ka teiste erialade arstid.
- **Meditsiiniseadmete kulu** kompenseerimine – Haigekassa hüvitab kuni 90% meditsiiniseadmete piirhinnast. Meditsiiniseade on instrument, aparaat või seade, samuti materjal või muu toode, mida kindlustatud isik saab kasutada tavakasutajana ja mille kavandatud põhitoime kindlustatud isikule on vajalik: haiguse jälgimiseks, leevendamiseks või raviks või vigastuse leevendamiseks või raviks (RaKS §48). Loetellu kantud seadmed sisaldavad muuhulgas esmaseid tallatugesid ja ortoose.

Riik võtab täies mahus enda kanda ravi- ja ravimikulud sh muul juhul inimese enda kanda jääva osa juhul, kui teatud ametialadel on inimese töövõimetus tulenev töö- või teenistuskohustuste täitmisest. Sellised ametid on abipolitseinik, päästeteenistuja ja vabatahtlik päästja, ametnik, prokurör, rahvusvahelisel tsiviilmissioonil osalev ekspert, vanglaametnik, politseiametnik.

Töövõimetusepensiooni kui riikliku pensiooni määramisega kaasneb õigus **hambaravihüvitisele**, mille järgi kalendriaasta jooksul ministri poolt kehtestatud määras (19,18 eur) ja proteeside hüvitisele üks kord kolme aasta jooksul (255,65 eurot) (RaKS §63 lg 1 ja 3).

Töövõimetuspensionäridele rakenduvad muud soodustused

Töövõimetuspensionäridele kui riiklikku pensiooni saavatele inimestele kehtib ka muid soodustusi. Näiteks ei pea pensionärid tasuma **harrastuskalapüügiõiguse** eest (Kalapüügiseadus §28). Samuti võib kohalik omavalitsus kehtestada pensionäridele **ühistranspordis soodsamaid sõidutingimusi**, vabastada nad **maamaksust**. 80-100% määraga töövõimetus tuvastamisel võtab enne töövõimetus tekkimist võetud **õppelaenu tagasimakse** riikliku tagatise ulatuses enda kanda riik (Õppetoetuste ja õppelaenu seadus §22).

Püsiva töövõimetusega töötavate inimeste soodustused

Püsivalt töövõimetu inimese tööle minemiseks/võtmiseks on rahaline motivatsioon loodud nii töötajale kui tööandjale. Töötaja vaatest töövõimetuspensiooni ei vähendata, kui inimene saab samal ajal töötasu. Tööandja vaatest maksab riik töövõimetuspensiooni saava töötaja töötasu kuumääralt sotsiaalmaksu (SMS §6 lg1 p5) nii, et eraõigusliku tööandja kanda jääb vaid kuumäärast suuremalt töötasult makstav sotsiaalmaks (SMS §6 lg3).

Püsivalt töövõimetusel inimesel on õigus **pikemale põhipuhkusele**, kui teistel töötajatel. Töövõimetuspensiooni saava isiku põhipuhkus on 35 päeva (TLS §57), kui tööandja ja töövõtja pole kokku leppinud pikemas puhkuses. Tavalist põhipuhkust ületava 7 päeva puhkusetasu kompenseeritakse tööandjale riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi valitsemisala eelarve kaudu (TLS §66).

Töötukassa poolt pakutavad teenused töö saamiseks ja töökoha hoidmiseks

Tööturuteenuste pakkumine käib läbi Töötukassa, kus on vastavalt tööturuteenuste ja toetuste seadusele (TTTS) ning tööhõiveprogrammile 2014-2015 välja töötatud mitmeid tööturuteenuseid, et ennetada töötust ning lühendada töötuse kestust, samuti aidata tööle isikuid, kelle töölesaamine on raskendatud pikaajalise tervishäire tõttu. Juhul, kui inimene sõltumata tervises seisundist on registreeritud töötajana, on tal õigus vastavalt igale tööotsijale töövahenduskonsultandiga koostöös koostatavale tööotsimiskavale neid teenuseid ja toetuseid saada.

Juhul, kui inimesel on tervises seisundi või puude tõttu vastunäidustusi teatud tööde tegemiseks, siis võib konsultant vajadusel selle tõendamiseks nõuda arstitõendi või muu dokumendi esitamist. Juhul, kui selgub, et

inimesel on töö leidmiseks ja tööle rakendamiseks tõsiseid takistusi, suunab töövahenduskonsultant ta juhtumikorraldaja juurde. Puudega töötut, kes vajab puudest tulenevat lisaabi tööturul rakendumiseks käsitletakse riskirühma kuuluvana (TTTS §10 lg5).

Juhul, kui inimesel on puude või pikaajalise tervishäire tõttu töövõime vähenenud pakub Töötukassa järgmisi spetsiaalseid teenuseid eelkõige tööotsijatele, aga teatud juhtudel ka töötavatele inimestele (Töötukassa, Veldre *et al.* 2012):

- **Abistamine tööintervjuul**
- **Tööruumide ja vahendite kohandamine** – hüvitatakse tööruumide või töövahendite kohandamise mõistlikust maksumusest, mis on vajalik puudega inimese töötamise jätkamiseks (hüvitatakse 75%) või tööle võtmiseks (50-100%). Kohanduse hüvitise saamiseks on vajalik vähemalt kolme-aastase töölepingu olemasolu. Ja toetust saab üks kord kolme aasta jooksul ühe töötaja kohta.
- **Töös vajaliku tehnilise abivahendi kasutada andmine** - TTTS §21 lg 2 sätestab, et töötamiseks vajalik tehniline abivahend on abivahend, milleta isikul ei ole puudest tulenevalt võimalik **tööülesandeid täita**. Töötamiseks vajalikuks tehniliseks abivahendiks ei loeta vahendit, mis on puudest olenemata vajalik tööülesannete täitmiseks või mis on puudega inimesele vajalik igapäevaeluga toimetulekuks. Abivahend antakse kasutada juhtumikorraldaja otsusel kas töökoha säilitamiseks või töötut tööle rakendamiseks. Leping abivahendi kasutamiseks sõlmitakse kuni kolmeks aastaks.
- **Tugiisikuga töötamine** – juhul, kui puudest või tervisehäirest tulenevalt vajab inimene abi ja juhendamist, et tööülesannetega toime tulla, siis kokkuleppel tööandjaga kompenseerib Töötukassa tugiisiku teenused kuni üheks aastaks tähtajatu töö- või teenistussuhte puhul. Tähtajalise lepingu puhul, peab lepingu tähtaeg olema vähemalt kuus kuud. Tugiisikuga töötamise maht määratakse vastavalt individuaalsele vajadusele, kuid määratud on ka ülempiirid, millest rohkem teenust ei pakuta (kokku osutatakse teenust kuni 1000 tundi aastas ja kui on lühem tähtajaline leping, siis maksimaalset mahtu vähendatakse). Tugiisikuga töötamise teenuse tasu määratakse iga-aastaselt riigieelarvega ja 2015. aastal on see 2,56 eurot tunnis.
- **Tööandjale tööturukoolituse hüvitamine** – töötaja eest, kes oma tervise tõttu ei ole pikka aega saanud oma tööülesannetega toime tulla ning tööandja on valmis pärast ümber- või täiendõppe tasumist teist tööd pakkuma, hüvitatakse tagantjärele 50% koolituse maksumusest (kuid mitte rohkem kui 1250 eurot). Koolituse pikkus võib olla kuni üks aasta. Koolitus tuleb eelnevalt Töötukassaga kokku leppida ning Töötukassa väljastab sellekohase kinnituskirja. Terviseseisundist tuleneva koolituse vajaduse kohta peab esitama terviseseisundi kohta tervisetõendi või haiguslehe, mille alusel saab otsustada, et töötaja ei saa praeguseid tööülesandeid täita.

Tööhõiveprogrammis 2014-2015 tuuakse veel eraldi teenusena välja **individuaalne tööle rakendamine** (§12), mida osutatakse juhendamise ja muude tugiteenuste vormis mh isikule, kelle tööle saamine on raskendatud pikaajalise tervisehäire tõttu.

Sotsiaalkindlustusameti poolt pakutavad teenused töötamise lihtsustamiseks

Lisaks Töötukassa kaudu pakutavatele tööturuteenustele ja -toetustele pakutakse mitmeid, muuhulgas töötamise või tööle asumist soodustavaid, teenuseid puuetega inimestele⁷⁴ sotsiaalhoolekandeseaduse alusel, mida haldab Sotsiaalkindlustusamet. Täpsemalt on sellisteks teenusteks:

- **Rehabilitatsiooniteenus** - isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus, mille raames koostatakse rehabilitatsiooniplaan ja

⁷⁴ Puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel (PISTS §2 lg1)

osutatakse selles märgitud teenuseid (SHS §11⁷⁵). Rehabilitatsiooniteenuse käigus hinnatakse inimese toimetulekut ja kõrvalise abi vajadust, tehakse ettepanekuid kodu-, töö- ja õpikeskkonna kohandamiseks, abivahendi saamiseks ja kasutamiseks. Inimest nõustatakse erinevates valdkondades, et parandada edasist sotsiaalset toimetulekut (Sotsiaalkindlustusamet). Rehabilitatsiooniplaani täitmise kontrollimisele ja juhendamisele lisaks osutatakse järgmisi teenuseid: füsioterapeudi, tegevus- ja loovterapeudi teenused, eripedagoogi, logopeedi, psühholoogi teenused ja sotsiaaltöötaja teenus. Samuti osutatakse vajadusel majutusteenust ja kompenseeritakse sõidukulud. Teenuste maksimaalne maht on piiratud valitsuse poolt määratud teenuste maksimaalsete hindadega aasta kohta⁷⁵. Teenust pakutakse töövõimetus kontekstis **puudega inimestele ja psüühilise erivajadusega inimesele, kelle töövõime kaotus on vähemalt 40%.**

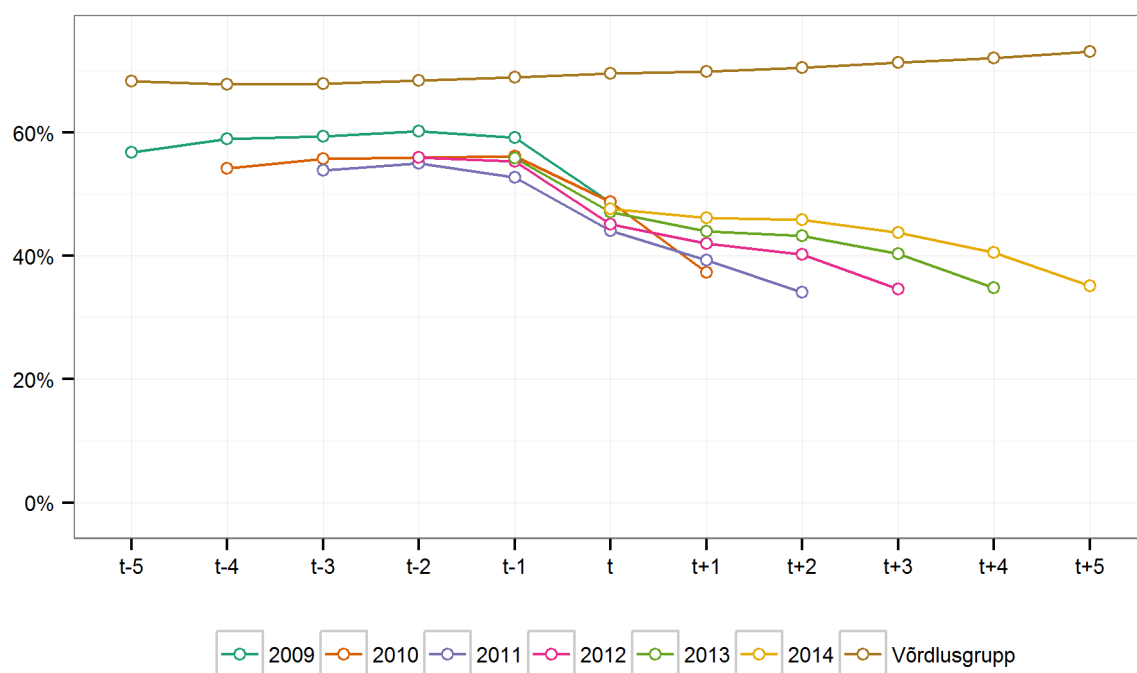
- **Töötamise toetamise teenus** – erihooldekandeteenus inimestele, kellel on **rasket, sügavast või püsivast psüühikahäirest** tulenevalt välja kujunenud suurem kõrvalise abi, juhendamise või ka järelevalve vajadus ning kes vajavad toimetulekuks professionaalset kõrvalist abi. Teenusele suunamine peab olema rehabilitatsiooniplaanis määratud ja talle ei tohi olla samal ajal määratud ööpäevaringset erihoolust. Töötamise toetamise teenuse eesmärgiks on juhendada ja nõustada isikut, et toetada tema iseseisvat toimetulekut ja parandada elukvaliteeti tema võimetele sobiva töö otsimise ning töötamise ajal (SHS §11³⁹). Teenust pakutakse taotluse alusel kuni 5 aastat ja teenuse pakkujaks on spetsiaalse koolituse saanud tegevusjuhendajad.
- **Tehnilise abivahendi eraldamine** - Tehnilised abivahendid (proteesid, ortoosid jm abivahendid) on tooted, instrumendid, varustus või tehnilised süsteemid, mille abil on võimalik ennetada tekkinud või kaasasündinud kahjustuse või puude süvenemist, kompenseerida kahjustusest või puudest tingitud funktsioonihäiret, parandada või säilitada võimalikult kõrget füüsilist ja sotsiaalset iseseisvust ning tegutsemisvõimet. **Puude** tõttu proteesi, ortopeedilist ja muud abivahendit vajaval isikul on õigus saada vastav abivahend soodustingimustel (SHS §12 lg 1). Ministri määrusega⁷⁶ on soodustingimustel tehnilisele abivahendile õigus ka **töövõimetus, kelle töövõimetus on vähemalt 40%.** Tehnilise abivahendi vajaduse määrab väikeabivahendite korral perearst ja keerulisemate korral eriarst või rehabilitatsiooniasutus. Tehnilise abivahendi soodustingimustel soetamist administreerivad maavalitsused ja riik kompenseerib 20-90% vahendi hinnast.

Sotsiaalhoolekande süsteemi raames pakutakse kohalike omavalitsuste poolt veel hulka erinevaid teenuseid igapäevaste toimingutega hakkama saamiseks erivajadustega inimestele. Sellised teenused on näiteks: **tugiisiku ja isikliku abistaja teenused, sotsiaaltransporditeenus, eluruumi kohandamise teenus.**

⁷⁵ Vabariigi Valitsuse määrus „Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine“ Vastu võetud 20.12.2007 nr 256, RT I 2007, 71, 443

⁷⁶ Sotsiaalministri määrus „Tehniliste abivahendite taotlemise ja soodustingimustel eraldamise tingimused ja kord“ Vastu võetud 14.12.2000 nr 79 RTL 2000, 136, 2156, viimane red. RTI, 13.12.2012, 3.

Lisa 2. Töötavate osakaal PTV ja võrdlusgrupi seas (6 kuud töötanud)



Joonis 119. Aastas vähemalt 6 kuud töötanud inimeste osakaal püsivalt töövõimetute sihtrühmas 5 kalendriaastat enne ja pärast püsiva töövõimetuse määramist

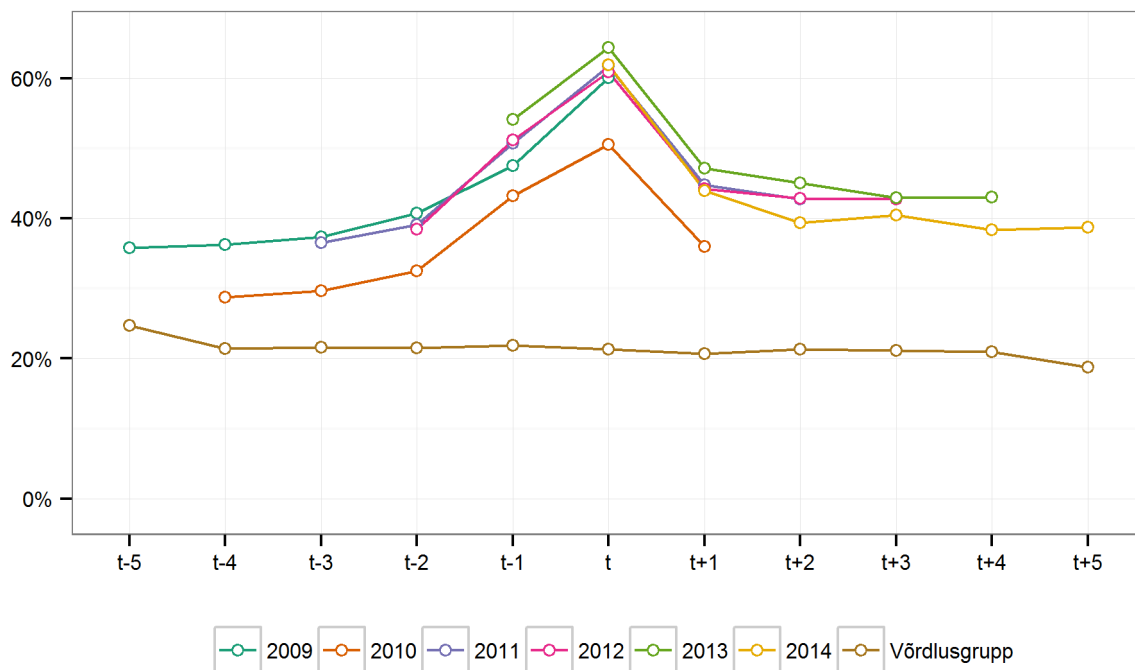
Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Lisa 3. PTV töötamise regressioonimudeli tulemused

Tabel 18. Töötamise regressioonimudeli tulemused

Tunnuse väärtus	Võrdlusgrupp	Koefitsient (b)	Alumine usalduspiir	Ülemine usalduspiir
Mees	(võrdlusgrupp: Naine)	-0,09***	-0,09	-0,08
30-44	(võrdlusgrupp: <30)	0,01	0	0,03
45-54	(võrdlusgrupp: <30)	-0,01	-0,03	0,01
55+	(võrdlusgrupp: <30)	-0,08***	-0,1	-0,06
Põhiharidus	(võrdlusgrupp: Kuni algharidus)	0,11***	0,08	0,14
Keskeriharidus	(võrdlusgrupp: Kuni algharidus)	0,25***	0,23	0,28
Keskharidus	(võrdlusgrupp: Kuni algharidus)	0,19***	0,17	0,22
Kutseharidus	(võrdlusgrupp: Kuni algharidus)	0,2***	0,17	0,23
Kõrgharidus	(võrdlusgrupp: Kuni algharidus)	0,33***	0,3	0,36
Muu	(võrdlusgrupp: Kuni algharidus)	0,23***	0,17	0,28
Teadmata	(võrdlusgrupp: Harju)	0,02**	0	0,03
Mitte-Eesti	(võrdlusgrupp: Harju)	-0,42***	-0,46	-0,38
Hiiu	(võrdlusgrupp: Harju)	-0,11***	-0,18	-0,04
Ida-Viru	(võrdlusgrupp: Harju)	0,02***	0,01	0,04
Jõgeva	(võrdlusgrupp: Harju)	0,07***	0,05	0,09
Järva	(võrdlusgrupp: Harju)	0,01	-0,02	0,04
Lääne	(võrdlusgrupp: Harju)	0,03*	0	0,07
Lääne-Viru	(võrdlusgrupp: Harju)	-0,01	-0,03	0,01
Põlva	(võrdlusgrupp: Harju)	0,02	-0,01	0,04
Pärnu	(võrdlusgrupp: Harju)	0,02**	0	0,04
Rapla	(võrdlusgrupp: Harju)	-0,02	-0,05	0,01
Saare	(võrdlusgrupp: Harju)	0,05***	0,02	0,09
Tartu	(võrdlusgrupp: Harju)	0,06***	0,04	0,07
Valga	(võrdlusgrupp: Harju)	0,03*	0	0,05
Viljandi	(võrdlusgrupp: Harju)	0,02*	0	0,04
Võru	(võrdlusgrupp: Harju)	-0,03**	-0,05	0
1-6 kuud	(võrdlusgrupp: 0 kuud)	-0,05***	-0,07	-0,03
7-12 kuud	(võrdlusgrupp: 0 kuud)	-0,05***	-0,07	-0,03
13-24 kuud	(võrdlusgrupp: 0 kuud)	-0,06***	-0,08	-0,05
24-36 kuud	(võrdlusgrupp: 0 kuud)	-0,09***	-0,11	-0,08
Üle 35 kuu	(võrdlusgrupp: 0 kuud)	-0,1***	-0,12	-0,09
F rühm	(võrdlusgrupp: Muu)	-0,18***	-0,19	-0,17
I rühm	(võrdlusgrupp: Muu)	-0,01	-0,03	0,01
M rühm	(võrdlusgrupp: Muu)	0,09***	0,07	0,11
F30-F39	(võrdlusgrupp: Muu)	-0,1***	-0,12	-0,08
I10-I15	(võrdlusgrupp: Muu)	0,04***	0,03	0,06
M15-M19	(võrdlusgrupp: Muu)	0,06***	0,04	0,07
M40-M54	(võrdlusgrupp: Muu)	0,08***	0,06	0,09

Lisa 4. Haiguslehtede ja PTV lisajoonised



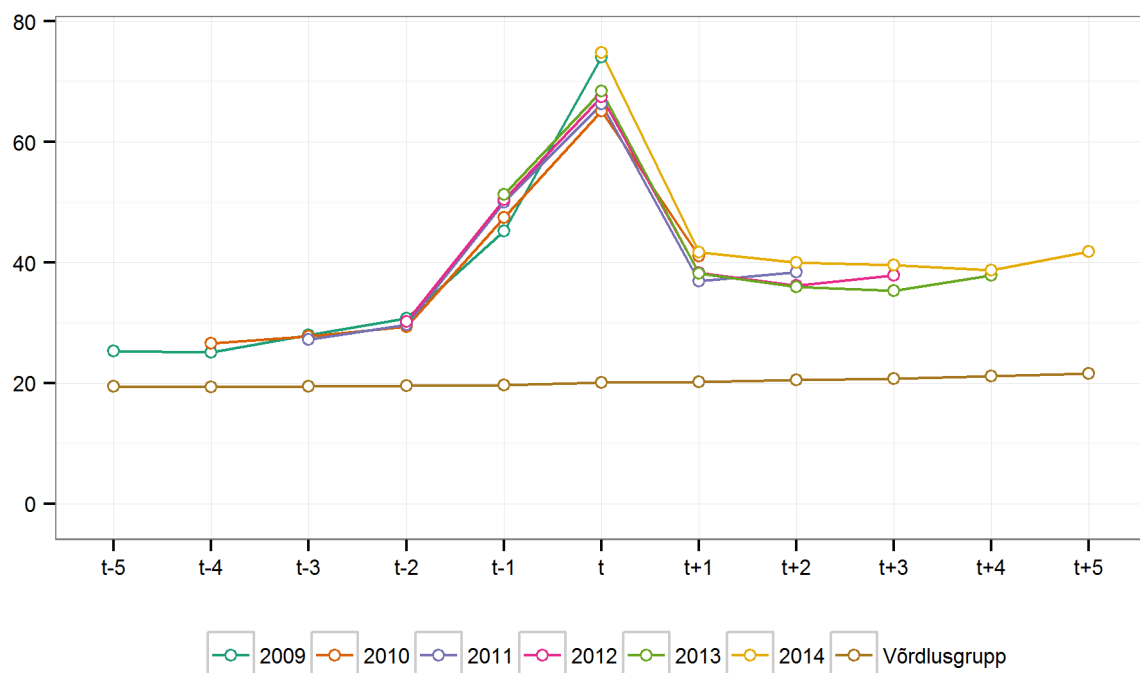
Joonis 120. Haiguslehel viibinute osakaal nende seas, kes töötasid kalendriaasta jooksul vähemalt 3 kuud (enne ja pärast esimese püsiva töövõimetuse määramist), aastate lõikes perioodil 2009-2014

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

On võimalik, et trendid haiguslehtede üldises kestuses perioodil 2009-2014 avaldavad mõju eelnevalt esitatud perioodide tulemustele. Juhul kui esineb anomaalseid aastaid, mil ajutiste töövõimetuste kestus või sagedus on mingil põhjusel teistest aastatest tunduvalt kõrgem, võib see mõnele perioodile (näiteks t-3) mõju avaldada, kuid teistele (näiteks t+4) mitte, kuna maksimaalselt võimaldavad andmed ühe inimese kohta jälgida kuueaastast (2009-2014) perioodi. Üheks selliseks anomaalseks aastaks võib olla 2009, mille keskel muutus ajutise töövõimetusega seotud regulatsioon.

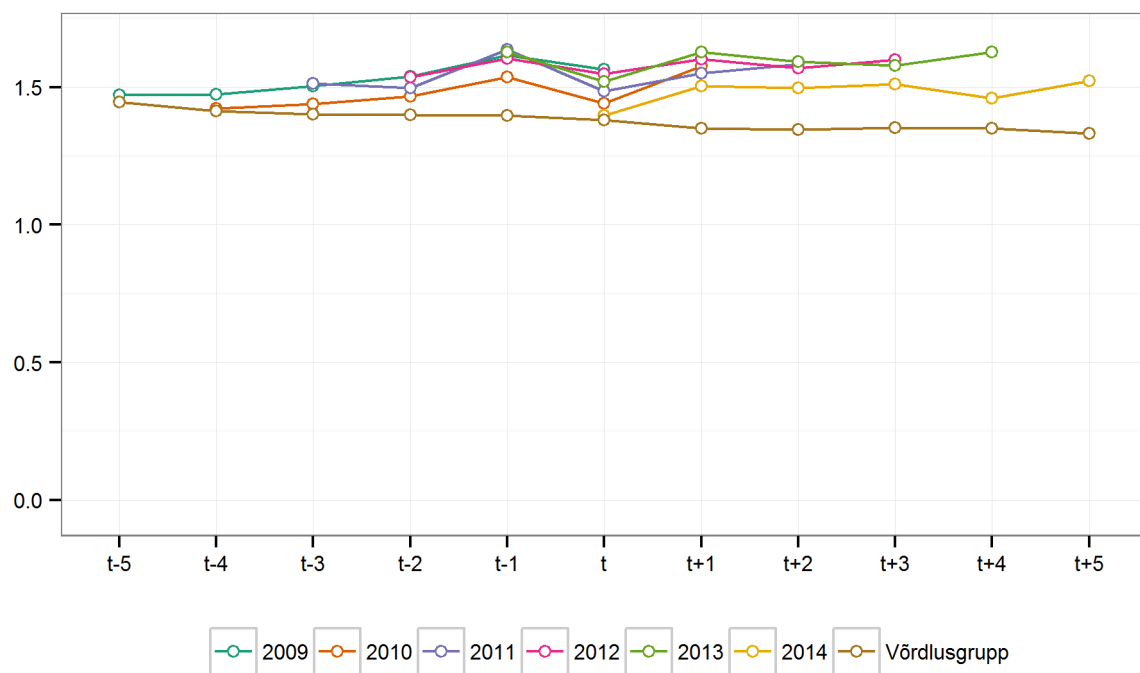
Järgneval kahel joonisel on haiguslehtede kestust ja sagedust perioodidel t-5 kuni t+5 uuritud erinevatel aastatel. Äsjamainitud selgituse tõttu on aasta 2014 jälgitav näiteks perioodide t kuni t+5 kohta – neil, kellele esimene esmane püsiv töövõimetus määrati 2009, tähistab aasta 2014 perioodi t+5; neil, kelle esimene esmane püsiv töövõimetus määrati 2010, tähistab aasta 2014 perioodi t+4, jne.

Mõlemal joonisel eristub teistest mõnevõrra aasta 2014, mille põhjal saab järeldada, et nendel inimestel, kellele perioodil 2009-2014 esimest korda määratud püsiv töövõimetus oli esmane ekspertiis (mitte korduv), olid haiguslehed 2014. aastal veidi pikemad ja harvemad kui varasematel aastatel. Samas on need erinevused niivõrd väikesed, et antud uurimisküsimuse käsitlemise üldpilti ei moonuta.



Joonis 121. Ajutiste töövõimetuste keskmine kestus aastas enne ja pärast esimese püsiva töövõimetuse määramist, aastate lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused



Joonis 122. Ajutiste töövõimetuste keskmine kestus aastas enne ja pärast esimeselt püsiva töövõimetuse määramist, aastate lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

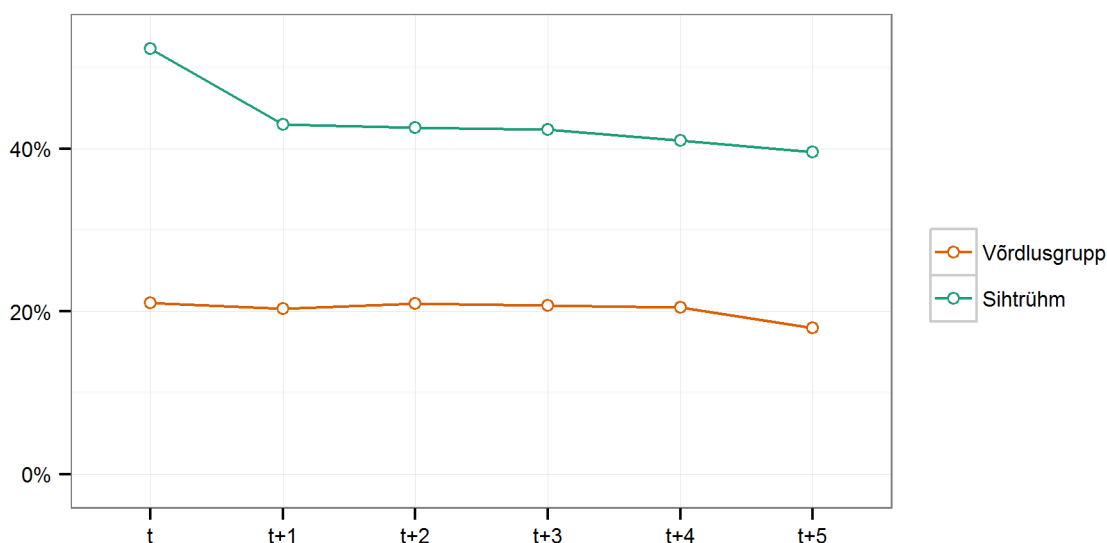
Lisa 5. Kas töötavad töövõimetuspensionärid on sagedamini haiguslehel kui teised töötajad?

Raporti põhiteksti analüüsis vaadatakse haiguslehti nendel, kellele on PTV määratud, kontrollimata, kas see analüüsitava hetkel ka kehtib. Kuna PTV määratakse piiratud ajaks ja selle lõppedes peab uuesti taotlema PTV määramist, siis ei saa olla kindel, et kõik PTV-d kestavad nii kaua. Siinkohal analüüsitakse ATV, kontrollides ka PTV kestmist sel perioodil.

Ajutise töövõimetusega inimeste osakaalu vaadatakse nende inimeste seas, kes töötasid aastas vähemalt kolm kuud, kusjuures huvipakkuvaks grupiks on inimesed, kes olid samal ajal püsivalt töövõimetud. Tulemused on seega esitatud järgnevate gruppide kohta:

- 1) Püsivalt töövõimetute sihtrühmas perioodide lõikes nende osakaal, kes töötasid aastas vähemalt kolm kuud, olles samal ajal püsivalt töövõimetuna arvel, ja kes viibisid antud aastal haiguslehel, nendest püsiva töövõimetuse sihtrühma inimestest, kes töötasid antud aastal vähemalt kolm kuud. Tulemused on esitatud ka erinevate taustatunnuste lõikes. Seega jäävad kõrvale PTV seast inimesed, kes antud aastal töötasid vähem kui kolm kuud, ei töötanud üldse, ei olnud tööealised või olid surnud.
- 2) Võrdlusrühmas ajutiselt töövõimetute osakaal nendest inimestest, kes antud aastal töötasid vähemalt kolm kuud.

Ajutisel töövõimetusel viibinute osakaal on püsiva töövõimetusega töötajate seas püsiva töövõimetuse määramisele järgnevatel aastatel ca 40%, mis on kaks korda kõrgem kui võrdlusgrupi näitaja (ca 20%), kusjuures see erinevus püsib küllaltki stabiilsena kuni viienda kalendriaasta möödumiseni pärast püsiva töövõimetuse määramist. Seega on ilmne, et keskmiselt on töötavate püsivalt töövõimetute grupis rohkem enda tervisest tingitud põhjustel haiguslehel viibijaid kui võrdlusgrupis, kuhu püsivalt töövõimetuid ei kuulu.



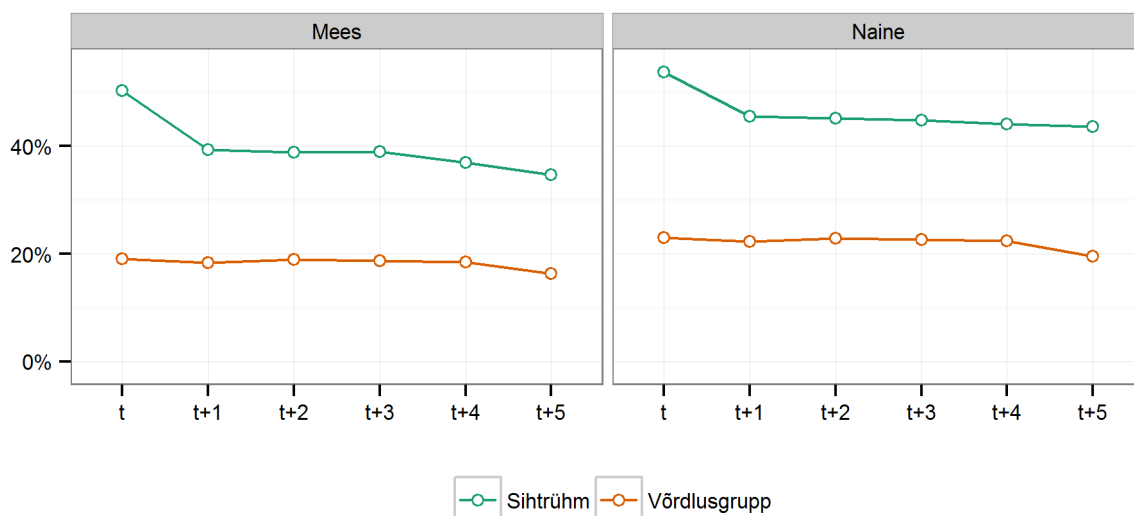
Joonis 123. Ajutiselt töövõimetute osakaal sihtrühmas ja võrdlusgrupis

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Järgneval kolmel joonisel on ajutisel töövõimetusel viibinud inimeste osakaal esitatud nende taustatunnuste lõikes, mis analüüsi tegemisel ka võrdlusgrupi kohta kasutada olid. Need on sugu, vanus ja elukoha maakond (rahvastikuregistri alusel). Keskmiste alusel saab välja tuua järgnevad suuremad erinevused gruppide vahel:

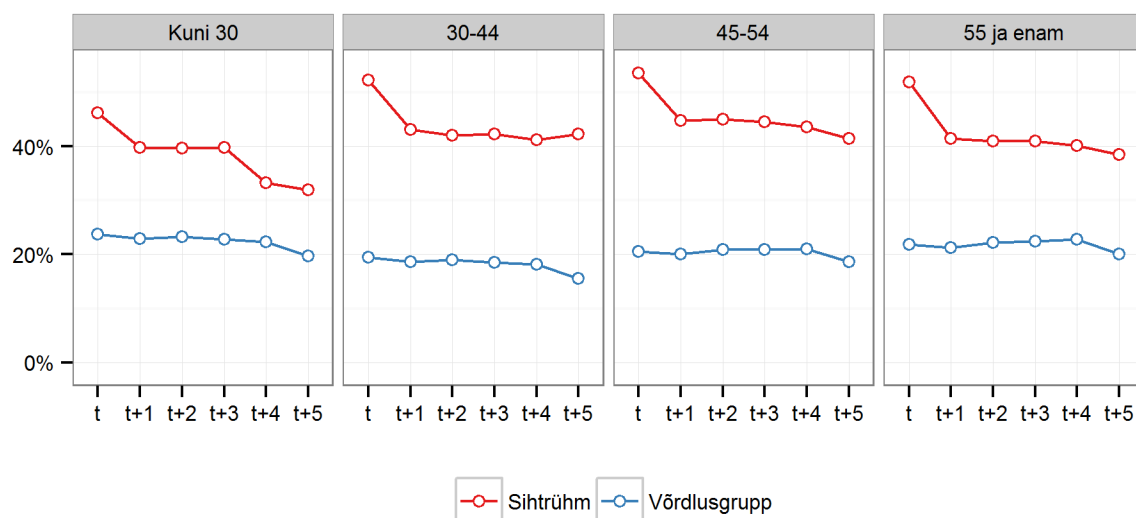
- 1) Naiste seas on ajutiselt töövõimetuid rohkem nii sihtrühmas kui ka võrdlusgrupis ja erinevused on suuremad just töötavate püsivalt töövõimetute seas;

- 2) Vanuserühmade lõikes eristub teistest alla 30-aastaste grupp, kus võrdlusgrupis on ajutiselt töövõimetute osakaal teistega võrreldes kõrgem, kuid püsivalt töövõimetute grupis jällegi selgelt madalam – eriti 4. ja 5. kalendriaastal pärast püsiva töövõimetuse määramist, mis võib viidata sellele, et noorena on võimalik püsiva töövõimetuse põhjustanud haigusest edukamalt taastuda;
- 3) Maakondade tulemused on kohati suure varieeruvusega, kuna väiksemates maakondades on vaatlusi vähem (näiteks Hiiu-, Saare-, Rapla-, Lääne- ja Järvamaal). Võrdlusgrupi ajutise töövõimetuse osas eristub muudest maakondadest Ida-Virumaa, kus ajutiselt töövõimetute protsent ulatub 25 ligidale. Mujal jääb see 20% juurde. Püsivalt töövõimetute hulgas on ajutiselt töövõimetute osakaalud suuremates maakondades (Harju-, Tartu-, Ida-Virumaa) üle 40%, muudes maakondades langeb näitaja viiendaks perioodiks üldjuhul alla 40% või isegi 30-35% vahele.



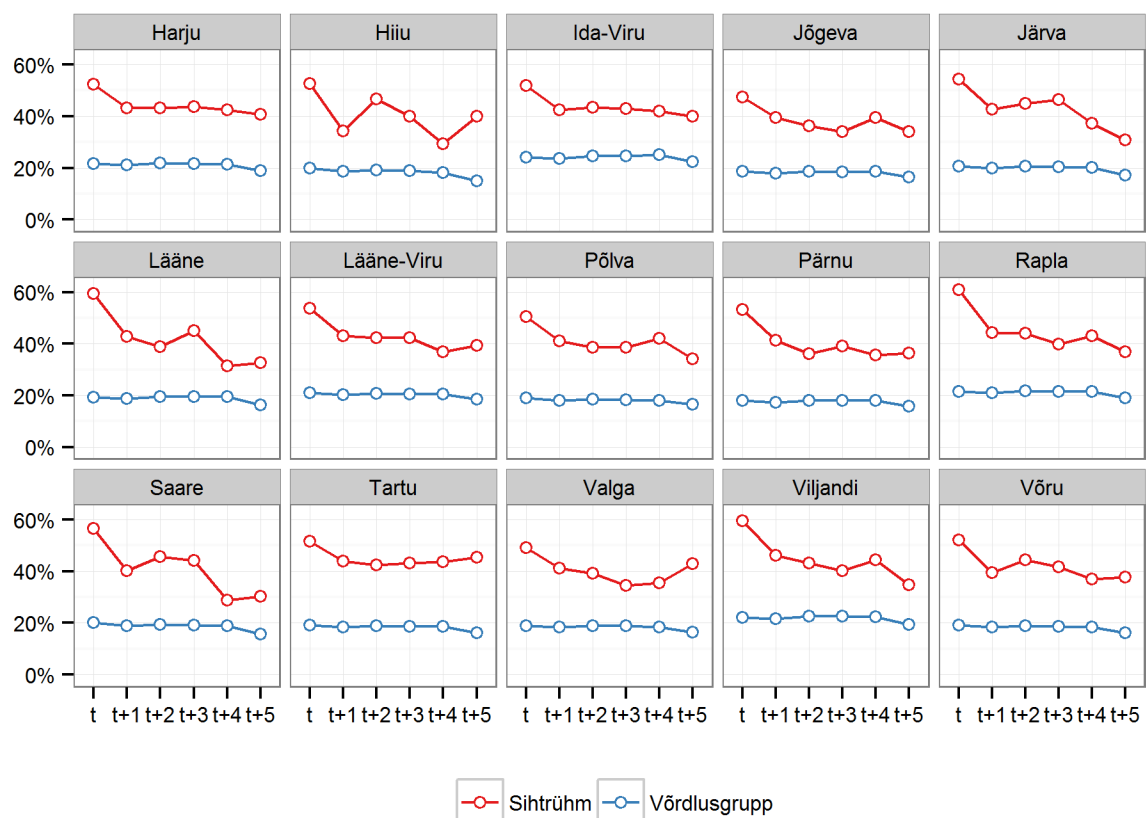
Joonis 124. Ajutiselt töövõimetute osakaal sihtühmas ja võrdlusgrupis soo lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused



Joonis 125. Ajutiselt töövõimetute osakaal sihtühmas ja võrdlusgrupis vanuserühmade lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

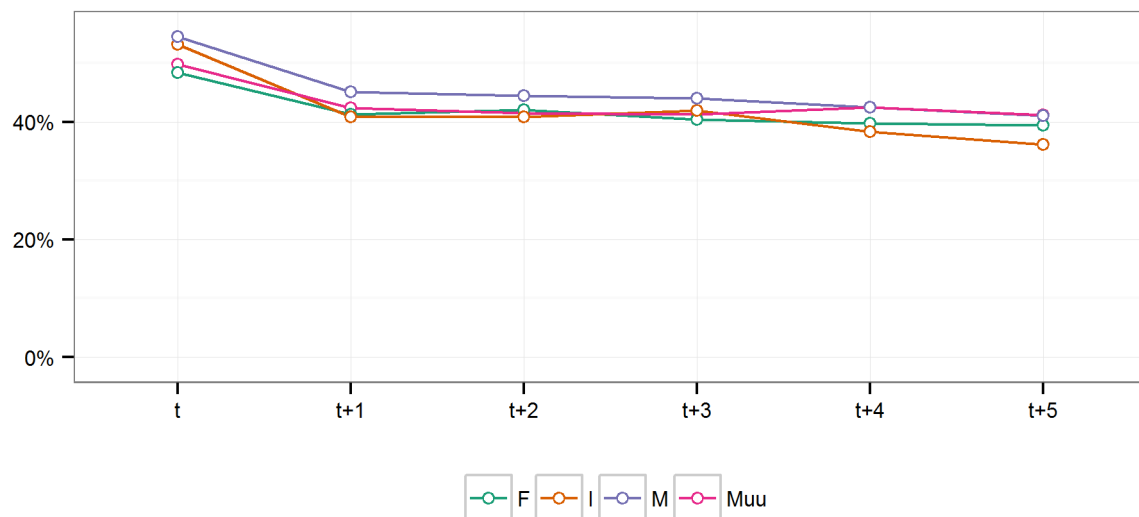


Joonis 126. Ajutiselt töövõimetute osakaal sihtrühmas ja võrdlusgrupis elukoha maakonna lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

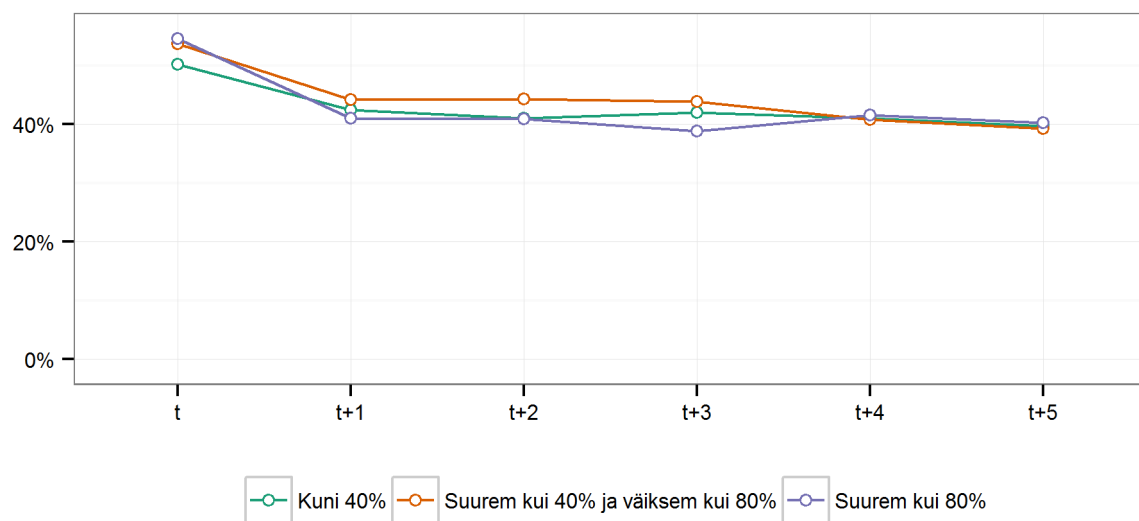
Püsivalt töövõimetute kohta on teada detailsem taustainfo kui võrdlusrühma kohta. See info hõlmab püsiva töövõimetuse spetsiifilisi karakteristikuid nagu põhidiagnoos ja töövõimekaotuse protsent, kuid ka näiteks püsiva töövõimetuse määramise hetkeks omandatud kõrgeimat haridustaset. Nende tunnuste lõikes on ajutisel töövõimetusel viibinute osakaalud järgneval kolmel joonisel ka esitatud.

Mõnevõrra üllatuslikult ei ilmne püsiva töövõimetuse põhidiagnooside (peagrupi tasandil) ja töövõimekao protsentide võrdluses püsivalt töövõimetute seas olulisi erinevusi ajutiselt töövõimetute osakaaludes. Kui töötajate osakaaludes oli eespool näha, et F-rühma põhidiagnoosiga ja vähemalt 80%-lise töövõime kaotusega püsivalt töövõimetute seas on töötajate osakaal tunduvalt väiksem, siis Joonis 127 ja Joonis 128 näitavad, et need, kes juba hõives on, jäävad haiguslehele sama palju kui teiste diagnooside ja töövõime kaotuse protsentidega püsivalt töövõimetud.



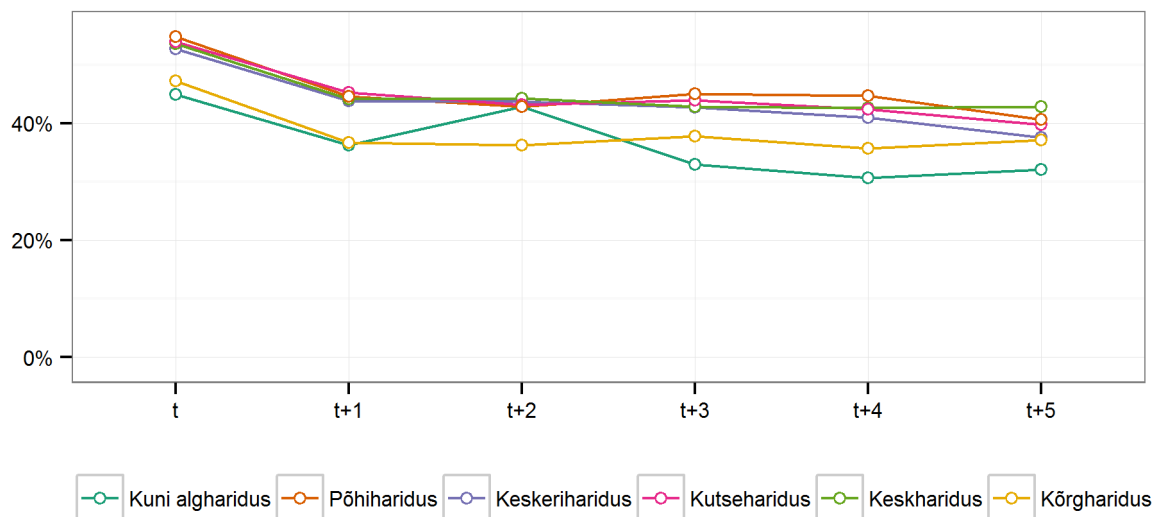
Joonis 127. Ajutiselt töövõimetute osakaal püsivalt töövõimetute sihtrühmas, püsiva töövõimetuse põhidiagnooside lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused



Joonis 128. Ajutiselt töövõimetute osakaal püsivalt töövõimetute sihtrühmas, töövõime kaotuse protsentide lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

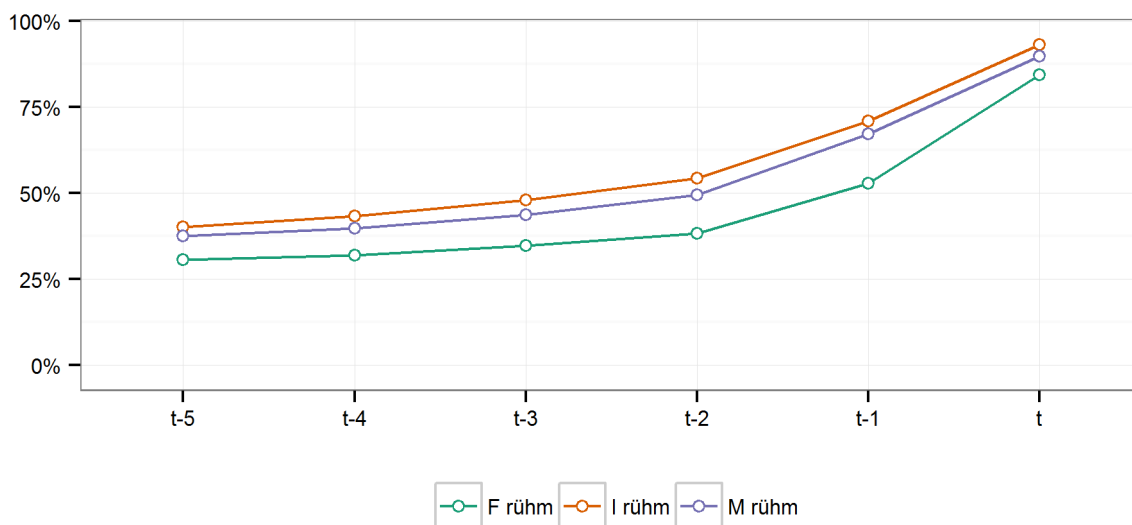


Joonis 129. Ajutiselt töövõimetute osakaal püsivalt töövõimetute sihtrühmas, püsiva töövõimetuse määramise hetkel kõrgeima omandatud haridustaseme lõikes

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

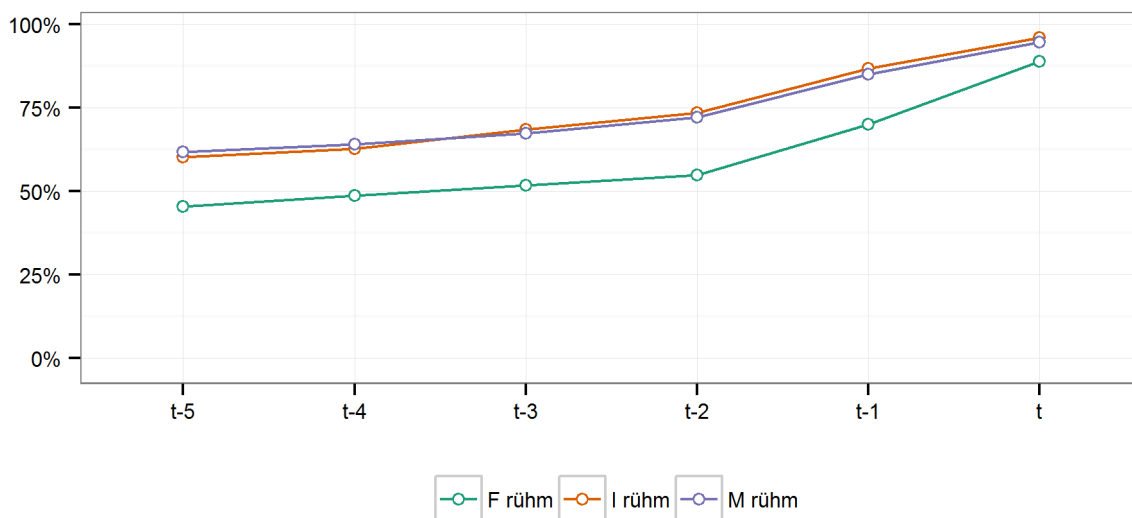
Mõningad erinevused ajutiselt töövõimetute osakaaludes ilmnevad püsivalt töövõimetute haridustasemete lõikes (vt Joonis 129). Kuni algharidusega ja kõrgharidusega töötavad püsivalt töövõimetud eristuvad teistest haridustasemetest madalama ajutiselt töövõimetute osakaaluga. Siiski on ka nende seas ajutise töövõimetusega töötajate osakaal kõrgem kui võrdlusgrupi 20%. Peamise joonena paistab välja see, et kui püsivalt töövõimetud on võimelised hõives osalema, siis haiguslehele jääjate osakaal on nende hulgas kaks korda suurem kui ilma püsiva töövõimetusega töötaja seas, seda sõltumata püsiva töövõimetuse diagnoosist või töövõimekao protsendist.

Lisa 6. Ajutise töövõimetuse ja püsiva töövõimetuse diagnooside vastavuse lisajoonised



Joonis 130. PTV määramisele eelnenud retseptide ja raviarvete diagnoosid, PTV põhi- või kaasuva diagnoosi järgi

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused



Joonis 131. PTV määramisele eelnenud retseptide ja raviarvete diagnoosid ajutiselt töövõimetutel, püsiva töövõimetuse põhi- või kaasuvate diagnoosi järgi

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

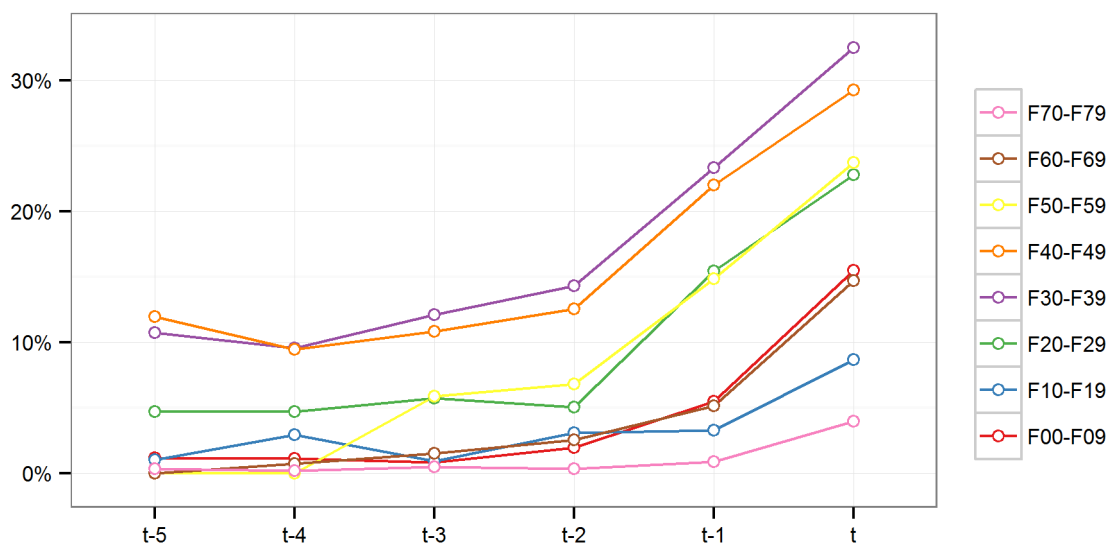
Diagnooside esinemine enne sama diagnoosiga püsivat töövõimetust alampeatüki tasemel

Eelnevad tulemused puudutasid diagnooside pearühmasid (F, I ja M) ja suuri erinevusi neis ei ilmnunud. Küll aga võivad erineda konkreetsemad diagnoosid ja selles alapunktis tulevad vaatluse alla diagnooside alampeatükid. Järgneval kolmel joonisel (vt Joonis 132 – Joonis 134) on esitatud püsiva töövõimetuse põhidiagnoosi (alampeatüki tasemel) esinemine retseptide või raviteenustearvetel püsiva töövõimetuse määramisele

eelnenud kuni viiel kalendriaastal. Ka siin on vaatluse all esimene määratud püsiv töövõimetus perioodil 2009-2014, tingimusel, et see oli ühtlasi esimene määramine, mitte eelneva töövõimetus pikendamine. Kõigepealt tulevad vaatluse alla üldisemad tulemused ja seejärel ajutise töövõimetus ajal esinenud diagnoosid. Kui mõned alampeatükid on joonistelt välja jäänud, on tegemist üksikute vaatlustega gruppidega, mille kohta mõnel perioodil ei olnud ühtegi vaatlust.

Järgnevad kolm joonist toovad diagnoosirühmade vahel ja nende sees välja olulisi erinevusi. **Esiteks** illustreerib Joonis 132, et psüühika- ja käitumishäire põhidiagnoosiga püsivalt töövõimetutele kirjutati sama alampeatüki arveid välja küllaltki harva. 2-5. kalendriaastal enne püsiva töövõimetus määramist tehti seda, sõltuvalt diagnoosist, vaid kuni 15%-le. Püsiva töövõimetus määramise aastal tõusis see näitaja mõne diagnoosigrupi puhul küll 30% lähedale, kuid võrreldes I ja M rühmadega on tegemist oluliselt madalama näitajaga. F-grupist eristuvad ülejäänud diagnoosidest suurema levikuga F30-F39 (meeleoluhäired) ja F40-F49 (neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired). Püsiva töövõimetus F-rühma põhidiagnooside seas on tegemist oluliste alampeatükkidega (kokku pea 40% F-rühma diagnoosidest).

Käesoleva analüüsi raamistikku ei mahu meditsiiniline arutelu diagnooside sisu üle. Samas Joonis 56 ja Joonis 132 põhjal saab öelda, et kuigi F-rühma põhidiagnoosiga püsivalt töövõimetutele on sageli välja kirjutatud F-rühma diagnoosidega retsepte või raviteenuste arveid, siis valdavalt pole tegemist sama alampeatüki (ja seega kindlasti mitte täpselt sama) diagnoosiga.



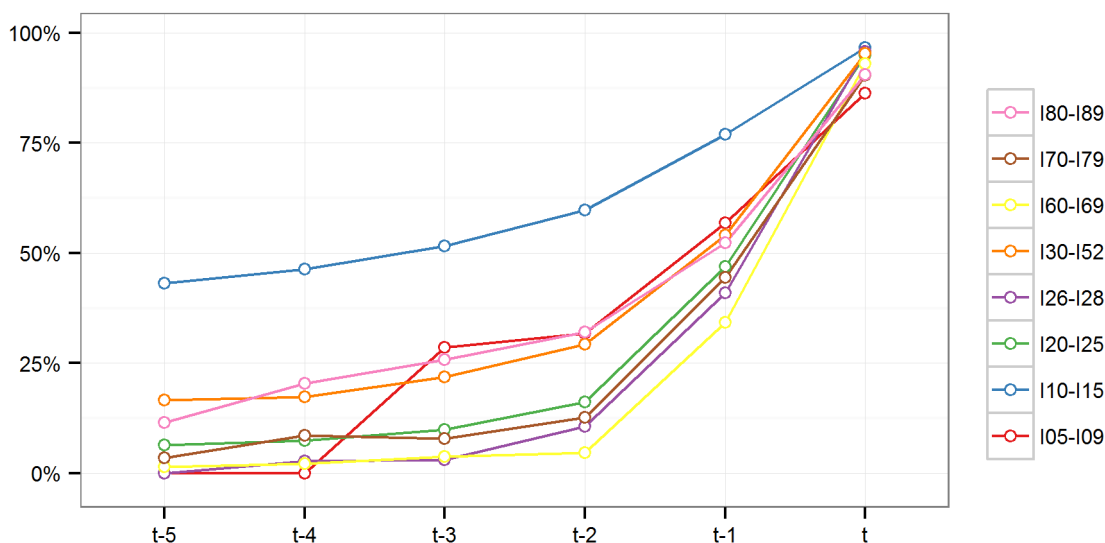
Joonis 132. PTV määramisele eelnenud retseptide ja raviarvete diagnoosid RHK alampeatüki tasemel, PTV põhidiagnooside kaupa F-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Teiseks näitavad vereringeelundite haiguste (I-rühma) tulemused, et püsiva töövõimetus määramise perioodil kirjutati alampeatüki tasandil sama diagnoosiga retsepte või raviteenuste arveid välja enam kui 90%-le I-rühma põhidiagnoosiga püsivalt töövõimetutele (erandiks on I05-I09 86%-ga). See näitaja on pea kolm korda kõrgem, võrreldes F-rühma levinumate diagnoosidega. Ka varasematel perioodidel oli samade diagnoosigruppide märkimine arvetel PTV-de seas suurem kui F-grupis, kuid eelkõige eristub I-rühmas kõrgvererõhkhaiguste grupp (I10-I15), mis moodustavad kõikidest PTV I-rühma põhidiagnoosidest 50%. Selle grupi diagnoosidega retsepte ja raviarveid kirjutati juba 5 kalendriaastat enne sama diagnoosiga PTV määramist välja pea 43%-le hilisematele PTV-dele ja 3 kalendriaastat varem juba enam kui 50%-le.

Siiski ei tasu nende tulemuste põhjal rutakalt järeldada, et näiteks I10-I15 diagnoosiga retsepti või raviarve oleks ohumärk tulevases PTV-st. Selgub, et selle diagnoosi alampeatükk on ka võrdlusgrupis küllaltki levinud ja

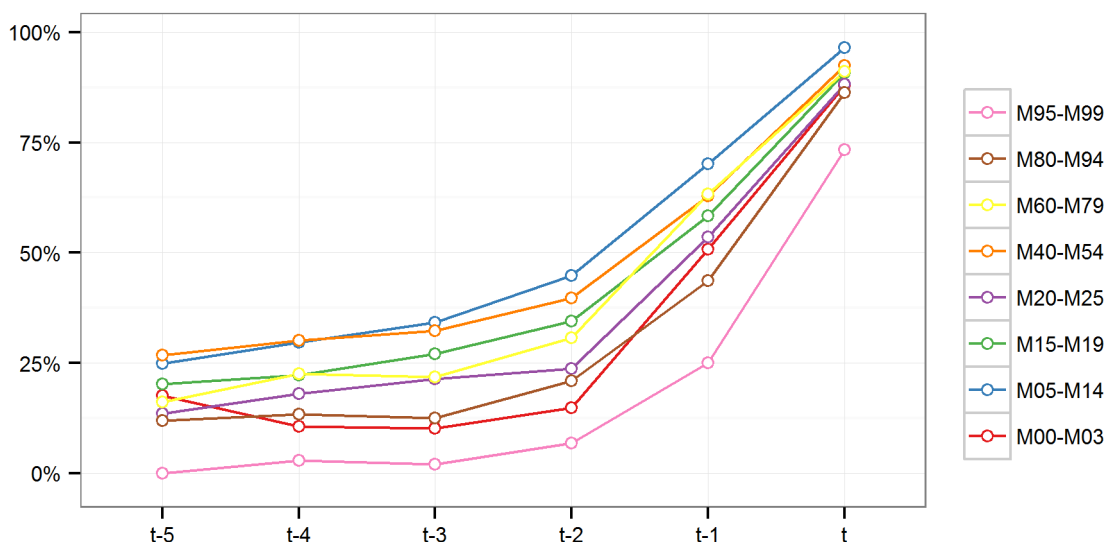
võrreldes muude diagnoosidega ei järgne kõrgvererõhkaiguste diagnoosidele sugugi sagedamini PTV, võrreldes teiste diagnooside alampeatükkidega.



Joonis 133. PTV määramisele eelnenud retseptide ja raviarvete diagnoosid RHK alampeatüki tasemel, PTV põhidiagnooside kaupa I-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Kolmanda järelalusena saab M-rühma diagnooside kohta välja tuua, et teistest selgelt eristuvaid suurema esinemissagedusega grupe pole ning võrreldes I ja F-rühmadega on M-rühma alampeatükid ühtlasemate tulemustega. Olulisemad grupid on M40-M54 ja M15-M19 (vastavalt 50% ja 23% M-grupi põhidiagnoosiga püsivatest töövõimetutest). Sama diagnoosiga püsivalt töövõimetutest kirjutati M40-M54 ja M15-M19 diagnoosidega retseptide või raviarvete välja 5-ndal kalendriaastal ligikaudu 25%-le, püsivale töövõimetusle eelnenud aastal ligikaudu 60%-le ja määramise aastal enam kui 90%-le.

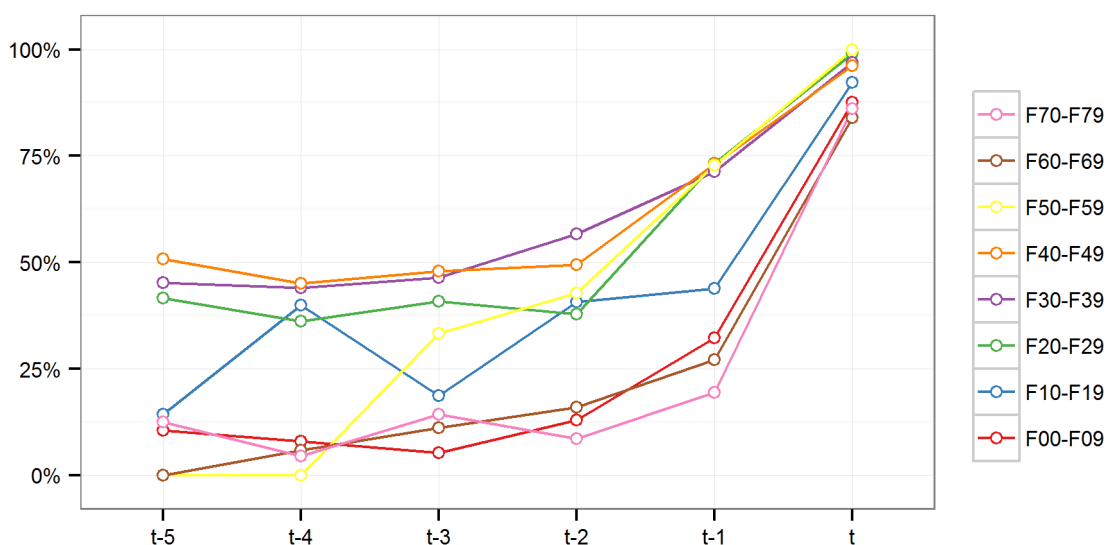


Joonis 134. PTV määramisele eelnenud retseptide ja raviarvete diagnoosid RHK alampeatüki tasemel, PTV põhidiagnooside kaupa M-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Järgnevalt on diagnooside alampeatükke uuritud analoogselt raamistikus selle erinevusega, et vaatluse all on inimesed, kes olid ATV-d. ATV tähendab ühtlasi, et inimene pidi töötama. Üldise joonena saab nii F-, I- kui M-rühma diagnooside puhul välja tuua, et retseptide ja raviarvete diagnoosid kattuvad sagedamini PTV diagnoosiga, kui need on välja kirjutatud ATV-ga samal aastal. See võib viidata, et ATV oli seotud antud diagnoosiga. Kahjuks ei ole täpsemate andmete puudumisel võimalik seda seost ajaliselt täpsemalt hinnata kui kalendriaastaga.

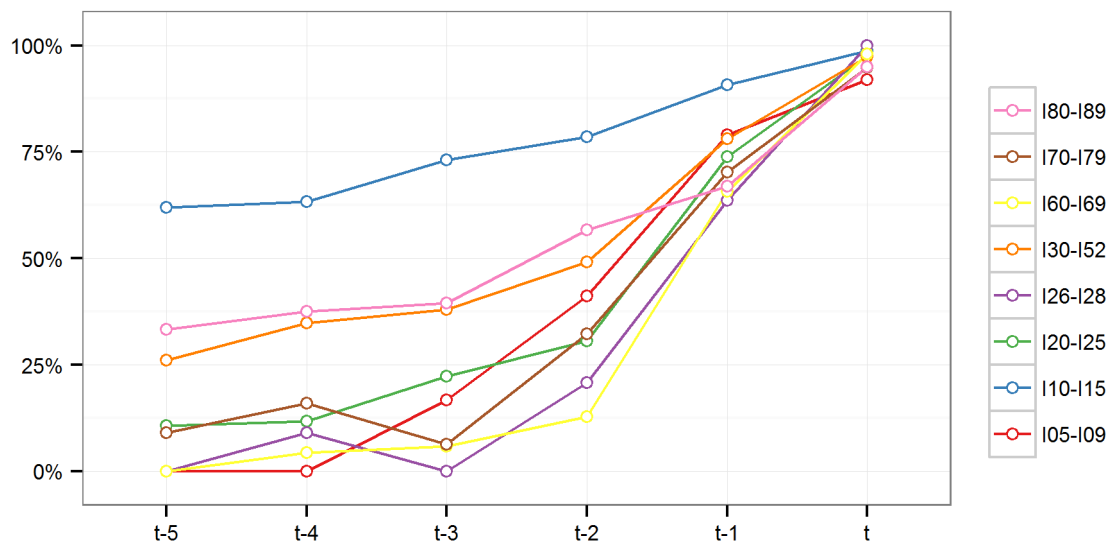
F-rühma diagnoosigruppe, mis esinesid retseptidel või raviarvetel enne PTV määramist, kirjutati ATV-ga samal aastal välja oluliselt suuremale osakaalule hiljem sama diagnoosi alusel määratud PTV-dele, võrreldes eespool esitatud tulemustega (vt Joonis 132), kusjuures olulisemate gruppidega paistavad jällegi välja F40-F49 ja F30-F39. Ligi pooltele hilisematest määratud diagnoosidega PTV-dest nende diagnoosidega retsepte või raviarveid välja juba viis kalendriaastat enne PTV määramist, tingimusel, et inimene oli antud aastal ka ATV.



Joonis 135. PTV määramisele eelnenud retseptide ja raviarvete diagnoosid ATV-ga samal aastal RHK alampeatüki tasemel, PTV põhidiagnooside kaupa F-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

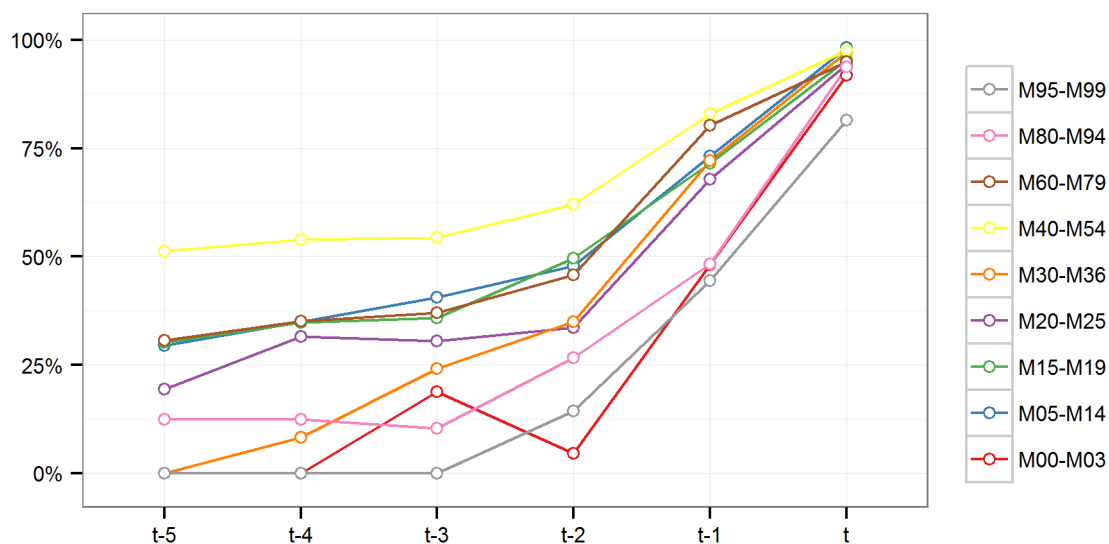
Sarnaselt F-rühmale on ka vereringeelundite haiguste (I-rühm) tõttu PTV-de seas suurem osakaal neid, kelle ATV-ga samade aastate retseptide ja raviarvete diagnoosid kattuvad PTV põhidiagnoosiga, võrreldes nendega, kes tingimata ei viibinud ATV-l (vt Joonis 133). Jällegi torkab I-rühma puhul suurima levikuga silma kõrgvererõhkhaiguste grupp (I10-I15). Hilisematest I10-I15 põhidiagnoosiga PTV-dest pea kahele kolmandikule kirjutati viis aastat varem (viieldal kalendriaastal enne püsiva töövõimetuse määramist) välja sama diagnoosirühma retsepte või raviarveid, juhul kui inimene oli antud aastal ATV. Ka muude diagnoosigruppide näitajad on kõrged – PTV määramisele eelnenud aastal oli sama diagnoosigrupi raviarveid või retsepte ligikaudu kahel kolmandikul neist, kes olid aasta enne PTV määramist ATV-d.



Joonis 136. PTV määramisele eelnenud retseptide ja raviarvete diagnoosid ATV-ga samal aastal RHK alampeatüki tasemel, PTV põhidiagnooside kaupa I-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Ka M-rühma diagnoosid kattuvad sagedamini PTV põhidiagnoosiga siis, kui inimene oli samal kalendriaastal ATV. Teistest gruppidest eristub seljahaigustega PTV-d (M40-M54), kellest enam kui pooltel oli viiendal kalendriaastal enne PTV määramist sama diagnoosirühmaga retsepte või raviarveid, juhul kui inimene oli sel aastal ATV.



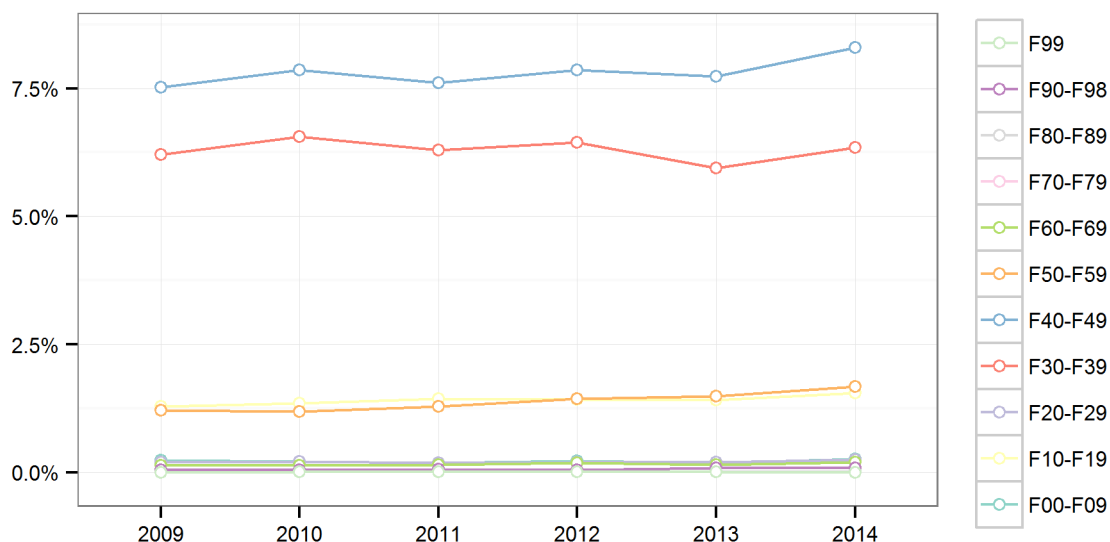
Joonis 137. PTV määramisele eelnenud retseptide ja raviarvete diagnoosid ATV-ga samal aastal alampeatüki tasemel, PTV põhidiagnooside kaupa M-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Eelnevat arvesse võttes saab öelda, et ATV-ga samadel perioodidel kattuvad retseptide ja raviarvete diagnoosid palju sagedamini hilisema PTV diagnoosiga, võrreldes tulemustega, kus ATV piirangut kasutatud ei ole. Järgnevalt tuleb aga vaatluse alla RHK alampeatükkide diagnooside esinemine võrdlusgrupi raviarvetel ning hiljem PTV-ks jäänute osakaalud 2009. aastal konkreetsete diagnoosidega retseptide või raviarvetega inimeste hulgas.

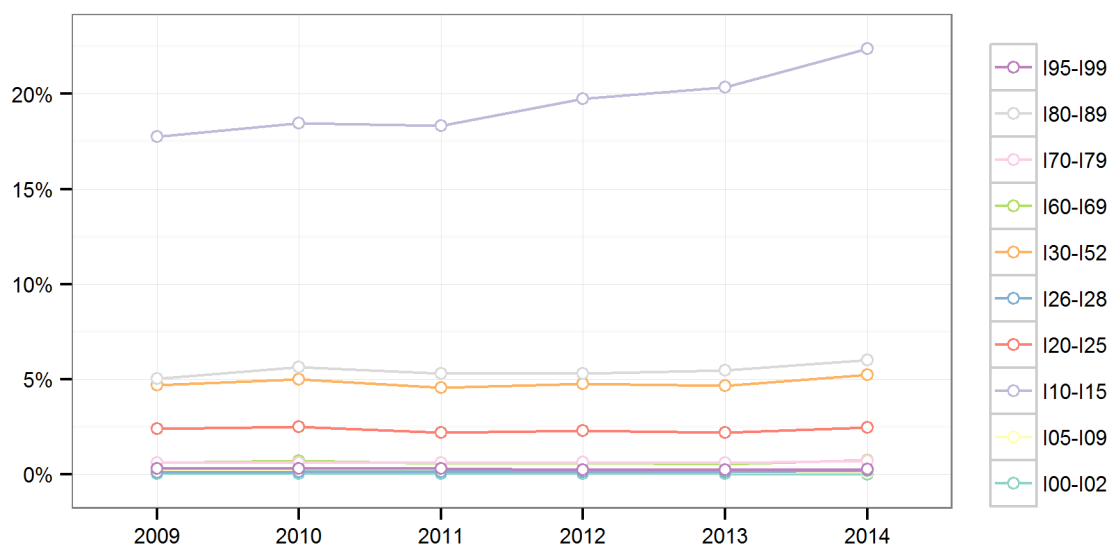
Diagnooside alampeatükkide esinemine võrdlusgrupi retseptide ja raviarvetel

Eelnevaid tulemusi aitab perspektiivi seada diagnooside esinemine võrdlusgrupi retseptide ja raviarvetel perioodil 2009-2014, tingimusel et need on välja kirjutatud aastal, mil inimene oli haiguslehel. Nii F-, I- kui M-rühmades eristuvad suurema sagedustega samad diagnoosid, mis olid levinumad ka PTV-de seas. F-rühmas eristuvad teistest gruppidest F40-F49 ja F30-F39 ehk neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired ja meeleoluhäired, I-rühmas I10-I15 ehk kõrgvererõhkaigused ja M-rühmas M40-M54 ehk seljahaigused. Kõiki neid diagnoosigruppe iseloomustas PTV-de sihtrühmas see, et kui PTV põhidiagnoos kuulus samasse gruppi, siis juba viiendal kalendriaastal enne PTV määramist oli sama diagnoosiga retsepte või raviarveid enam kui poodel inimestel, kui nad olid sel aastal ka ATV-d.



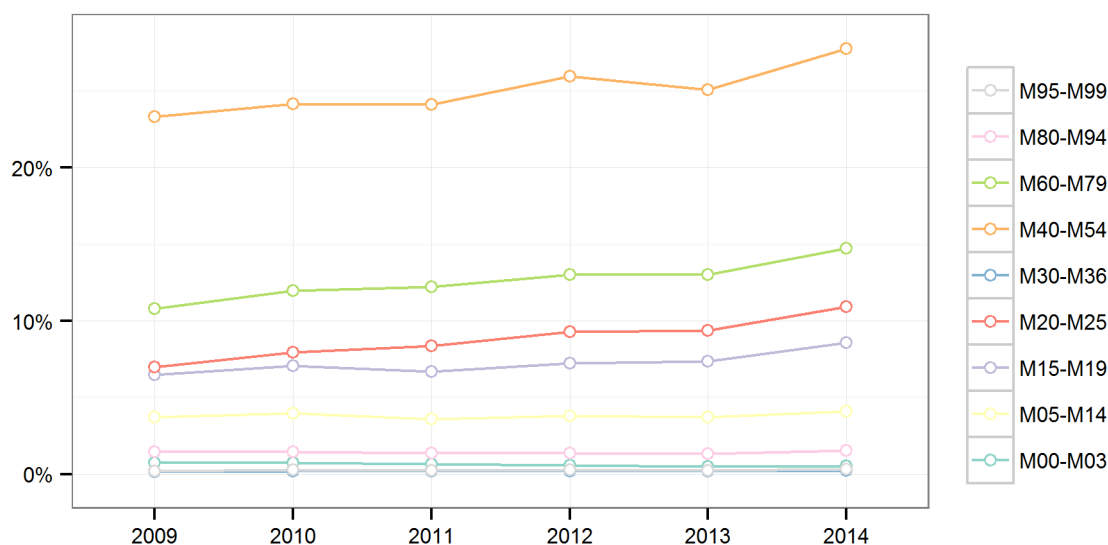
Joonis 138. Diagnooside esinemine võrdlusgrupi retseptidel või raviarvetel ATV-I viibimisega samal aastal perioodil 2009-2014 aastate lõikes F-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused



Joonis 139. Diagnooside esinemine võrdlusgrupi retseptidel ja raviarvetel ATV-I viibimisega samal aastal perioodil 2009-2014 aastate lõikes I-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused



Joonis 140. Diagnooside esinemine võrdlusgrupi retseptidel ja raviarvetel ATV- viibimisega samal aastal perioodil 2009-2014 aastate lõikes M-rühmas

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused

Järgnevas tabelis ongi see info esitatud, kusjuures PTV-de gruppi on taas piiratud esimese PTV-ga perioodil 2009-2014, tingimusel et tegemist oli ka esmase määramisega, mitte senise PTV pikendamisega. Täpsemalt esitab Tabel 19 järgmist infot:

- „Ajutiselt töövõimetud“ tähistab kõiki ATV-sid aastal 2009, sõltumata ATV kestusest;
- „Ajutiselt töövõimetud vähemalt 61 päeva“ tähendab, et 2009. aastal oli ATV päevi enam kui 60. Seega jäävad sellest tulbast kõrvale inimesed, kellele oli 2009. aastal retsepte või raviarveid, kui nad ei viibinud haiguslehel või haiguslehel viibitud päevade arv oli väiksem kui 61 päeva;
- „Püsiv tvm“ tähistab PTV-ks jäämise gruppi, kus esmane PTV on määratud aastatel 2009-2014;
- „Püsiv tvm 2010-2014“ puhul on arvesse võetud PTV-ka jäämist alates 2010. aastast, et olla kindel, et tegemist on ATV-le järgneva sündmusega. Seega on nendes tulpades uuritud PTV-ks jäämist viieaastasel perioodil pärast ATV määramise aastast;
- „Sama diagnoos“ tähendab, et PTV põhidiagnoos kattus 2009. aasta ajutise töövõimetuse ajal retseptide või raviarvete diagnoosiga;
- „Muu diagnoos“ tähendab, et PTV küll määrati, kuid mõne muu diagnoosigrupiga;
- Oranži värviga on märgitud grupid, kus on alla 100 vaatluse ja punasega grupid, kus on alla 25 vaatluse.

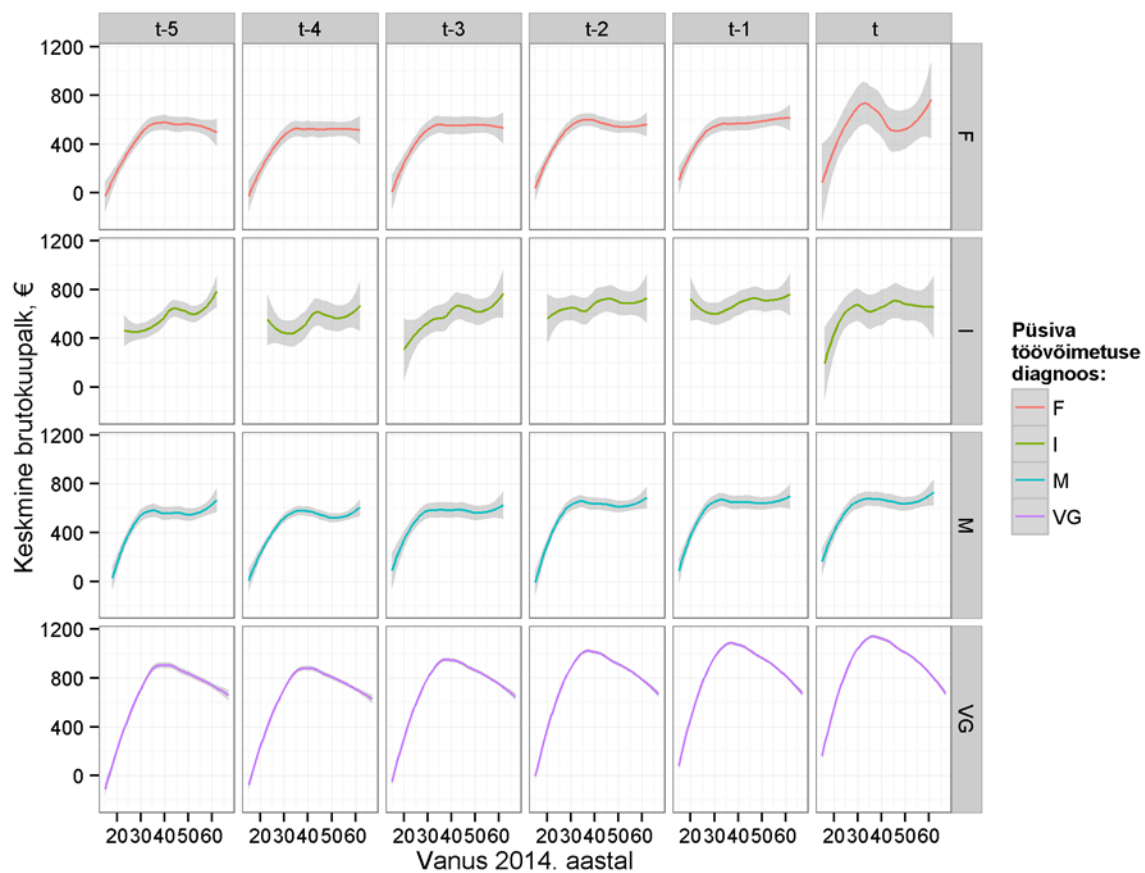
Tabel 19. PTV-de osakaal diagnooside alampeatükkide lõikes 2009. aastal sama diagnoosiga retsepte või raviarveid saanud ATV-de hulgas

Diagnoos	Ajutiselt töövõimetud 2009. a				Ajutiselt töövõimetud vähemalt 61 päeva 2009. a			
	Püsiv tvm 2009-2014		Püsiv tvm hiljem 2010-2014		Püsiv tvm 2009-2014		Püsiv tvm hiljem 2010-2014	
	Sama diagnoos	Muu diagnoos	Sama diagnoos	Muu diagnoos	Sama diagnoos	Muu diagnoos	Sama diagnoos	Muu diagnoos
F00-F09	14,4%	32,4%	6,8%	13,5%	9,6%	57,7%	3,2%	19,2%
F10-F19	1,1%	20,2%	0,6%	15,6%	1,3%	43,0%	0,9%	25,0%
F20-F29	41,5%	8,8%	24,2%	6,0%	53,5%	12,5%	25,0%	5,6%
F30-F39	4,8%	16,8%	3,7%	12,1%	8,4%	33,3%	4,7%	18,1%
F40-F49	2,2%	15,1%	1,8%	11,5%	4,8%	35,4%	3,1%	20,0%
F50-F59	0,2%	20,5%	0,2%	15,0%	0,4%	49,6%	0,4%	27,6%

F60-F69	6,9%	27,9%	3,3%	16,7%	15,0%	37,5%	5,0%	15,0%
F70-F79	36,8%	25,0%	14,5%	10,5%	10,0%	60,0%	10,0%	20,0%
F80-F89	7,1%	14,3%	3,6%	14,3%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
F90-F99	1,2%	12,3%	1,2%	11,1%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%
I00-I02	1,6%	28,6%	0,0%	22,2%	9,1%	45,5%	0,0%	36,4%
I05-I09	5,9%	21,0%	3,4%	12,2%	9,6%	39,4%	4,3%	18,1%
I10-I15	5,4%	18,6%	4,1%	13,4%	6,8%	41,9%	3,7%	19,7%
I20-I25	11,0%	20,7%	4,7%	14,0%	27,6%	26,9%	8,8%	12,8%
I26-I28	7,9%	28,0%	2,1%	14,8%	9,4%	28,1%	1,6%	9,4%
I30-I52	3,3%	23,1%	1,9%	14,5%	6,5%	43,9%	2,7%	17,7%
I60-I69	19,5%	20,6%	6,1%	11,8%	40,4%	23,4%	9,9%	9,4%
I70-I79	6,4%	25,4%	3,3%	15,4%	16,2%	39,7%	8,1%	16,6%
I80-I89	0,9%	16,4%	0,6%	12,2%	2,3%	39,0%	0,6%	20,2%
I95-I99	0,0%	12,1%	0,0%	8,9%	0,0%	35,6%	0,0%	15,6%
M00-M03	1,3%	18,7%	0,4%	13,6%	6,7%	40,0%	2,4%	18,8%
M05-M14	4,9%	20,5%	3,2%	15,0%	8,5%	38,3%	3,9%	19,5%
M15-M19	7,3%	19,9%	5,0%	14,0%	14,8%	33,0%	7,6%	16,6%
M20-M25	1,3%	17,3%	0,7%	12,8%	3,4%	34,1%	1,1%	18,7%
M30-M36	10,9%	16,7%	5,8%	11,5%	22,4%	32,8%	10,4%	17,9%
M40-M54	6,1%	12,6%	4,4%	9,7%	15,9%	27,6%	8,2%	15,3%
M60-M79	1,5%	17,3%	1,1%	13,1%	5,2%	37,2%	2,9%	20,2%
M80-M94	1,8%	17,9%	0,8%	11,8%	4,5%	32,2%	1,0%	16,0%
M95-M99	1,3%	25,8%	0,5%	11,6%	3,2%	53,2%	1,1%	19,1%

Allikas: SKA ja Haigekassa andmebaasid, autorite arvutused.

Lisa 7. Vanuse-palga profiil PTV diagnooside lõikes



Joonis 141. Vanuse ja palga profiil PTV põhidiagnoosi lõikes esmase PTV määramise aastal ja viis aastat enne (eurot)

Lisa 8. Püsiva töövõimetuse klassifikatsioonipuud

Püsiva töövõimetuse klassifikatsioonipuud, lisatud kolmes eraldi failis:

1. Puu - üdline.pdf
2. Puu - M.pdf
3. Puu - I.pdf