

State of Health in the EU

Eesti

Riigi terviseprofiil 2023

Riikide terviseprofiilide sari

Riikide terviseprofiilides esitatakse poliitika seisukohast oluline lühiülevaade ELi / Euroopa Majanduspiirkonna (EMP) tervisesüsteemidest ja elanike tervisest. Nendes rõhutatakse iga riigi eriomaseid tunnusoone ja probleeme riikidevaheliste võrdluste taustal. Eesmärk on abistada poliitikakujundajaid ja mõjutajaid vastastikuse õppimise ja vabatahtliku koostöö vahenditega. Uuendusena alates sarja loomisest sisaldab riikide terviseprofiilide 2023. aasta versioon eraldi punkti, milles käsitletakse vaimset tervist.

Profiilid on valminud Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) ning European Observatory on Health Systems and Policies ühistöö tulemusel ja koostöös Euroopa Komisjoniga. Töörühm on tänulik platvormi Health Systems and Policy Monitor võrgustikule, OECD tervisekomiteele ja ELi tervisesüsteemide tulemuslikkuse hindamise eksperdirühmale väärtuslike märkuste ja ettepanekute eest.

Sisukord

1. PÕHIPUNKTID	3
2. TERVIS EESTIS	4
3. RISKITEGURID	7
4. TERVISESÜSTEEM	9
5. TERVISESÜSTEEMI TOIMIVUS	11
5.1 Tõhusus	11
5.2 Kättesaadavus	14
5.3 Säilenõtkus	16
6. VAIMNE TERVIS TÄHELEPANU KESKMES	20
7. PEAMISED JÄRELDUSED	22

Andme- ja teabeallikad

Enamik riikide terviseprofiilides esitatud andmetest ja teabest põhineb riikide poolt Eurostatile ja OECD-le esitatud ametlikul statistikal, mis valideeriti, et tagada andmete võimalikult suur võrreldavus. Teave andmete algallikate ja alusmeetodite kohta on kättesaadav Eurostati andmebaasis ja OECD terviseandmebaasis. Teatavate täiendavate andmete allikad on veel Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC), uurimisvõrgustiku Health Behaviour in School-Aged

Children (HBSC) uuringud ja Maailma Terviseorganisatsioon (WHO), samuti muud riiklikud allikad.

ELi kohta arvatud keskmised on 27 liikmesriigi kaalutud keskmised, kui ei ole märgitud teisiti. ELi keskmised ei hõlma Islandit ega Norrat.

Käesolev profiil valmis 2023. aasta septembris ning see põhineb andmetel, mis olid kättesaadavad 2023. aasta septembri esimese poole seisuga.

Eesti demograafiline ja sotsiaal-majanduslik taust, 2022

Demograafilised tegurid

	Eesti	EL
Rahvaarv	1 331 796	446 735 291
65-aastaste ja vanemate elanike osakaal (%)	20,4	21,1
Sündimuskordaja ¹ (2021)	1,6	1,5

Sotsiaal-majanduslikud tegurid

SKP elaniku kohta (eurodes ostujõu pariteedi alusel ²)	30 671	35 219
Suhtelise vaesuse määr ³ (%)	22,8	16,5
Töötuse määr (%)	5,6	6,2

1. Sündide arv 15–49-aastase naise kohta. 2. Ostujõu pariteet on valuutavahetuskurs, mille abil võrdsustatakse eri vääringute ostujõud, kõrvaldades eri riikide hinnatasemete erinevused. 3. Nende inimeste osakaal, kelle ekvivalentnetosissetulek on alla 60% mediaan-ekvivalentnetosissetulekust. Allikas: Eurostati andmebaas.

Vastutusest loobumine: Käesolev töö on avaldatud OECD peasekretäri vastutusel. Siin väljendatud arvamused ja kasutatud argumentid ei pruugi kajastada OECD liikmesriikide ametlikke seisukohti. European Observatory on Health Systems and Policies väljaannetes väljendatud seisukohad ja arvamused ei pruugi esindada osalevate organisatsioonide ametlikku poliitikat.

Käesolev töö on koostatud Euroopa Liidu rahalisel toetusel. Siin väljendatud seisukohti ei saa mingil juhul pidada Euroopa Liidu ametlikku arvamust kajastavaks.

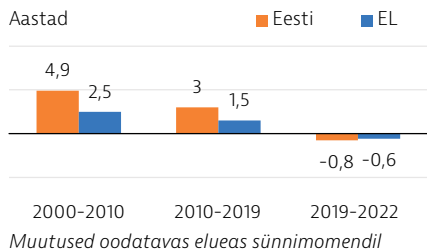
Käesolevas ühisväljaandes kasutatud riikide ja territooriumide nimed ja esitusviisid vastavad WHO tavale.

OECD suhtes kohaldatavad territoriaalsed erisused: Käesolev dokument, samuti kõik selles sisalduvad andmed ja kaardid ei piira ühegi territooriumi staatust või suveräänsust, rahvusvaheliste piiride ja piiride määramist ega ühegi territooriumi, linna või piirkonna nime. Täiendavad erandid on kättesaadavad [siin](#).

WHO suhtes kohaldatavad territoriaalsed lahtiütlemised: Kasutatud nimetused ja käesoleva materjali esitamine ei tähenda, et WHO väljendaks mis tahes arvamust mis tahes riigi, territooriumi, linna või piirkonna või selle ametiasutuste õigusliku staatuse või nende piiride või piiride kindlaksmääramise kohta. Punkt- ja katkendlikud jooned kaartidel tähistavad ligikaudseid piirjooni, mille osas ei pruugi veel täielik kokkulepe olemas olla.

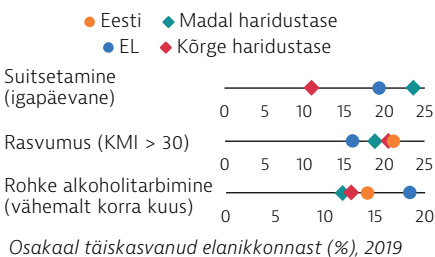
© OECD ja Maailma Terviseorganisatsioon (tegutsetes European Observatory on Health Systems and Policies vastuvõtva organisatsioonina ja sekretariaadina) 2023.

1 Põhipunktid



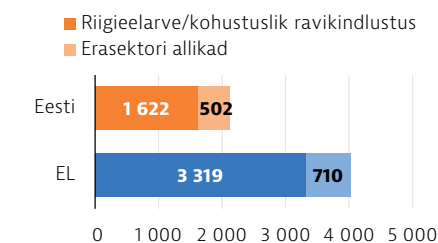
Tervis Eestis

Ajavahemikul 2000–2019 pikenes Eestis oodatav eluiga märkimisväärselt, ent COVID-19 pandeemia esimestel aastatel olukord muutus – aastatel 2019–2022 lühenes see ühtekokku 0,8 aasta võrra. Nendel aastatel põhjustasid liigsuremust esmajärjekorras COVID-19 ja alkoholist seotud surmajuhtumid. Oodatav eluiga on sugude, sissetulekurühmade ja haridustasemete lõikes väga erinev.



Riskitegurid

Tubakat tarbitakse Eestis samal määral kui ELis keskmiselt, kuid madala haridustasemega inimesed suitsetavad kaks korda suurema tõenäosusega. Üha rohkem noori kasutab veipimistooteid. Oluline poliitikaküsimus on rasvumise leviku kasv. 2019. aastal oli kokku peaaegu 39% kõigist surmadest Eestis tingitud käitumuslikest riskiteguritest.



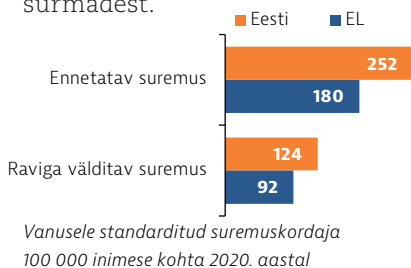
Tervisesüsteem

Avaliku sektori allikatest kaetakse enam kui 76% jooksvatest tervishoiukuludest, st 2021. aastal 1 622 eurot inimese kohta. Suurenenud on riigieelarvest tehtavate eraldiste osakaal Tervisekassa eelarves. 2021. aastal kulutati Eestis tervishoiule elaniku kohta 2 124 eurot ehk ligikaudu pool ELi keskmistest kogukulutustest tervishoiule.

Eurodes elaniku kohta ostujõu pariteedi alusel, 2021

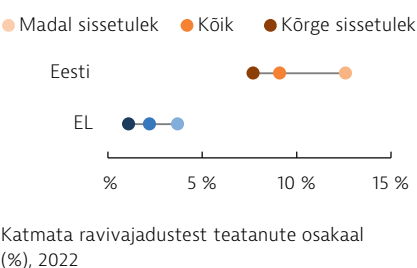
Tõhusus

Ennetatav ja raviga välditav suremus on järjepidevalt vähenenud, kuid on endiselt suurem kui ELis keskmiselt. Nagu enamikus teistes ELi riikides, suurenes ennetatav suremus 2020. aastal, sest COVID-19 põhjustatud surmad liigitati ennetatavaks. Peamine raviga välditavate surmade põhjus on südame-veresoonkonna haigused ning alkoholitarbimine põhjustab viiendiku kõigist ennetatavatest surmadest.



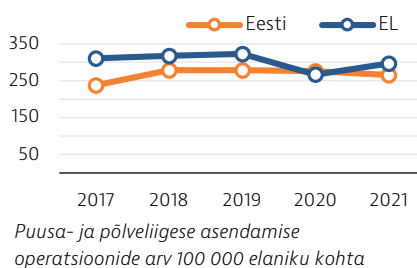
Kättesaadavus

Ajavahemikul 2019–2022 vähenes katmata ravivajadusega täiskasvanute koguosaakal 15,5%-lt 9,1%-le. Kõige rohkem paranes see näitaja kõrge sissetulekuga elanikkonnarühmades, mis suurendab ebavõrdsust veelgi. Sellegipoolest teatavad Eesti elanikud katmata ravivajadusest suurema tõenäosusega kui teised eurooplased. See on enamasti tingitud plaanilise ravi ooteagadest.



Säilenõtkus

COVID-19 pandeemia ajal ei tekkinud Eestis tervishoiuteenuste osutamisel nii suuri häireid kui mujal Euroopas. Plaanilised operatsioonid (nt puusaliigese asendamine) jätkusid, ent teatavate muude protseduuride arv vähenes. Tervishoiutöötajate nappuse probleemiga küll tegeletakse, kuid tegemist on endiselt pakilise poliitikaküsimusega, mis paneb tõenäoliselt proovile tervisesüsteemi säilenõtkuse.



Vaimne tervis tähelepanu keskmes

Enne COVID-19 pandeemiat teatas madalama sissetulekuga kvintiili puhul depressioonist rohkem mehi (11,7%) kui naisi (9,7%). Eesti andmete kohaselt tegi vaimse tervise probleemide levimus ajavahemikul 2020–2022 aga järsu hüppe. Pandeemia on ajendanud võtma jõulisi meetmeid, et parandada vaimse tervise teenuste osutamist. 2022. aastal võeti Eestis vastu vaimse tervise tegevuskava aastateks 2023–2026 ning 2024. aasta lõpuks töötatakse välja suitsiidiennetuse tegevuskava.

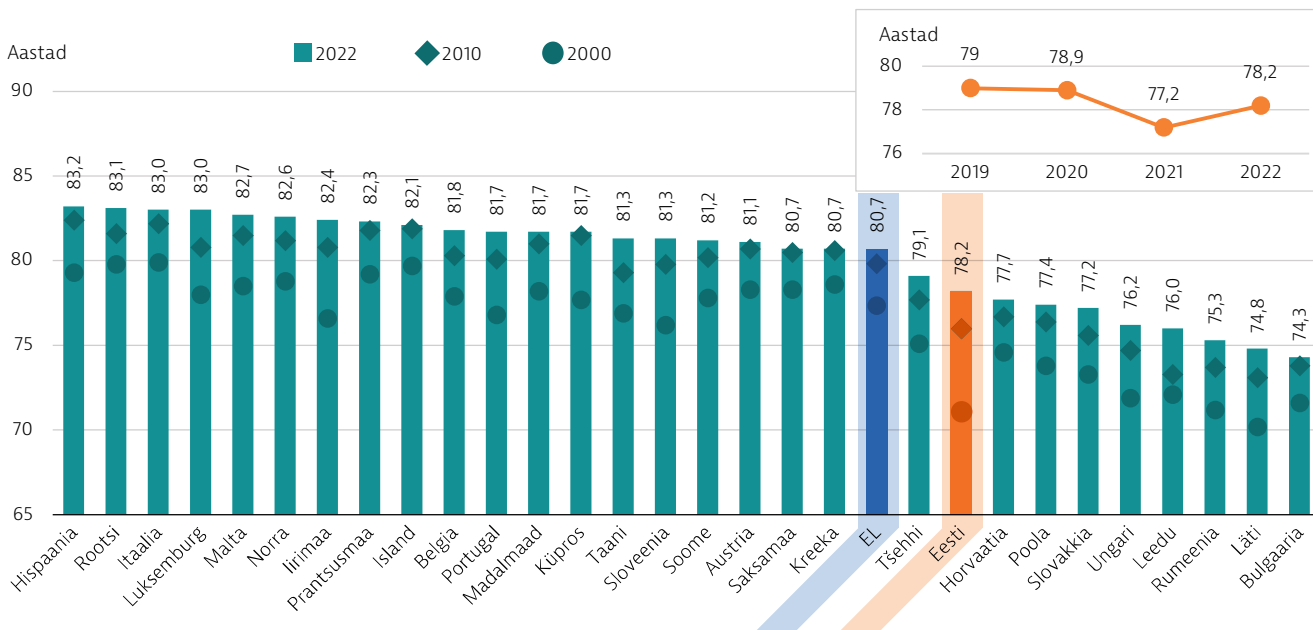
2 Tervis Eestis

Oodatav eluiga pikenes enne pandeemiat rohkem kui üheski muus ELi riigis, kuid 2020. ja 2021. aastal lühenes

Ajavahemikul 2000–2019 pikenes oodatav eluiga sünnimomendil Eestis peaaegu kaheksa aasta võrra –71,1 aastalt 79,0 aastale –, kuid COVID-19 pandeemia tõttu lühenes see 2020. aastal mõnevõrra ning 2021. aastal veelgi rohkem. Ajavahemikul 2019–2021 lühenes oodatav eluiga sünnimomendil 1,8 aasta võrra, kuid 2022. aastal pikenes taas ühe aasta võrra (78,2 aastale).

2022. aasta seisuga elasid naised Eestis keskmiselt 8,7 aastat kauem kui mehed. See on Leedu ja Läti järel ELi suuruselt kolmas oodatava eluea sugudevaheline erinevus ja on märksa suurem kui ELi keskmine 5,4 aastat. Oodatav eluiga erineb märkimisväärselt sotsiaal-majanduslike staatuste lõikes. 2021. aastal oli keskhariduseta 30-aastaste meeste oodatav eluiga 9,3 aasta võrra lühem kui ülikoolikraadiga 30-aastastel meestel. 30-aastaste naiste puhul oli vahe 8,1 aastat.

Joonis 1. Oodatav eluiga on Eestis endiselt lühem kui ELi keskmine, kuid paranes enne pandeemiat kiiresti



Märkus. ELi keskmine on kaalutud keskmine. 2022. aasta andmed on Eurostati esialgsed hinnangulised andmed, mis võivad erineda riigi andmetest ja mis võidakse läbi vaadata. Iirimaa andmed on 2021. aasta kohta. Allikas: Eurostati andmebaas.

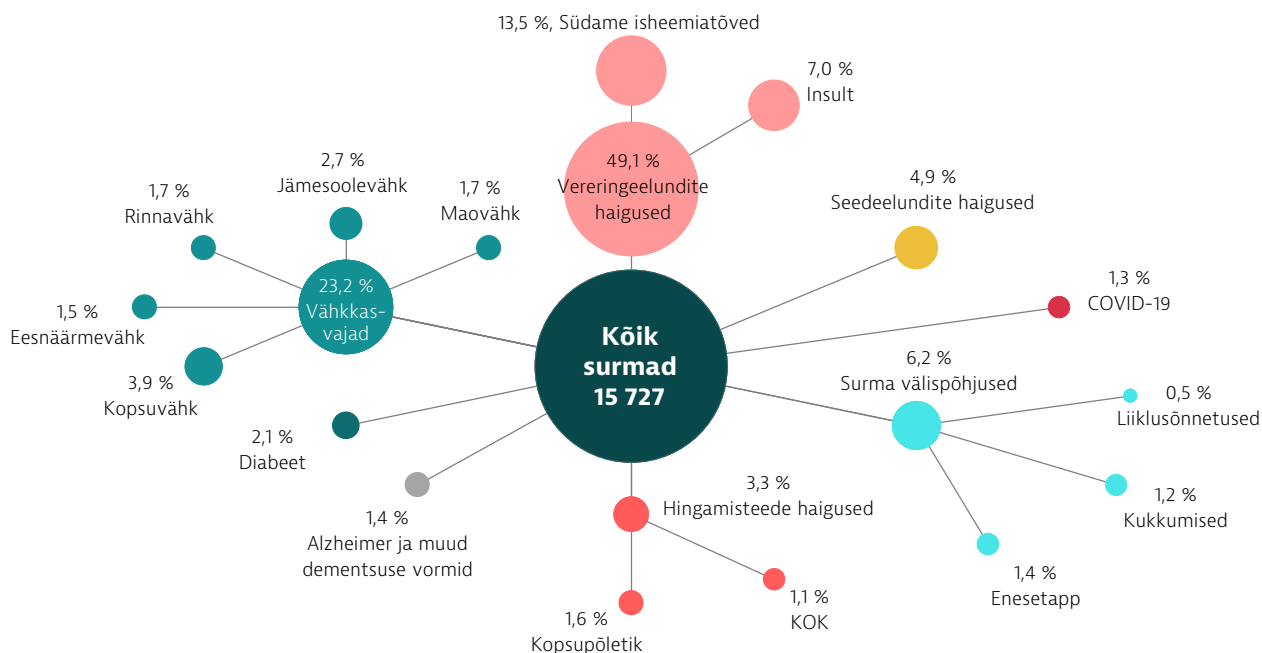
Peamine surma põhjus on südame-veresoonkonna haigused

Südame-veresoonkonna haigused moodustavad veidi alla poole kõigist surmadest Eestis (joonis 2). Hoolimata sellest, et suurem südame isheemiatõppe on alates 2011. aastast järgemööda vähenenud peaaegu 60%, oli see 2020. aastal endiselt 40% suurem kui ELi keskmine. See oli peamine surma põhjus Eestis ning selle arvele langeb peaaegu kuuendik kõigist surmadest. Seda suurt vähenemist saab osaliselt seostada oluliste riskitegurite, näiteks suitsetamise leviku vähenemisega – eelkõige Eesti meeste seas – ja tervishoiu kvaliteedi märkimisväärse paranemisega (vt punktid 3 ja 5.1). 2020. aastal oli teine kõige levinum surma põhjus vähktõbi, kusjuures sagedaseim vähki suremise põhjus on kopsuvähk. COVID-19 tõttu suri Eestis

2020. aastal 203 inimest – mis tähendab, et see moodustas 1,3% surmade koguarvust –, kuid 2021. aastal COVID-19 põhjustatud surmade arv suurenes (1 765-le).

Kõikehõlmavam üldise liigsuremuse näitaja – mis tahes põhjusel surmade arv, mis ületab nende surmade arvu, mida oleks võinud eeldada eelnenud viie aasta andmete põhjal – oli Eestis 2020. aastal üks ELi väiksemaid, kuid nii 2021. kui ka 2022. aastal kasvas see üle ELi keskmete. COVID-19 põhjustatud suremus oli kõigil kolmel pandeemia-aastal üldisest liigsuremusest väiksem (joonis 3). See osutab asjaolule, et COVID-19ga kaudselt seotud surmade arv oli suurem kui viirusega otseselt seotud surmade arv, millest teatati. Samal ajal tegi kolmel pandeemia-aastal järsu hüppe alkoholiga seotud surmade arv, mis liigsuremust veelgi suurendas.

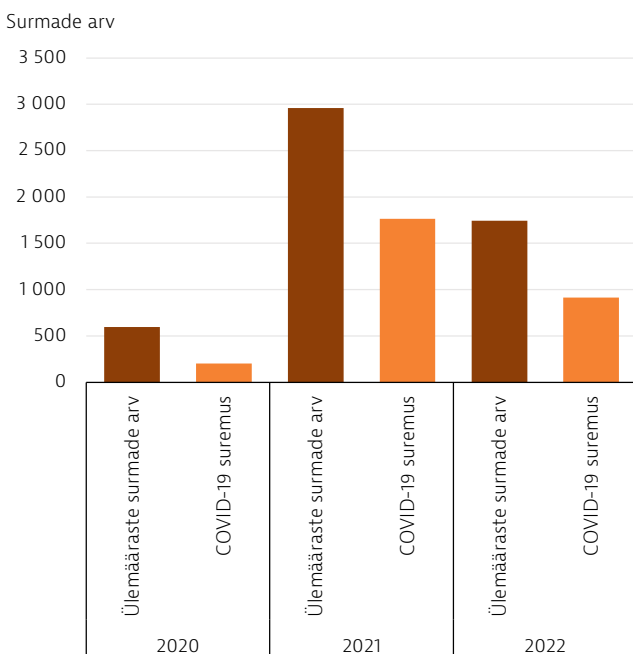
Joonis 2. 2020. aastal oli Eestis peamine surma põhjus südame isheemiatõbi



Märkus. KOK – krooniline obstruktiivne kopsuhaigus.
Allikas: Eurostati andmebaas (2020. aasta andmed).

2021. aastal kasvas märkimisväärselt ka kuumast tingitud surmade arv eakate seas (Tervise Arengu Instituut, 2023).

Joonis 3. Liigsuremus oli suurem kui COVID-19 põhjustatud suremus aastatel 2020–2022



Märkus. Liigsuremus tähendab mis tahes põhjusel surmade arvu, mis ületab keskmist iga-aastast surmade arvu pandeemia eelnenud viiel aastal (2015–2019).

Allikad: Tervise Arengu Instituut (COVID-19 põhjustatud suremus) ja Eurostati andmetel põhinev OECD tervisestatistika (liigsuremus).

Hinnang oma tervisele erineb sissetulekurühmiti suuresti

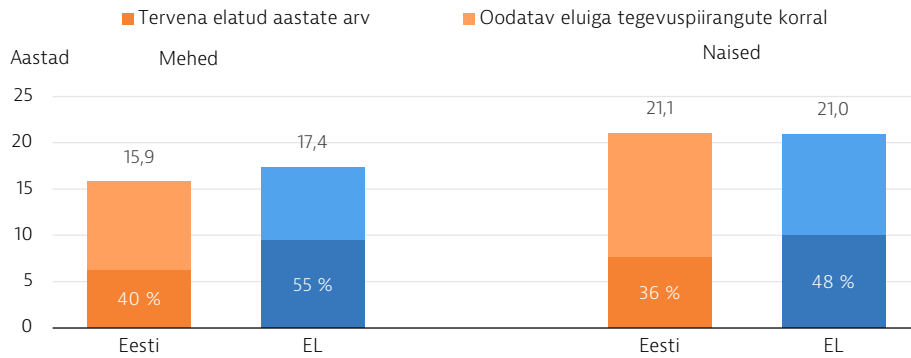
2022. aastal teatas heast tervisest peaaegu 58% Eestis elavatest täiskasvanutest, samal ajal kui kogu ELis teatas sellest 68% inimestest. Oma tervist pidas heaks enam kui 78% kõrgeima sissetulekuga kvintiili kuuluvatest inimestest ja 34% madalaima sissetulekuga kvintiili kuuluvatest inimestest. See erinevus sissetulekurühmade vahel on ELi riikide seas üks suurimaid.

Eesti eakad elavad eeldatavalt suure osa oma elust tegevuspiirangutega

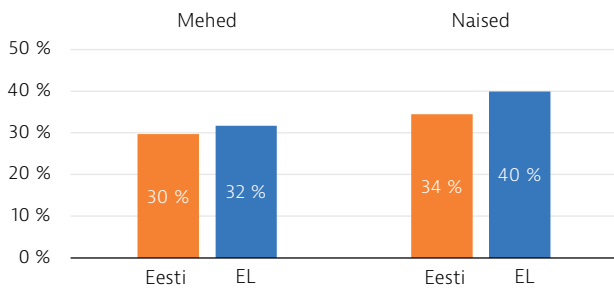
Kui 2000. aastal oli 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal Eestis 15%, siis 2020. aastal saavutas see taseme 20%. Seda saab peamiselt seostada oodatava eluea järsu pikenedamisega. 2050. aastaks peaks see osakaal prognooside kohaselt jõudma 28%-le. Vaatamata sellele, et oodatav eluiga on pikenenud, on 65-aastaste oodatav tervena elatud aastate arv Eestis endiselt alla ELi keskmise, arvestades, et nii mehed kui ka naised elavad suurema osa oma elada jäänud aastatest tegevuspiirangutega. Eesti eakate seas teatavad mitme kroonilise tervisehäire esinemisest ja igapäevaelu piirangutest rohkem naised kui mehed (joonis 4).

Joonis 4. Eesti 65-aastaste tervena elatud aastate arv oli 2020. aastal alla ELi keskmise

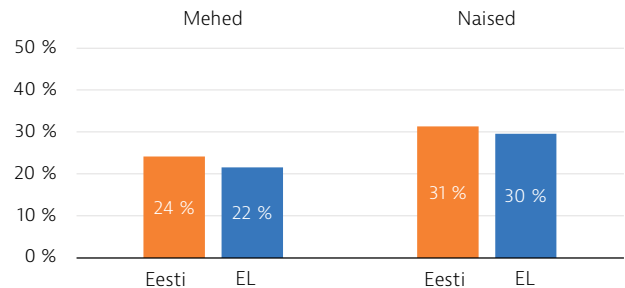
65-aastaste oodatav eluiga ja tervena elatud aastate arv



Mitme kroonilise haigusega 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal



Igapäevaelu piirangud 65-aastastel ja vanematel inimestel



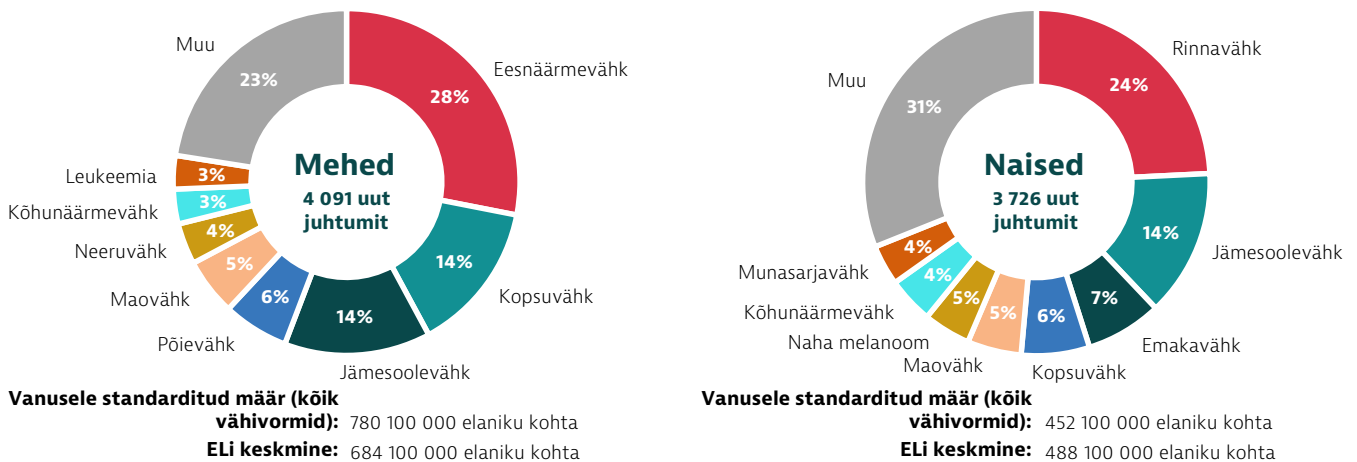
Allikad: Eurostati andmebaas (oodatav eluiga ja tervena elatud aastad) ja tervise, vananemise ja tööjätu üleeuroopalise uuringu (SHARE) 8. küsitluslaine (mitme kroonilise terviseprobleemiga ja igapäevaelu piirangutega inimeste andmed). Kõik andmed käivad 2020. aasta kohta.

Eesti meeste seas on vähktõve hinnanguline esinemissagedus suurem kui ELi keskmine

Teadusuuringute Ühiskeskuse hinnangute kohaselt oli Eestis 2022. aastal varasemate aastate suundumuste põhjal oodata enam kui 7 500 uut vähidiagnoosi. Eesti meeste seas oli vähktõve hinnanguline kogu esinemissagedus üle ELi

keskmise, kusjuures ligikaudu 28% kõigist vähidiagnoosidest oli seotud eesnäärmevähiga, millele järgnesid kopsuvähk ja jämesoolevähk (joonis 5). Eesti naiste puhul oli vähktõve hinnanguline kogu esinemissagedus aga ELi keskmisest väiksem ning kõige sagedamini diagnoositi rinnavähki (24%).

Joonis 5. 2022. aastal oli Eestis oodata enam kui 7 500 vähidiagnoosi



Märkus. Välja on jäetud mittemelanoomne nahavähk. Emakavähk ei hõlma emakakaelavähki.
 Allikas: Euroopa vähiteabesüsteem (ECIS).

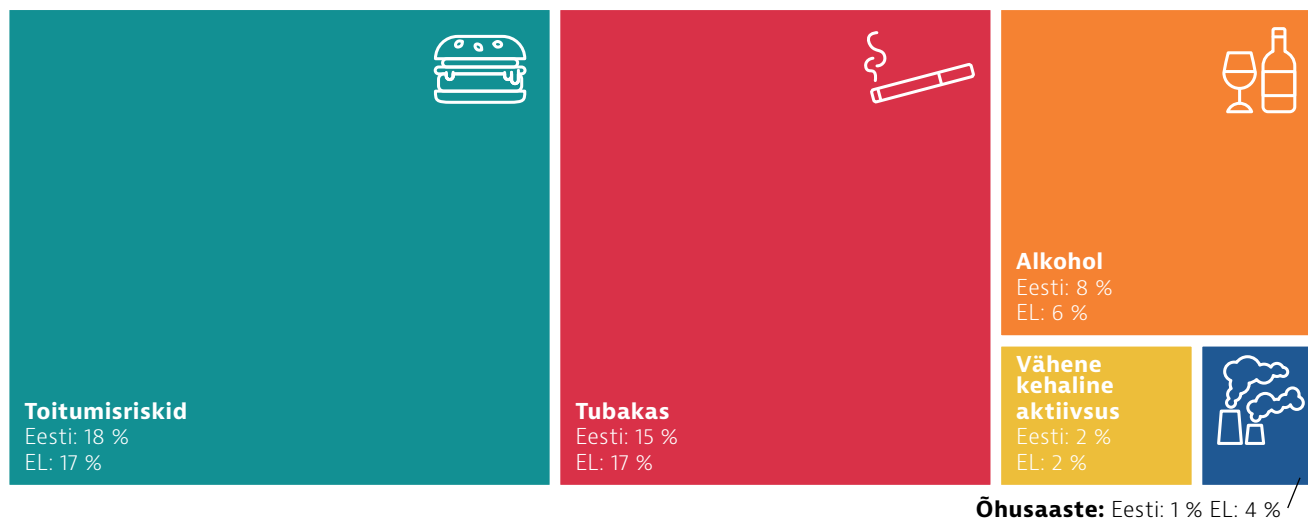
3 Riskitegurid

Märkimisväärne osa kõigist surmadest on tingitud riskikäitumisest

2019. aastal oli riskikäitumisega – sh tubaka suitsetamine, tasakaalustamata toitumine, alkoholi tarbimine ja vähene kehaline aktiivsus – seotud 39% kõigist surmadest Eestis. Peaaegu viiendikku kõigist surmadest saab seostada tasakaalustamata toitumisega – see jääb ELi keskmise lähedale. Tubaka tarbimine (sh passiivne suitsetamine) oli tähtsuselt teine suuremust suurendav käitumuslik riskitegur

(15% surmadest). Alkoholitarbimise arvele langes 2019. aastal 8% kõigist surmadest, kuid alkoholiga seotud suremus suurenes COVID-19 pandeemia ajal (Tervise Arengu Instituut, 2023). Vähest kehalist aktiivsust seostati kõigist surmadest 2%-ga, mis vastab ELi keskmisele. Õhusaaste, milleks loetakse kokkupuudet tahkete peenosakeste (PM_{2,5}) ja osooniga, põhjustas ligikaudu 1% kõigist surmadest, mida on vähem kui ELi keskmine 4% (joonis 6).

Joonis 6. Peaaegu 40% kõigist surmadest Eestis on seostatavad muudetava riskikäitumisega



Märkus. Nimetatud riskiteguritega seotud surmade koguarv on väiksem kui iga teguriga seostatavate surmade summa, sest sama surm võib olla tingitud rohkem kui ühest tegurist. Tasakaalustamata toitumine hõlmab 14 komponenti, näiteks puu- ja köögiviljade vähene tarbimine ning suhkruga magustatud jookide rohke tarbimine. Õhusaaste tähendab kokkupuutumist PM_{2,5}-osakeste ja osooniga. Allikad: IHME (2020), Global Health Data Exchange (hinnangud 2019. aasta kohta).

Tasakaalustatud toitumist soodustavad ja rasvumist ennetavad poliitikameetmed on saanud sisse uue hoo

Euroopa terviseküsitlusuuringu kohaselt oli Eestis 2019. aastal rohkem kui viiendik täiskasvanuist rasvunud. Riigisisese terviseuuringust pärinevatest uuematest andmetest nähtub, et 2020. aastal olid enam kui pooled 16–64-aastastest inimestest kas ülekaalulised või rasvunud. Eeskätt on ülekaaluliste või rasvunute osakaal suurenenud meeste seas – 2010. aastal oli see 53% ja 2020. aastal 61% (Tervise Arengu Instituut, 2023). Ülekaalulisus ja rasvumine on üha suurem probleem ka noorukite seas. Ülekaaluliste ja rasvunud noorukite osakaal on viimase 20 aasta jooksul märkimisväärselt suurenenud – kui 2002. aastal oli 15-aastaste seas ülekaalulisi või rasvunuid vaid 7%, siis 2022. aastal oli nende osakaal 21,3%.

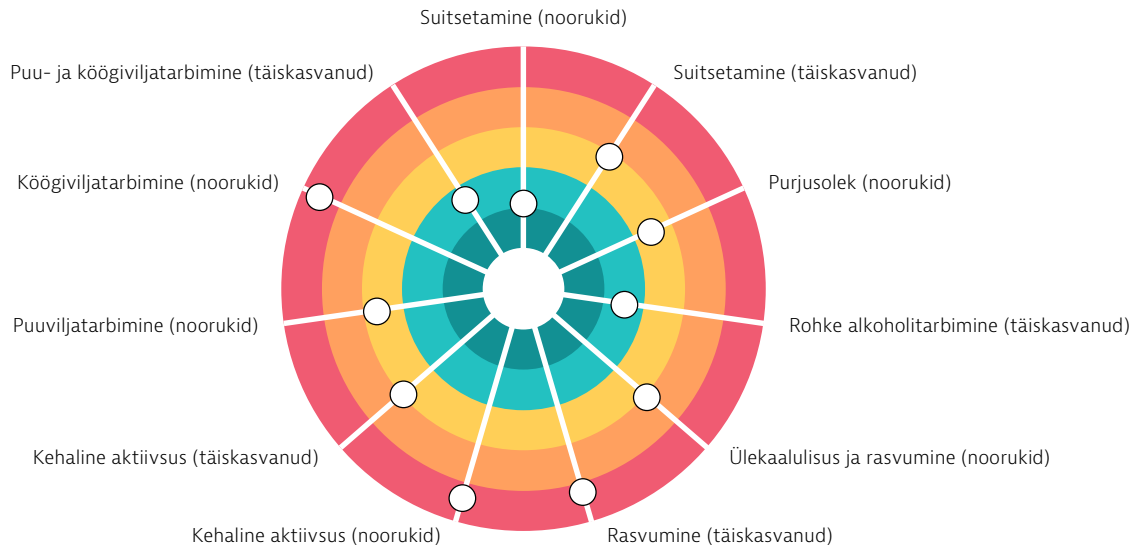
Ehkki Eesti elanikud söövad puu- ja köögivilju enda väitel rohkem kui enamiku ELi riikide elanikud, tarbis 2019. aastal päevas vähemalt viis portsjonit

puu- ja köögivilju vaid vähem kui seitsmendik täiskasvanutest (13%) (joonis 7). 2014. aastal koostati toitumise ja liikumise roheline raamat. Valitsus ei ole seda veel heaks kiitnud, kuid see on lisatud valitsuse 2023.–2027. aasta tegevusprogrammi; see on kavas vastu võtta 2024. aasta novembris. Sellisest viivitusest hoolimata on rasvumise probleemiga tegelemiseks välja töötatud muid poliitikavahendeid, näiteks koostati toidu reformuleerimise kava, mida arutatakse toiduainetööstusega alates 2023. aasta septembrist. 2022. aastal töötati välja ka tegevusjuhend toidu ja joogi vastutustundliku reklaami kohta lastesaadetes.

Enam kui viiendik täiskasvanutest suitsetab iga päev

Tubakatarbimine on Eestis endiselt suur rahvatervise probleem, eelkõige meeste hulgas, ehkki suitsetajate osakaal on alates 2000. aastast märkimisväärselt vähenenud. Iga viies mees suitsetab igapäevaselt ning 2019. aastal olid mehed igapäevasuitsetajad peaaegu kaks korda suurema tõenäosusega kui

Joonis 7. Rasvumine on Eestis oluline rahvatervise probleem, eelkõige täiskasvanute seas



Märkus. Mida lähemal on punkt keskpunktile, seda paremad on riigi tulemused võrreldes teiste ELi riikidega. Valgel n-ö sihttalal ei ole ükski riik, kuna kõigil riikidel on kõigis valdkondades arenguruumi.

Allikad: 2022. aasta HBSC uuringul põhinevad OECD arvutused (noorukite näitajad); 2019. aasta terviseküsitlusuuring (täiskasvanute näitajad).

naised. Suitsetajate osakaal 15-aastaste seas on langenud alla ELi keskmise, kusjuures 2022. aastal teatas 12% 15-aastastest, et on viimase kuu jooksul suitsetanud. Märkimisväärselt on aga kasvanud regulaarselt veipimistooted kasutavate noorte täiskasvanute (15–24-aastased) osakaal – 2022. aastal oli see peaaegu 30%. 2019. aastal jõustusiid tubakaseaduse muudatused, millega keelati tubakatoodete ja nendega seonduvate toodete väljapanek müügikohtades. Samuti on seadusega keelatud tubakast erinevad maitse- ja lõhnaained e-sigarettide vedelikes ning tubakatoodete kaugmüük.

Suur alkoholitarbimine on endiselt probleem

2022. aastal teatas 21% 15-aastastest noorukitest, et on olnud purjus enam kui ühe korra; seda on rohkem kui ELis keskmiselt (18%), kuid vähem kui 2000. aastate alguses (50%). Alates 2014. aastast on tänu alkoholipoliitika rohelise raamatu süstemaatilisele rakendamisele vähenenud üldine alkoholitarbimine täiskasvanute seas, mis saavutas madalaima taseme 2018. aastal. Pandeemia ajal pöördus see positiivne suundumus aga ümber pärast seda, kui 2019. aastal langetati alkoholiaktsiisi. Selle tagajärjel on alkohol praegu peamine ennetatava suremuse põhjus (vt punkt 5.1). Alkoholi liigtarbimise näitajates võib täheldada väga suurt sugudevahelist erinevust – 2019. aastal teatas regulaarsest rohkest alkoholitarbimisest 23% meestest, kuid vaid 6% naistest¹.

Eesti elanikud on kehaliselt vähem aktiivsed kui enamiku teiste ELi riikide inimesed

Regulaarne kehaline aktiivsus on Eestis veidi harvem kui enamikus teistes ELi riikides. Kolmveerand

Eesti inimestest teatas, et on kehaliselt aktiivne vähem kui 150 minutit nädalas – see osakaal on suurem kui ELi keskmine. 2022. aastal teatas ainult üks 15-aastane kaheksast, et on vähemalt mingil määral mõõdukalt kehaliselt aktiivne. See näitaja jääb samuti alla ELi keskmise. 2020. aasta riigisisese tervisekäitumise uuringu tulemustest nähtub samuti, et inimeste eluviis on üha istuvam – enam kui 22% vastanutest tõdes, et veedab päevas ekraani ees rohkem kui neli tundi, kusjuures 2018. aastal oli see osakaal 16% (Tervise Arengu Instituut, 2023).

Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus suurendab oluliselt terviseriske

Eestis on madalama haridustasemega elanike seas rohkem suitsetajaid ning seetõttu on oodatav eluiga selles elanikkonnarühmas lühem. 2019. aastal olid madalama haridustasemega täiskasvanutest 24% igapäevasuitsetajad – see näitaja on üks ELi kõrgeimatest ning ületab ELi keskmist 13 protsendipunkti võrra. Kõrgema haridustasemega Eesti inimestest suitsetas aga vaid 11%.

Peale selle oli 2020. aastal madalama haridustasemega Eesti inimeste puhul võrreldes kõrgema haridustasemega inimestega väiksem tõenäosus, et nad on soovituslikul määral kehaliselt aktiivsed ning tarbivad soovitatavas koguses puu- ja kõögivilju. Samuti selgus 2020. aastal tehtud riigisisese uuringust, et madalama haridustasemega inimeste seas on rohkem ülekaalulisi ja rasvunuid (63%) kui kõrgharidusega inimeste seas (46%) (Tervise Arengu Instituut, 2023).

¹ Rohke alkoholitarbimisega on tegemist juhul, kui täiskasvanu tarbib korraga kuus või enam alkohoolset jooki.

4 Tervisesüsteem

Eestis on üksainus ravikindlustusfond (Tervisekassa), mis katab enamikku elanikkonnast

Eesti tervisesüsteem põhineb sotsiaalse ravikindlustuse mudelil ning seda rahastatakse suuresti palgafondimaksust, ehkki üha rohkem tehakse sel otstarbel siirdeid riigieelarvest (2021. aastal moodustasid need kokku 7,4% jooksvatest tervishoiukuludest, v.a COVID-19ga seotud siirded). Praegu on sotsiaalse ravikindlustusega kaetud 96% elanikkonnast (Statistikaamet, 2023). Ravikindlustusega on valdavalt inimesed, kes töötavad mitteametlikult või ajutiselt. Eesti Tervisekassa on poolautonoomne avalik-õiguslik organisatsioon, mis koondab enamiku tervishoiuvaldkonna avaliku sektori vahenditest ja korraldab tervishoiuteenuste ostmist. Tervisesüsteem on tsentraliseeritud ja selle üle teeb järelevalvet sotsiaalministeerium. Kõik suured haiglad Eestis kuuluvad riigile ning neis osutatakse statsionaarset ravi ja suurem osa ambulatoorsest eriarstiabist. Enamik esmatasandi tervishoiuteenuste ja hambaraviteenuste osutajaid on eraomandis, nagu ka teatavad ambulatoorse eriarstiabi ja pikaajalise hoolduse teenuste osutajad.

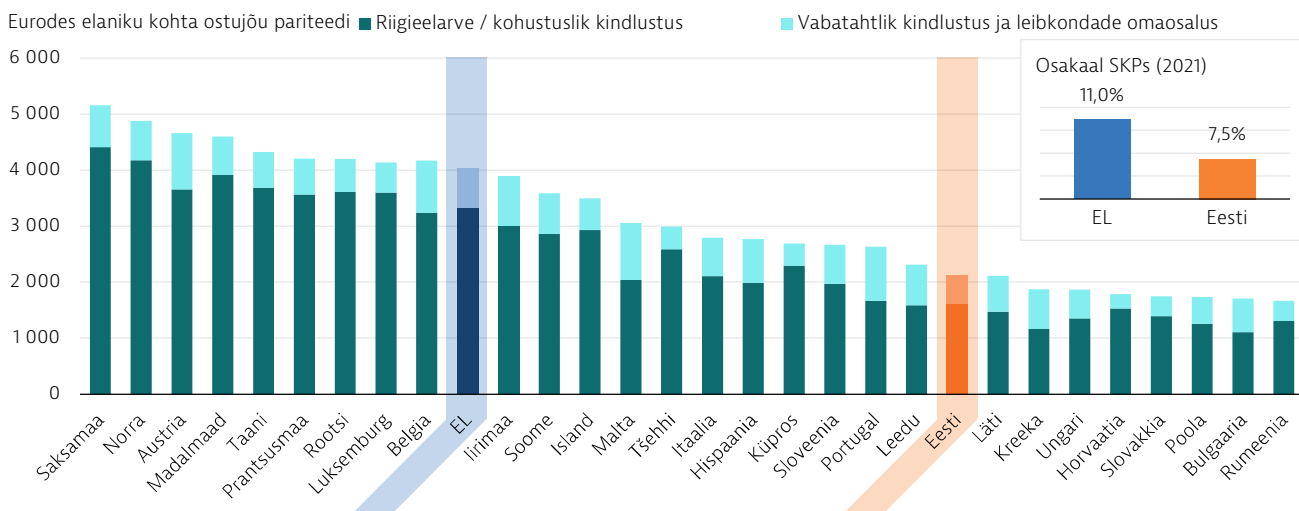
Kulutused tervishoiule suurenesid COVID-19 pandeemia ajal märkimisväärselt

Tervishoiukulud inimese kohta on järjepidevalt kasvanud – viimase 20 aasta jooksul on need peaaegu viiekordistunud. 2021. aastal kulutas Eesti tervishoiule 2 124 eurot inimese kohta (korregeeritud ostujõu erinevuste alusel), mis on peaaegu pool

ELi keskmisest (4 028 eurot), kuid ligikaudu samas suurusjärgus nagu Lätis ja Leedus (joonis 8). Ajavahemikul 2019–2020 suurenesid jooksvad tervishoiukulud riigis COVID-19 pandeemia reageerimiseks võetud meetmete tulemusena 10,3% ja 2021. aastal veel 8,7% võrra. Protsendina SKPst saavutasid kulutused tervishoiule 2021. aastal taseme 7,5%.

On tekkinud mure, et Eesti tervishoiu rahastamise süsteem ei ole jätkusuutlik, sest tööeline elanikkond aina kahaneb ning seejuures kasvab paindliku tööhõive osakaal. Praegu rahastatakse ravikindlustust sihtotstarbelisest ravikindlustusmaksust (13%), mida tööandjad maksavad palkadelt. Samuti teeb riik alates 2022. aastast Tervisekassasse siirdeid mittetöötavate pensionäride eest (13% pensionist). COVID-19 pandeemia tõttu pidi valitsus eraldama nii 2020. kui ka 2021. aastal erakorraliselt lisaraha 193 miljoni euro ulatuses (Eesti Haigekassa, 2021). 2021. aastal kattis Eestis 76,4% tervishoiukuludest avalik sektor ning 21,9% kuludest kaeti omaosalusega, sh hambaravi, ambulatoorses ravis kasutatavate ravimite, pikaajalise hoolduse ja ambulatoorse eriarstiabi omaosalusega (vt punkt 5.2). Ülejäänud 1,7% tervishoiukuludest kaeti vabatahtliku tervisekindlustuse maksetega. Mitteametlikud maksed on harvad. Tervisekassa makstavate hüvitiste paketti peetakse ulatuslikuks ning selle tarbeks on kehtestatud hüvitatavate tervishoiuteenuste ja ravimite loetelu.

Joonis 8. Eesti kulutab tervishoiule inimese kohta ligikaudu pool ELi keskmisest



Märkus. ELi keskmine on kaalutud keskmine.

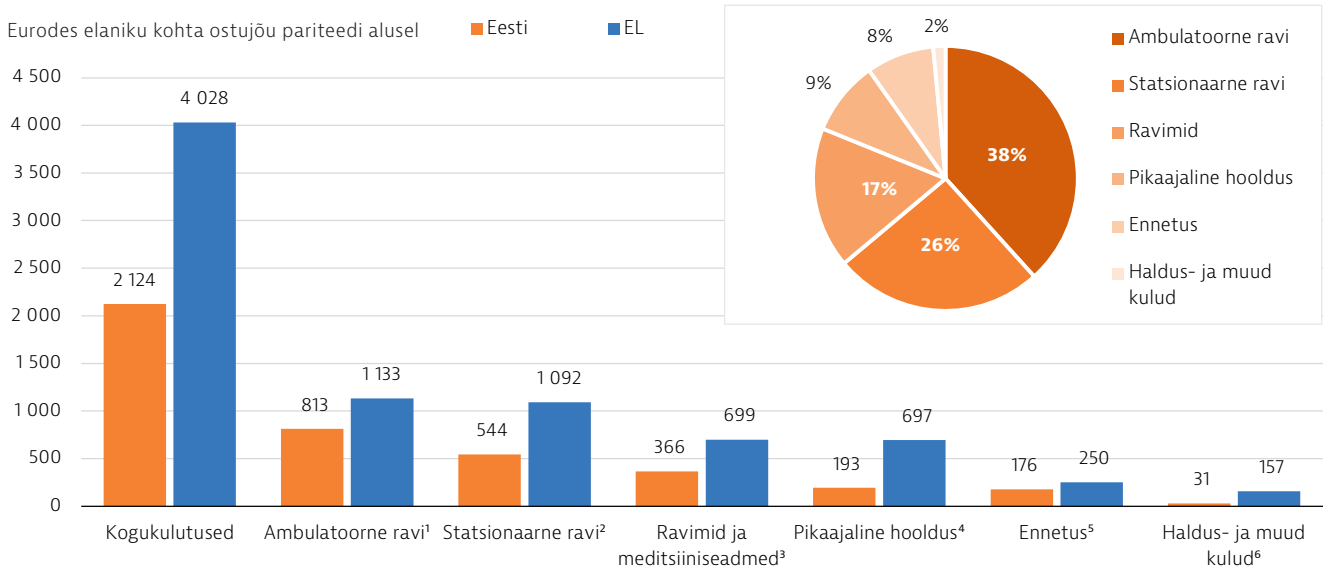
Allikas: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika (2021. aasta andmed, v.a Malta puhul (2020. aasta andmed)).

Eesti tervisesüsteemis läheb rohkem raha ambulatoorsele ravile kui statsionaarsele ravile

Ambulatoorne ravi (sh hambaravi) moodustab Eestis suurima osa tervishoiukuludest, sellele järgnevad statsionaarne ravi ja ravimid. Pikaajalisele hooldusele kulutatakse Eestis märgatavalt vähem kui ELis keskmiselt. Kui COVID-19 vastu vaksineerimise

ja muude ennetusmeetmetega seotud lisakulusid arvesse võtta, siis langes 2021. aastal ligikaudu 8% tervisekuludest rahvatervise ja ennetuse arvele; see näitaja ületab ELi keskmist 6% (joonis 9). Ambulatoorse ravi kulude suurt osakaalu saab teatavas osas selgitada sellega, et hambaravi on Eestis väga kallis (vt punkt 5.2).

Joonis 9. Eestis suunati 2021. aastal märkimisväärses koguses ressursse ennetusse



Märkus. 1. Hõlmab hambaravi, koduhooldusteenuseid ja kõrvalteenuseid (nt patsientide transport). 2. Hõlmab aktiiv-taastusravi haiglates ja muudes tervishoiuasutustes. 3. Üksnes ambulatoorse ravi raames. 4. Hõlmab üksnes tervishoiuteenuseid. 5. Hõlmab kulutusi korraldatud ennetusprogrammidele. 6. Hõlmab tervisesüsteemi juhtimise ja haldamisega seotud ning muid kulutusi. ELi keskmine on kaalutud keskmine. Allikad: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika (2021. aasta andmed, v.a Malta puhul (2020. aasta andmed)).

Eesti haiglates oli COVID-19 pandeemia ajal piisavalt voodikohti

Eesti haiglates oli 2021. aastal 4,4 voodikohta 1 000 inimese kohta; see on vähem kui ELi keskmine (4,8 voodikohta 1 000 inimese kohta). Voodikohtade arv on aja jooksul märkimisväärselt vähenenud, sest üha rohkem on hakatud teenuseid osutama ambulatoorselt. COVID-19 pandeemia ajal Eestis voodikohti sellegipoolest ei nappinud (vt punkt 5.3). Ka haiglaid on Eestis enam kui poole võrra vähem kui 30 aastat tagasi. Järelejäänud haiglad on ühtlaselt jaotatud üle kogu riigi ning 94% elanikkonnast elab haiglast 30-minutilise autosõidu kaugusel (Statistikaamet, 2023). Ehkki mõne haigla taristu vajab kaasajastamist, on kolmandik haiglate kogupinnast uus või suures osas renoveeritud (Euroopa Komisjoni tehnilise toe instrument, 2022).

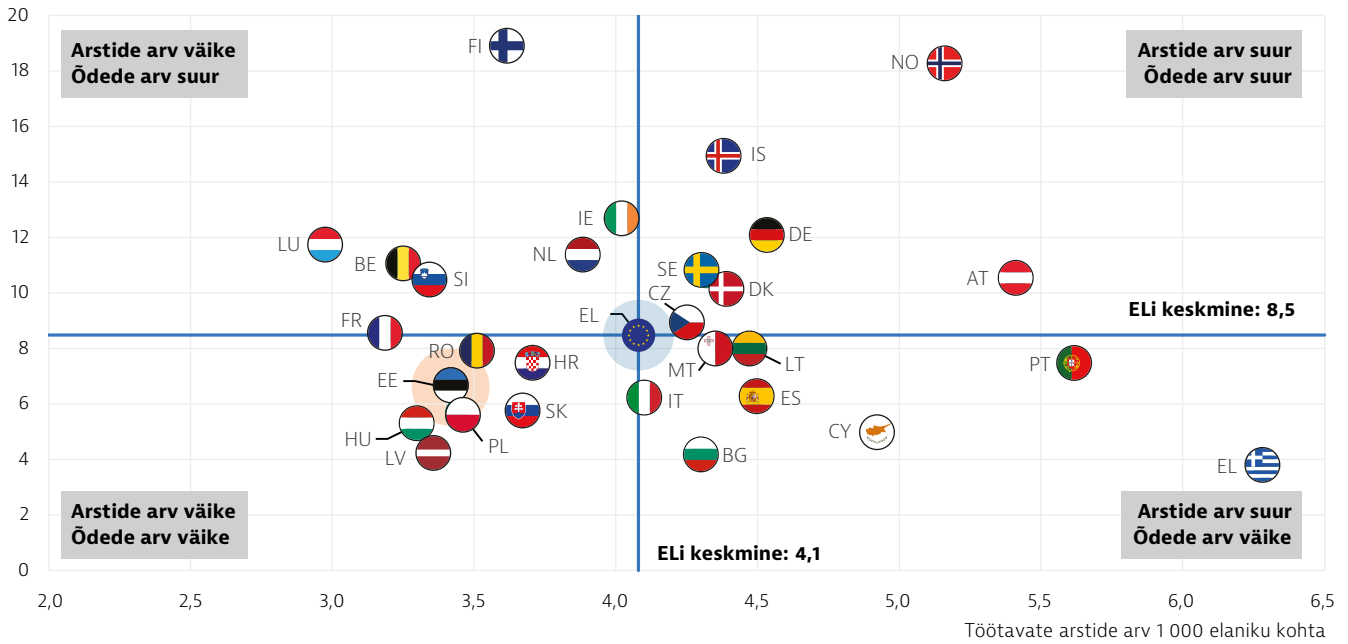
Mõnes piirkonnas valitseb tõsine tervishoiutöötajate nappus

2021. aastal oli Eestis ELi keskmisest vähem arste (3,4 arsti 1 000 inimese kohta) ja õdesid (6,5 õde 1 000 inimese kohta) (joonis 10). Arstide puhul on probleemiks tööjõu vananemine ning äärmiselt suur on töötajate nappus peremeditsiini – eelkõige väljaspool suuremaid linnu (Tallinn ja Tartu) – ja

psühhiaatria valdkonnas. Samuti valitseb kogu süsteemis suur õdede nappus. Hambaarste on Eestis rohkem kui ELis keskmiselt, kuid enamikku toetavaid tervishoiuspetsialiste napib. See vähendab võimalust kasutada tervishoiutöötajate nappusega toimetulekuks oskuste kombineerimist, näiteks ülesannete ümberjagamist, ning seab tõenäoliselt ohtu tervisesüsteemi säilenõtkuse (vt punkt 5.3).

Joonis 10. Eestis on võrreldes ELi keskmistega vähem arste ja õdesid

Töötavate õdede arv 1 000 elaniku kohta



Märkus. ELi keskmine on kaalumata keskmine. Õdedega seotud andmed hõlmavad kõiki õdede kategooriaid (mitte ainult neid, mis vastavad ELi kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiivile). Portugali ja Kreeka puhul osutavad andmed kõikidele tegevusloaga arstidele, mis tähendab, et praktiseerivate arstide arv on hinnatud tegelikust palju suuremaks (nt Portugali puhul umbes 30% võrra). Kreeka puhul on õdede arv hinnatud tegelikust väiksemaks, kuna arvesse on võetud üksnes haiglates töötavaid õdesid.

Allikas: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika (andmed 2021. aasta või viimase aasta kohta, mille puhul andmed on kättesaadavad).

5 Tervisesüsteemi toimivus

5.1 Tõhusus

Ennetatav ja raviga välditav suremus vähenes enne pandeemiat kiiresti

Aastatel 2015–2019 vähenes ennetatav suremus Eestis 13,5% võrra. 2020. aastal aga olukord muutus, sest COVID-19 põhjustatud surmad liigitati ennetatavaks. 2020. aastal teatati Eestis 252 ennetatavast surmast 100 000 elaniku kohta. Alkohooliga seotud surmapõhjusused moodustasid enam kui 20% ennetatavatest surmadest, kopsuvähk 12% ning südame isheemiatõbi ja õnnetusjuhtumid kumbki 10% (joonis 11). Alates 2014. aastast on Eestis ellu viidud ulatuslikke riiklikke strateegiaid, et vähendada alkoholi- ja tubakatarbimist, mis on riigis ennetatava suremuse peamised riskitegurid (vt punkt 3).

Raviga välditav suremus (surmad, mida oleks saanud ära hoida tõhusamate tervishoiuteenustega) on Eestis vähenenud – kui 2015. aastal oli raviga välditavate surmade arv 100 000 elaniku kohta 148, siis 2020. aastal oli see 124. Võrreldes ELi keskmisega – 2020. aastal 92 raviga välditavat surma 100 000 elaniku kohta – on Eesti näitaja aga siiski suhteliselt suur (joonis 11). Sagedaseim raviga välditava

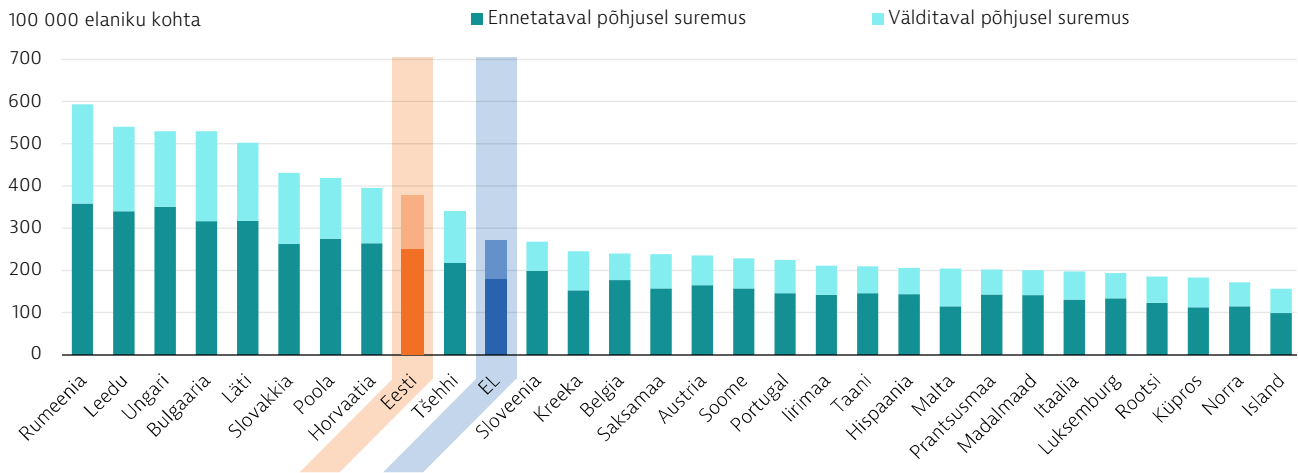
surma põhjus on südame-veresoonkonna haigused, enamasti südame isheemiatõbi, kõrgvererõhutõbi ja insult.

Vaktsineerituse tase on jätkuvalt madalam kui ELi keskmine

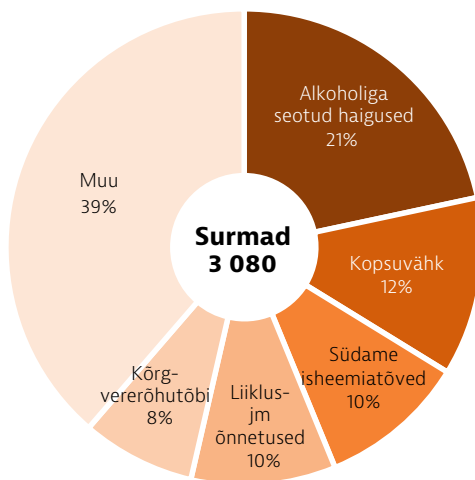
Rutiinse vaktsineerimise määrad on Eestis vähenenud. 2017. aastal olid 93% lastest täielikult vaktsineeritud difteeria, teetanuse ja läkakõha vastu, kuid 2021. aastal langes see osakaal 90%-le, mis jääb alla ELi keskmise 95% ja karjaimmuunsuse tekkeks nõutava taseme. Inimese papilloomiviiruse (HPV) vastu vaktsineeritud 15-aastaste tüdrukute osakaal oli 2019. aastal 48%, kuid tõusis 2022. aastal 60%-le tänu sellele, et 12–14-aastaste tüdrukute vaktsineerimine HPV vastu lisati 2018. aastal riiklikku immuniseerimiskavasse.

Gripi vastu vaktsineeritute osakaal 65-aastaste ja vanemate seas suurenes 15%-lt 2019. aastal 21%-le 2021. aastal; see osakaal on aga endiselt märksa väiksem kui ELi keskmine 51%. 2022. aasta seisuga vaktsineeriti riikliku immuniseerimiskava alusel gripi vastu rasedaid, 65-aastaseid ja vanemaid inimesi, 6 kuu kuni 7 aasta vanuseid lapsi ja riskirühma kuuluvaid alla 18-aastaseid.

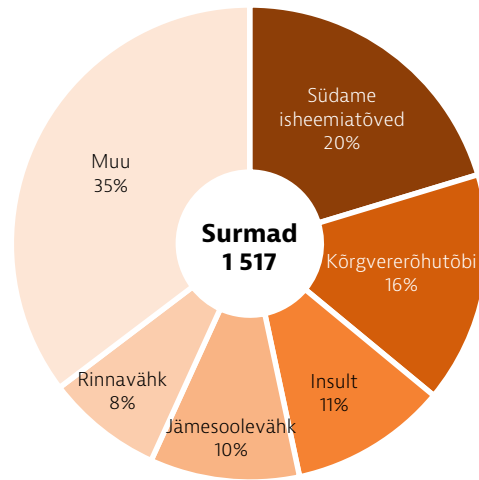
Joonis 11. Ennetatav ja raviga välditav suremus on endiselt suurem kui paljudes ELi riikides



Ennetataval põhjusel suremus



Välditaval põhjusel suremus



Eesti

Märkus. Ennetatav suremus hõlmab surmasid, mida saab suuresti ära hoida rahvatervise ja esmatasandi ennetavate sekkumistega. Raviga välditav suremus hõlmab surmasid, mida saab suuresti ära hoida tervishoiusekkumistega, sh sõeluuringute ja raviga. Mõlemad näitajad on seotud enneaegse suremusega (enne 75-aastaseks saamist). Loeteludes on pool teatavatest haigustest (nt südame isheemiatõbi, insult, diabeet ja kõrgvererõhutõbi) põhjustatud surmadest lisatud ennetatava suremuse alla ja teine pool raviga välditava suremuse alla, et sama surmajuhtumit ei arvestataks topelt. Allikas: Eurostati andmebaas (2020. aasta andmed).

COVID-19 pandeemia pidurdas vähi sõeluuringutega hõlmatus kasvu

Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 üks eesmärk on parandada vähktõve avastamist. Selle eesmärgi saavutamiseks hakkas Tervisekassa 2021. aastal rahastama rinna-, jämesoole- ja emakakaelavähi sõeluuringuid ka ravikindlustuseta inimeste puhul. Teatavate vähivormide puhul vastas sõeluuringutes osalemise määr Eestis ELi keskmisele või ületas seda. 2021. aastal oli kahe viimase aasta jooksul rinnavähi sõeluuringutes osalenud 58,7% sõeluuringutele kutsutud naistest (ELi keskmine 54%) ja emakakaelavähi sõeluuringutes 50,6% kutsututest (ELi keskmine 51,8%). Jämesoolevähi sõeluuringutes osalemise määr oli Eestis 2021. ja 2020. aastal sarnane ELi keskmisega (vastavalt 47,5% ja 47%), kuid 2019. aastal oli see kõrgem (joonis 12). Olenemata sellest, et vähi sõeluuringutes osalemise määr 2021. aastal üldiselt suurenes, teatas Tervisekassa, et COVID-19 pandeemia ning sellega

seotud sõeluuringute visiidiagade edasilükkamise tõttu jäi vähiennetuseks ettenähtud eelarve teatavas osas kasutamata (Eesti Haigekassa, 2021).

Esmatasandi tervishoiul on tähtis roll välditavate hospitaliseerimiste arvu vähendamisel

Eesti tugevast esmatasandi tervishoiust annab tunnistust väike hospitaliseerimiste arv tervisehäirete puhul, millega saab tulemuslikult tegeleda ambulatoorselt (nt astma, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK) ja diabeet). Astma ja KOKi puhul vähenes hospitaliseerimiste arv enne pandeemiat järjepidevalt ning oli üks väiksemaid ELis (2019. aastal 116,6 hospitaliseerimist 100 000 elaniku kohta). Ka diabeedi puhul oli hospitaliseerimiste arv languses ja jäi alla ELi keskmise (joonis 13). Nende tervisehäiretega seotud välditavate hospitaliseerimiste arvu vähenemist 2020. ja 2021. aastal tuleb aga tõlgendada COVID-19 pandeemia kontekstis, mille tõttu vähenes aktiivravi

Joonis 12. Rinnavähi sõeluuringutes osalemise määr on üle ELi keskmise



Märkus. Määrad kajastavad nende sõeluuringule kutsutud inimeste osakaalu, kes on viimase kahe aasta jooksul sõeluuringus osalenud. Allikas: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika (vastavalt riiklikele programmiandmetele).

võimekus ja patsiendid kasutasid tervishoiuteenuseid vähemal määral (vt punkt 5.3). Selleks et esmatasandi tervishoidu veelgi tugevdada, laiendatakse Eestis pereõdede retseptiõigusi ja seeläbi nende rolli krooniliste haigustega inimeste jälgimisel.

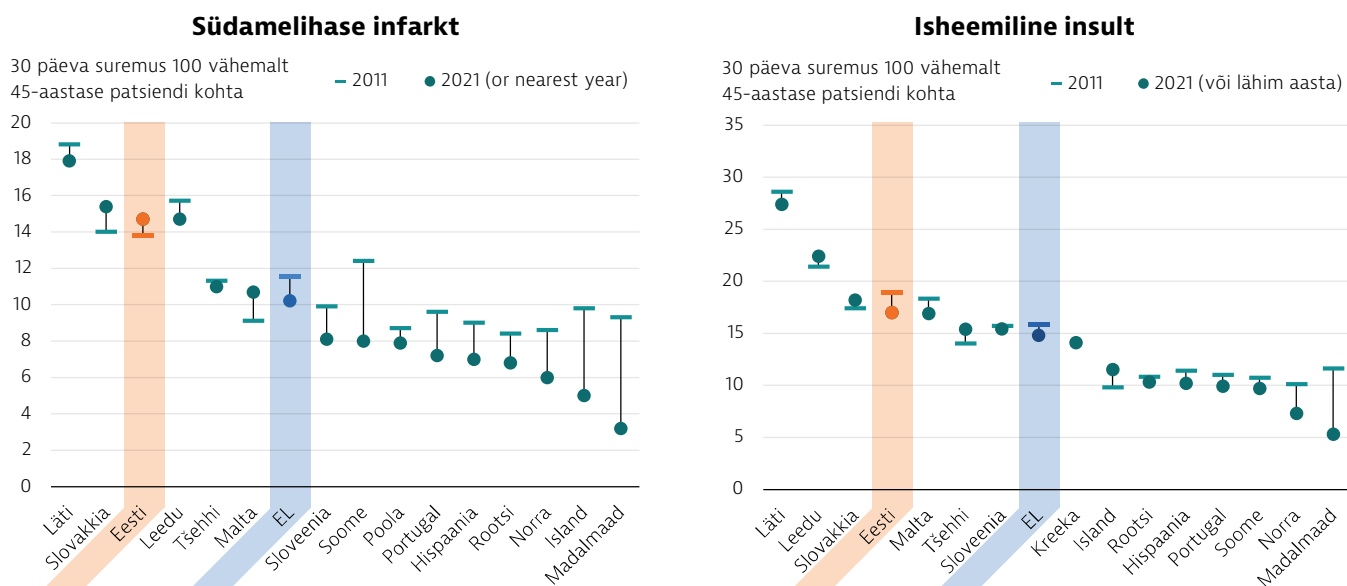
Insuldi raviteekonnaga seotud uuendused on parandanud ravitulemusi

2015. aastal oli isheemilise ja hemorraagilise insuldi 30 päeva suremus 19 surma 100 patsiendi kohta, 2021. aastal aga 17 surma 100 patsiendi kohta (seotud patsiendiandmete alusel). See näitaja on aga endiselt suurem kui ELi keskmine (joonis 13). 2021. aastal viidi Eestis ellu pilootprojekt isheemilise insuldi ravi parandamiseks. Selle eesmärk oli võtta eri tervishoiuasutustes (v.a esmatasandi

tervishoid) kasutusele terviklik raviteekond koos raviteekonnapõhise tasustamisega, et parandada tervishoiuteenuste koordineerimist. Projektil on olnud positiivne mõju ning see on märkimisväärselt parandanud patsientide ravitulemusi (Tervisekassa, 2023).

Südamelihase infarkti puhul on suremust 30 päeva jooksul alates hospitaliseerimisest mõõdetud 2011. aastast (tol ajal oli see 13,8 surma 100 patsiendi kohta, kes olid pärast südamelihase infarkti haiglast välja kirjutatud), kusjuures 2019. aastaks oli see kahanenud tasemele 12,7 surma 100 patsiendi kohta. Pandeemia ajal olukord aga muutus ning see näitaja saavutas rekordtaseme – 14,7 surma 100 patsiendi kohta 2021. aastal (joonis 13).

Joonis 13. Südamelihase infarkti tõttu hospitaliseeritud patsientide suremus viimasel kümnendil mõnevõrra suurenes



Märkus. Arvandmed põhinevad patsiendiandmetel ning on vanuse ja soo järgi standarditud 2013. aasta patsiendiandmetele südamelihase infarkti ja insuldiga hospitaliseeritud 45-aastaste ja vanemate inimeste kohta. Allikas: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika.

5.2 Kättesaadavus

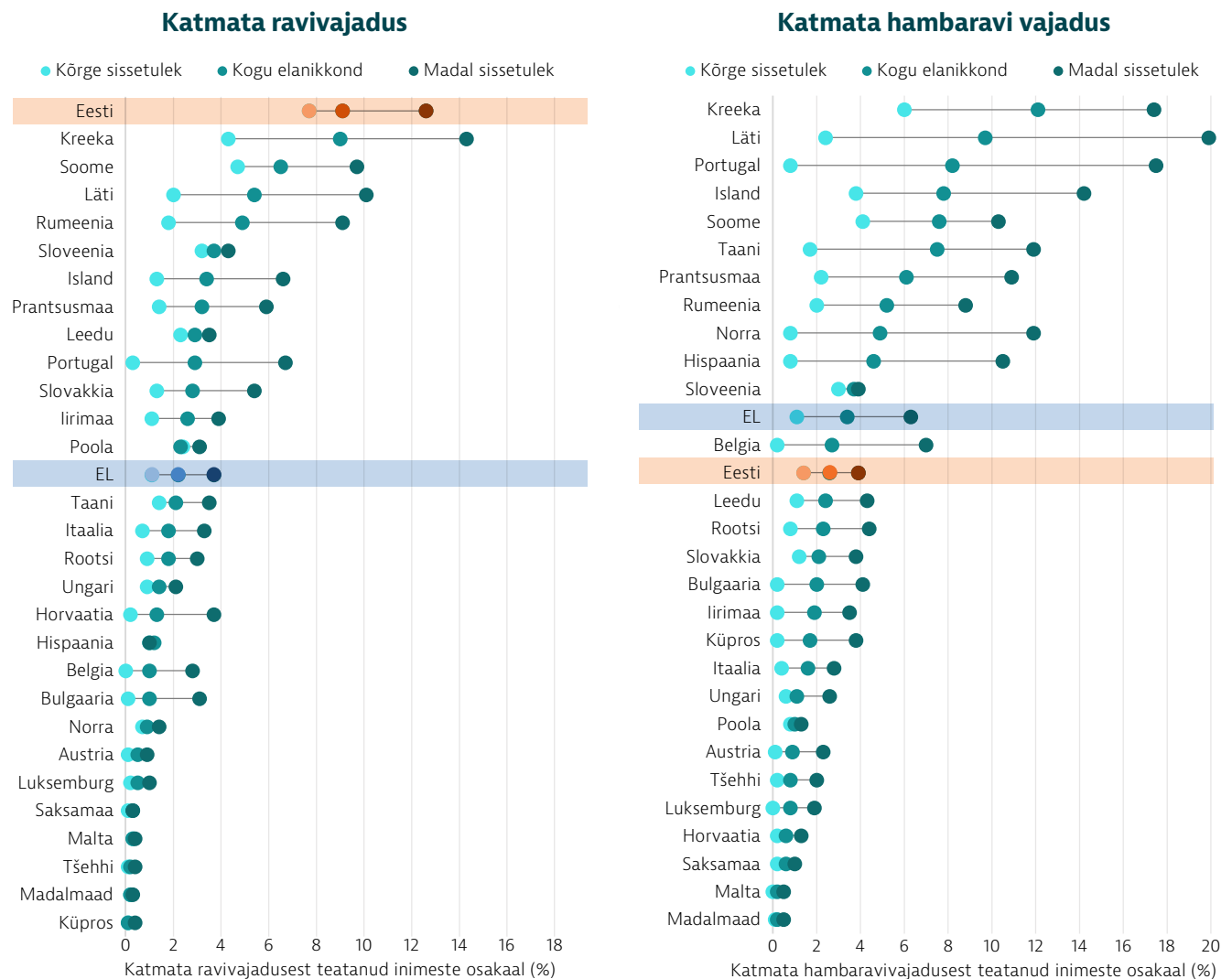
Katmata ravivajadusest teatavate Eesti inimeste osakaal on viimastel aastatel peaaegu poole võrra vähenenud

Sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika iga-aastase uuringu kohaselt vähenes katmata ravivajadusega täiskasvanute osakaal 15,5%-lt 2019. aastal 9,1%-le 2022. aastal, kuid on jätkuvalt üks suuremaid ELis (joonis 14). Katmata ravivajadusega inimeste osakaal vähenes eelkõige tänu olukorra paranemisele kõrge sissetulekuga elanikkonnarühmas, kus see näitaja vähenes 16,5%-lt 2019. aastal 7,7%-le 2022. aastal – see suurendab ebavõrdsust veelgi.

Eurofoundi uuringu² kahe küsitluslaine andmete kohaselt oli katmata ravivajadus nii 2021. kui ka

2022. aastal suhteliselt suur ja jäi vahemikku 24–25% (Eurofound, 2021; 2022). Selles uuringus Eesti puhul teatatud kõrgemad tasemed võivad osutada sellele, et osa patsiente lükkas pandeemia alguses raviasutuse poole pöördumise edasi. Pandeemia esimesel aastal oli katmata ravivajaduse tase 19% ning katmata ravivajaduste kuhjumine võib tervisesüsteemis veel probleeme tekitada (vt punkt 5.3). Riigikontrolli andmete (Riigikontroll, 2022) kohaselt suurenes katmata ravivajadus ajavahemikul 2009–2020 kiiresti eriarstiabi puhul, kuid aastatel 2021–2022 see vähenes. Linnapiirkondades elavad inimesed teatasid süstemaatiliselt eriarstiabiga seoses suuremast katmata ravivajadusest kui maapiirkondades elavad inimesed. Suure katmata ravivajaduse peamine põhjus Eestis on pikad ooteajad, ehkki teatav mõju on ka maksumusel ja sõidukaugusel.

Joonis 14. Hambaraviga hõlmatuse paranemine aitab vähendada katmata ravivajadust



Märkus. Andmed viitavad arsti või hambaarsti tehtava läbivaatuse või raviteenuse vajadusele, mis on jäänud katmata maksumuse, füüsilise kauguse või ooteaja tõttu. Riikide andmete võrdlemisel tuleb olla ettevaatlik, kuna kasutatud uuringumeetodites esineb teatavaid erinevusi. Allikas: Eurostati andmebaas, sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika põhjal (2022. aasta andmed, v.a Norra (2020) ja Islandi (2018) puhul ning Slovakkia (2020) puhul seoses hambaravivajadusega).

2 Erinevuste tõttu meetodikas ei ole Eurofoundi uuringu andmed võrreldavad sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika uuringu andmetega.

Sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika uuringu andmete kohaselt vähenes hambaravi osas katmata ravivajadusega inimeste osakaal ajavahemikul 2017–2022 kõigis sissetulekurühmades 6,7%-lt 2,6%-le (joonis 14). Peale selle on viimastel aastatel kadunud linna- ja maapiirkondade vahelised erinevused hambaravi kättesaadavuses. Riigikontrolli üleriigilise auditi tulemusena selgus, et pärast hambaravihüvitise taastamist 2017. aastal suurenes hambaarsti esmavisiidil käinute ja sagedamini hambaarsti külastanud inimeste hulk. Samal ajal leiti, et suurema sissetulekuga inimesed kasutasid Tervisekassa pakutavaid hüvitisi sagedamini kui madalama sissetulekuga inimesed (Riigikontroll, 2021).

Tööelistest inimestest on Eestis kõige suurema tõenäosusega kindlustamata mitteametlikult töötavad inimesed

2022. aastal oli Tervisekassas kindlustatud peaaegu 96% Eesti elanikkonnast, st ligikaudu 1,3 miljonit inimest. Elanike kindlustuskaitse suurenes 94%-lt 2012. aastal 96%-le 2022. aastal tänu tööhõivemäära suurenemisele ja sellele, et riik on hakanud rohkem panustama mittetöötavate elanike ravikindlustusse. Ravikindlustuse saamise õiguse kriteeriumid on sätestatud õigusaktides ning enamiku elanikkonna puhul on see seotud tööhõivestaatusega või teatavatesse rühmadesse kuulumisega, nt pensionärid, lapsed, sotsiaalselt vähekindlustatud inimesed. Kindlustamata on suurema tõenäosusega inimesed, kelle töökoht on ajutine või mitteametlik. Ravikindlustuseta inimestel on üksnes õigus saada erakorralist arstiabi; osaleda vähktõve sõeluuringutel; saada HIV ja tuberkuloosi ravi ning uimastisõltuvuse võõrutusravi (ja asendusravi)

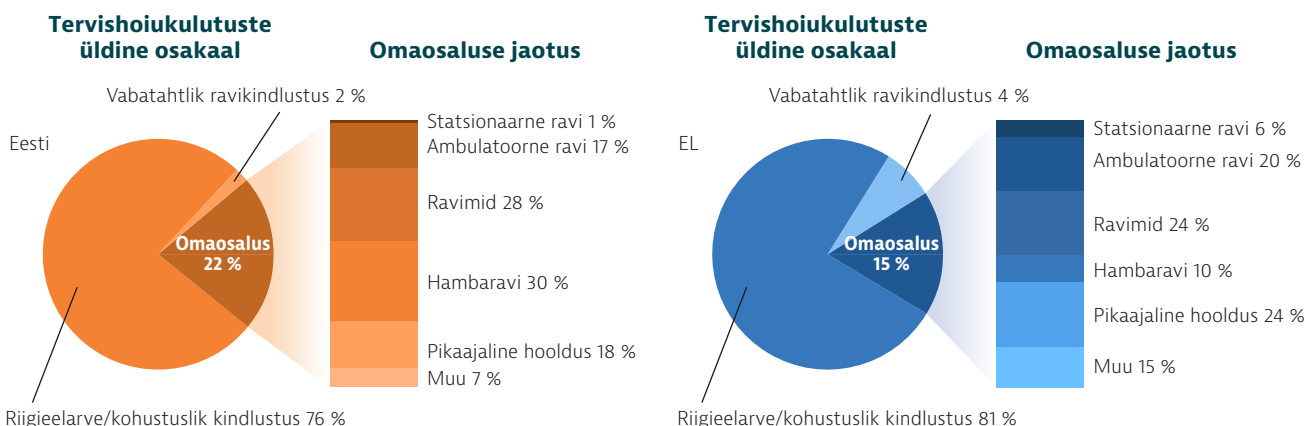
teenuseid; samuti on neil juurdepääs COVID-19 diagnostilisele testimisele ja õigus saada vastavat ravi. Eeskätt ei ole kindlustamata inimestel juurdepääsu enamikule esmatasandi tervishoiu teenustele ega retseptiravimite hüvitamisele.

2022. aasta lõpuks moodustasid peaaegu 5% Eesti elanikkonnast Ukrainast pärit sõjapõgenikud; see on suurim osakaal ELis. Eestis on Ukraina sõjapõgenikel juurdepääs samadele tervishoiuteenustele nagu ravikindlustuseta inimestel, kuid pärast elamisloa saamist saavad nad ravikindlustust taotleda samadel alustel nagu Eesti elanikud (Mauer et al., 2022).

Suur omaosaluskoormus tekitab rahalisi raskusi

2021. aastal kaeti 22% jooksvatest tervishoiukuludest omaosalusega – see on märksa suurem kui ELi keskmine 15% (vt punkt 4). Suurima osa (30%) kogu omaosalusest moodustavad hambaravikulud. Järgnevad ravimid (28% omaosalusest) ja pikaajaline hooldus (18%) (joonis 15). Väga suure omaosaluskoormusega leibkondade osakaal³ vähenes 7,4%-lt 2015. aastal 7,2%-le 2020. aastal. Pooled väga suure omaosaluskoormusega leibkonnad kuulusid madalaima sissetuleku kvintiili (3,8% kõigist leibkondadest).

Joonis 15. Erasisikute omaosaluskoormusest moodustavad suurima osa ambulatoorses ravis kasutatavad ravimid ja hambaravi



Märkus. Vabatahtlik ravikindlustus hõlmab ka muid vabatahtlikke ettemaksesüsteeme. ELi keskmine on kaalutud keskmine. Allikad: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika, Eurostati andmebaas (2021. aasta andmed).

3 Väga suure omaosaluskoormusena käsitatakse leibkondade omaosaluskulusid, mis moodustavad üle 40% leibkonnale pärast elamiskulude (nt toidu-, eluaseme-, kommunaalkulud) katmist järele jäänud sissetulekutest.

Täiskasvanute hambaravihüvitise ja ravimihüvitise parandatakse teenuste kättesaadavust

Tervisekassa hüvitab paljusid eri tervishoiuteenuseid, sealhulgas ennetus- ja aktiivraviteenuseid ning ka retseptiravimeid ja meditsiiniseadmeid. Mõne puhul tuleb maksta omaosalust. Hüvitatavate teenuste hulka ei kuulu ilukirurgia, alternatiivmeditsiini ega optomeetri teenused.

2017. aastal taastati Eestis täiskasvanute hambaravihüvitis. Lisaks laiendati kõrgendatud määras hambaravihüvitise saajate ringi töötutele ja toimetulekutoetuse saajatele. Samamoodi muutis Tervisekassa alates 2018. aastast retseptiravimite täiendava ravimihüvitise maksmise süsteemi – kui isik kulutab aastas retseptiravimitele kokku üle 100 euro, hüvitab Tervisekassa 50% omaosaluse summast, kui kulud ületavad 300 eurot aastas, hüvitab Tervisekassa 90%. Üksikisiku aastane piirsumma sisaldab ka omaosalust 2,50 eurot ühe retsepti kohta (retseptitasu). Kõnealuste omaosalusmaksete arvutamine ja arvestamine toimub ostu hetkel automaatselt tervisesüsteemi ulatusliku digitaristu abil.

Eriarstiabi pikad ooteajad takistavad juurdepääsu tervishoiuteenustele, kuid on märkimisväärselt lühenenud

Olenemata märkimisväärselt paranemisest oli Eestis täiskasvanuid, kes teatasid ooteaegade tõttu saamata jäänud arstiabist, rohkem kui üheski teises ELi riigis. Eriarstiabi pikkade ooteaegade tõttu kasutab osa inimesi omal kulul eratervishoiuteenuseid; see omakorda suurendab ebavõrdsust tervishoiuteenuste kättesaadavuses. Ravijärjekorrad on seadusega reguleeritud – ambulatoorse eriarstiabi puhul on visiidi maksimaalne ooteaeg kuus nädalat, plaanilise statsionaarse ravi puhul kaheksa kuud ja plaanilise operatsiooni puhul kuni 1,5 aastat. Märkimisväärselt on lühenenud katarakti operatsiooni ooteaeg – 349 päevalt 2017. aastal 200 päevale 2020. aastal (vt punkt 5.3); see on aset leidnud tänu sellele, et protseduuri rahastamist on pika aja jooksul suurendatud ning lisandunud on rohkem teenuseosutajaid.

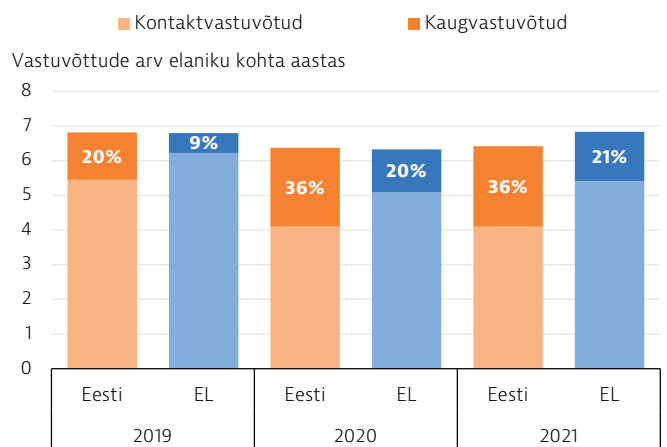
Peale selle suurendas Tervisekassa 2021. aastal ooteaegade läbipaistvust sellega, et hakkas avaldama andmeid lepingupartnerite mediaanooteaegade kohta. Pikkade ooteaegade probleemi lahendamiseks on üleriigilises digiregistratuuris kasutusel Ajaleidja lahendus, mille abil patsiendid saavad valida raviteenuse ja süsteem otsib automaatselt visiidiaega, mis sobib patsiendi eelistustele saatekirja väljastamise ajal. See 2022. aasta märtsis kasutusele võetud lahendus on oluliselt lühendanud kõigi plaaniliste protseduuride ooteaega. Näiteks vähenes katarakti operatsiooni mediaanooteaeg 2022. aastal 48 päevale. Puusa- või põlveliigese asendamise operatsiooni vajavad patsiendid pidid

2022. aastal endoproteesimist ootama vähem kui 6 kuud, kusjuures enne pandeemiat oli ooteaeg vähemalt 1,5–2 aastat.

Eestis kasutatakse ulatuslikult digivahendeid, et parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust

COVID-19 pandeemia esimesel kahel aastal leidis Eestis enam kui kolmandik vastuvõttudest aset distantilt (joonis 16). Kaugvastuvõtt lisati hüvitiste paketti 2020. aasta juulis ning 1. jaanuaril 2021 lisati tervishoiuteenuste loetellu erialadevaheline e-konsultatsioon, et parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust ja järjepidevust. Uus kaugvastuvõtu teenus lihtsustab patsiendi raviteekonda ning sellega kaob vajadus käia arstide vastuvõttudel eri kohtades. Keskne roll e-tervise valitsemisraamistiku väljatöötamisel ja elluviimisel on olnud Euroopa Komisjoni tehnilise toe instrumendil; raamistiku eesmärk on tagada kvaliteetsemad, tõhusad ja kättesaadavad inimkesksed tervishoiuteenused sektori digitaalse arengu parema juhtimise abil. Peale selle viiakse tehnilise toe instrumendi rahastuse abil praegu ellu projekti, mille eesmärk on töötada välja strateegia, et parandada tervishoiutöötajate digipädevuse koolitust kogu riigis.

Joonis 16. Isegi enne COVID-19 pandeemiat kasutati Eestis kaugvastuvõttu sagedamini kui enamikus ELi riikides



Allikad: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika.

5.3 Säilenõtkus

COVID-19 pandeemia on tervisesüsteemides kaasa toonud viimaste aastakümnete suurimaid kriise. See on ilmsiks toonud kitsaskohad ja probleemid riikide hädaolukordadeks valmisoleku strateegiates ning nende võimes pakkuda elanikkonnale tervishoiuteenuseid. Selleks et toime tulla pandeemia ja ka muude hiljutiste kriiside – nagu elukalliduse tõus, Ukraina-vastane sõda ja muud konfliktid – pikaajaliste tagajärgedega, viivad riigid ellu poliitikat, et leevendada jätkuvat mõju teenuste osutamisele, teha investeeringuid tervisesüsteemide

taastamise ja vastupanuvõime suurendamise⁴, parandada tervishoiusektori kriitilise tähtsusega valdkondi ning suurendada valmisolekut edasisteks vapustusteks.

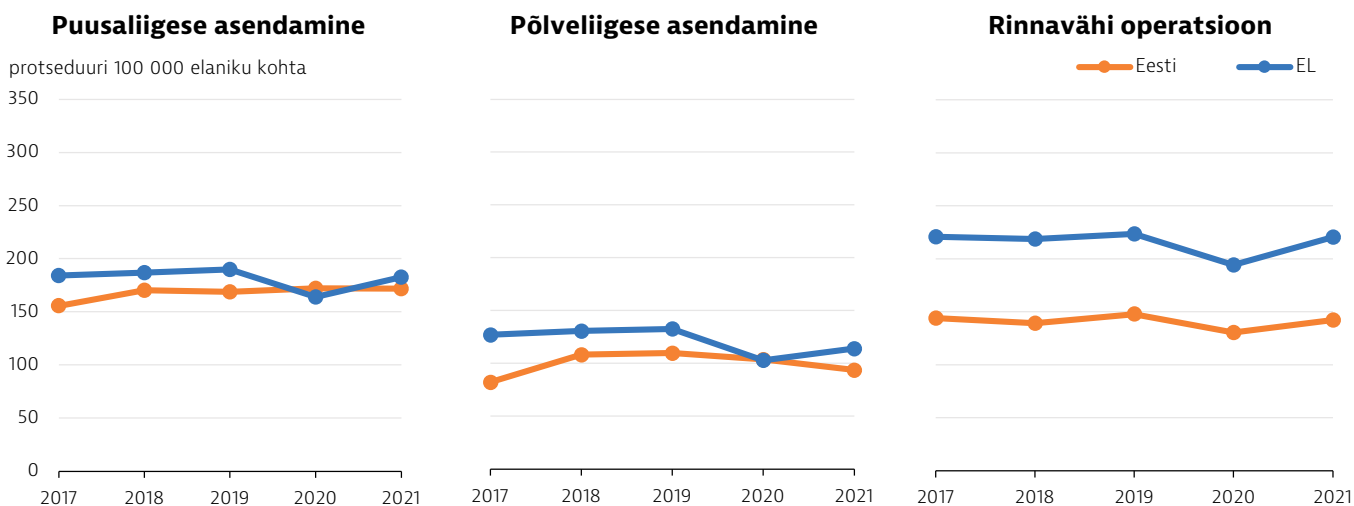
Ravi edasilükkamise tõttu vähenes Eestis pandeemia ajal haiglate voodihõive

Eesti haiglate voodikohtade arv on viimastel aastakümnetel vähenenud ning jäänud viimastel aastatel püsima tasemele 4,4 voodikohta 1 000 elaniku kohta, mida on mõnevõrra vähem kui ELis keskmiselt. Haiglate voodihõive langes 73,8%-lt 2019. aastal (enne COVID-19 pandeemiat) 66,0%-le 2021. aastal. Intensiivravi voodikohtade arv on Eestis üks ELi suuremaid – 2021. aastal oli 1 000 elaniku kohta 4,1 intensiivravi voodikohta. Üldjoontes ei tulnud Eestis COVID-19 pandeemia ajal voodikohtadest puudu, kuid 2021. aasta oktoobri ja novembri vahel ning 2022. aasta veebruaris, mil juhtumite arv oli haripunktis, oli voodikohtade arv maksimumtasemel (Terviseamet, 2023).

COVID-19 pandeemia ajal jätkusid teatavad plaanilised operatsioonid

Kuna COVID-19 pandeemia haripunktide ajal tuli plaaniline ravi mõneks ajaks peatada, vähenes enamikus ELi riikides 2020. aastal plaaniliste operatsioonide arv, kuid 2021. aastal hakkas see taas kasvama. Eestis jätkati pandeemia ajal mõningate plaaniliste operatsioonidega, teiste protseduuride arv aga vähenes. Näiteks oli puusaliigese asendamise operatsioonide arv Eestis 2021. aastal veidi suurem kui 2019. ja 2020. aastal, kuid põlveliigese asendamise operatsioonide arv kolme aasta jooksul vähenes (joonis 17). Rinnavähioperatsioonide arv enne COVID-19 pandeemiat mõnevõrra kõikus, kuid pärast operatsioonide arvu ajutist vähenemist 2020. aastal jõudis see 2021. aastal taas pandeemiaeelsele tasemele. Kuigi pandeemia aeglustas plaanilist kirurgilist tegevust ja võis seeläbi pikendada teatavaid ravijärjekordi, ei olnud pandeemia mõju kirurgilisele tegevusele ja ravijärjekordadele nii suur kui teistes ELi riikides (vt punkt 5.2).

Joonis 17. Eestis oli pandeemial suhteliselt vähene mõju tehtud plaaniliste protseduuride arvule



Allikas: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika.

Vanematest täiskasvanutest oli kaks COVID-19 tõhususdoosi saanud vaid vähesed

COVID-19 vastu vaktsineerituse tase oli Eestis kuni 2021. aasta mai keskpaigani sarnane ELi keskmisega. 2021. aasta suvel tekkis erinevus ning 2022. aasta lõpuks olid 60-aastastest ja vanematest täiskasvanutest saanud esmase vaktsiinidoosi ja kaks tõhususdoosi ainult 17%. See on tublisti alla ELi keskmise (36%).

Avaliku sektori kulutused tervishoiule on ELi investeeringute abil igal aastal kasvanud

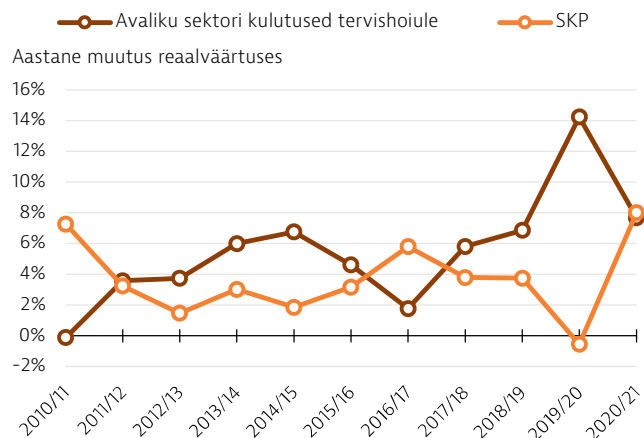
Avaliku sektori kulutused tervishoiule on Eestis alates 2010. aastast kasvanud. 2019.–2020. aastal

jätkus kasv isegi olenemata COVID-19 pandeemia esimesel aastal tekkinud majanduslangusest (joonis 18). Eesti tervisesüsteemi kapitaliinvesteeringuteks on kasutatud ELi struktuurifondide vahendeid. Nende investeeringutega on rajatud pikaajalise hoolduse ning esma-, teise ja kolmanda tasandi raviasutusi ning toetatud esmatasandi tervishoiu digiüleminekut. Ühtekuuluvust ja Euroopa territooriume toetava taasteabi (REACT-EU) rahaliste vahenditega on toetatud COVID-19 vastu vaktsineerimist ja COVID-19st taastumist ning Euroopa Sotsiaalfondi raames on toetatud haiguste ennetamise programme. Samuti on Euroopa Komisjoni tehnilise toe instrumendi abil juhitud tervikliku haiglavõrgu arengukava väljatöötamist,

⁴ Säilienõtkus tähendab selles kontekstis tervisesüsteemi võimet valmistuda vapustusteks, neid ohjata (toime tulla, kohaneda ja muutuda) ja neist õppida (ELi tervisesüsteemide tulemuslikkuse hindamise eksperdirühm, 2020).

et parandada taristu geograafilist jaotumist (Euroopa Komisjoni tehnilise toe instrument, 2022). Peale selle on Eestis kavas ELi ühtekuuluvuspoliitika programmitöö perioodil 2021–2027 investeerida 1,4 miljonit eurot, et parandada tervisesüsteemi juurdepääsetavust, tulemuslikkust ja vastupanuvõimet, kusjuures 61% kaasrahastatakse ELi õiglase ülemineku fondist⁵. Eesti taaste- ja vastupidavusrahastu kavaga on muu hulgas ette nähtud Viljandi maakonna haigla ja tervisekeskuse (Tervikum) ehitus.

Joonis 18. Avaliku sektori kulutused tervishoiule suurenesid COVID-19 pandeemia ajal märkimisväärselt



Allikas: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika.

Hiljutiste reformidega püütakse parandada tervisesüsteemi tõhusust

Teatavate tervisesüsteemi reformidega on tähelepanu pööratud ressursside tõhusale kasutamisele. Tervisekassa pakub eri teenuseid osutavatele esmatasandi tervisekeskustele ja esmatasandi tervishoiuvõrku kuuluvatele teenuseosutajatele stiimuleid, et parandada teenuste kättesaadavust. Alates 2021. aastast saavad perearstikeskused Tervisekassa rahastusega tööle võtta lisatöötajaid vastavalt kohapealsetele vajadustele ning maksta töötasu tööaja alusel. 2023. aastal hinnati tervisesüsteemi tulemuslikkust. Selle tulemusena soovitati töötada välja kestlik juhtimiskava ning kasutada suurel hulgal kättesaadavaid tervishoiuandmeid sellisteks eesmärkideks nagu teenuste integreerimine, kliiniliste otsuste tegemine ja tulemuste mõõtmine (OECD, 2023). Lisaks on uue haiglavõrgu arengukavaga ette nähtud, et mitu haiglat muudetakse kogukonnanahaglateks, mis integreeritakse esmatasandi tervishoiuvõrku (Euroopa Komisjoni tehnilise toe instrument, 2022). Valitsus on uue haiglavõrgu arengukava ja tervisesüsteemi üldise arengukava (mis sisaldab

esmatasandi tervishoiu, erakorralise meditsiini ja haiglavõrgu kavasad) valmimise tähtajaks määranud 2024. aasta suve.

Eestis kasutatakse tõhusalt ära tervisetehnoloogia hindamist ja digitehnoloogiat

Tervisetehnoloogia hindamine on Eestis kasutusel alates 2012. aastast. Järeldused, mis tervisetehnoloogia hindamise tulemusena tehakse, on keskse tähtsusega otsustusprotsessis, mille alusel täiendatakse hüvitatavate teenuste loetelu ja koostatakse uusi ravijuhendeid. Selleks et lisada uus raviviis Tervisekassa hüvitiste paketti, peab olema tõendatud selle meditsiiniline efektiivsus, kulutõhusus, alternatiivsete raviviiside olemasolu, kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga ja rahaliste vahendite olemasolu. Samuti kasutab Eesti kogu tervisesüsteemis digitehnoloogia lahendusi (vt punkt 5.2). Probleemidena nähakse praegu standardimist, koostalitlusvõimet ja õigeaegset andmevahetust. Neid probleeme püütakse teatavas osas lahendada taaste- ja vastupidavuskava reformidega, millega ühtlustatakse digitaalset tegevust kogu valitsemissektoris.

Eestis ei koolitata piisaval arvul perearste ja õdesid

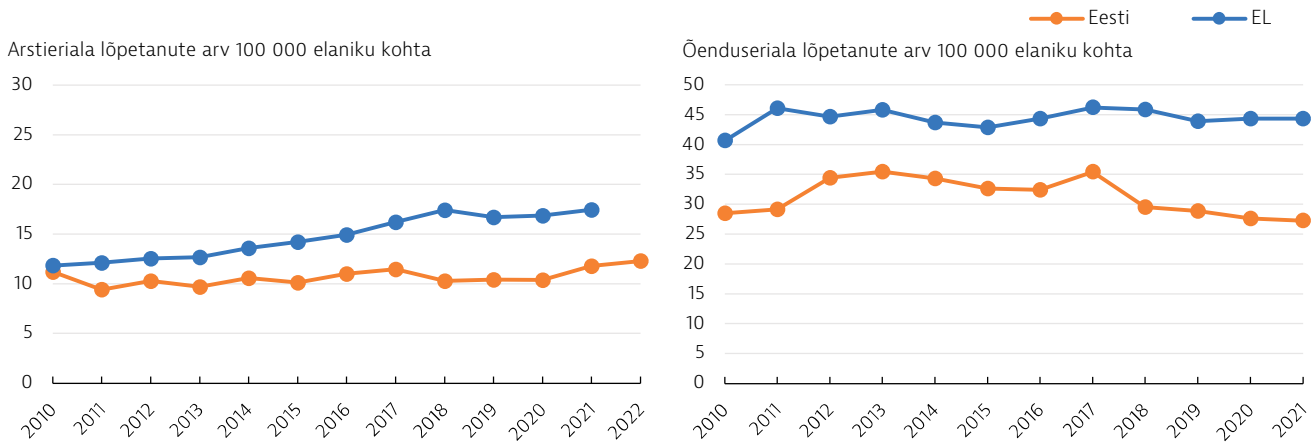
Eestis vastutab tervisesüsteemi inimressursside planeerimise eest sotsiaalministeerium tihedas koostöös haridus- ja teadusministeeriumiga. Sidusrühmadega peetavate arutelude ja ühislepete abil seatakse vastuvõtukvoodid arsti- ja õendusõppe riigieelarveliste üliõpilaskohtade ning residentuuriprogrammide jaoks. Uute arsti- ja õenduseriala lõpetanute arv ei muutunud Eestis ajavahemikul 2010–2022 peaaegu üldse ning jäi alla ELi keskmise (joonis 19). Tervishoiutöötajate nappuse tõttu on kavas nende õppekavade vastuvõtukooste tõsta, kuid ka pärast muutmist ei ole need piisavad prognoositava vajaduse täitmiseks (vt punkt 4). Tervishoiutöötajate hariduse kvaliteet on hea ning vastab ELi tasandi, rahvusvahelise vastastikuse eksperdi hinnangu ja akrediteerimisnõuetele. Selleks et haridus- ja koolitussüsteemi veelgi tugevdada, on REACT-EU hiljutiste toetustega rahastatud kliinilise praktika juhendamist tervishoiuasutustes.

Tervishoiutöötajate nappuse probleemiga tegeletakse, kuid tegemist on jätkuvalt olulise poliitikaküsimusega

Hiljuti on tehtud poliitikas veel muudatusi, et suurendada tervishoiusektori karjääri atraktiivsust. Riigi tasandil muudeti 2020. aastal residentuuri korraldust, et tagada suurem paindlikkus ja võimalused teha osajätööd. Samuti on hiljutistes aruteludes pööratud tähelepanu sellele, kuidas meelitada ligi rohkem tervishoiutöötajaid välismaalt ja teisalt innustada Eesti tervishoiutöötajaid

⁵ ELi ühtekuuluvuspoliitikaga seotud andmed kajastavad 2023. aasta septembri seisuga.

Joonis 19. Arsti- ja õenduseriala lõpetanute arv ei ole Eestis viimase kümne aasta jooksul peaaegu üldse kasvanud



Märkus. ELi keskmine on kaalumata keskmine.

Allikad: OECD 2023. aastal koostatud tervisestatistika, Eurostati andmebaas.

siia jääma. Eestis on üle võetud kutsekvalifikatsiooni vastastikuse tunnustamise ELi normid, ehkki kolmandatest riikidest pärit tervishoiutöötajad peavad Eestis töötamiseks täitma rangeid nõudeid, sealhulgas seoses töökogemuse, tegevusloa ja keeleoskusega. Ukraina sõjapõgenikud saavad tervishoiutöötajana registreerimise taotluse esitada lihtsustatud korras, kuid peavad siiski täitma keeleoskuse ja töökogemusega seotud rangeid nõudeid. Tervishoiutöötajate nappus on Eesti tervisesüsteemis jätkuvalt pakiline probleem ning peamine tegur, mis vähendab süsteemi suutlikkust ja põhjustab seeläbi pikka ooteaega.

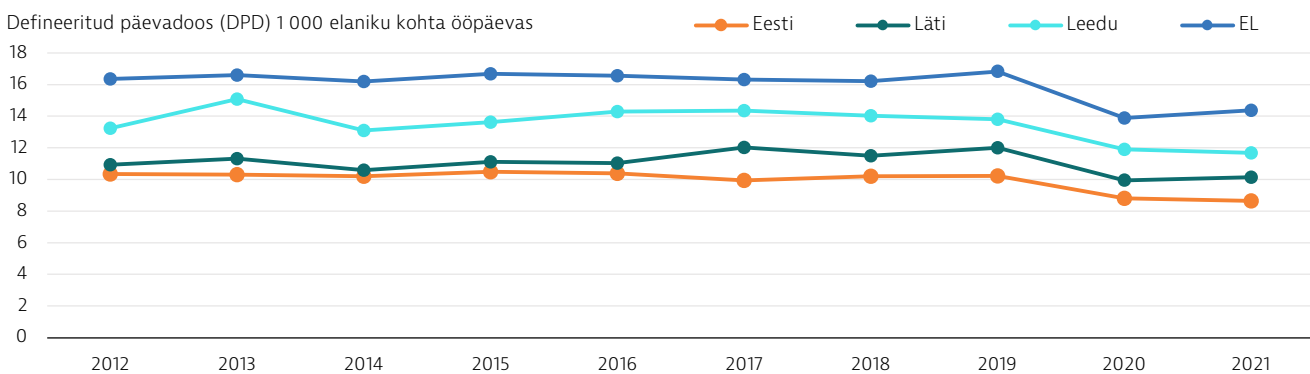
Eestis on tehtud teatavaid edusamme võitluses antimikroobikumiresistentsuse ja kliimamuutustega

Eesti hädaolukorra seadus, mida muudeti 2022. aastal, on vastavusse viidud tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva ELi määruse artikliga 6. Edusamme on tehtud ka aeglasemas tempos kujunevate kriiside valdkonnas, nagu

antimikroobikumiresistentsus ja kliimamuutused. Antibiootikumide tarbimise määr on Eestis madalam kui teistes Euroopa riikides (joonis 20). Laia toimespektriga antibiootikumide tarbimise määr on aga kõrge ja kasvab. See osutab vajadusele vaadata läbi retseptide väljakirjutamise praktika (WHO Euroopa piirkondlik büroo, 2022). Ehkki antimikroobikumiresistentsust esineb Eestis võrreldes teiste Euroopa riikidega vähem, on ka tervishoiu-, veterinaar- ja põllumajandussektori valdkondadevaheline koostöö nõrgem (WHO Euroopa piirkondlik büroo / ECDC, 2022). Praeguse seisuga ei ole Eesti liitunud WHO antimikroobikumiresistentsuse seire süsteemiga.

Kliimamuutustega kohanemise kava on koos keskkonnanstrateegiaga ühendatud keskkonnavaldkonna arengukavaks aastani 2030 (KEVAD 2030) (keskkonnaministeerium, 2023). Selle strateegia tervishoiueesmärkides keskendutakse seirele, riskijuhtimisele ja päästevõimekusele.

Joonis 20. Antibiootikumide ambulatoorse kasutamise määr on Eestis võrdlemisi väike



Märkus. ELi keskmine on kaalumata keskmine. Andmed kajastavad üksnes ambulatoorset kasutamist.

Allikas: ECDC ESAC-Net.

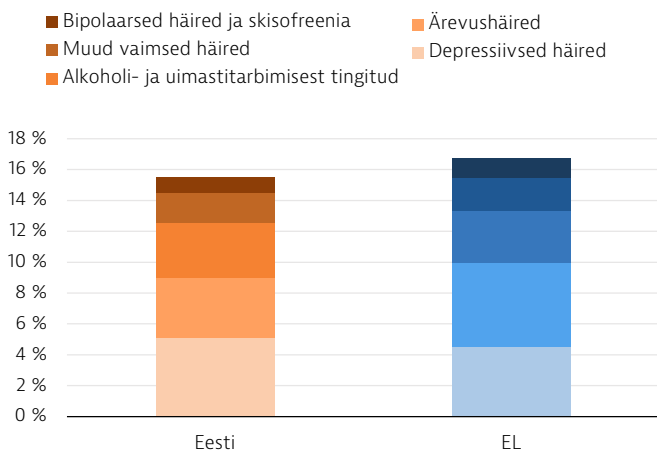
6 Vaimne tervis tähelepanu keskmes

Vaimse tervise probleemid sagenesid COVID-19 pandeemia ajal, mistõttu eraldati lisavahendeid vaimse tervise teenuste rahastamiseks

Eestis on 16%-l elanikkonnast diagnoositud mõni psüühikahäire. See sarnaneb näitajatega naaberriikides Lätis (16%) ja Leedus (17%) ning ELi keskmisega (17%) (joonis 21). Esimeses Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringus (2022) esitatud hinnangute kohaselt on COVID-19 kriisi järel igal neljandal täiskasvanul risk depressiooni tekkeks ja igal viiendal täiskasvanul suurem risk üldistunud ärevushäire tekkeks (Tervise Arengu Instituut, 2022).

Vaimse tervise häiretega seotud majanduslikud kulud moodustasid 2015. aastal 2,8% SKP-st ehk peaaegu 572 miljonit eurot, kusjuures ELi keskmine oli 4,1% SKPst (OECD/EL, 2018). Praegu ei ole veel andmeid uuemate arvutuste kohta, mille alusel saaks hinnata psüühikahäirete majanduslikku koormust COVID-19 pandeemia ajal ja pärast seda. Valitsus tunnistab vaimse tervishoiu parandamise olulisust ning eraldas riigieelarvest täiendavalt 4,7 miljonit eurot, tänu millele ulatub vaimse tervise teenuste rahastamine riiklikest vahenditest 7 miljoni euroni (rahandusministeerium, 2022).

Joonis 21. Vaimse tervise häirete levimus oli Eestis enne pandeemiat alla keskmise



Allikas: IHME (andmed 2019. aasta kohta).

Depressiooni esineb sagedamini madalaima sissetulekuga elanikkonnarühmas, kusjuures pandeemia tõttu on depressiooni sattumise risk suurenenud

Euroopa 2019. aasta terviseküsitlusuuringu andmete kohaselt teatas Eestis enne pandeemiat depressioonisümptomitest 7% täiskasvanutest (10,4% madalaima sissetulekuga kvintiilis ja 4,2% kõrgeima sissetulekuga kvintiilis). Eesti rahvastiku

vaimse tervise uuringu (2022) tulemuste kohaselt on inimeste vaimne tervis alates pandeemia algusest halvenenud. Registripõhiste arvutuste kohaselt olid kõige sagedasemad diagnoosid depressioon ja ärevushäired, kusjuures nende terviseprobleemide risk suurenes pandeemia ajal märkimisväärselt (Tervise Arengu Instituut, 2022).

Enesetappude arv on Eestis vähenenud, kuid on endiselt suurem kui ELi keskmine

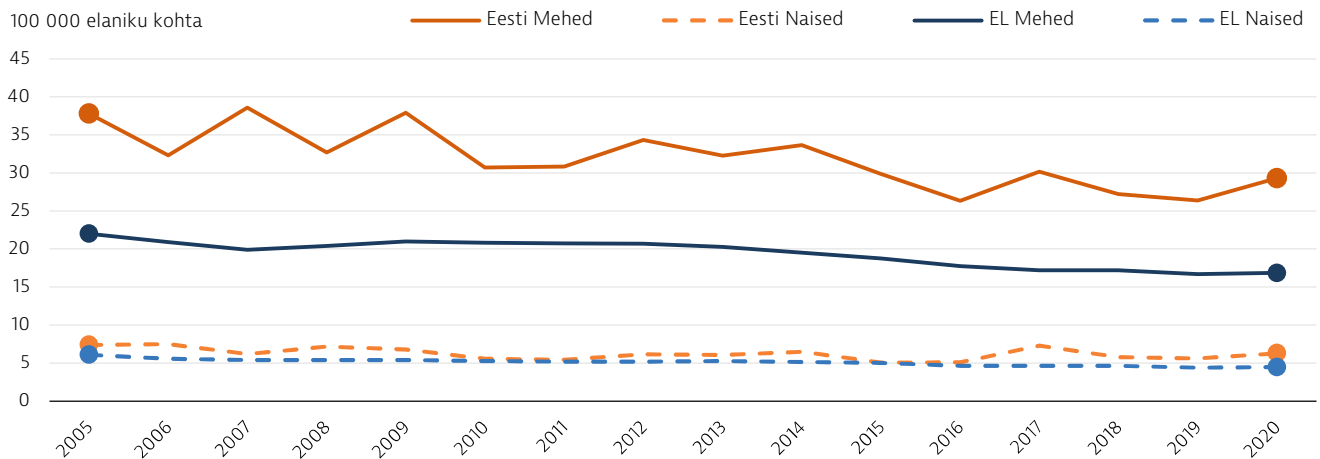
Eestis on õnnestunud vähendada enesetappude arvu nii naiste kui ka meeste seas, ehkki sugudevaheline erinevus on jätkuvalt märkimisväärne. Meeste enesetappude arv on viimase 20 aasta jooksul vahelduva eduga vähenenud (alates 2015. aastast kokku 24% võrra), kuid on endiselt 1,5 korda suurem kui naiste seas. COVID-19 esimesel aastal oli enesetappude arv nii meeste kui ka naiste seas (vastavalt 29,3 ja 6,3 enesetappu 100 000 elaniku kohta) mõnevõrra suurem kui 2019. aastal (vastavalt 26,4 ja 5,6 enesetappu 100 000 elaniku kohta) (joonis 22). Selle probleemiga tegelemiseks töötatakse Eestis välja esimest suitsiidienetuse tegevuskava, mis põhineb hiljuti vastu võetud vaimse tervise tegevuskaval (2023–2026).

Pandeemia ajendas võtma jõulisi meetmeid, et parandada vaimse tervise teenuste osutamist

Vaimse tervishoiu teenuseid osutavad Eestis perearstid, õed, psühhiaatrid, psühhiaatriaõed ja kliinilised psühholoogid. Teenuseid osutatakse nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt, kusjuures üha suurem on ambulatoorse ravi ja esmatasandi tervishoiu osatähtsus. Peale selle osutatakse vaimse tervise teenuseid aina enam distantsilt kaug- või videovastuvõttude kaudu. Laste vaimse tervise teenuseid osutatakse nelja laste ja noorukite vaimse tervise piirkondliku keskuse ja kabineti kaudu, mis asutati 2016. aastal Norralt saadud toetuse ja Euroopa Majanduspiirkonna programmide rahastuse toel. Psühhiaatriavoodid asuvad suuremates haiglates ja psühhiaatriale on spetsialiseerunud kaks erahaiglat.

2021. aastal tugevdati haiglates või esmatasandi tervishoiuasutustes töötavate vaimse tervise õdede rolli ning edaspidi on esmatasandi tervishoiu grupipraksised esimene koht, kuhu inimesed vaimse tervise murega pöörduma peaksid. Vaimse tervise õde saab anda esmase hinnangu ja suunata patsiendi vajaduse korral edasi psühhiaatri poole. Alla 18-aastased ei vaja psühhiaatrilise abi saamiseks enam seadusliku esindaja nõusolekut.

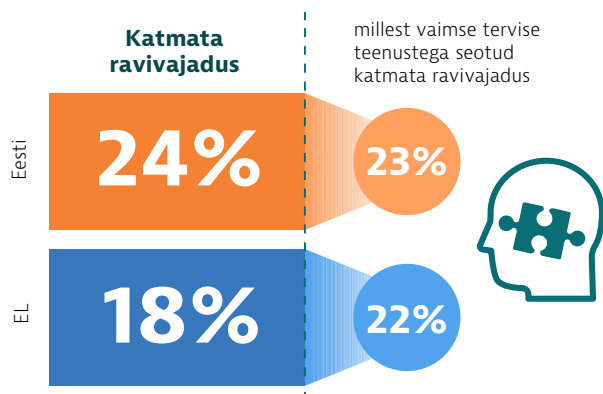
Joonis 22. Enesetappude arv on märkimisväärselt kõikunud, kuid on viimase 15 aasta jooksul üldjoontes vähenenud



Allikas: Eurostati andmebaas.

Vaimse tervise teenuste osutamise tugevdamisega esmatasandi tervishoius püütakse vähendada suurt katmata ravivajadust, mis tekkis COVID-19 ajal ja pärast seda. Eurofoundi 2021. ja 2022. aasta kevadel tehtud uuringute kohaselt teatas 24% Eesti elanikest, et neil jäid pandeemia ajal ravivajadused katmata, kusjuures peaaegu veerand oli seotud vaimse tervishoiuga (joonis 23).

Joonis 23. Pandeemia ajal oli peaaegu veerand katmata ravivajadustest seotud vaimse tervishoiuga



Märkus. Vastanutelt küsiti, kas neil on katmata ravivajadusi ja millised need on (sh vaimne tervishoid).

Allikad: Eurofound (2021; 2022).

Eesti töötab hoogsalt välja terviklikku poliitikat, et toetada vaimset tervist

2021. aastal võttis Eesti kasutusele vaimse tervise roheline raamatu, milles kirjeldatakse püramiidmudelit, et tagada terviklik, valdkondadeülene ja mitmetasandiline vaimse tervise süsteem. Mudeli alustalaks on enesetoetamine ja eneseabi, millele järgnevad kogukondlikud tugiteenused ja esmatasandi tervishoid, ambulatoorne psühhiaatriline abi ja nõustamine ning statsionaarse psühhiaatrilise abi teenused. 2022. aasta alguses loodi sotsiaalministeeriumis vaimse tervise osakond, et koondada jõupingutusi vaimse tervise parandamiseks. 2022. aasta lõpuks valmis vaimse tervise tegevuskava aastateks 2023–2026, kus on kindlaks määratud konkreetsed meetmed eelolevateks aastateks. Tegevuskava eesmärk on leevendada survet vaimse tervishoiu spetsialiseeritud teenustele ning tugevdada sel otstarbel esmatasandi tervishoiu rolli, rakendada mitmetasandilist ravimudelit ja väheintensiivseid sekkumisi ning tagada piisav vaimse tervishoiu ennetus- ja edendustegevus.

7 Peamised järeldused

- Ajavahemikus 2019–2022 lühenes oodatav eluiga sünnimomendil Eestis COVID-19 pandeemia ajal 0,8 aasta võrra, samal ajal kui ELis keskmiselt lühenes see 0,6 aasta võrra. Enne seda oli see näitaja alates 2000. aastate algusest peaaegu 8 aasta võrra pikenenud, kusjuures enne COVID-19 pandeemiat oli see rekordtasemel (79 aastat). Sugudevaheline erinevus on aga väga suur – 2022. aastal oli Eesti naiste oodatav eluiga keskmiselt 8,7 aastat pikem kui meestel, kusjuures ELi keskmine sugudevaheline erinevus oli 5,4 aastat.
- Samuti esineb Eestis märkimisväärne tervisealane ebavõrdsus sotsiaal-majanduslike staatuste lõikes. Madalama haridustasemega 30-aastaste meeste oodatav eluiga on 9,3 aasta võrra lühem kui kõrgema haridustasemega meestel. Eesti on ka üks neid ELi liikmesriike, kus eri sissetulekurühmadesse kuuluvate inimeste hinnangud oma tervisele erinevad suurimal määral. Neid sotsiaal-majanduslikke erinevusi kujundavad riskitegurid, mida esineb sagedamini madalama haridustasemega Eesti elanike hulgas, kus suitsetamise ja rasvumise tõenäosus on suurem.
- Alates 2014. aastast on Eestis ellu viidud terviklikke riiklikke strateegiaid, et vähendada alkoholi- ja tubakatarbimist, mis on riigis ennetatava suremuse peamised riskitegurid. Ennetatav suremus enne 2020. aastat vähenes, kuid alates 2021. aastast on COVID-19 põhjustatud surmad liigitatud ennetatavaks ning nende surmade arv oli Eestis suur. 2021. aasta lõpuks oli 60-aastastest ja vanematest täiskasvanutest ainult 17% saanud esmase COVID-19 vaktsiinidoosi ja kaks tõhustusdoosi.
- Eesti tervisesüsteemi tõhususe paranemisest annab tunnistust raviga välditava suremuse vähenemine – kahanenud on insuldisurmade arv ja suurenenud vähi sõeluuringutele kutsutavate inimeste arv. COVID-19 aga pidurdas vähiennetust ning Tervisekassa andmete kohaselt jäävad vähiennetuseks ettenähtud eelarvevahendid teatavas osas endiselt kasutamata, olenemata sellest, et rinna-, emakakaela- ja jämesoolevähi sõeluuringutega hõlmatus on suurenenud.
- Aastatel 2019–2021 suurenesid avaliku sektori kulutused tervishoiule. See on märk sellest, et tervisesüsteemi rahastamisel on üha suurem roll riigieelarvel ja väheneb rahastamise sõltuvust tööandja tasutavast sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast. Omaosaluskoormus on aga endiselt suur ning tekitab rahalisi raskusi enam kui 7%-le Eesti leibkondadest.
- Katmata ravivajadused on Eestis märkimisväärselt vähenenud – aastatel 2019–2022 kahanes katmata ravivajadustega inimeste osakaal 15,5%-lt 9,1%-le. Tänu hambaraviga hõlmatusse paranemisele teatas 2021. aastal vaid 2,5% Eesti elanikest, et ei pöördunud hambaraviasutuse poole maksumuse, sõidukauguse või ooteaegade tõttu. Teenuste kättesaadavus on paranenud ka tänu sellele, et telemeditsiini kasutatakse laialdasemalt ja teatavate plaaniliste protseduuride, näiteks põlve- või puusaliigese asendamise või katarakti operatsiooni puhul on ooteaeg märkimisväärselt lühenenud. Enne ravijärjekordade süsteemi uuendamist 2022. aastal olid ooteajad pikad ja ületasid seadustes kindlaksmääratud piirnorme.
- Eestis ei koolitata prognoositava nõudluse täitmiseks piisavalt perearste. Arsti- ja õendusõppe vastuvõtukooste tõsteti hiljuti, kuid vastuvõetavate üliõpilaste arv ei ole sellegipoolest piisav prognoositava nõudluse täitmiseks tulevikus. Ehkki hiljutiste muudatustega tehti residentuur paindlikumaks, on tervishoiutöötajate nappus endiselt probleem, mis vajab kiiret lahendust.
- Sagedastest vaimse tervise probleemidest põhjustatud koormus ja vaimse tervise teenuste osas katmata ravivajadus oli COVID-19 pandeemia ajal suur ning aastatel 2020–2022 võis täheldada alkoholiga seotud surmade hüppelist kasvu. Nende probleemidega tegelemiseks loodi Eestis 2022. aastal vaimse tervise osakond asjaomase poliitika keskseks koordineerimiseks ning kehtestati tegevusprioriteedid vaimse tervise tegevuskavas 2023–2026, et tugevdada vaimse tervise teenuste osutamist ning ka ennetus- ja edendustegevust.

Põhiallikad

Kasekamp, K. et al. (2023), „Estonia: Health system review“, Health Systems in Transition, 25(5): i-204.

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris.

Viited

Eesti Haigekassa (2021), Eesti Haigekassa 2021. aasta majandusaasta aruanne. Tallinn.

Eurofound (2021), Living, working and COVID-19 survey, rounds one, two and three (spring 2020, summer 2020 and spring 2021). Dublin.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds four and five (November 2021 and May 2022). Dublin.

European Commission TSI (2022), Person-centred integrated hospital master plan in Estonia. Deliverable D: Hospital Master Plan 2040. Tallinn.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>.

Health Board (2023), Coronavirus dataset. Tallinn, <https://www.terviseamet.ee/en/coronavirus-dataset>.

Mauer N et al. (2022), Report on access to health care in EU Member States Implementation of Temporary Protection Directive (2001/55/EC) and Council Implementing Decision (EU) 2022/382. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies/European Commission.

Ministry of Finance (2022), Riigieelarve Seletuskiri. Tallinn.

Ministry of the Environment (2023), Climate change adaptation development plan. Tallinn.

NAO (2022), Eesti tervishoiu suundumused. Tallinn, National Audit Office of Estonia.

NAO (2021), Adult dental care benefit. Tallinn, National Audit Office of Estonia.

National Institute for Health Development (2022), Estonian National Mental Health Survey: final report of the population health survey. Tallinn.

National Institute for Health Development (2023). Health Statistics and Health Research Database, https://statistika.tai.ee/index_en.html.

OECD (2023), Health system performance assessment framework for Estonia, OECD Publishing, Paris.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. Paris.

Statistics Estonia (2023). Statistics Database, <http://www.stat.ee>.

Tervisekassa (2023), Insuldi juhtprojekti lõpparuanne 2023. Tallinn.

WHO Regional Office for Europe/ECDC (2022), Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2022–2020 data. Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2022), Tackling antimicrobial resistance in primary health care in Estonia. Copenhagen.

Riikide lühendid

Austria	AT	Iirimaa	IE	Leedu	LT	Portugal	PT	Sloveenia	SI
Belgia	BE	Island	IS	Luksemburg	LU	Prantsusmaa	FR	Soome	FI
Bulgaaria	BG	Itaalia	IT	Madalmaad	NL	Rootsi	SE	Taani	DK
Eesti	EE	Kreeka	EL	Malta	MT	Rumeenia	RO	Tšehhi	CZ
Hispaania	ES	Küpros	CY	Norra	NO	Saksamaa	DE	Ungari	HU
Horvaatia	HR	Läti	LV	Poola	PL	Slovakkia	SK		

State of Health in the EU

Riigi terviseprofiil 2023

Riikide terviseprofiilid on oluline element Euroopa Komisjoni tsükli *Tervislik seisund ELis*, mis on Euroopa Liidu rahalisel toetusel välja töötatud teadmiste vahendamise projekt.

Terviseprofiilid on Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) ning European Observatory on Health Systems and Policies ühine ettevõtmine, mis toimib koostöös Euroopa Komisjoni. Analüüs põhineb järjepideval metoodikal, milles kasutatakse nii kvantitatiivseid kui ka kvalitatiivseid andmeid, ning see hõlmab uusimaid tervisepoliitika probleeme ja arenguid igas ELi/EMP riigis.

Riikide terviseprofiilide 2023. aasta väljaandes esitatakse kokkuvõtte mitmesugustest kriitilistest aspektidest, sealhulgas:

- riigi elanike tervislik seisund;
- tervist mõjutavad tegurid, pöörates erilist tähelepanu käitumuslikele riskiteguritele;
- tervisesüsteemi struktuur ja korraldus;
- tervisesüsteemi tõhusus, kättesaadavus ja vastupidavus;
- Esimest korda esitatakse sarjas ülevaade vaimse tervise seisundist ja sellega seotud teenustest riigis.

Riikide terviseprofiilide peamisi järeldusi täiendab Euroopa Komisjoni koondaruanne.

Lisateavet saab järgmistest õigusaktidest: ec.europa.eu/health/state

Palume viidata dokumendile järgmiselt:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Eesti: Riigi terviseprofiil 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264651678 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (veebis)