



# State of Health in the EU

# Eesti

Riigi terviseprofiil 2021

## Riikide terviseprofiilide sari

Riikide terviseprofiilides esitatakse poliitika seisukohast oluline lühiülevaade ELi / Euroopa Majanduspiirkonna (EMP) tervisesüsteemidest ja elanike tervisest. Nendes rõhutatakse iga riigi eriomaseid tunnuseid ja probleeme riikidevaheliste võrdluste taustal. Eesmärk on abistada poliitikakujundajaid ja mõjutajaid vastastikuse õppimise ja vabatahtliku koostöö vahenditega.

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 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	6
4. TERVISESÜSTEEM	8
5. TERVISESÜSTEEMI TOIMIVUS	11
5.1. Tõhusus	11
5.2. Kättesaadavus	14
5.3. Säilenõtkus	17
6. 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), European Centre for Disease Prevention and Control (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. Need ELi keskmised ei hõlma Islandit ja Norrat.

Profiili koostamine viidi lõpule 2021. aasta septembris, tuginedes 2021. aasta augusti lõpus kättesaadavatele andmetele.

## Eesti demograafiline ja sotsiaal-majanduslik taust, 2020

Demograafilised tegurid	Eesti	EL
Rahvaarv	1 328 976	447 319 916
65-aastaste ja vanemate elanike osakaal (%)	20,0	20,6
Sündimuskordaja <sup>1</sup> (2019)	1,7	1,5
Sotsiaal-majanduslikud tegurid		
SKP elaniku kohta (eurodes ostujõu pariteedi alusel <sup>2</sup> )	25 691	29 801
Suhtelise vaesuse määr <sup>3</sup> (% , 2019)	21,7	16,5
Töötuse määr (%)	6,8	7,1

1. Sündide arv 15–49-aastase naise kohta. 2. Ostujõu pariteet on valuutavahetuskurs, mille abil võrdsustatakse eri vääringute ostujõud, kõrvaldades eri riikide hinnatasemete erinevused; EL 27, 2020. 3. Nende inimeste osakaal, kelle ekvivalentnetosisissetulek on alla 60% mediaan-ekvivalentnetosisissetulekust. Allikas: Eurostati andmebaas.

Vastutuse välistamine: Käesolevas dokumendis esitatud arvamused ja väited esindavad ainult dokumendi autorite seisukohti ning ei pruugi tingimata kajastada OECD ega selle liikmesriikide, vaatluskeskuse European Observatory on Health Systems and Policies ega ühegi tema partneri ametlikke seisukohti. Dokumendis avaldatud seisukohti ei saa mingil juhul käsitada Euroopa Liidu ametlikku arvamust kajastavate seisukohtadena.

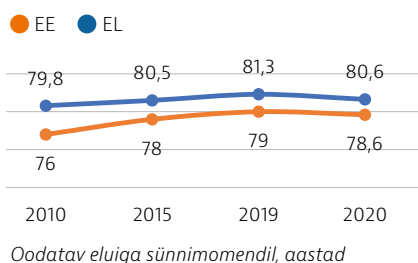
Käesoleva dokumendiga ega ka selles esitatud andmete ja diagrammidega ei piirata ühegi territooriumi staatust ega selle suveräänsust, rahvusvaheliste piiride ja riigipiiride piiristamist ega ühegi territooriumi, linna või piirkonna nime.

Kehtivad WHO täiendavad lahtiütllused.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

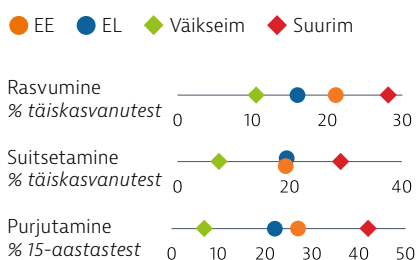
# 1 Põhipunktid

Eesti elanike oodatav eluiga on kahel viimasel kümnendil tublisti pikenenud. Elanike tervislik seisund on alates 2001. aastast lähenenud ELi keskmisele, kuid koondnäitajad varjavad piirkondade, sugude ja sotsiaal-majanduslike rühmade vahel valitsevat ebavõrdsust. Eesti kulutab tervishoiule vähem kui enamik teisi ELi riike ning ehkki valitsus tegi COVID-19 pandeemia vastu võitlemiseks süsteemi täiendavaid eraldisi, on tervisesüsteem pidevalt alarahastatud. Eesti kui teenäitaja e-tervise valdkonnas on suutnud tõhusalt toetada erinevaid pandeemia reageerimise meetmeid ja säilitada kaugtervishoiuteenuste pakkumist.



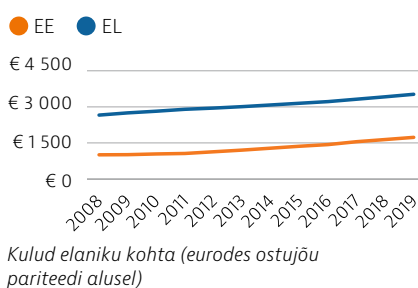
## Tervise seisund

Alates 2000. aastast on oodatav eluiga pikenenud Eestis rohkem kui üheski teises ELi riigis, kuigi 2019.–2020. aastal lühenes see COVID-19 pandeemia tõttu 0,4 aasta võrra. Keskmiselt elavad naised 8,5 aastat kauem kui mehed; oodatava eluea sugudevaheline erinevus on märksa suurem kui ELi keskmine 5,6 aastat. Märkimisväärset tervisealast ebavõrdsust esineb ka sissetulekute tasemetel, piirkondade ja haridustasemetel lõikes.



## Riskitegurid

Peaaegu kaks viiendikku kõigist surmadest Eestis 2019. aastal oli tingitud käitumuslikest riskiteguritest. Üha suuremat muret valmistavad ülekaalulisus ja rasvumine. Rasvunud on rohkem kui iga viies Eesti täiskasvanu ja rasvumine on üha sagedasem ka noorukite seas. Suitsetajate osakaal on vähenenud, kuid peaaegu 20% täiskasvanutest on ikkagi igapäevasuitsetajad. Samamoodi on üldiselt vähenenud alkoholi tarbimine, kuid see on täiskasvanud meeste ja noorukite seas endiselt suur.

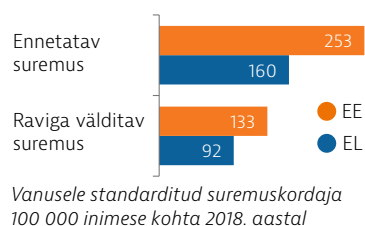


## Tervisesüsteem

2019. aastal kulutati tervishoiule inimese kohta 1 733 eurot, mida on vähem kui pool ELi keskmisest. Kogukulutused tervishoiule olid oluliselt väiksemad ka mõõdetuna osakaaluna SKPst (6,7% võrreldes ELi keskmise 9,9%ga). Ligikaudu kolmveerand Eesti tervishoiukuludest kaetakse avaliku sektori allikatest, veerand kaetakse omaosalusega (peamiselt ravimite ja hambaraviga seotud kulud).

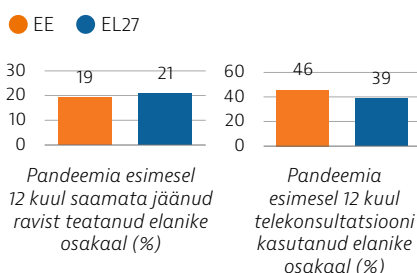
## Tõhusus

Nii ennetatav kui ka raviga välditav suremus on Eestis suurem kui ELi keskmine, kuid need on 2012. aastast alates oluliselt vähenenud. Üks välditavate surmade peamisi põhjusi on endiselt südame isheemiatõbi. Krooniliste haigustega seotud välditavate hospitaliseerimiste arv on Eestis väiksem kui paljudes teistes ELi riikides.



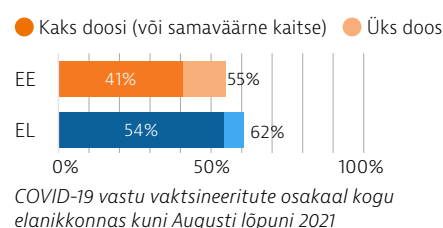
## Kättesaadavus

Enne pandeemiat oli katmata ravivajadus tase Eestis ELi kõrgeim. COVID-19 kriisi ajal olid katmata ravivajadused, millest teatati, tavapärasest suuremad, kuid kiire kaugkonsultatsioonide kasutuselevõtt Eestis olemasoleva digitaristu toel aitas säilitada ravi kättesaadavuse.



## Säilenõtkus

Eesti kasutas COVID-19 pandeemia reageerimiseks, sealhulgas testimiseks ja lähikontaktsete isikute väljaselgitamiseks, oma ulatuslikku digitaristut. Digivahendid hõlbustasid ka COVID-19 vastu vaktsineerimise programmi elluviimist ning 2021. aasta augusti lõpuks oli saanud kaks vaktsiinidoosi (või samaväärse kaitse) 41% elanikkonnast.



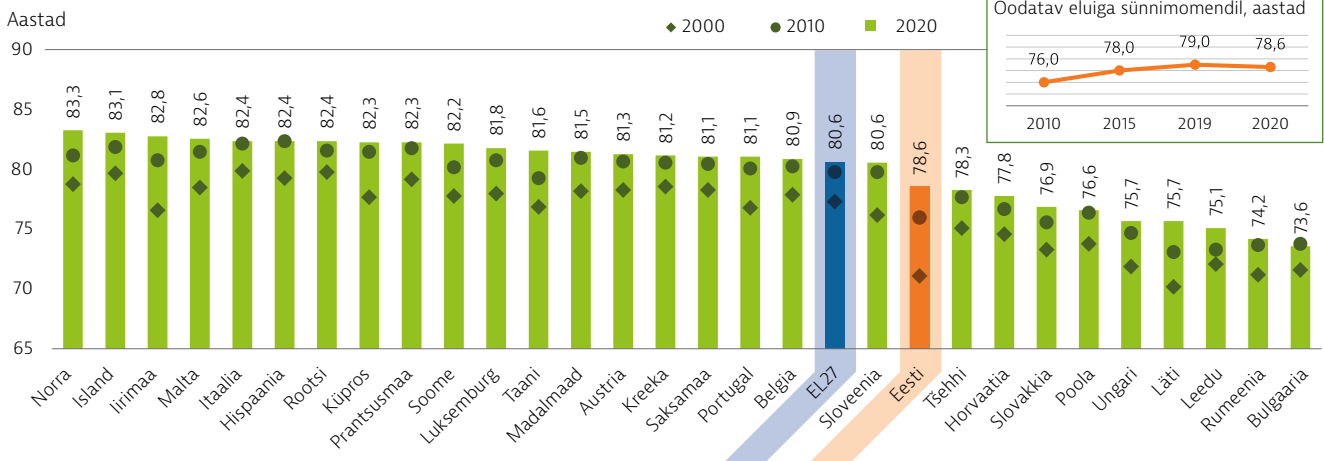
## 2 Tervis Eestis

### Oodatav eluiga on pikenenud alates 2000. aastast rohkem kui üheski teises ELi riigis

Oodatav eluiga sünnimomendil pikenes Eestis aastatel 2000–2020 enam kui 7,5 aasta võrra, kasvades 71,1 aastalt 78,6 aastale. Sel ajavahemikul oli see kõige järssem oodatava eluea kasv ELis. Oodatav eluiga Eestis on nüüd lähemal ELi keskmisele, ehkki on

ikka veel kaks aastat lühem (joonis 1). Tervena elada jäänud aastate arvu suurenemine on siiski peatunud; 2008. aastast saati on see kõikunud vahemikus 54–57 aastat. Aastatel 2019–2020 vähenes oodatav eluiga 79 aastalt 78,6 aastale, mis oli tingitud peamiselt COVID-19 põhjustatud surmadest, ent ka vigastuste ja juhuslike mürgistuste põhjustatud surmade arvu suurenemisest.

### Joonis 1. Oodatav eluiga sünnimomendil on Eestis endiselt lühem kui ELi keskmine, kuid vahe on vähenenud kiiresti



Märkus. ELi keskmine on kaalutud keskmine. Iirimaa andmed on 2019. aasta kohta. Allikas: Eurostati andmebaas.

### Püsib suur sooline, sotsiaal-majanduslik ja piirkondlik ebavõrdsus tervises

Naised elavad Eestis keskmiselt 8,5 aastat kauem kui mehed. See on Leedu ja Läti järel ELis suuruselt kolmas oodatava eluea sugudevaheline erinevus ja on oluliselt suurem kui ELi keskmine 5,6 aastat. Ebavõrdsus on märkimisväärne ka sotsiaal-majanduslike staatuste lõikes. Lisaks on Eestis elanike oodatavas elueas suuri piirkondlikke erinevusi. Näiteks Lääne ja Pärnu maakonna elanikud elavad eeldatavasti tervena 14 aastat kauem kui Põlva ja Võru maakonna elanikud (Tervise Arengu Instituut, 2021a).

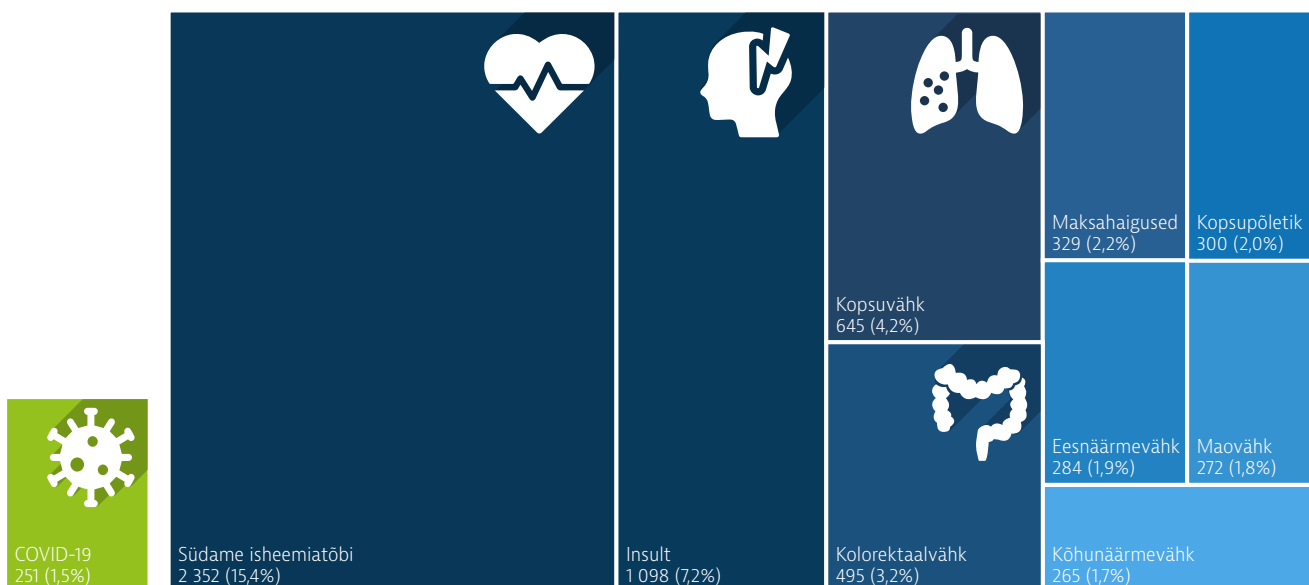
### Peamine surma põhjus on südame-veresoonkonna haigused

Hoolimata sellest, et suurem südame isheemiatõppe on vähenenud alates 2000. aastast 60%, oli see haigus 2019. aastal Eestis jätkuvalt peamine surma põhjus (joonis 2) ja selle suuremuskordaja oli kaks korda suurem kui ELi keskmine. Vähenemist saab seostada peamiselt oluliste riskitegurite, näiteks suitsetamise vähenemisega Eesti elanike, eelkõige meeste seas ja tervishoiu kvaliteedi märkimisväärse paranemisega (vt punktid 3 ja 5.1). Suremuskordaja vähenes oluliselt ka

insuldi puhul, langedes tasemele, mis jääb allapoole ELi keskmist. Kõige sagedasem Eesti elanike vähki suuremise põhjus on kopsuvähk, mis on üldiselt võttes sageduselt kolmas surmapõhjus, millest oli tingitud 2019. aastal 4% surmadest. Alates 2000. aastast on suurenenud selliste surmade arv (osaliselt tänu paremale diagnoosimisele), mille põhjuseks on esnäärme- või kolorektaalvähk, millest on saamas rahvatervise probleem.

COVID-19 põhjustas 2020. aasta märtsist detsembrini Eestis umbes 250 surma juhtu, mis moodustavad hinnanguliselt 1,5% kõigist surma juhtudest (joonis 2). 2021. aasta augusti lõpuni registreeriti veel 1 040 surmajuhtu. COVID-19 suremuskordaja oli 2020. aastal Soome näitaja järel väiksuselt teine ELis. Kõikehõlmavam liigsuremuse näitaja – mis tahes põhjusel surmade arv, mis ületab nende surmade arvu, mida oleks võinud eeldada varasemate aastate andmete põhjal – osutab siiski sellele, et COVID-19ga otseselt või kaudselt seotud surmasid võib olla märksa rohkem. Nimelt on ülemääraste surmade arv 2020. aasta märtsist detsembrini (786 surma) kolm korda suurem kui 250 registreeritud COVID-19 põhjustatud surma (vt punkt 5.3).

## Joonis 2. Südame isheemiatõbi on Eestis ikka veel ülekaalukalt peamine surma põhjus



Märkus. COVID-19 põhjustatud surmajuhtude arv ja nende osakaal on esitatud 2020. aasta ning muudel põhjustel surmade arv ja osakaal on esitatud 2019. aasta kohta. COVID-19 põhjustatud surmasid kajastava kastikese suurus on proportsioonis 2019. aasta muudel põhjustel surmasid kajastavate kastikese suurusega.

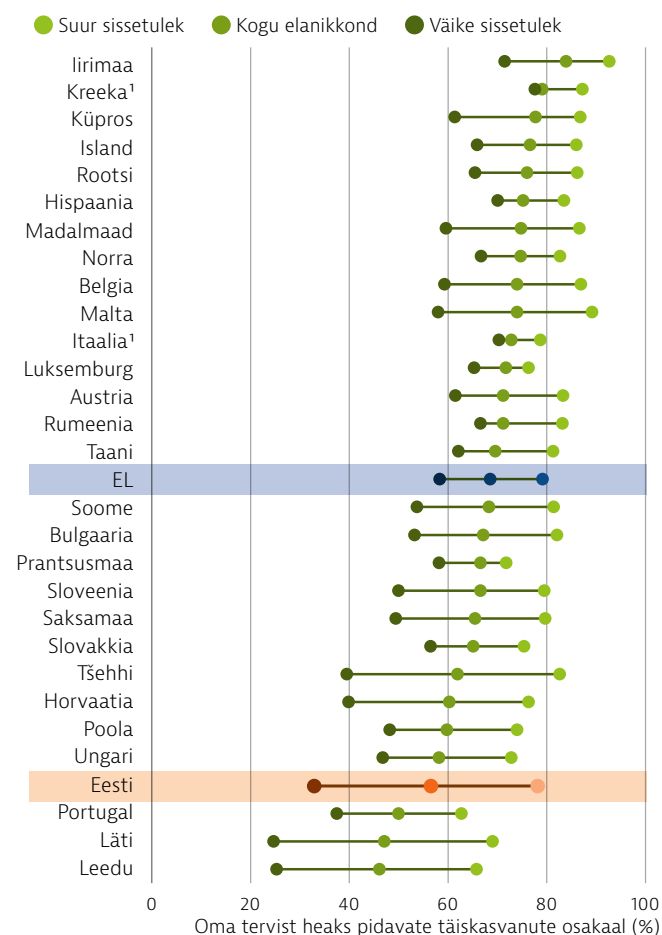
Allikad: Eurostat (surma põhjused 2019. aastal); ECDC (COVID-19 põhjustatud surmad 2020. aastal kuni 53. nädalani).

## Hinnang oma tervisele erineb sissetulekurühmiti suuresti

2019. aastal teatas heast või väga heast tervisest vaid 57% Eesti elanikest, samal ajal kui kogu ELis teatas sellest rohkem kui kaks kolmandikku elanikest. Oma tervist pidas heaks enam kui kolmveerand suurima sissetulekuga kvintiili kuuluvatest inimestest, ent vaid kolmandik väikseima sissetulekuga kvintiili kuuluvatest inimestest. See erinevus sissetulekurühmade vahel on suurem kui üheski teises ELi riigis (joonis 3).



## Joonis 3. Sissetuleku suurusest tingitud ebavõrdsus tervise enesehinnangutes on Eestis väga suur



Märkus. 1. Kogurahvastiku ja väikese sissetulekuga elanikkonnarühma puhul on osakaal peaaegu sama.

Allikas: Eurostati andmebaas, sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika põhjal (2019. aasta andmed).

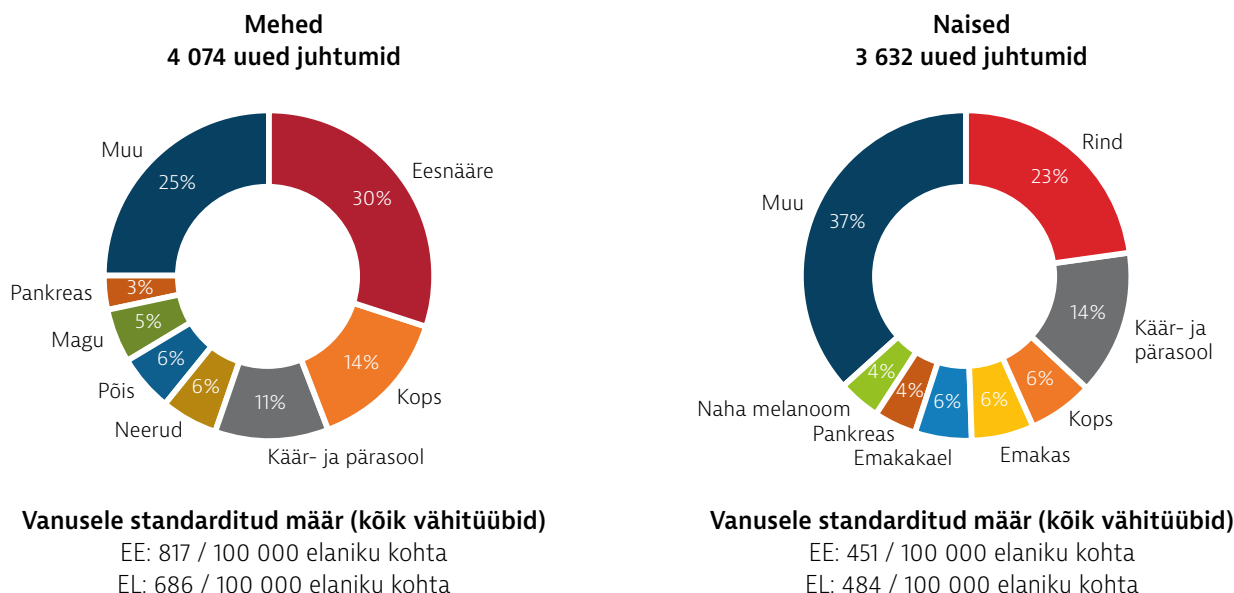
## Peaaegu pooltel täiskasvanutel on mõni krooniline haigus

2019. aastal teatas vähemalt ühest kroonilisest haigusest ligikaudu 44% täiskasvanutest, mida on tublisti rohkem kui ELi keskmine (sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika põhjal 36%). Paljud neist kroonilistest terviseprobleemidest suurendavad tõsiste tüsistuste riski COVID-19sse nakatumise korral. Nii nagu tervise enesehinnangute puhul, on krooniliste haiguste esinemise sageduses vanuse- ja sissetulekurühmade lõikes suuri erinevusi: peaaegu kaks kolmandikku väikseima sissetulekuga elanikkonnarühma kuuluvatest Eesti täiskasvanutest teatas, et neil on vähemalt üks krooniline haigus, samal ajal kui suurima sissetulekuga elanikkonnarühma kuuluvatest täiskasvanutest teatas seda vähem kui kolmandik.

## Prognooside kohaselt on vähisuremus oluliselt suurem kui ELi keskmine

Varasemate aastate suundumustel põhinevate Teadusuuringute Ühiskeskuse prognooside kohaselt oli Eestis 2020. aastal oodata umbes 7 700 uut vähijuhtumit<sup>1</sup>. Eesti meeste seas on vähktõve prognoositud esinemissagedus suurem kui ELi keskmine, kusjuures ligikaudu 30% kõigist vähidiagnoosidest on seotud eesnäärmevähiga (joonis 4). Seevastu Eesti naiste seas on vähktõve esinemissageduse prognoos EL keskmisest väiksem. 2020. aastal suri prognooside kohaselt vähi 3 980 Eesti elanikku. See teeb 293,5 surmajuhtu 100 000 elaniku kohta, samal ajal kui ELis on see näitaja 263,6 surmajuhtu 100 000 elaniku kohta.

### Joonis 4. Prognooside kohaselt on meeste seas vähktõve esinemissagedus suurem kui ELi keskmine, naiste seas väiksem



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

## 3 Riskitegurid

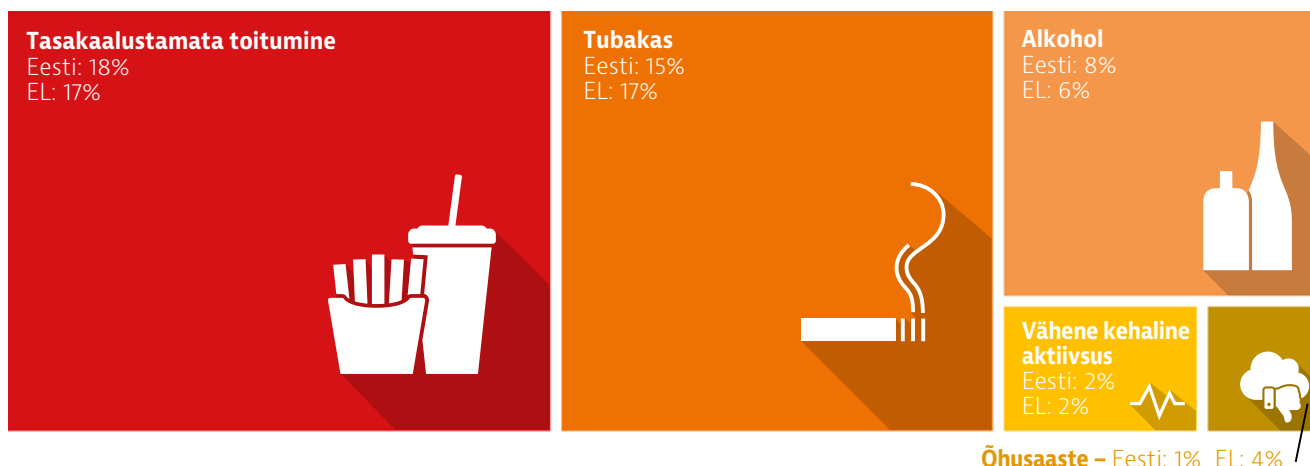
### Märkimisväärne osa kõigist surmadest on tingitud riskikäitumisest

2019. aastal oli riskikäitumisega, mille hulka kuuluvad tasakaalustamata toitumine, tubaka suitsetamine, alkoholitarbimine ja vähene kehaline aktiivsus, seotud 39% kõigist surmadest Eestis, mis vastab ELi keskmisele. Peaaegu viiendikku kõigist surmadest saab seostada tasakaalustamata toitumisega, mis jääb

samuti ELi keskmise lähedale. Tubaka tarbimine (sh passiivne suitsetamine) oli suuruselt teine suuremust suurendav käitumuslik riskitegur, mis oli seotud 15% surmadega. Alkoholitarbimise arvele langes 2019. aastal 8% surmadest. Õhusaaste – kokkupuutumine tahkete peenosakeste (PM<sub>2,5</sub>) ja osooniga – põhjustas 1% kõigist surmadest, mida on vähem kui ELi keskmine 4% (joonis 5).

1. Tuleb märkida, et need hinnangud tehti enne COVID-19 pandeemiat; pandeemia võis mõjutada nii vähktõve esinemist kui ka selle suremuskordajat 2020. aastal.

## Joonis 5. Umbes neli kümnest surmajuhust Eestis on seostatav 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<sub>2.5</sub>-osakeste ja osooniga.

Allikad: IHME (2020), Global Health Data Exchange (hinnangud 2019. aasta kohta).

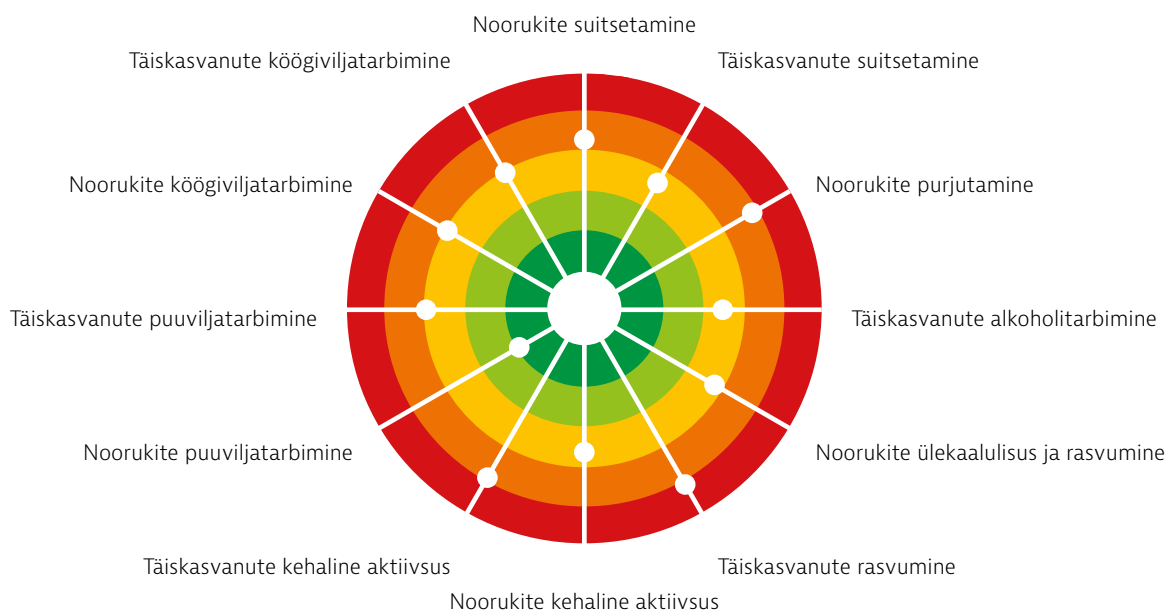
### Tasakaalustatud toitumist soodustavad ja rasvumist ennetavad poliitikameetmed jätavad soovida

Eestis on peaaegu iga viies täiskasvanu rasvunud, mis on üks suurimaid osakaale ELis. 2020. aastal oli ülekaalus või rasvunud enam kui pool 16–64-aastastest täiskasvanutest, kusjuures ülekaaluliste või rasvunud meeste osakaal oli peaaegu 10 protsendipunkti suurem kui kümne aasta eest (Tervise Arengu Instituut, 2021a). Ülekaalulisus ja rasvumine on üha suurem probleem ka noorukite seas. Selliste noorukite osakaal on suurenenud viimase kahekümne aasta jooksul olulisel

määral, olles kasvanud vaid 7%-lt 2002. aastal 19%-le 2018. aastal. Peaaegu pool täiskasvanutest on teatanud, et nad ei söö iga päev puuvilju (49%) ja köögivilju (47%) (joonis 6).

Valitsus alustas 2014. aastal tööd toitumise ja liikumise rohelise raamatuga, kuid seda ei ole veel heaks kiidetud. Seetõttu on viibinud meetmete rakendamine, mis võiksid aidata peatada ülemäärase kehakaaluga inimeste osakaalu suurenemise. Mõnda meetet, sealhulgas toidu koostise muutmise kava ja vabatahtlikke vastutustundliku turustamise eeskirju, praegu siiski koostatakse.

## Joonis 6. Eesti näitajad on mitme riskikäitumise puhul viletsamad kui enamiku ELi riikide näitajad



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: 2017–2018. aasta HBSC uuringul põhinevad OECD arvutused (noorukite näitajad); OECD tervisestatistika, Euroopa Liidu sissetulekute ja elamistingimuste statistikasüsteem (2017) ning Euroopa 2014. ja 2019. aasta terviseküsitlusuuring (täiskasvanute näitajad).



## Enam kui viiendik täiskasvanutest on igapäevasuitsetajad

Ehkki suitsetajate osakaal on alates 2000. aastast vähenenud, on tubakatoodete tarbimine Eestis ikka veel suur rahvatervise probleem ja seda eelkõige meeste hulgas. 2020. aastal teatas iga neljas mees, et suitsetab iga päev, ja mehed on igapäevased suitsetajad kaks korda suurema tõenäosusega kui naised (Tervise Arengu Instituut, 2021a). Suitsetajate osakaal 15-aastaste seas on viimasel kümnendil vähenenud ja vastab nüüd ELi keskmisele (2018. aastal teatas 18%, et nad olid viimase kuu jooksul suitsetanud), kuid suurenenud on e-sigarettide kasutamine.

## Pakiline probleem on suur alkoholitarbimine noorukite ja täiskasvanud meeste hulgas

2018. aastal teatas 15-aastastest noorukitest 27%, et nad olid olnud oma elus purjus üle ühe korra, mida on rohkem kui ELi keskmine (22%). Eesti andmete

kohaselt on üldine alkoholitarbimine viimastel aastatel vähenenud. 2020. aastal teatas vähemalt kord nädalas toimuvast episoodilisest rohkest alkoholitarbimisest<sup>2</sup> 13,3% täiskasvanutest. Sugude lõikes on see siiski väga erinev: episoodilist rohket alkoholitarbimist vähemalt kord nädalas tunnistas 22% meestest ja vaid 4% naistest (Tervise Arengu Instituut, 2021a).

## Eestis on elanike kehaline aktiivsus väiksem kui enamikus teistes ELi riikides

Regulaarne kehaline aktiivsus on Eestis veidi harvem kui enamikus teistes ELi riikides. WHO soovitus on nädala jooksul vähemalt 150 minutit kehaliselt mõõdukalt aktiivne järgib 60% täiskasvanutest, samal ajal kui ELi keskmine on 64%. 2020. aasta tervisekäitumise uuringu tulemustest on näha ka üha suurem istuva eluviisi harrastamine – üle 22% vastanutest viibib päevas ekraani ees üle nelja tunni, mida on rohkem kui 2018. aasta 16% (Tervise Arengu Instituut, 2021b).

# 4 Tervisesüsteem

## Eestis on tsentraliseeritud tervisesüsteem ja üks haigekassa

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse suuresti palgalt makstavast sotsiaalmaksust. Eesti Haigekassa töötab avalik-õigusliku organisatsioonina, mis koondab enamiku riiklikust tervishoiueelarvest ja korraldab tervishoiuteenuste ostmist. Eesti tervisesüsteemi järelevalvet teeb sotsiaalministeerium. Üks ministeeriumi haldusalasse kuuluvaid asutusi – terviseamet – juhtis ka Eesti tervisesüsteemi reageerimist COVID-19 pandeemiale kooskõlas hädaolukorra seadusega (vt tekstikast 1). Kõik suured haiglad Eestis kuuluvad riigile. Neis osutatakse statsionaarset ravi ja suurem osa ambulatoorsest eriarstiabist. Enamik esmatasandi tervishoiuteenuste ja hambaraviteenuste osutajaid on eraomandis, nagu ka mõni ambulatoorse eriarstiabi ja õendusabi osutaja.

## Kulutused tervishoiule on Eestis viimastel aastatel suurenenud, kuid on endiselt võrdlemisi väikesed

Ehkki tervishoiukulutused aastatel 2013–2019 pidevalt suurenesid, kulutab Eesti tervishoiule märksa vähem kui enamik teisi ELi riike – 1 733 eurot inimese kohta (kohandatud ostujõu erinevuste alusel), mida on vähem kui ELi 2019. aasta keskmine 3 523 eurot (joonis 7). Eesti kulutab tervishoiule 6,7% oma SKPst, mis jääb tublisti allapoole ELi keskmist 9,9%. Ligikaudu 74,5% tervishoiukuludest rahastatakse Eestis valitsuse ja kohustuslikuravikindlustuse kaudu ning 23,9% kuludest (peamiselt ravimite ja hambaraviga seotud kulud) kaetakse omaosalusega. See omaosalus tervishoiukulude katmisel on suurem kui ELi keskmine 15,4%.

### Tekstikast 1. Eesti kaasas COVID-19 pandeemiale reageerimise kogu valitsuse

12. märtsil 2020 kuulutati välja eriolukord. Eesti moodustas eriolukorra valitsuskomisjoni, et tõkestada koroonaviiruse levikut ning leevendada selle mõju rahvatervisele ja majandusele. 31. märtsil otsustas eriolukorra valitsuskomisjoni meditsiinijuht jagada riigi kaheks piirkonnaks (Põhja-Eesti ja Lõuna-Eesti) ning luua Tallinnasse (põhjapiirkond) ja Tartusse (lõunapiirkond) piirkondliku kriisikeskuse. Eriolukorra ajal tuli eriolukorra valitsuskomisjon kokku

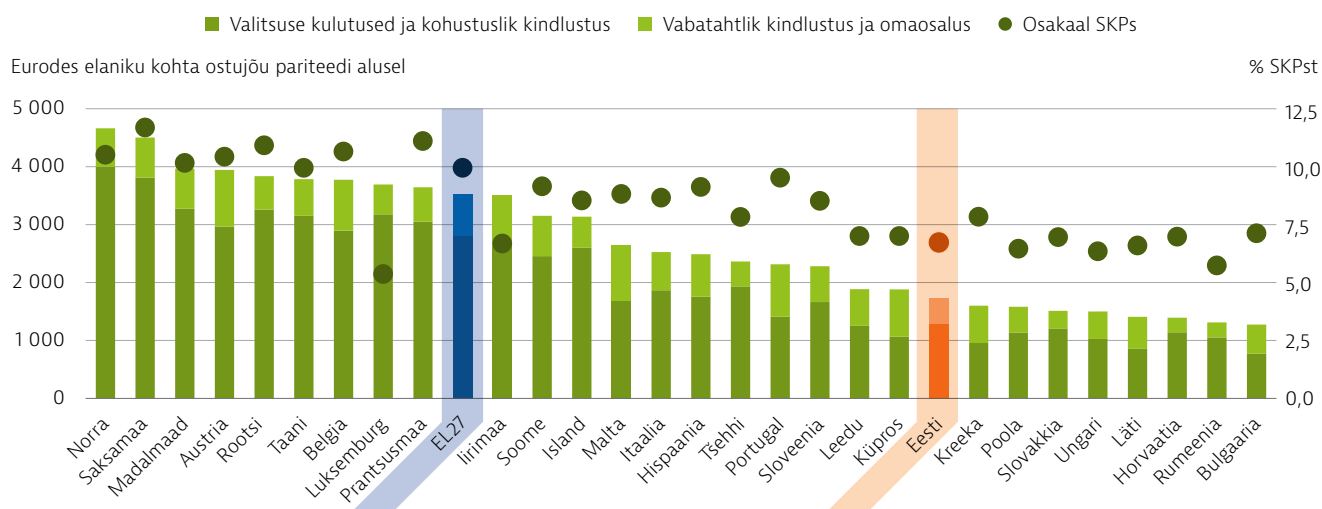
kolm korda nädalas. Igal neljapäeval, pärast Eesti valitsuse iganädalast ametlikku istungit, said kõik valitsuse liikmed arutada üheskoos komisjoni tegevust. Pärast eriolukorra lõppemist 17. mail 2020 saadeti eriolukorra valitsuskomisjon laiali. Valitsusele andis teaduslikke suuniseid teadusnõukoda, kuhu kuulusid Tartu Ülikooli professorid, piirkondlike haiglate arstid ja Tervise Arengu Instituudi esindaja.

Allikas: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

2. Episoodiliseks rohkeks alkoholitarbimiseks peetakse seda, kui täiskasvanu tarbib kuus või enam ja laps viis või enam alkohoolset jooki järjest.



## Joonis 7. Kulutused nii inimese kohta kui ka osana SKPst on Eestis võrdlemisi väiksed



Märkus. ELi keskmine on kaalutud keskmine.

Allikas: OECD 2021. aastal koostatud tervise statistika (2019. aasta andmed, Malta puhul 2018. aasta andmed).

## Üha olulisemaks tervishoiu rahastamise allikaks on valitsuse eraldised

Haigekassa eelarvevahendid on pärit sihtotstarbelisest töandjate poolt palgalt makstavast 13% ravikindlustusmaksust. Alates tervishoiusüsteemi rahastamise reformimisest 2017. aastal tehakse haigekassa rahastamiseks riigieelarvest eraldisi mittetöötavate pensionäride eest. Ehkki nende eraldiste tegemine on kulgenud kavakohaselt ja eraldised suurenevad 2022. aastal 13%ni iga-aastasest pensionist, tõi COVID-19 pandeemia kaasa ka valitsuse erakorralised eraldised (tekstikast 2). See oli esimene kord, kui Eesti valitsus eraldas haigekassale haigekassa eelarve vahendite ebapiisavuse tõttu lisavahendeid, ning see mõjutab tervisesüsteemi pikaajalist jätkusuutlikkust (vt punkt 5.3).

### Eesti ravikindlustuskaitstes on lüngad

Haigekassa hallatava ravikindlustussüsteemiga on kaetud ligikaudu 95% elanikest, jättes katmata ajutise ja ebakindla töösuhtega isikud (vt punkt 5.2). Umbes pool kindlustatud elanikest, sealhulgas lapsed, pensionärid ja registreeritud töötud, ei tee kindlustusmaksuid, mis näitab suurt solidaarsust süsteemis. Haigekassa rahastab ka teatavaid kindlustamata elanikele osutatavaid tervishoiuteenuseid, sealhulgas erakorralist meditsiiniabi, COVID-19ga seotud meditsiiniabi ja vaksineerimist ning alates 2021. aastast vähi sõeluuringuid. Kuigi haigekassa vastutab üha enam kogu elanikkonnale osutatavate tervishoiuteenuste rahastamise eest, seisavad kindlustamata elanikud jätkuvalt silmitsi takistustega oluliste teenuste ligipääsetavuses nagu retseptiravimid, mis suurendab tervisealast ebavõrdsust (vt punkt 5.2).

### Tekstikast 2. Eesti võttis COVID-19ga seotud kulude katmiseks vastu täiendava riigieelarve

Enne COVID-19 pandeemiat ei olnud Eesti kunagi eraldanud haigekassale eelarvepuudujäägi katmiseks riigieelarvest lisavahendeid, kuid pandeemia ajal leiti, et haigekassa vahendid on ebapiisavad. Selleks et tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, kiitis Eesti riigikogu 15. aprillil 2020 heaks ettepaneku eraldada haigekassale riigieelarvest lisaks 213,2 miljonit eurot, mis moodustas umbes 13% haigekassale 2020. aastaks ette nähtud eelarvest. Eriolukorra ajal ja sellele järgnenud 60 päeva jooksul kasutas haigekassa neist lisavahenditest 94,7 miljonit eurot (44%), et tagada tervishoiuteenuste osutamine, sealhulgas isikukaitsevahendite hankimiseks (30 miljonit eurot), haiglate püsikulude hüvitamiseks (21,5 miljonit eurot) ja raviga seotud lisakulude katmiseks (23,4 miljonit eurot). Ülejäänud 19,8 miljonit eurot kulus haigushüvitistele.

Pärast esimese lisaeraldise tegemist riigieelarvest jätkas Eesti valitsus haigekassale väiksemate lisaeraldiste tegemist, kuna COVID-19 pandeemia jätkus. Lisaks kattis valitsus 2020. aastal sotsiaalmaksu alalaekumise ja kavatseb rakendada sama lähenemisviisi ka 2021. aasta eelarve puhul, millega kaldutakse kõrvale varasemast poliitikast.

Allikas: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

## Haigekassa hüvitavate tervishoiuteenuste ja ravimite loetelu on ulatuslik

Haigekassa töötab välja tervishoiuteenuste, ravimite ja meditsiinitoodete hüvitiste loetelu ja hinnakirja. Tervishoiuteenuste loetelu sisaldab üle 2 000 ühiku ühes erinevate tasustamismeetoditega ja seda ajakohastatakse vähemalt kord aastas. Haigekassa katab enamiku haiglaravi ja ambulatoorse ravi kuludest. Ravimite, hambaravi ja meditsiiniseadmete eest tasumisel kasutatakse sageli omaosalust (vt punkt 5.2). Kui valitsus on tervishoiuteenuste loetelu heaks kiitnud, võtab haigekassa seda arvesse ravi rahastamise lepingutes tervishoiuteenuste osutajatega. Ambulatoorse eriarstiabi osutajatele tasutakse teenusepõhiselt ja perearstide puhul kasutatakse kombineeritud tasustamismehhanisme. Haiglate puhul rakendatavad tasustamismeetodid hõlmavad diagnoosipõhiseid kompleksteenuseid, teenusepõhiseid ja voodipäevatasusid.

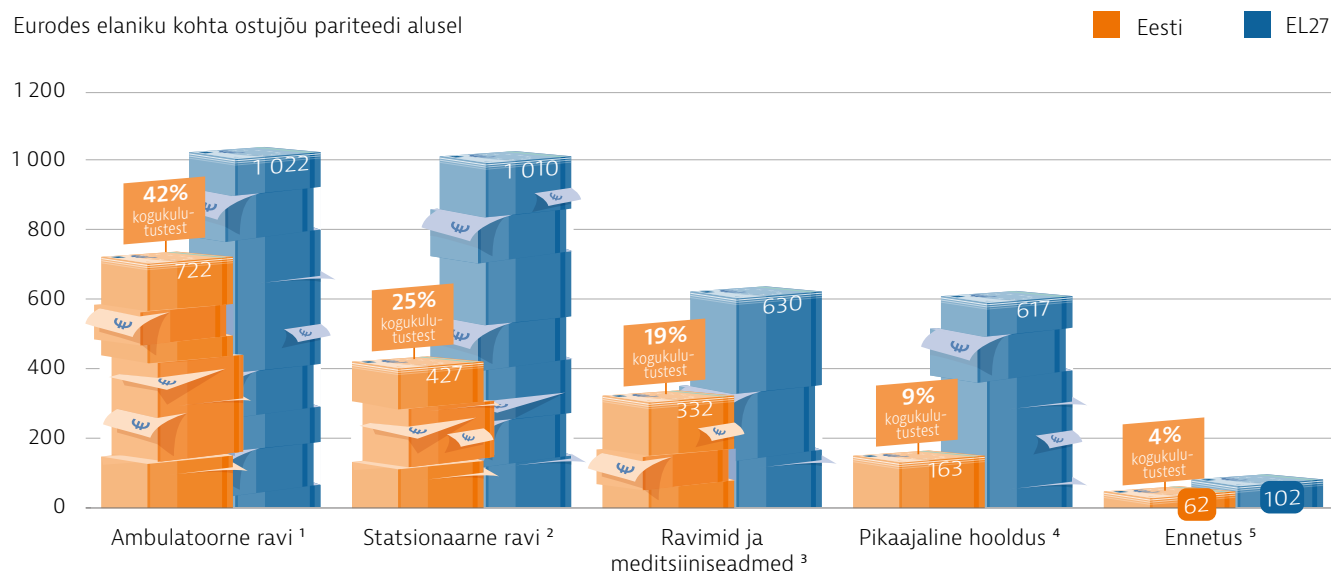
## Ambulatoorse ravi osutajatel on Eestis suurem roll kui paljudes teistes ELi riikides

Esmatasandi teenuseosutajate võrgustik, mis koosneb peamiselt erasektori perearstidest, on esimene kontaktpunkt tervishoiuteenuse saamisel Eestis. Teise tasandi tervishoiuteenused on kättesaadavad haiglates ja ambulatoorse ravi keskustes. Umbes pool riigis osutatavast eriarstiabist antakse Eesti kahes suurimas haiglas, mis asuvad Tallinnas ja Tartus.

2019. aastal oli voodikohtade arv 1 000 elaniku kohta 4,5, mida on vähem kui ELi keskmine, mis on 5,3 voodikohta. Voodikohtade arv on aja jooksul oluliselt vähenenud, kuna teenuseid on senisest enam hakatud osutama ambulatoorselt. COVID-19 pandeemia ajal Eestis siiski voodikohti ei nappinud (vt punkt 5.3). Eesti elanikud kasutavad tervishoiusüsteemi harvemini kui teiste ELi riikide elanikud. 2019. aastal oli haiglast väljakirjutamiste arv 7% väiksem ja arstiga konsulteerimiste arv 18% väiksem kui ELi keskmine. Selline tagasihoidlik tervishoiusüsteemi kasutamine ei pruugi aga tingimata tähendada Eesti elanike väiksemaid tervishoiuvajadusi, kuna endiselt teatatakse suurest katmata ravivajadustega elanike osakaalust (vt punkt 5.2).

Suurim osa Eesti tervishoiukulutustest tehakse ambulatoorsele ravile (joonis 8), järgnevad statsionaarne ravi ja ambulatoorses ravis kasutatavad ravimid. Ambulatoorne ravi hõlmab hambaraviteenuseid ja hambaravikulud on Eestis suured (vt punkt 5.2).

## Joonis 8. Eesti kulutab kõigile tervishoiuvaldkondadele, eriti öendusabile, alla ELi keskmise



Märkus. Ei hõlma tervishoiusüsteemi halduskulusid. 1. Hõlmab koduhooldusteenuseid ja kõrvalteenuseid (nt patsientide vedu). 2. Hõlmab aktiiv-taastusravi haiglates ja muudes tervishoiuasutustes. 3. Üksnes ambulatoorse ravi raames. 4. Hõlmab üksnes tervishoiuteenuseid. 5. Hõlmab kulutusi korraldatud ennetusprogrammidele. ELi keskmine on kaalutud keskmine.

Allikad: OECD 2021. aastal koostatud tervisestatistika, Eurostati andmebaas (2019. aasta andmed).

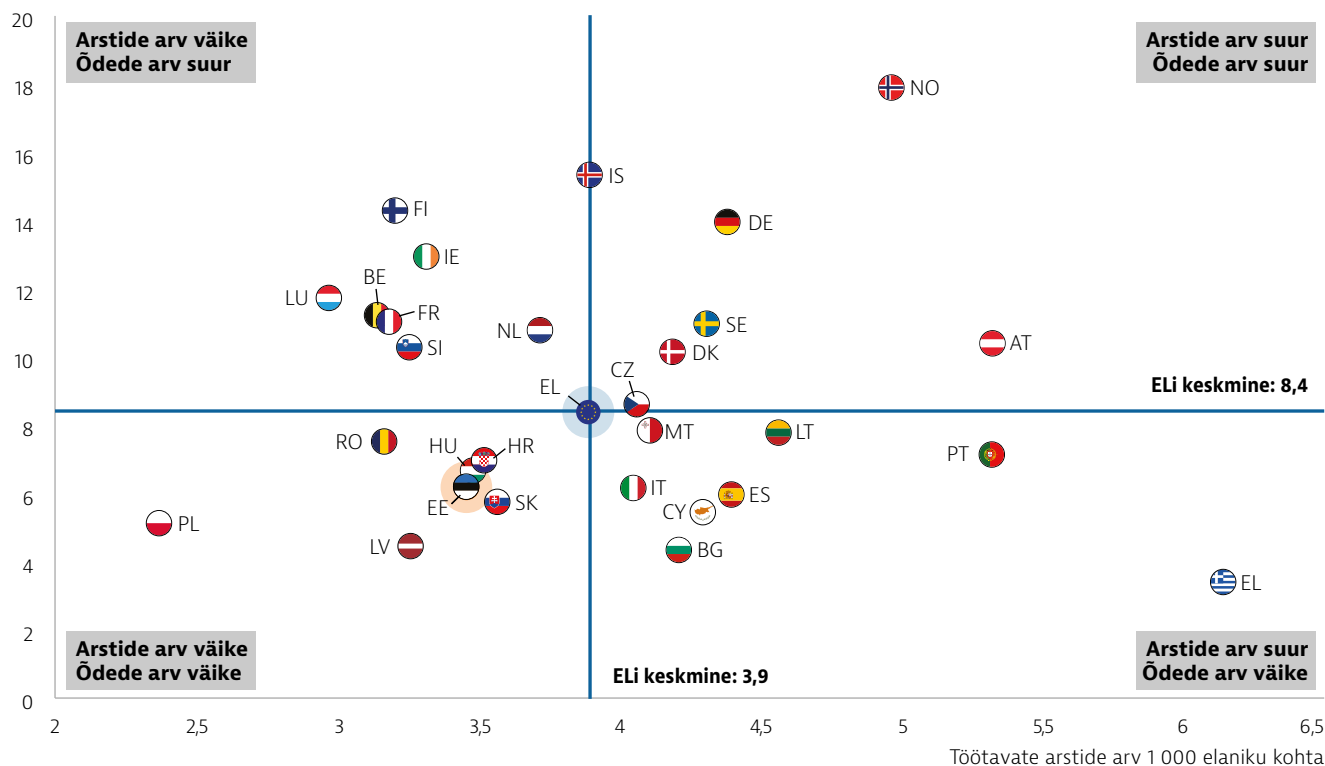
## Eestis koolitatakse liiga vähe arste ja õdesid

2019. aastal oli Eestis vähem arste (3,5 arsti 1 000 elaniku kohta) ja õdesid (6,2 õde 1 000 elaniku kohta) kui ELis keskmiselt (vastavalt 3,9 ja 8,4 1 000 elaniku kohta) (joonis 9). Peale selle on kahanenud arsti- või õendusõpingute lõpetajate arv. Kui 2017. aastal lõpetas ülikooli 151 arsti, siis 2020. aastal oli neid 138 ning

meditsiinikooli lõpetas 2017. aastal 467 õde, 2020. aastal aga 383 õde. See suur lõhe tööjõuvajaduste ja koolitatud töötajate hulga vahel seab ohtu tervisesüsteemi säilenõtkuse (vt punkt 5.3). Õdede ja muude tervishoiutöötajate, sealhulgas toitumisspetsialistide ja füsioterapeutide nappus vähendab Eestis ka võimalust tööülesanded ümber jagada.

### Joonis 9. Arstide ja õdede arv Eestis on alla ELi keskmise

Töötavate õdede arv 1 000 elaniku kohta



Märkus. ELi keskmine on kaalumata keskmine. 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). Austria ja Kreeka puhul on õdede arv hinnatud tegelikust väiksemaks, kuna arvesse on võetud üksnes haiglates töötavaid õdesid. Allikas: Eurostati andmebaas (2019. aasta või lähima aasta andmed).

# 5 Tervisesüsteemi toimivus

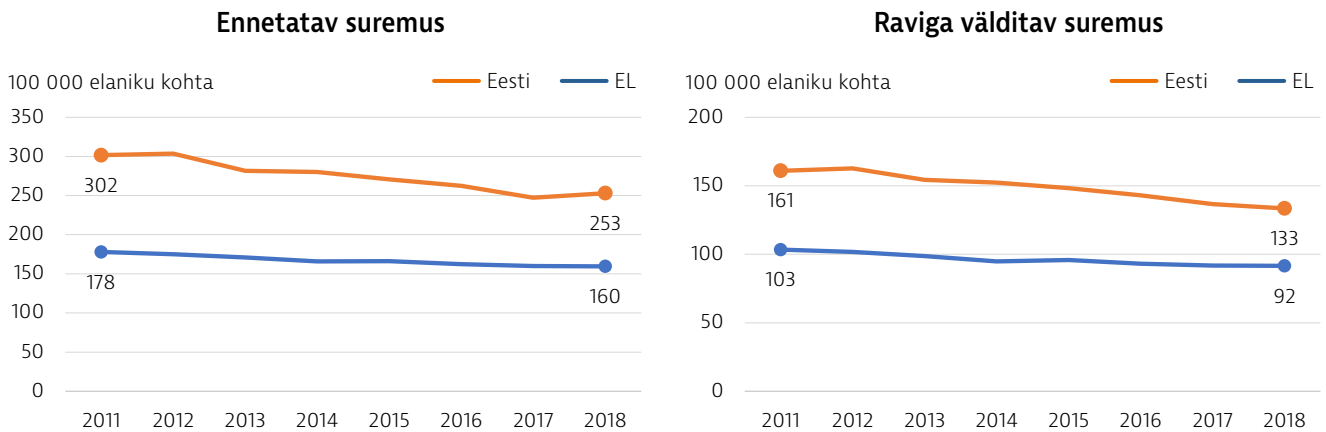
## 5.1. Tõhusus

### Ennetatav ja raviga välditav suremus on vähenenud kiiresti, kuid on endiselt suur

Tõhusama tervishoiu ja rahvatervise poliitikaga ärahoitavaks peetavate surmade arv vähenes Eestis 2011.–2018. aastal ligikaudu 20% (joonis 10). ELi keskmine kahanes sel ajavahemikul umbes 10%. Sellest arengust hoolimata on Eesti ennetatava ja raviga välditava suremuse kordaja endiselt ELi keskmisest suurem (joonis 11).

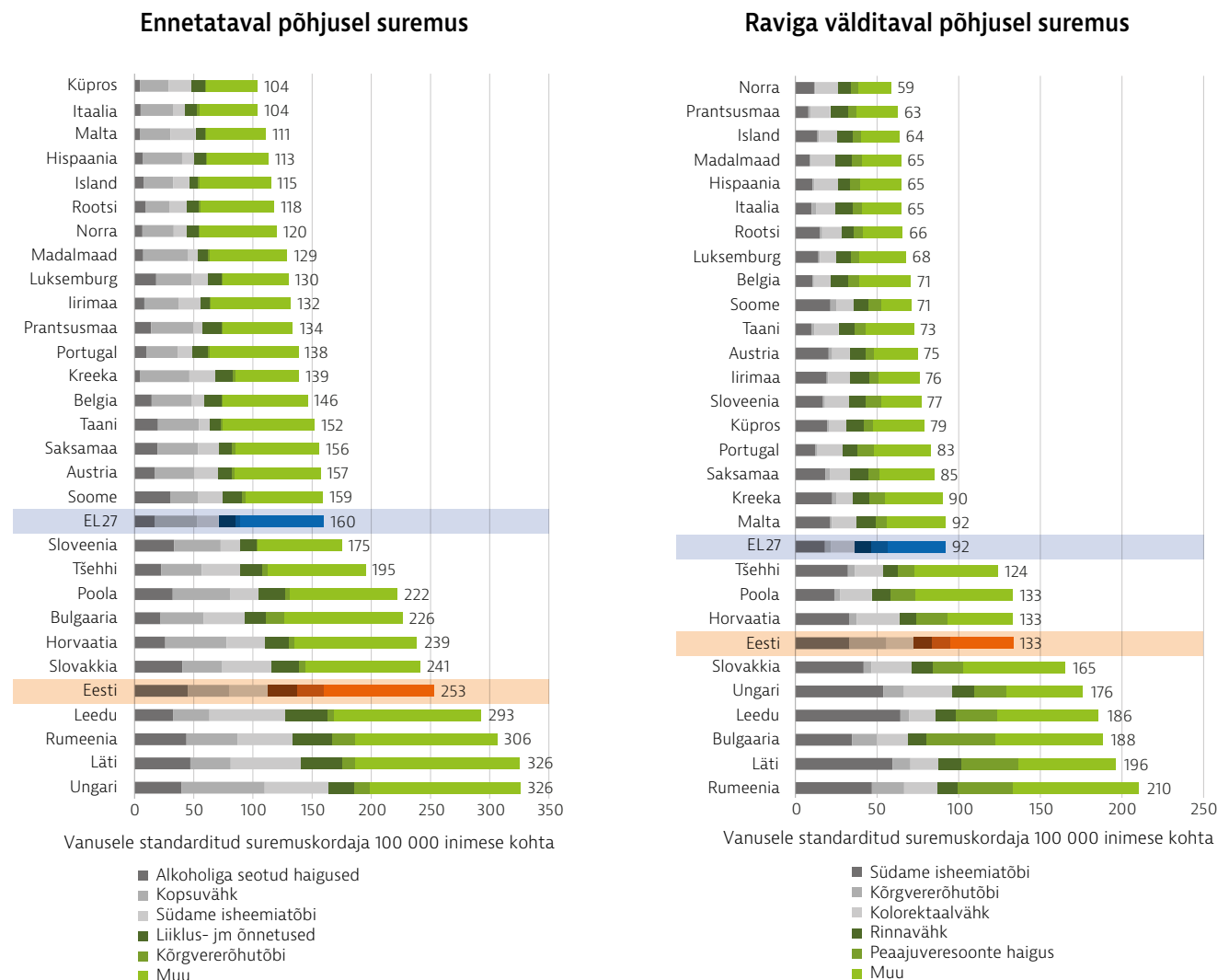
Kõige sagedasemad ennetatava suremuse põhjused on alkoholiga seotud haigused, südame isheemiatõbi ja kopsuvähk. Neist põhjustest tingitud suur suremus on märk sellest, et riskikäitumist (nagu alkoholitarbimine, rasvumine ja suitsetamine) esineb Eesti elanike seas võrreldes enamiku teiste ELi riikidega võrdlemisi sageli. Poliitikameetmete puudumise tõttu on eriti muret tekitav ülekaaluliste ja rasvunud inimeste osakaal (vt punkt 3). Kõrgvererõhutõve suremuskordaja oli Eestis 2018. aastal suurem kui üheski teises ELi riigis – 23 surmajuhtu 100 000 elaniku kohta, samal ajal kui Leedus oli see näitaja 5 ja Lätis 11. Seda vahet võib siiski osaliselt selgitada erinevustega surmajuhtumite kodeerimises.

Joonis 10. Ennetatav ja raviga välditav suremus on langenud kiiremini kui ELi keskmine



Allikas: Eurostati andmebaas.

Joonis 11. Ennetatava ja raviga välditava suremuse kordaja on suurem kui paljudes ELi riikides



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 söeluuringute ja raviga. Mõne haiguse puhul (nt südame isheemiatõbi ja peaaajuveresoonte haigus) on pooled surmad seostatavad ennetatava suremusega ja pooled välditava suremusega. Mõlemad näitajad on seotud enneaegse suremusega (enne 75-aastaseks saamist). Andmed põhinevad läbivaadatud OECD/Eurostati nimekirjadel.  
Allikas: Eurostati andmebaas (2018. aasta andmed, Prantsusmaa puhul 2016. aasta andmed).

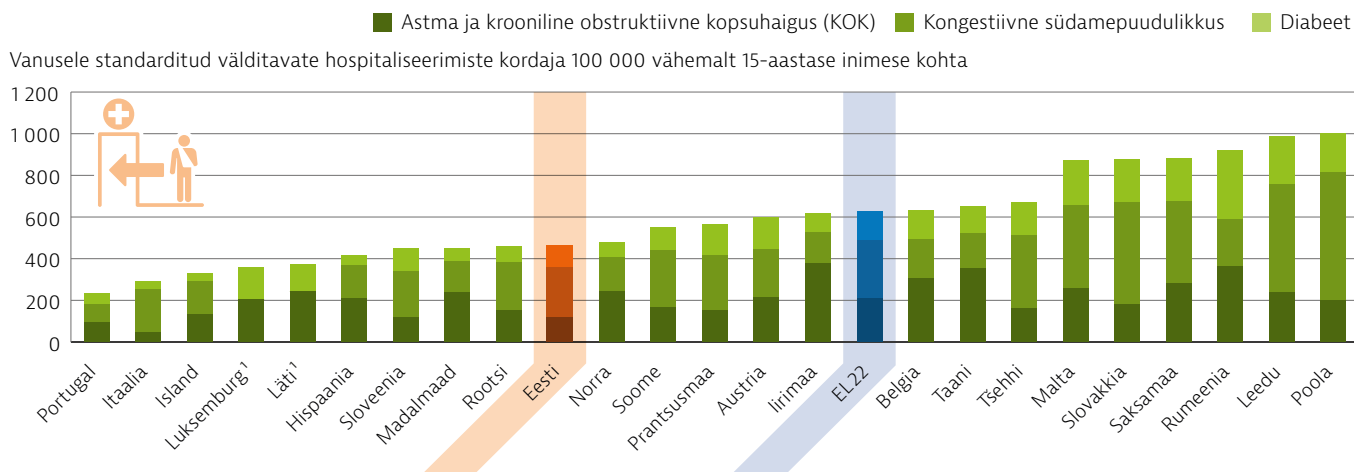
## Tugevdatud esmatasandi tervishoid aitab hoida välditavate hospitaliseerimiste arvu väikese

Tervishäirete puhul, millega saab tegeleda tulemuslikult ambulatoorselt, hospitaliseeritakse Eestis vähem inimesi kui enamikus teistes ELi riikides. Selle tulemusel on viimastel aastatel märkimisväärselt vähenenud registreeritud välditavate hospitaliseerimiste arv. 2010. aastal võeti astmaga haiglasse 623 inimest, 2017. aastal aga vaid 344 ehk 45% vähem. Samamoodi vähenes aastatel 2014–2018 välditavate hospitaliseerimiste arv diabeedi ja

kongestiivse südamepuudulikkuse puhul, kahanedes vastavalt 25% ja 18% (joonis 12).

Need positiivsed tulemused on saavutatud osaliselt tänu pidevatele püüdlustele tugevdada ambulatoorset ravi, kuid esmatasandi ravi tulevik saab olema keeruline. Ühes 2020. aasta novembris avaldatud uuringus märgitakse, et pidevalt perearstiga täitmata perearsti nimistute arv on alates 2015. aastast neljakordistunud ja peaaegu pool perearstidest on 60-aastased või vanemad (Riigikontroll, 2020).

### Joonis 12. Eestis on välditavate hospitaliseerimiste arv ELi keskmisest väiksem



Märkus. 1. Andmed kongestiivse südamepuudulikkuse kohta ei ole Lätis ja Luksemburgis kättesaadavad. Allikas: OECD 2021. aastal koostatud tervisestatistika (2019. aasta või lähima aasta andmed).

## Tänu poliitikameetmetele ja seoses COVID-19 pandeemiaga paraneb varasem madal gripi vastu vaktsineerituse tase

2019. aastal oli 65-aastaste ja vanemate elanike gripi vastu vaktsineerituse tase Eestis üks ELi madalamaid – 15%, samal ajal kui ELi keskmine oli 42%. See tase on siiski oluliselt tõusnud, kuivõrd 2012. aastal oli see alla 1%. Vaktsineerituse suurendamiseks võeti vastu rida poliitikameetmeid, sealhulgas pakuti gripivaktsiini apteekides ja hooldekodudes.

Nõudlus gripivaktsiini järele kasvas 2020. aastal märgatavalt ka seoses COVID-19 pandeemiaga. 2020. aasta septembris ostis haigekassa ligikaudu 153 000 doosi gripivaktsiini, millest oleks varasemate kogemuste põhjal – hooajal 2019/2020 kulus umbes 132 000 doosi – nõudluse rahuldamiseks piisanud. Ent gripivaktsiini tellisid oma töötajate jaoks ka eraettevõtted ning enamikus kohtades ammenendusi varud 2020. aasta oktoobri keskpaigaks. Mõni perearst hoiatas, et enneolematult suur nõudlus gripivaktsiini järele tähendab seda, et mõni riskirühma kuuluv inimene võib jääda vaktsineerimata. See kogemus aitab kaasa poliitika muutmisele, nii et alates 1. oktoobrist 2021 on gripivaktsiin osa kõigi 65-aastaste ja vanemate elanike vaktsineerimise riiklikust kavast ja selle eest tasub haigekassa.

## Kuigi vähi sõeluuringutes osalemise määr ei ole suurenenud, on elulemus paranenud

Eesti viib ellu rinna-, kolorektaal- ja emakakaelavähi sõeluuringute programme, kuid neis osalemise määra saaks suurendada. 2019. aastal jäi sõeluuringutes osalemise määr Eestis rinnavähi puhul umbes 5% ja emakakaelavähi puhul 20% allapoole ELi keskmist. Rinnavähi sõeluuringute puhul jäi osalemise määr viimasel kümnendil üldjuhul vahemikku 50–60% asjaomasest elanikkonnast. See saavutas haripunkti 2010. aastal, ulatudes 62%ni, ja langes aasta hiljem 51%-le.

Alates 2021. aasta jaanuarist, pärast enam kui kümme aastat kestnud arutelusid, tasub kindlustamata isikute vähi sõeluuringu programmides osalemise eest haigekassa. Selle muudatuse eesmärk on vähendada elanike suremust, ebavõrdsust juurdepääsul sõeluuringutele ja viivitusi vajaliku ravi saamisel. Kava elluviimisel tuli siiski ette viivitusi, kuna poliitiline tähelepanu oli suunatud COVID-19 pandeemiale (vt punkt 5.3).

Vähi viie aasta elulemus on alates ajavahemikust 2000–2004 paranenud, eelkõige laste leukeemia puhul, kus see on kasvanud 64%-lt 2000.–2004. aastal 88%-le 2010.–2014. aastal. Elulemus vastab kuue vähitüübi puhul enam-vähem ELi keskmisele (joonis 13). Kuigi vähi diagnoosimisel ja ravimisel on tehtud hulk

edusamme, on Eestis kindlaks tehtud mitu täiustamist vajavat valdkonda ja välja töötatud terviklik vähi vastu võitlemise tegevuskava (tekstikast 3), mis on kooskõlas Euroopa Komisjoni koostatud uue Euroopa vähktõvevastase võitluse kavaga (2021a).

### Joonis 13. Kopsuvähi ja laste leukeemia puhul ületab elulemus ELi keskmist



**Eesnäärmevähk**

Eesti: 86 %  
EL23: 87 %

**Laste leukeemia**

Eesti: 88 %  
EL23: 85 %

**Rinnavähk**

Eesti: 77 %  
EL23: 82 %

**Emakakaelavähk**

Eesti: 67 %  
EL23: 63 %

**Käärsoolevähk**

Eesti: 58 %  
EL23: 60 %

**Kopsuvähk**

Eesti: 17 %  
EL23: 15 %

Märkus. Andmed 2010.–2014. aastal diagnoositud inimeste kohta. Laste leukeemia all peetakse silmas ägedat lümfoblastilist leukeemiat. Allikas: programm CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

### Tekstikast 3. Eesti vähitõrje tegevuskava 2021–2030

Eesti avaldas 2021. aasta aprillis tervikliku vähitõrje tegevuskava aastateks 2021–2030, mis sisaldab vähitõrje visiooni alates ennetamisest kuni elu lõpuni. Tegevuskava eesmärkide saavutamiseks on Eesti kindlaks määranud prioriteetsed tegevussuunad: keskne juhtimine, tõhusam teavitus eri sihtrühmadele, patsienditeekondade väljatöötamine, teadustulemuste

kiire rakendamine praktikas, kogu selle tegevuse jälgimine ning pädevad ja motiveeritud töötajaid. Tegevuskava sobitub Eesti rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 raamistikku. Selles on kandev osa juhtrühmal ja sotsiaalministeeriumil, kes teevad koostööd teiste asutustega.

Allikas: sotsiaalministeerium, 2021.

## 5.2 Kättesaadavus

### Eesti elanikud on teatanud küsitlusuuringutes katmata ravivajaduste kõrgest tasemest, mille peamine põhjus on pikad ravijärjekorrad

2019. aastal oli Eestis rohkem kui üheski teises ELi riigis elanikke, kes teatasid, et nende ravivajadused on katmata. Katmata ravivajadused olid 15,5%-l elanikest, samal ajal kui ELi keskmine oli 1,7% (joonis 14). Erinevalt kõigist teistest ELi riikidest oli katmata vajadustest teatanud isikute osakaal suurima sissetulekuga elanikkonnarühmas suurem kui väikseima sissetulekuga elanikkonnarühmas (vastavalt 16,5% ja 15,4%). See näitab, et katmata vajadused ei ole Eestis seotud sissetuleku suurusega; rahaliste põhjuste tõttu katmata jäänud vajaduste osakaal vähenes 1,1%-lt 2016. aastal 0,4%-le 2019. aastal. Katmata ravivajaduste väga kõrge tase Eestis on põhjustatud ennekõike pikkadest ravijärjekordadest. Peaaegu 15% elanikest teatas, et neil on ravijärjekordade tõttu katmata ravivajadusi, mida on tunduvalt enam kui ELi keskmine 0,7%. 2019. aastal ootas Eestis 86%

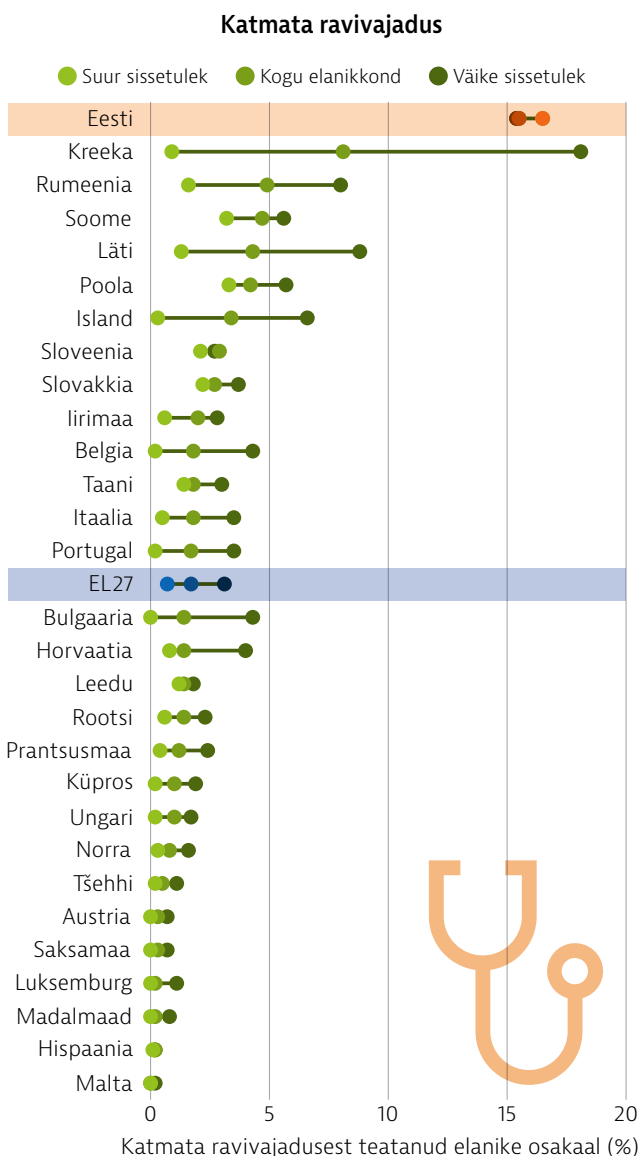
patsientidest kaelõikust, 89% patsientidest puusaliigese asendamise operatsiooni ja 93% patsientidest põlveliigese asendamise operatsiooni üle kolme kuu. Ehkki tervishoiusüsteemi saaks ravi kättesaadavuse vaatenurgast parandada, näitas 2020. aastal tehtud haigekassa uuring, et 62% Eesti elanikest pidas juurdepääsu meditsiiniteenustele heaks või võrdlemisi heaks, mis on parim mõõdetud tulemus alates 2011. aastast.

Eurofoundi uuringu<sup>3</sup> kohaselt teatas COVID-19 pandeemia ajal katmata vajadustest 19% Eesti elanikest, kuid see jääb alla ELi keskmise, milleks oli 21% (Eurofound, 2021). Erisus võis olla tingitud sellest, et kasutati laialdaselt digitehnoloogiat, sealhulgas digitaalseid konsultatsioone eriarstiabi saamiseks, mis ei olnud enne pandeemiat kättesaadavad (vt punkt 5.3). COVID-19 pandeemia ajal teatas telekonsultatsiooni kasutamisest 46% Eesti elanikest, ELi keskmine oli 39%.

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



### Joonis 14. Katmata vajaduste keskmine tase Eestis on ELi kõrgeim



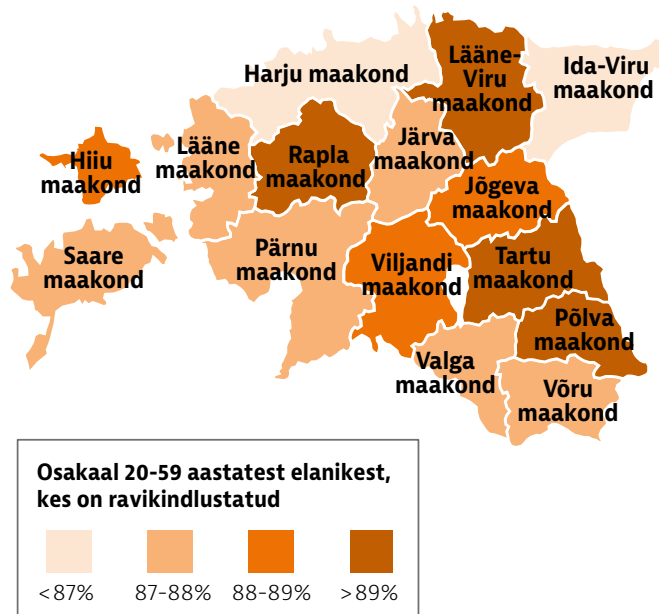
Märkus. Andmed viitavad arstliku läbivaatuse või raviteenuse vajadusele, mis on jäänud katmata maksumuse, füüsilise kauguse või ravijärjekorra tõttu. Riikide andmete võrdlemisel tuleb olla ettevaatlik, kuna kasutatud uuringumeetodites esineb teatavaid erinevusi.  
Allikas: Eurostati andmebaas, sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika põhjal (2019. aasta andmed, Islandi puhul 2018. aasta andmed).

### Kõigil Eesti elanikel ei ole ravikindlustust

2019. aastal ei olnud 5%-l Eesti elanikest ravikindlustust. Kindlustuskaitse on kõige sagedamini seotud töösuhtega, nii et kõige suurema tõenäosusega on kindlustamata tööealised inimesed, kes töötavad osalise tööajaga või kelle töökoht on ebakindel või mitteametlik (joonis 15). Erinevates õigusaktides on sätestatud üle 50 kriteeriumi, mille alusel määratakse kindlaks ravikindlustuse saamise õigus, mistõttu on kodanikel keeruline süsteemis orienteeruda ja säilitada kindlustuskaitse, kui nende töösuhe on ebakindel. Elanike kindlustuskaitse on piirkonniti

erinev: 2020. aastal omas ravikindlustust 86,3% Ida-Viru maakonna elanikest vanuses 20–59 aastat, Põlva maakonnas oli see näitaja 89,6%.

### Joonis 15. Rohkem kui igal kümnendal tööealisel Eesti elanikul ei ole ravikindlustust, kindlustuskaitse varieerub piirkonniti



Allikas: Tervise Arengu Instituut, 2021a.

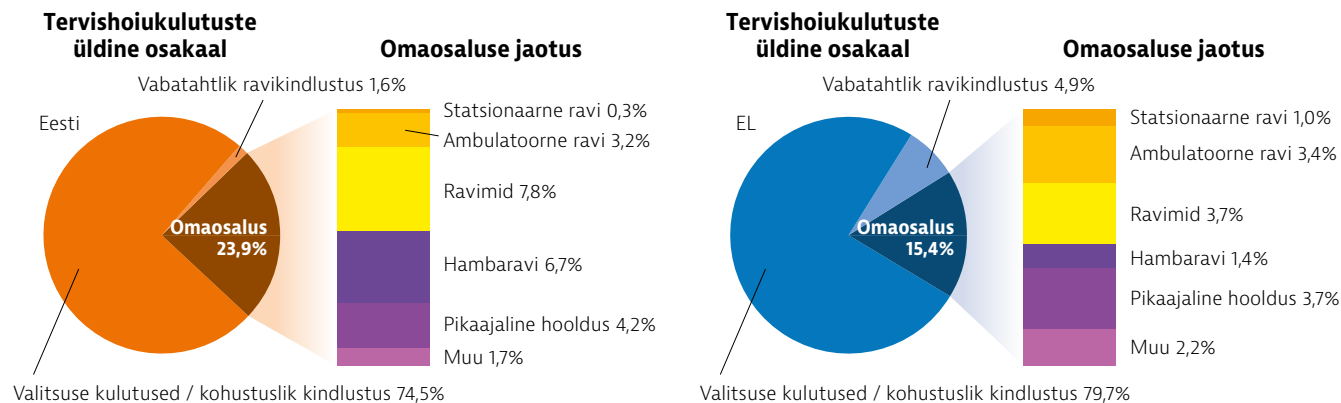
Enne COVID-19 pandeemiat oli kindlustamata elanikel juurdepääs üksnes erakorralisele meditsiiniabile ning veel mõnele üksikule tervishoiuteenusele, näiteks tuberkuloosi ja HIVi ravile. Alates 2021. aastast on kaetud ka korrapärased vähi sõeluuringud ning COVID-19ga seotud testimine ja vaksineerimine. Peale selle võttis riigikogu 2020. aastal eriolukorra ajal vastu ajutised muudatused, et säilitada nende kindlustatud isikute ravikindlustuskaitse, kes ei tee pandeemia ajal kindlustusmaksleid. See võis mõjutada 6% töötavatest elanikest.

### Omaosalus tervisekulude katmisel tekitab Eestis rahalisi raskusi

2019. aastal kaeti Eestis 23,9% tervishoiukuludest omaosalusega. Omaosaluse osakaal, mis on kasvanud 2009. aasta 20,3%-lt, on märksa suurem kui ELi keskmine 15,4% (joonis 16). Ligikaudu 32% omaosalusega kaetavatest kuludest moodustavad Eestis kulud ambulatoorses ravis kasutatavatele ravimitele, suur osakaal on ka hambaravil, mille kulud moodustavad 28% omaosalusega kaetavatest kuludest, samal ajal kui ELi keskmine on 13%.



Joonis 16. Omaosalust rakendatakse eelkõige ravimite ja hambaravi eest tasumisel



Märkus. Eli kaalutud keskmine. Vabatahtlik ravikindlustus hõlmab ka muid vabatahtlikke ettemaksesüsteeme. Allikad: OECD 2021. aastal koostatud tervisestatistika, Eurostati andmebaas (2019. aasta andmed).

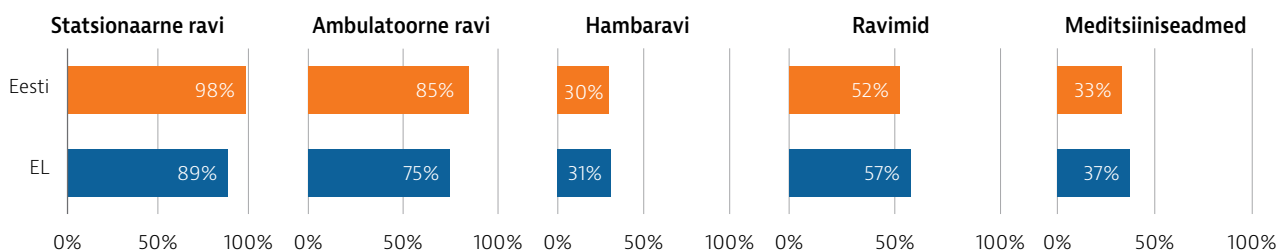
### Täiskasvanute hambaravi ja ravimite puhul pakutava kindlustuskaitse reformimisega püütakse parandada rahalist kaitset

Eesti on püüdnud vähendada tervishoiukulude katmisel omaosalust, kohandades hüvitiste määrasid nii hambaravi kui ka ravimite puhul, mida rahastatakse avaliku sektori vahenditest võrdlemisi vähe (joonis 17). Pärast 2008. aasta finantskriisi vähendas Eesti kulude kärpimiseks riiklikke kulutusi

täiskasvanute hambaravi katmiseks, kuid 2017. aastal kehtestas valitsus uue hambaravihüvitiste paketi, mida 2019. aastal laiendati. Pakett hõlmab elementaarseid hambaraviteenuseid kõigile täiskasvanutele. Sellega on ette nähtud 50% suurune omaosalus teenuste eest tasumisel ja kehtestatud hüvitise ülempiiriks 40 eurot aastas. Lisaks on teatavate suuremate vajadustega elanikkonnarühmade puhul ette nähtud 15% suurune omaosalus ja kehtestatud ülempiiriks 85 eurot.

Joonis 17. Enamik statsionaarse ja ambulatoorse ravi kuludest kaetakse valitsuse ja kohustusliku kindlustuse vahenditest

#### Riiklike kulutuste osakaal tervishoiule tehtavates kogukulutustes teenuste lõikes



Märkus. Ambulatoorse ravi teenused tähendavad peamiselt teenuseid, mida osutavad ambulatoorse ravi sektoris perearstid ja eriarstid. Ravimid hõlmavad retseptiravimeid ja käsimüügravimeid ning meditsiinilisi mittekestvuskaupe. Meditsiiniseadmete hulka kuuluvad nägemise abivahendid, kuuldeaparaadid, ratastoolid ja muud meditsiiniseadmed. Allikas: OECD 2021. aastal koostatud tervisestatistika (2019. aasta või lähima aasta andmed).

Eesti on alustanud ka reforme, et vähendada omaosalust ambulatoorses ravis kasutatavate retseptiravimite eest tasumisel. Enne 2018. aastat sõltus retseptitasu suurus ravimi hüvitise määrast. Pärast 2018. aastal toimunud reformi ühtlustati tasu 2,50 eurole retsepti kohta. Patsiendid tasuvad ka osa ravimi hinnast, mille suurus on sõltuvalt soodustuse määrast 0%, 25% või 50%. Kui isik kulutab aastas retseptiravimitele kokku üle 100 euro, hüvitab haigekassa automaatselt 50% omaosalusest; kui

kulutused ületavad 300 eurot, hüvitab haigekassa 90%. Soodustuse ja omaosaluse arvutamine ja arvestamine toimub ostu hetkel. Seni on reform oluliselt suurendanud omaosaluse eest hüvitist saavate inimeste arvu, nii et vähem inimesi kulutab retseptiravimitele suuri summasid. 2017.–2018. aastal kahanes retseptiravimitele aastas üle 250 euro kulutavate isikute osakaal Eesti elanike seas 2,8%-lt vaid 0,1%-le. Esialgsest hindamisest on näha, et need kaks muudatust poliitikas on avaldanud positiivset

mõju, suurendades ligipääsu ravimitele, ehkki rahalist kaitset saab veel parandada (WHO Euroopa piirkondlik büroo, Euroopa Komisjon, European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

### Eesti saaks suurendada geneeriliste ravimite kasutamist

Geneeriliste ravimite osakaal (väärtuse poolest) on püsinud Eestis viimasel viiel aastal 16% juures. Mahu poolest on nende osakaal suurenenud 2020. aastal 39%ni ravimite kogumahust, olles kasvanud kümne aasta jooksul peaaegu 6 protsendipunkti. See on siiski väiksem kui ELi keskmine (49,5%), rääkimata naaberriigist Lätist, kus geneeriliste ravimite osakaal on 76%.

### COVID-19 pandeemia tõi esile võimalikud nõrgad kohad põhiravimite tarnimises

Eestis ei toodeta ravimeid, mistõttu sõltub riik põhiravimite hankimisel rahvusvahelisest kaubandusest ja impordist. Kuna paljud riigid sulgesid COVID-19 pandeemia ajal oma piirid või piirasid ravimiekspordi, hakkasid mõned Eesti leibkonnad ravimeid varuma. Valitsus rakendas mitut ajutist regulatsiooni, et ennetada ravimite nappust. Näiteks lubati kirjutada krooniliste haigustega inimestele ravimeid välja korraga kuni kaheks kuuks, peatati teatavate ravimite eksport, et kaitsta intensiivravi patsientide arvu eeldatavat suurenemist silmas pidades ravimivarusid, ning keelati müüa ühele inimesele üle 30 tableti paratsetamooli. Peale selle kehtestati hulгимүүjatele uued aruandlusnõuded, nii et valitsusel oli kogu aeg olukorrast ülevaade. Üks Euroopa Komisjoni koostatud Euroopa ravimistrateegia eesmärgid on tagada ravimite tarnekindlus, mis võib aidata vähendada neid survetegureid tulevastes tervisekriisides (Euroopa Komisjon, 2020).



4. Säilenõtkus on määratletud selles kontekstis kui tervishoiusüsteemi võime valmistuda vapustusteks, neid ohjata (toime tulla, kohaneda ja muutuda) ja neist õppida (ELi tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamise eksperdirühm, 2020).

## 5.3 Säilenõtkus

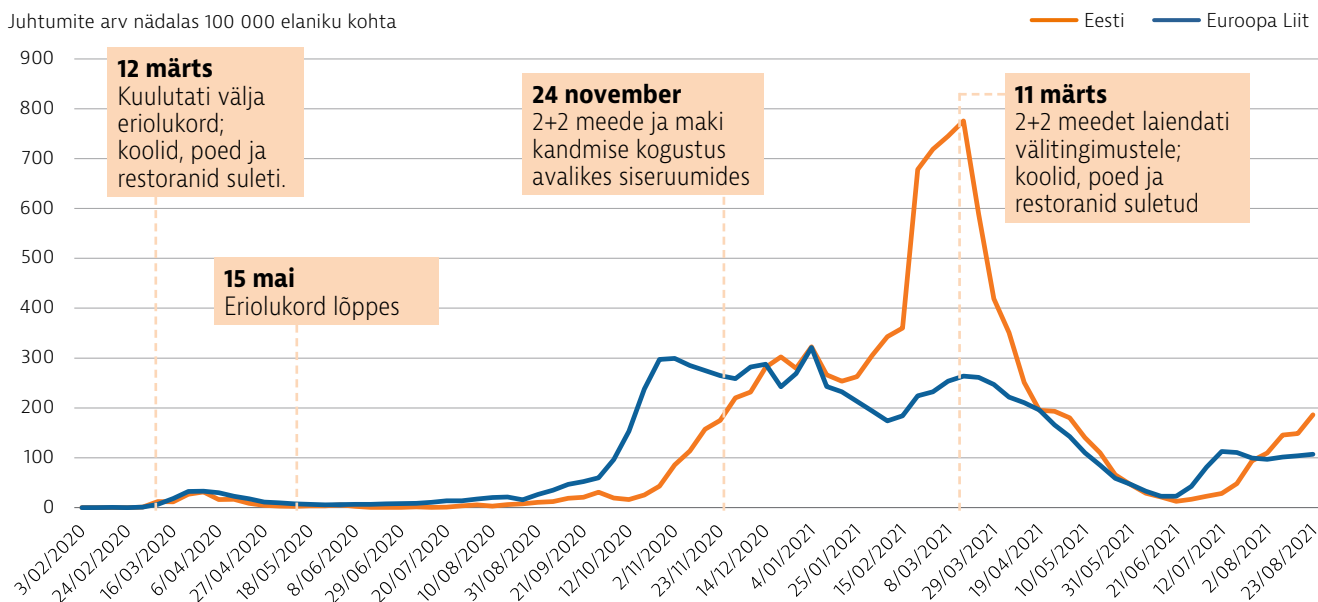
Selles osas, mis käsitleb säilenõtkust<sup>4</sup>, vaadeldakse peamiselt COVID-19 pandeemia mõju ja reageerimist pandeemiaele. Nagu on märgitud punktis 2, oli pandeemia mõju elanike tervisele ja suremusele Eestis väiksem kui teistes ELi riikides – ajavahemikus 2020. aasta jaanuarist 2021. aasta augustini registreeriti 1 291 COVID-19 põhjustatud surma. Pandeemia tõkestamiseks võetud meetmed mõjutasid ka majandust, mille tulemusel vähenes SKP 2020. aastal 2,9% ehk vähem kui ELis keskmiselt (6,2%).

### Eesti reageeris COVID-19 pandeemiale kiiresti, kuid teise laine ajal olukord halvenes

Eestis teatati esimesest COVID-19 juhtumist 27. veebruaril 2020. Kaks nädalat hiljem kuulutati Eestis välja eriolukord, mis kestis 12. märtsist 17. maini. Muu hulgas suleti eriolukorra ajal Eestis koolid, keelati avalikud kogunemised ja üritused, pandi kinni restoranid ja vähemtähtsad poed, kehtestati 2+2 reegel (avalikes kohtades tohtis kokku saada vaid kaks inimest, hoides 2-meetrist vahet) ning nõuti võimalikult palju kaugtöö tegemist. Pärast eriolukorra lõppu avati Eestis järk-järgult avalikud asutused, kuid 2+2 reegel jäi üldjuhul kehtima ja majutussektoris kehtestati 50% täituvuse piirangu nõue.

Esimese laine ajal oli juhtumite arv nädalas suurim nädalal, mis algas 30. märtsil 2020, mil teatati 31,5 COVID-19 juhtumist 100 000 elaniku kohta. 2020. aasta oktoobri lõpuks ületas nädala jooksul teatatud juhtumite arv esimese laine näitajaid ning nädalal, mis algas 15. märtsil 2021, teatati enam kui 775 juhtumist 100 000 elaniku kohta (joonis 18). Eestis kehtestati taas piirangud. Alustati piirkondadest, kus nakatumise määr oli kõrgeim, ja 11. märtsiks 2021 laiendati piiranguid kogu riigile, kuid 2021. aasta suve alguses piirangud järk-järgult kaotati. 11. augustil 2021 kuulutas terviseamet seoses delta tüvega välja tervishoiualase hädaolukorra.

## Joonis 18. Teatatud COVID-19 juhtumite arv oli Eestis esimese laine ajal väga väike, aga haripunkt saavutati 2021. aasta märtsis



Märkus. ELi keskmine on kaalumata keskmine (riikide arv keskmise arvutamisel oli nädalate lõikes erinev).  
Allikad: ECDC (COVID-19 juhtumid) ja terviseprofili koostajad (tõkestamismeetmed).

### COVID-19 pandeemia ajal muutus teravaks probleemiks tarvikute nappus

Lisaks võimalikele vajakajäämistele põhiravimite tarnetes (vt punkt 5.2) nappis Eestis, eriti pandeemia alguses, isikukaitsevahendeid, mida oli vaja selleks, et kaitsta tervishoiutöötajaid ja haavatavaid elanikkonnarühmi. Isikukaitsevahendite riiklikud erakorralised varud, mida haldas terviseamet, ja tervishoiuteenuste osutajate enda erakorralised varud osutusid üsna pea ebapiisavaks, et rahuldada suurt nõudlust, mis tekkis COVID-19 kriisi ajal. Peale selle muutusid kasutuks tarnijatega varem kokku lepitud tingimused, kuna üleilmne nõudlus isikukaitsevahendite järele kasvas plahvatuslikult. Haigekassa rakendas isikukaitsevahendite rahastamiseks erakorralist mehhanismi, mis võimaldab paindlikult suurendada kättesaadavaks tehtavaid rahalisi vahendeid, kui mõne nakkushaiguse tõttu ilmnevad suuremad vajadused.

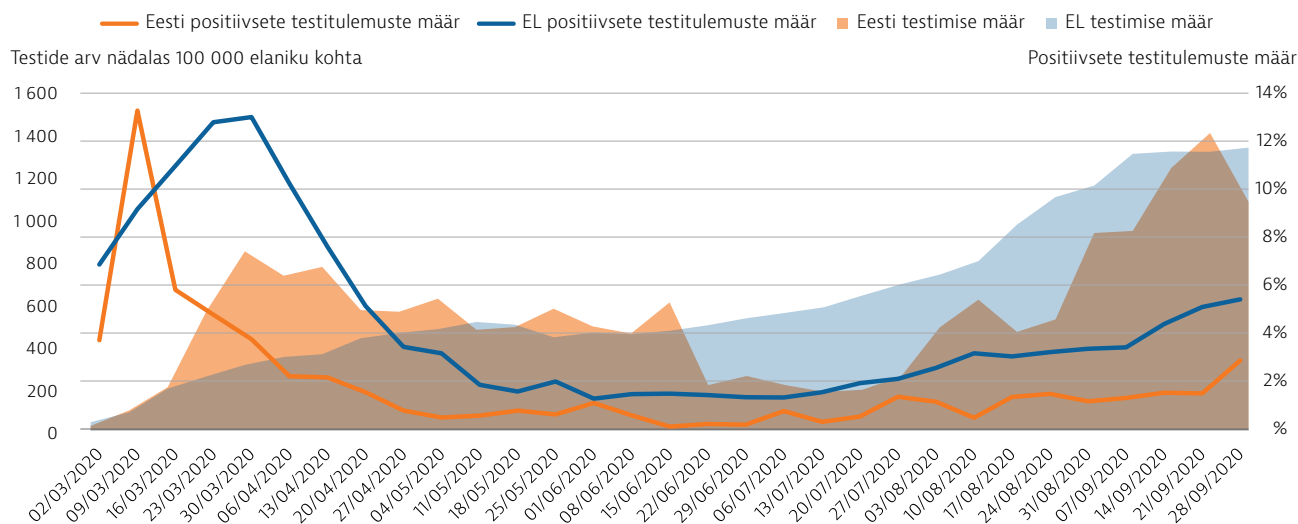
Selleks et tagada piisav kogus isikukaitsevahendeid, võttis riigihalduse minister kuni 2020. aasta lõpuni üle tsentraalse hanke-, ladustamis- ja jagamisprotsessi juhtimise. Eesti osales ka ELi korraldatud ühishangetes. Samal ajal hankisid paljud haiglad endale ise isikukaitsevahendeid ja piirkondlikud haiglad korraldasid suuremaid hankekampaaniaid, sealhulgas koos teiste tervishoiuteenuste osutajate ja hooldekodudega.

### 2020. aasta kevadel oli testimise suhtarv Eestis suurem kui enamikus teistes ELi riikides

Alguses, kui testimissuutlikkus oli piiratud, tehti Eestis COVID-19 teste eelkõige eakamatele inimestele, kroonilise haigusega patsientidele ja kõigile neile, kellel olid COVID-19 sümptomid, perearsti suunamise alusel. Seetõttu oli positiivsete testide osakaal märksa suurem kui ELi keskmine (joonis 19). 2020. aasta märtsi keskel töötati välja digitaalne suunamissüsteem, et lihtsustada testimisele suunamise protsessi ja vältida isikliku kontakti isikutega, kes võisid olla nakatunud. Seda süsteemi kasutades tegid perearstid kindlaks testimisvajaduse ja andsid patsiendile laborisse pöördumiseks elektroonilise saatekirja.

Eestis korraldasid testimist peamiselt eralaborid, kellel on tugevad sidemed esmatasandi tervishoiuga. Proovide võtmiseks töötasid kõigis suuremates maakonnakeskustes testimiskeskused, kusjuures suuremates linnades toimus testimine mitmes kohas, ning vastavalt vajadusele loodi testimiskohti juurde või vähendati neid. Kaheksas piirkonnakeskuses loodi drive-in testimispunktid ja mobiilsed meeskonnad võtsid proove kodudes inimestelt, kellel ei olnud võimalik testimispunkti minna. Kuigi testimissuutlikkus ei vastanud mõnikord kogunõudlusele, oli testimise suhtarv 100 000 elaniku kohta COVID-19 pandeemia esimestel nädalatel 2020. aasta märtsis ja aprillis Eestis üks ELi riikide suurimaid.

## Joonis 19. Testimise tase küll kõikus, kuid positiivsete testide osakaal jäi allapoole ELi keskmist



Märkus. ELi keskmine on kaalutud keskmine (riikide arv keskmise arvutamisel oli nädalate lõikes erinev).  
Allikas: ECDC.

### Testitulemused olid tänu digitehnoloogiale avalikkusele võrdlemisi kiiresti kättesaadavad

Eestis saavad patsiendid vaadata oma testitulemusi digitaalselt patsiendiportaalis pärast seda, kui teave on sisestatud riiklikku tervise teabe süsteemi. Alates 1. aprillist 2020 tehti COVID-19ga seotud andmed, sealhulgas tehtud testide arv, avatud andmevormingus avalikkusele kättesaadavaks terviseameti veebisaidil. Positiivse testitulemuse korral võttis terviseamet isikuga ühendust, et anda edasisi juhiseid ja selgitada välja lähikontaktid. Üldjuhul edastati testi tulemus kahe päeva jooksul. See reageerimisaeg oli sätestatud ka erasektori teenuseosutajatega sõlmitud lepingutes. Abiks tulid tihedad sidemed erasektori testijate ja esmatasandi tervishoiuteenuste osutajate vahel.

### COVID-19 pandeemia esimestel nädalatel lükati Eestis edasi peaaegu kogu plaaniline ravi

2020. aasta 17. märtsist 21. aprillini peatati Eestis kogu plaaniline statsionaarne ja ambulatoorne ravi, kuigi ravi jätkamise osas tegi lõpliku otsuse raviarst. 26. märtsist 26. aprillini olid suletud hambaravikliinikud ja spetsialiseerunud erakliinikud, välja arvatud erakorralise arstiabi osutamiseks. Terviseamet andis juhiseid ja kehtestas miinimumnõuded, mis olid välja töötatud koostöös hädaolukorra meditsiini juhtide ja Eesti Infektsioonhaiguste Seltsiga, et teenuseosutajad saaksid hakata taas osutama oma teenuseid. Need hõlmasid nakkuse ennetamise ja kontrolli nõudeid, töötajate koolitamist, varustuse tarnimist ning suutlikkust testida ja ravida COVID-19 positiivseid patsiente.

Pärast esimest lainet oli esmatähtis säilitada põhiteenused ja taastada plaaniline ravi. Eestis ei olnud suuri riigiüleseid häireid enne 2021. aasta märtsi, mil COVID-19 juhtumite arv saavutas oma haripunkti.

Mõni haigla pidi siiski ümber seadma palateid COVID-19 patsientide jaoks. Nende ümberkorralduste tõttu lükkus teatavat liiki plaaniline ravi ajutiselt edasi.

### Olemasolev haiglavõrk kinnitas oma rolli Eesti tervisesüsteemis

Eesti haiglavõrk ühendab väiksemad haiglad suure Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga (Eesti põhjaosas) ja Tartu Ülikooli Kliinikumiga (Eesti lõunaosas). See võimaldas kooskõlastada tegevust kogu COVID-19 pandeemia ajal, mil oli vaja suurendada intensiivravi voodikohtade arvu ja koordineerida ravi. Näiteks enamik haiglavõrku kuuluvaid haiglaid löid COVID-19 patsientide jaoks eraldi osakonna, kus pidi olema kümne patsiendi kohta üks arst.

### Esimene kontaktpunkt Eesti patsientide jaoks olid jätkuvalt esmatasandi tervishoiuteenuste osutajad

Esmatasandi tervishoiuteenuste osutajad, kes suunasid patsiente end testima, oli esimene kontaktpunkt ka patsientidele, kes võisid olla nakatunud COVID-19ga. Esimese kontaktpunkti roll oli neil ka enne pandeemiat. Sümptomitega isikutel paluti konsulteerida telefoni teel või mõnda digitaalset kanalit kasutades oma perearstiga või helistada perearsti nõuandeliinile, millel võeti kõnesid vastu ööpäev läbi. Perearstid andsid kergete juhtumite korral nõu telefoni teel ja kohtusid patsientidega vaid kindlatel vastuvõtuaegadel eelregistreerimisega. 2020. aasta juulis lisis haigekassa eriarstiabi tervishoiuteenuste nimekirja kaugkonsultatsioonid; enne seda maksti nende eest küll tasu, kuid nad ei olnud ametlikult osa hüvitiste paketist.

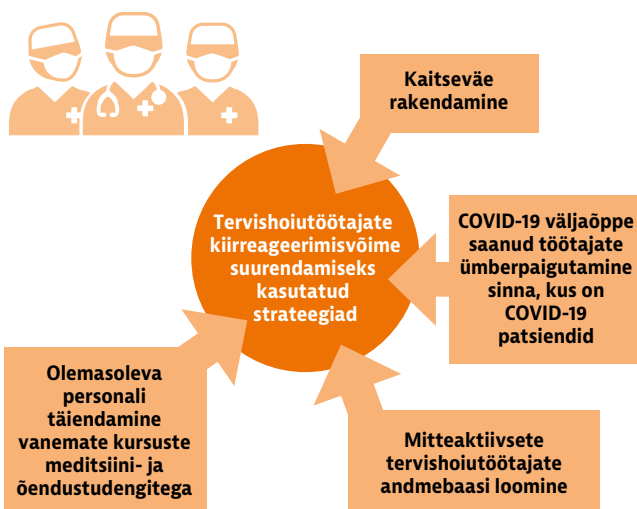
Esimese laine ajal võimaldati Eesti elanikel taotleda haiguslehte patsiendiportaalis, et vähendada esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatele tehtavate telefonikõnede arvu. See aitas rakendada isolatsiooni- ja karantiinimeetmeid, kuna isikutel, kes võisid olla nakatunud, oli lihtsam kodus püsida.

### Töajõupuuduse leevendamiseks kehtestati lühiajalised meetmed

COVID-19 pandeemia alates oli Eestis 1 000 elaniku kohta vähem arste ja õdesid kui paljudes teistes ELi riikides (vt punkt 4). Eelkõige ei olnud piisavalt õdesid, esmatasandi tervishoiuteenuste osutajaid ja teatavaid meditsiinivaldkonnaga seotud spetsialiste. Eestis kehtestati töajõupuuduse leevendamiseks rida ajutisi meetmeid (joonis 20). Tervishoiutöötajad, kes ravisid COVID-19 patsiente, said 1,5–2 kordse töötasu. Mitmes kohas rakendati kaitseväge, sealhulgas Saare maakonnas, kus oli esimene suur puhang Eestis. Üks valitsusväline organisatsioon lõi andmebaasi, kuhu kanti mitteaktiivsed tervishoiutöötajad, kes olid nõus vajaduse korral andma vabatahtlikult oma panuse, olemasolevat personali täiendasid vanemate kursuste meditsiini- ja õendustudengid ning haiglad tegid koostööd, et paigutada asjaomase väljaõppega töötajad ümber sinna, kus olid COVID-19 patsiendid. Neist abinõudest hoolimata olid tervishoiutöötajad pideva suure surve all, mis põhjustas kurnatust.

Ühe pikaajalise meetmena suurendati Eestis maapiirkondades töötavatele arstidele makstavat vahemaahüvitist. Alates 2020. aasta aprillist saavad perearstid, kes töötavad kaugemal kui 40 km lähimast haiglast, lisatasu 1 646,82 eurot kuus (varem 563,15 eurot) ja arstid, kes töötavad 20–40 km kaugusel lähimast haiglast, saavad lisaks 823,41 eurot kuus (varem 196,55 eurot).

### Joonis 20. Eestis võeti töajõupuuduse leevendamiseks vastu mitmeid meetmeid



Allikas: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

### COVID-19 pandeemia ajal sattusid surve alla hooldekodud

Nii nagu paljudes teistes ELi riikides, olid pandeemia ajal suure koormuse all hooldekodud. Juba 3. aprillil 2020 oli COVID-19 juhtumeid 19 hooldekodus. Nakkusohu vähendamiseks võeti mitmeid abinõusid, näiteks keelati külastused, testiti sümptomitega töötajaid ja hoolealuseid ning rakendati uut personali värbamise korda. Suutlikkus varustada hooldekodusid personaliga siiski vähenes ja tehti avalikke pöördumisi, et leida vabatahtlikke. Peale selle alustasid tööd 11 spetsiaalset nakkustõrje ametnikku, et anda olukorra ülevaateid sotsiaalkindlustusametile ja esitada hooldekodudele soovitusi.

### Mitu COVID-19 pandeemia ajal tehtud e-tervise uuendust tuginevad olemasolevale digitaristule

Eestit peeti teenäitajaks e-tervise valdkonnas juba enne COVID-19 pandeemiat. Üle 96% elanikest omab ID-kaarti, mis võimaldab digitaalset autentimist juurdepääsu saamiseks avalikele teenustele. Igal Eesti elanikul on digitaalne terviselugu ning veebi teel on võimalik hallata retsepte, saatekirju ja kiirabiteenuseid, pidada konsultatsioone ja broneerida aeg eriarsti juurde. Paljud neist Eestis rakendatavatest uuenduslikest lahendustest on kooskõlas tervishoiu Euroopa andmeruumi algatusega (Euroopa Komisjon, 2021b).

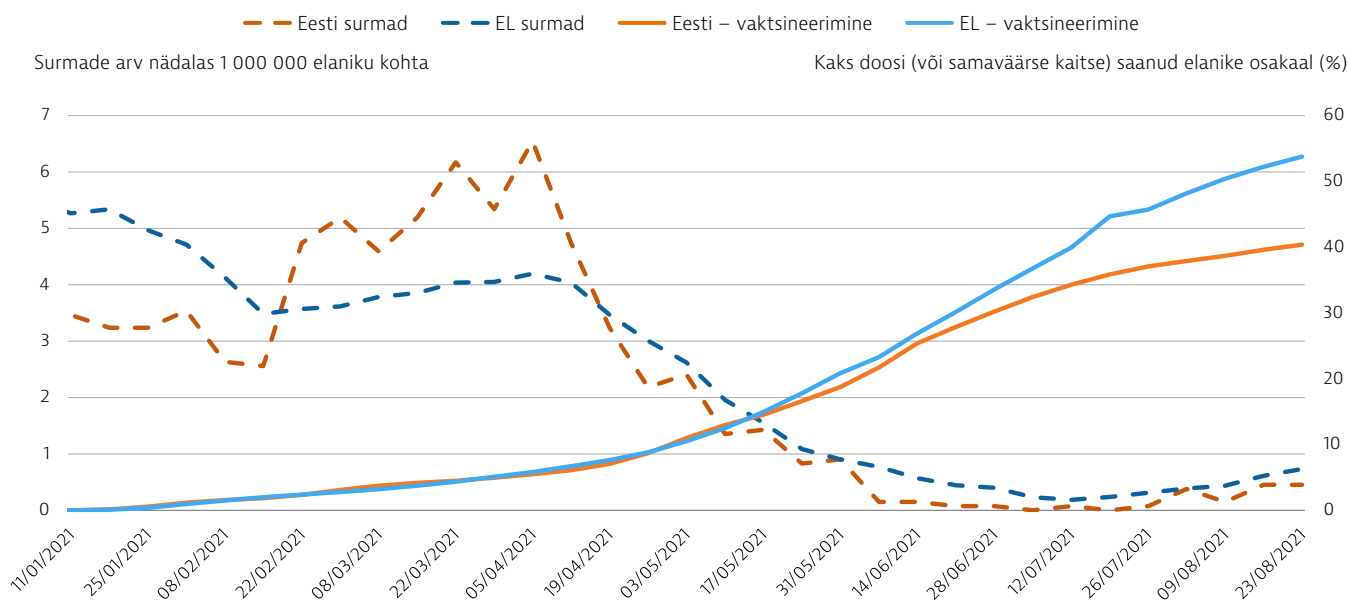
Eesti kasutas COVID-19 pandeemia reageerimisel ära oma olemasolevat digitaristut. Juba 9. märtsil 2020 sai kaks kolmandikku Eesti elanikest e-posti teel eesti-, vene- ja ingliskeelsed juhised selle kohta, kuidas reageerida ja kellega ühendust võtta COVID-19 nakkuse kahtluse korral. 19. märtsil käivitati rahandusministeeriumi, sotsiaalministeeriumi ja terviseameti toel enesehindamisvahend, et inimesed saaksid välja selgitada, kas neil võib olla COVID-19. Haigekassa hakkas rahastama eriarstide digi- ja kaugkonsultatsioone. 17. septembril võeti Eestis kasutusele automaatne arvutisüsteem helistamiseks COVID-19 positiivsete isikute lähikontaktsetele, et vähendada lähikontaktsete isikute väljaselgitajate koormust ja teavitada lähikontaktseid võimalikult kiiresti nende võimalikust nakatumisest. 1. jaanuaril 2021 lisati Eestis hüvitiste nimekirja uus teenus, mis võimaldab pidada ambulatoorse eriarstiabi osutamisel digikonsultatsioone, eesmärgiga algatada ja tõhustada valdkonnaüleseid konsultatsioone, et parandada ravi järjepidevust ja juurdepääsu teenustele.

## Kõigepealt vaktsineeriti tervishoiutöötajad, hoolekandeteenuste osutajad ja haavatavad elanikkonnarühmad

Eesti valitsus kiitis 15. detsembril 2020 heaks COVID-19 vastu vaktsineerimise kava, mida 2021. aastal mitu korda uuendati. Sotsiaalministeeriumi immunoprofülaktika eksperdikomisjon määras kindlaks esmajärjekorras vaktsineeritavad elanikkonnarühmad, kelle hulka kuulusid tervishoiutöötajad, hoolekandeteenuste osutajad ja suure riskiga inimesed. Vaktsineerimiskampaania logistika eest vastutas terviseamet, kes sai vaktsiini

ja toimetas need vaktsineerimispaikadesse, sealhulgas haiglatesse, esmatasandi tervisekeskustesse, hooldekodudesse, töökohtadesse ja nakkushaiguste kliinikutesse. Riskirühmade vaktsineerimisega tegelesid eelkõige perearstid, tuginedes haigekassa andmetel põhinevatele vaktsineerimismekirjadele. Erasektori teenuseosutajaid kaasates avati spetsiaalsed vaktsineerimiskeskused, kuna 2021. aasta mais muutus vaktsineerimine kättesaadavaks kogu elanikkonnale. Vaktsineerituse tase oli Eestis kuni 2021. aasta mai keskpaigani sarnane ELi keskmisega, kuid suve jooksul tekkis erinevus. Augusti lõpuks oli saanud kaks doosi (või samaväärse kaitse) 41% elanikest (joonis 21).

### Joonis 21. Vaktsineerituse suurenedes 2021. aasta kevadel COVID-19 põhjustatud surmade arv Eestis vähenes



Märkus. ELi keskmine on kaalumata keskmine (riikide arv keskmise arvutamisel oli nädalate lõikes erinev).  
Allikad: ECDC (COVID-19 juhtumid) ja Our World In Data (vaktsineerituse tase).

## Vaktsineerimiskampaaniat aitasid ellu viia uued digilahendused

Haigekassa ja esmatasandi tervisekeskused kasutasid vaktsiinide jagamist toetavat IT-lahendust. Süsteem saatis enam kui 700 perearstile automaatselt ettepaneku vormistada vaktsiinitellimus, lähtudes Eestisse saabunud vaktsiinidooside arvust ja esmatähtsatesse elanikkonnarühmadesse kuuluvate patsientide arvust perearstide nimistus. Perearstid said tellimust muuta ja selle heaks kiita, mille järel alustas terviseamet selle täitmist. Tänu rakendatud lahendusele oli perearstidel selge ülevaade tarneaegadest ning võimalus jälgida esimese ja teise doosi saamist. Elanikud said broneerida vaktsineerimisaaja patsiendiportaali kaudu, mis sisaldas ka teavet selle kohta, kas isik kuulub esmatähtsasse suure riskiga elanikkonnarühma.

## Eesti tervisesüsteemi rahaline jätkusuutlikkus on jätkuva surve all

Eesti valitsus võttis vastu õigusakti, mis võimaldab haigekassal kasutada eriolukorra ajal täiendavaid eraldisi riigi eelarvest. Viimastel aastatel on tervisevaldkonda rahastatud üha enam eelarveeraldistest (vt punkt 4). Erakorralised eraldised ei ole siiski stabiilne rahastamisallikas ja eraldised, mis tehakse pensionäride eest, eeldatavasti ei paranda rahastamise taset. Seetõttu tuntakse jätkuvalt muret tervisesüsteemi rahastamise pikaajalise jätkusuutlikkuse pärast. Ühes Eesti riigikogu mõttekoja tellitud hiljutises uuringus jõuti järeldusele, et 2035. aastaks moodustab haigekassa tulude puudujääk 24% iga-aastastest tervishoiukulutustest ehk 1,8% SKPst.



## 6 Peamised järeldused

- Oodatav eluiga on pikenenud Eestis alates 2000. aastast kiiremini kui üheski teises ELi riigis. Samas on tervena elada jäänud aastate arv püsinud samal ajavahemikul muutumatu ning suurenenud on tervisealane ebavõrdsus piirkondade ja sotsiaal-majanduslike rühmade vahel. Sissetuleku suurusest tingitud erinevused enda tervisele antud hinnangus on Eestis ELi suurimad ning tervena elada jäänud aastate arv erineb piirkondade lõikes 14 aastat.
- Suremus ja haigestumus erineb Eesti elanike seas märkimisväärselt, kajastades suuri erinevusi riskikäitumise esinemise sageduses. Muret valmistavad suur ja kasvav ülekaaluliste ja rasvunud inimeste osakaal. Riskikäitumine on sagedasem Eesti meeste seas – episoodilisest rohkest alkoholitarbimisest vähemalt kord nädalas teatas 22% meestest ja vaid 4% naistest. Samuti on mehed võrreldes naistega kaks korda suurema tõenäosusega igapäevased suitsetajad. Sellise käitumise vähendamiseks on kavandatud mõned täiendavad poliitikameetmed, kuid need vajavad elluviimist.
- Edusamme rahvatervise ja tervisesüsteemi arendamise valdkonnas on raskendanud COVID-19 pandeemia. Esinenud on viivitusi Eesti rahvastiku tervise arengukava (2020–2030), toitumise ja liikumise rohelise raamatu ning vähitõrje tegevuskava (2021–2030) rakendamisel. Sage kurnatus tervishoiutöötajate ja poliitikakujundajate seas võivad veelgi aeglustada vajalike muudatuste tegemist, eriti kuna tulevaste tervishoiuvajaduste rahuldamiseks koolitatakse vähem tervishoiutöötajaid. See on eriti terav probleem esmatasandi tervishoiu valdkonnas, kuna üle poole perearstidest on 60-aastased või vanemad.
- 2019. aastal teatas peaaegu 15% Eesti elanikest, et neil on ravijärjekorra tõttu katmata ravivajadusi, mida on tunduvalt enam kui ELi keskmine 0,7%. Katmata ravivajaduste tase Eestis on ELi kõrgeim. COVID-19 pandeemia ajal oli katmata ravivajaduste tase tavapärasest veidi kõrgem, kuid madalam kui paljudes teistes ELi riikides. Juurdepääsu ravile kriisi ajal parandas kaugkonsultatsioonide kiire kasutuselevõtt, mida toetas Eesti olemasolev digitaristu. COVID-19 pikaajaline mõju plaanilise ravi järjekordadele ei ole siiski veel teada.
- Kulutused tervishoiule on Eestis ühed ELi väikseimad ja 2019. aastal kaeti peaaegu veerand kõigist tervishoiukuludest omaosalusega. Vaid 30% hambaraviteenustest ja 52% ambulatoorses ravis kasutatavatest ravimitest rahastab riik. Hiljutiste hambaravi- ja ravimihüvitiste laiendamise reformidega on püütud vähendada omaosalust ja suurendada elanike rahalist kaitset.
- Eesti valitsus andis haigekassale pandeemia ajal lisavahendeid, tehes täiendavaid eraldisi riigieelarvest. Võttes arvesse varasemaid probleeme alarahastamisega, on tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks siiski vaja muid pikaajalisi rahastamismehhanisme. Need mehhanismid on vajalikud ka selleks, et kaotada olemasolevad lüngad elanike kindlustuskaitstes, laiendades ravikindlustuse kogu elanikkonnale.
- COVID-19 tõttu tehti Eesti tervisesüsteemi juhtimises mitmeid muudatusi. Voodikohtade arvu suurendamisel, tervishoiuteenuste osutamise ümberkorraldamisel ja ravi koordineerimisel oli juhtiv roll haiglavõrgul. Peale selle suurendas erasektor osalemist tervisesüsteemis, eriti testimises ja vaksineerimises. Nende algatuste edukus sõltus esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatega varem sisse seatud koostöö tulemuslikkusest.



# Põhiallikad

Habicht T et al. (2018), *Estonia: health system review, Health Systems in Transition*, 20(1):1-189.

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing.

## Viited

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*.

Eurofound (2020), *Living, working and COVID-19 survey, second round* (July 2020).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Commission (2021b), *The European Health Data Space*.

Ministry of Health (2021), *Vähitõrje Tegevuskava 2021–2030*, [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/Vahiravi/vahitorje\\_tegevuskava\\_2021-2030.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/Vahiravi/vahitorje_tegevuskava_2021-2030.pdf).

National Audit Office of Estonia (2020), *Overview of the Use and Preservation of State Assets in 2019–2020: The future of essential public services*, Tallinn.

NIHD (2021a), *Health Statistics and Health Research Database*, <https://statistika.tai.ee/>.

NIHD (2021b), *Adult Health Behaviour Survey*, Tallinn.

Statistics Estonia (2021) *Statistical Database*, <https://stat.ee>.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *COVID-19 Health Systems Response Monitor – Estonia*.

## 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 2021

Riikide terviseprofiilid on oluline etapp Euroopa Komisjoni käimasolevas teadmiste vahendamise tsükliis „Tervise seisund ELis“ ja need koostatakse Euroopa Liidu rahalise abiga. Profiilid on valminud Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) ning vaatluskeskuse European Observatory on Health Systems and Policies ühistöö tulemusel ja koostöös Euroopa Komisjoniga.

Sisutihedate poliitika seisukohast oluliste profiilide koostamisel kasutatakse läbipaistvat ühtset metoodikat ning nii kvantitatiivseid kui ka kvalitatiivseid andmeid, mis on siiski paindlikult kohandatud iga ELi/EMP liikmesriigi kontekstiga. Eesmärk on luua üksteiselt kogemuste ja teadmiste omandamise ja vabatahtliku vahetamise vahend, mida saaksid kasutada nii poliitikakujundajad kui ka -mõjutajad.

Iga riigi terviseprofiilis esitatakse lühikokkuvõtte järgmisest:

- tervislik seisund riigis,
- tervist mõjutavad tegurid, keskendudes käitumuslikele riskiteguritele,
- tervishoiusüsteemi korraldus,
- tervishoiusüsteemi tõhusus, kättesaadavus ja säilenõtkus.

Komisjon koostab nende terviseprofiilide põhijärelduste alusel terviseprofiilide juurde kuuluva aruande.

Lisateave: [ec.europa.eu/health/state](https://ec.europa.eu/health/state)

Palume viidata dokumendile järgmiselt: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Eesti riigi terviseprofiil 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264575684 (PDF)  
Series: State of Health in the EU  
SSN 25227041 (online)