European Commission









State of Health in the EU

Eesti

Riigi terviseprofiil 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Riikide terviseprofiilide sari

Riikide terviseprofiilides esitatakse poliitika seisukohast oluline lühiülevaade ELi / Euroopa Majanduspiirkonna (EMP) tervishoiusüsteemidest ja elanike tervisest. Nendes rõhutatakse iga riigi eriomaseid tunnusjooni 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 liikmesriikidele ning Health Systems and Policy Monitor võrgustikule, OECD tervisekomiteele ja ELi terviseteabe ekspertide rühmale väärtuslike märkuste ja ettepanekute eest.

Sisukord

1. PÕHIPUNKTID 3
2. TERVIS EESTIS 4
3. RISKITEGURID 7
4. TERVISHOIUSÜSTEEM 9
5. TERVISHOIUSÜSTEEMI TOIMIVUS 12
   5.1. Tõhusus 12
   5.2. Kättesaadavus 16
   5.3. Säilenõtkus 19
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 arvutatud keskmised on 28 liikmesriigi kaalutud keskmised, kui ei ole märgitud teisiti. Nimetatud ELi keskmiste näitajate arvutamisel on jäetud välja Island ja Norra.

Profiili koostamine viidi lõpule 2019. aasta augustis, tuginedes 2019. aasta juulis kättesaadavatele andmetele.

Käesolevas profiilis esitatud tabelitele ja joonistele vastava Exceli arvutustabeli allalaadimiseks sisestage internetibrauseri aadressiribale järgmine URL-link: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Estonia.xls

Eesti demograafiline ja sotsiaalmajanduslik taust, 2017

Demograafilised tegurid	Eesti	EL
Rahvaarv (aasta keskpaiga hinnang)	1 317 000	511 876 000
65-aastaste ja vanemate elanike osakaal (%)	19,3	19,4
Sündimuskordaja[1]	1,6	1,6
Sotsiaalmajanduslikud tegurid		
SKP elaniku kohta (eurodes ostujõu pariteedi alusel[2])	23 600	30 000
Suhtelise vaesuse määr[3] (%)	21,0	16,9
Töötuse määr (%)	5,8	7,6

1. Sündide arv 15–49-aastase naise kohta. 2. Ostujõu pariteet on valuutavahetuskurss, mille abil võrdsustatakse eri vääringute ostujõud, kõrvaldades eri riikide hinnatasemete erinevused. 3. Nende inimeste osakaal, kelle ekvivalentnetosissetulek on alla 60% mediaanekvivalentnetosissetulekust.
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.

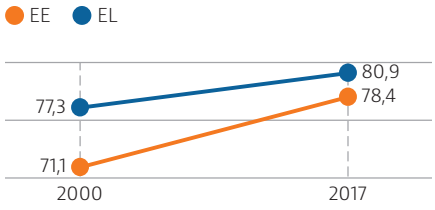
Käesoleva dokumendiga ega ka selles esitatud andmete ja diagrammidega ei piirata ühegi territooriumi staatust ega selle suveräänsust, rahvusvaheliste piiride ja riigipiiride piiristamist ega ühegi territooriumi, linna või piirkonna nime.

WHO vastutust välistavad lisaklauslid on kättesaadavad aadressil http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Põhipunktid

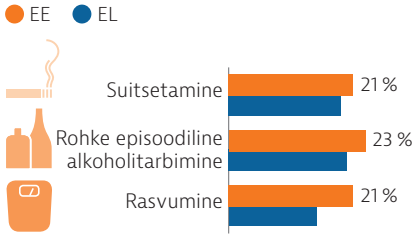
Eesti elanike tervislik seisund on paranenud, kuid erinevused sotsiaalmajanduslike rühmade vahel on ühed suurematest ELis. 2017. aastal ellu viidud tervishoiu rahastamise reformiga tagati Eesti väga tsentraliseeritud, riigi rahastatavale ravikindlustussüsteemile jätkusuutlikum rahastamine ning võimalus vähendada killustatust ja suurendada kooskõlastatust. Ligi 6%-l Eesti elanikest ei ole ravikindlustust ja kõigile elanikele kindlustuskaitse tagamiseks oleks vaja süsteemi suuresti reformida.



Oodatav eluiga sünnimomendil (aastates)

Terviseseisund

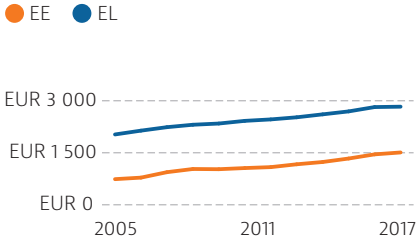
Oodatav eluiga on Eestis alates 2000. aastast pikenenud rohkem kui üheski teises ELi riigis. Eesti elanike tervislik seisund läheneb praegu ELi keskmisele ja see tuleneb peamiselt südame isheemiatõvest ja insuldist tingitud surmade vähenemisest. Kuid edusammud ei hõlma võrdselt mõlemaid sugupooli ega kõiki vanuse- ega sissetulekurühmi. Näiteks elavad naised meestest keskmiselt üheksa aastat kauem, mis on Euroopas suuruselt kolmas sugudevaheline erinevus.



% täiskasvanutest

Riskitegurid

Eestis on ligi pool kõikidest surmadest tingitud riskikäitumisest, mis on suurem kui ELi keskmine näitaja 39%. Eestis oli 2017. aastal Malta ja Läti järel suuruselt kolmas rasvunud täiskasvanute osakaal ning ka laste rasvumine on olulisel määral kasvanud. Nii suitsetamise kui ka alkoholitarbimise näitajad on vähenenud, kuid on endiselt suuremad kui ELi keskmised näitajad. 2014. aastal teatas 37% meestest ja üksnes 9% naistest episoodilisest rohkest alkoholitarbimisest (nn joomingud). Võrdlusest ilmneb märkimisväärne erinevus sugude vahel.



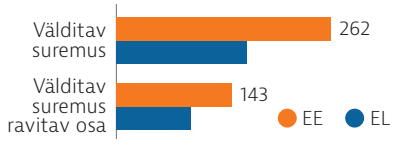
Kulud elaniku kohta eurodes ostujõu pariteedi alusel

Tervisesüsteem

Eesti kulutab tervishoiule inimese kohta 1 559 eurot, mis on ligikaudu pool ELi keskmisest ja moodustab 6,4% SKP-st inimese kohta. Riigi rahastatava ravikindlustussüsteemi osa tervishoiukuludest on kolm neljandikku, samas kui omaosalus moodustab 23,6%. Enamik rahastamiseks ette nähtud riiklikest vahenditest on pärit sihtotstarbelistest tööandjate poolt palgalt makstavast maksust (13%) ja alates 2018. aastast tehakse riigieelarvest sarnasel põhimõttel eraldisi mittetöötavate pensionäride eest. Enim kulutatakse ambulatoorsetele teenustele, kuna Eesti tugineb tervishoiuteenuste osutamisel perearstidele ja ambulatoorset ravi osutavatele eriarstidele.

Tõhusus

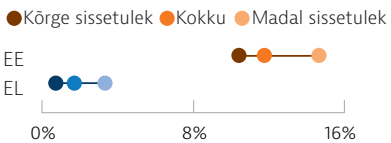
Nii ennetatav kui ka välditav suremus on suur vaatamata asjaolule, et vähenenud on paljude haiguste, näiteks südame isheemiatõve ja insuldi suremuskordajad. Muudest näitajatest ilmneb, et haiglaravi kvaliteeti on võimalik parandada.



Standarditud suremuskordaja 100 000 inimese kohta 2016. aastal

Kättesaadavus

Enda hinnatud rahuldamata tervishoiuvajadused on ELi suurimad ja mõjutavad eraisikuid kõikides sissetulekurühmades. Ambulatoorse eriarstiabi, päevakirurgia ja statsionaarse ravi järjekorrad on kõrge rahuldamata vajaduse peamine põhjus.



Rahuldamata ravivajadusest teatavate inimeste osakaal (%) 2017. aastal

Säilenõtkus

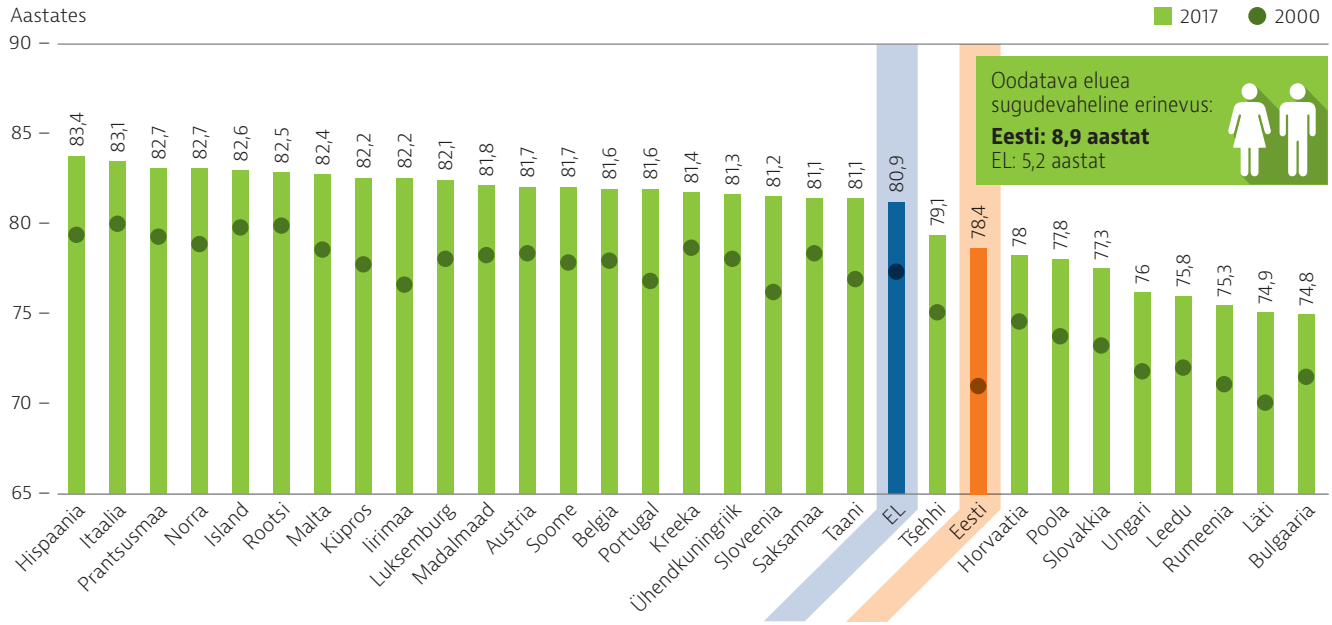
Tervishoiu rahastamise reform on tugevdanud Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkust, laiendades selle tulubaasi, aga selle tulemus ei ole kõikide inimeste kindlustuskaitse ega riiklike kulutuste oluline suurenemine. Koos personaliprobleemidega võib see vähendada tervishoiusüsteemi säilenõtkust tulevikus.

2 Tervis Eestis

Oodatav eluiga on pikenenud rohkem kui üheski teises ELi riigis

Eestis pikenes oodatav eluiga sünnimomendil 2000.–2017. aastal enam kui seitsme aasta võrra, 71,1 aastalt 78,4 aastale. Sel ajavahemikul oli see ELis kõige järsem oodatava eluea kasv ja oodatav eluiga läheneb praegu kiiresti ELi keskmisele. ELi keskmine oodatav eluiga on 81 aastat ja Eesti elanikud elavad sellest eeldatavasti 2,5 aastat vähem (joonis 1).

Joonis 1. Oodatav eluiga sünnimomendil on Eestis lühem kui teistes ELi riikides, kuid vahe väheneb kiiresti



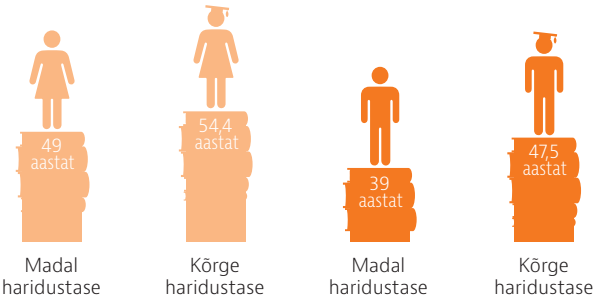
Allikas: Eurostati andmebaas.

Püsib suur sooline, sotsiaalmajanduslik ja piirkondlik ebavõrdsus

Naised elavad keskmiselt peaaegu üheksa aastat kauem kui mehed. See on Leedu ja Läti järel ELis suuruselt kolmas sugudevaheline erinevus ja oluliselt suurem kui ELi keskmine erinevus, mis on 5,4 aastat. Eesti väheharitud elanike hulgas on ebavõrdsus isegi äärmuslikum. 30-aastased väheharitud naised elavad keskmiselt 10 aastat kauem kui väheharitud mehed (joonis 2). Lisaks elavad madala haridustasemega mehed keskmiselt 8,5 aastat vähem kui kõrgharidusega mehed. Naiste oodatava eluea haridusest tulenev erinevus on pisut väiksem (5,4 aastat), mis on siiski suurem kui ELi keskmine, mis on 4,1 aastat.

Eesti elanike oodatavas elueas on tajutav ka piirkondlik ebavõrdsus eelkõige linna- ja maapiirkondade vahel. Näiteks linnalise Tartu maakonna elanike oodatav eluiga on 4,5 aastat pikem kui riigi kirdeosas asuva Ida-Viru maakonna elanikel (Tervise Arengu Instituut, 2019).

Joonis 2. Eestis on suur haridustasemest tulenev oodatava eluea ebavõrdsus



Hariduslik lõhe 30-aastaste oodatavas elueas:

Eesti: 5,4 aastates	Eesti: 8,5 aastates
EL21: 4,1 aastates	EL21: 7,6 aastates

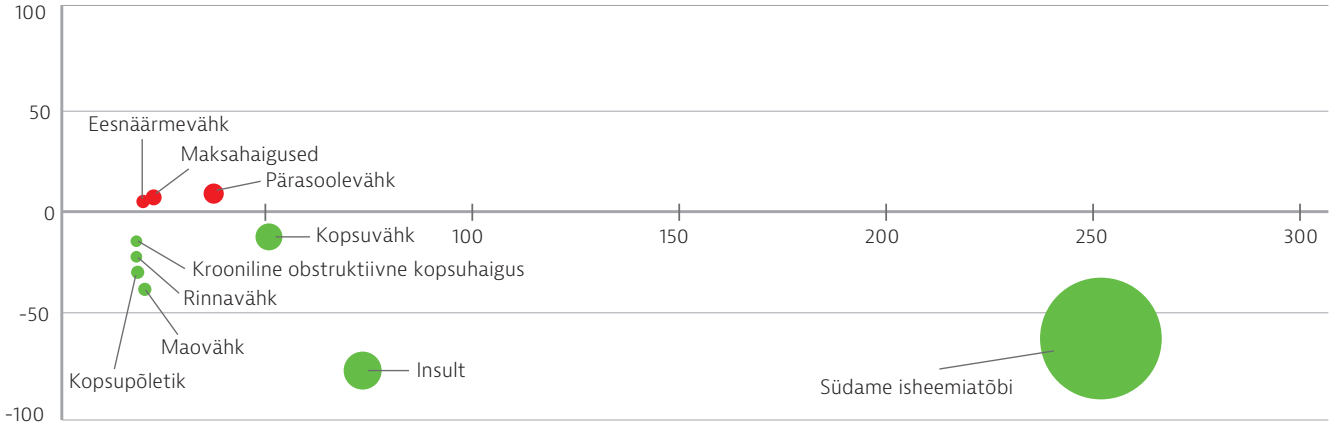
Märkus. Andmed on 30-aastaste oodatava eluea kohta. Kõrgharidusega inimesteks peetakse neid, kes on saanud kolmanda taseme hariduse (ISCEDi astmed 5–8), seevastu väheharituteks peetakse inimesi, kes ei ole saanud keskharidust (ISCEDi astmed 0–2).
Allikas: Eurostati andmebaas (2016. aasta andmed).

Teatavate vähitüüpide suremuskordajad on suurenenud, kuid südame isheemiatõvest tingitud surmi on endiselt palju

2016. aastal põhjustas südame isheemiatõbi Eestis kõikidest surmadest viiendiku (3 120 surma), kuid suremuskordaja vähenes 2000.–2016. aastal enam kui 50% (joonis 3). Suremuse vähenemine tuleneb peamiselt oluliste riskifaktorite, näiteks eelkõige meeste suitsetamise vähenemisest ja tervishoiu kvaliteedi paranemisest (vt punktid 3 ja 5.1). Eestis on südame isheemiatõvest tingitud suremuse kordaja (252 surma 100 000 inimese kohta) enam kui kaks korda suurem kui ELi keskmine näitaja, mis on 118,8. Eestis on olukord siiski hea võrreldes Läti ja Leeduga, kus on ELi suurimad südame isheemiatõvest tingitud suremuse kordajad. Ka insuldist tingitud suremuse kordaja on märkimisväärselt vähenenud, alanedes 2000.–2016. aastal 309 surmalt 74 surmale 100 000 elaniku kohta, mis on väiksem kui ELi keskmine näitaja 79,8.

Joonis 3. Südame isheemiatõbi on Eestis ikka veel ülekaalukalt suurim surmapõhjus

Aastate 2000–2016 (või lähima aasta) muutus protsentides



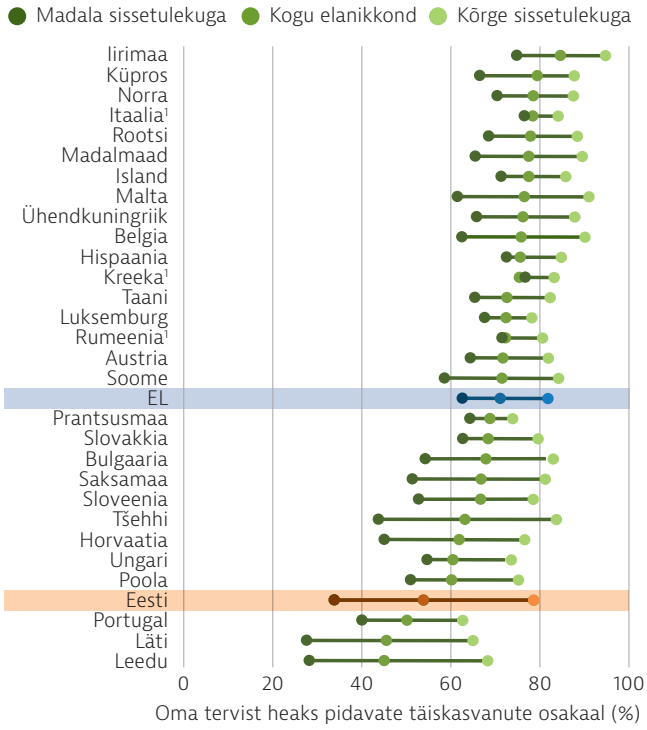
Märkus. Ringide suurus on võrdeline 2016. aasta suremuskordajatega.
Allikas: Eurostati andmebaas.

Kopsuvähk on Eesti elanike hulgas kõige sagedasem vähki suremise põhjus ja üldse suuruselt kolmas surmapõhjus, millest on tingitud 51 surma 100 000 inimese kohta. Suremuskordaja on Eestis väiksem kui ELi keskmine, mis on 54 surma 100 000 inimese kohta, ja on alates 2000. aastast suitsetajate arvu vähenemise tõttu vähenenud 12% võrra (punkt 3). Viimastel aastatel on Eestis uue terviseprobleemina esile kerkinud teatavad vähitüübid. Alates 2000. aastast on suurenenud suremine eesnäärme- ja kolorektaalvähki. Kroonilistest maksahaigustest põhjustatud suremus on üks ELi suuremaid.

Enesehinnang oma tervisele erineb vanuse- ja sissetulekurühmiti suuresti

2017. aastal pidas oma tervist heaks ainult pisut üle poole (53%) Eesti elanikest, kuid seevastu kogu ELi elanikest pidas enda tervist heaks kaks kolmandikku. Enesehinnang oma tervisele erineb vanuserühmiti väga suurel määral. 16- kuni 44-aastastest elanikest peab oma tervist heaks 81,5%, seevastu 65-aastaste ja vanemate inimeste seas on see osakaal üksnes 17,6%. Samuti on märkimist väärt ebavõrdsus sissetulekurühmade lõikes. Enam kui kolm neljandikku suurima sissetuleku kvintiili kuuluvatest inimestest peab oma tervist heaks, ent madalaima sissetuleku kvintiili kuuluvatest inimestest arvab seda ainult kolmandik. See sissetulekurühmade erinevus on suurem kui üheski teises ELi liikmesriigis (joonis 4).

Joonis 4. Sissetuleku suurusest sõltuv tervise enesehinnangute ebavõrdsus on Eestis väga suur



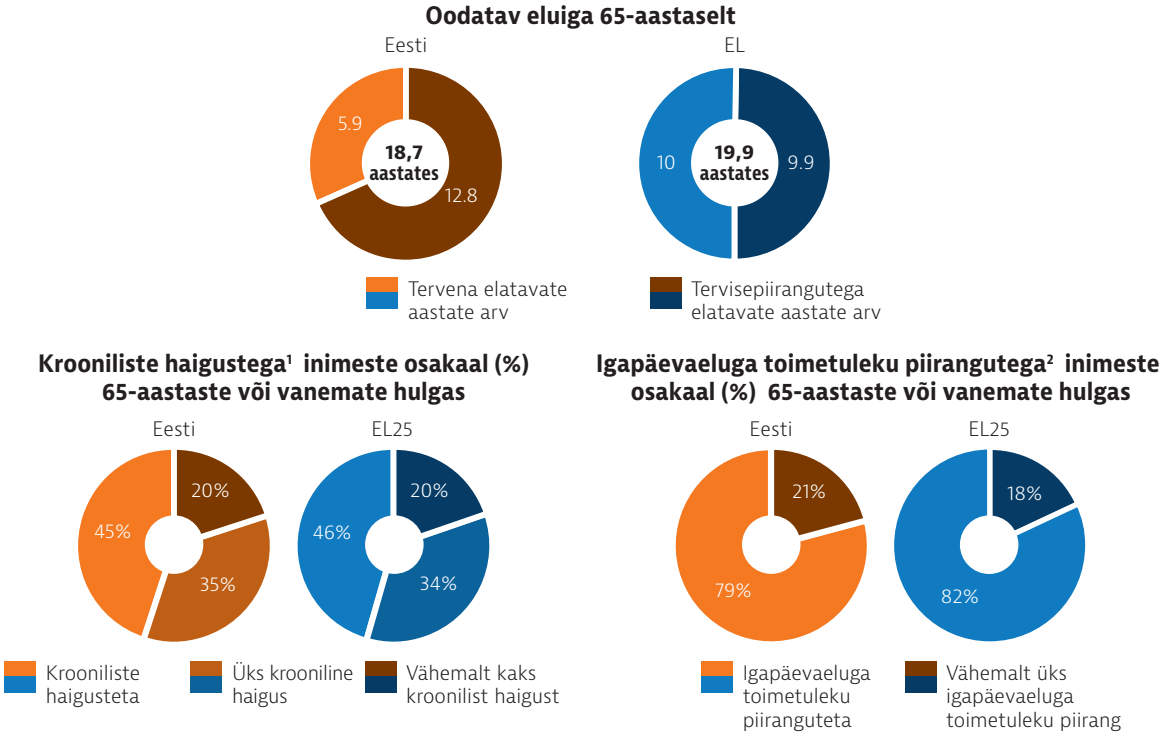
Märkus. 1 Kogurahvastiku ja väikese sissetulekuga elanikkonnarühma osakaal on umbes sama.
Allikas: Eurostati andmebaas, sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika põhjal (2017. aasta andmed).

Ebavõrdsus jätkub Eesti elanike vananedes, paljud peavad vanemas eas tervisest või haigusest tulenevate piirangutega toime tulema

2017. aastal oli Eesti 65-aastastel elanikel eeldatavasti elada jäänud 18,7 aastat (joonis 5), mis on vähem kui ELis keskmiselt. Kuid kaks kolmandikku sellest ajast kannatatakse teatavate krooniliste haiguste ja piirangute all. Seetõttu on Eesti 65-aastaste elanike tervena elada jäänud aastate arv ELi keskmisest 4,1 aasta võrra väiksem. Ka 65-aastaste oodatava eluea sugudevaheline erinevus on suur. Naistel jääb eeldatavasti elada 20,8 aastat ja meestel 15,6 aastat. Erinevus on üle viie aasta, mis on suurim ELis. Tervena elatavaid aastaid arvestades kahaneb sugudevaheline erinevus 0,4 aastani,[1] sest Eesti naised kannatavad üldjuhul suurema osa oma elueast terviseprobleemide ja piirangute all. Eakate tervena elatavate aastate arvu piirkondlik erinevus on eriti suur, kuna läänepoolsete Lääne ja Saare maakondade 65-aastased elanikud elavad eelduste kohaselt tervena rohkem kui kaheksa aastat, aga kagupoolse Võru maakonna sama vanadel elanikel jääb tervena elada ainult 1,7 aastat (Tervise Arengu Instituut, 2019).

Pisut üle poole (55%, mis on ligilähedane ELi keskmisega) 65-aastastest ja vanematest Eesti elanikest teatab endal olevat vähemalt ühe kroonilise tervisehäire. Enamik inimesi saab eakana endiselt iseseisvalt elamisega hakkama, kuid enam kui viiendik teatab, et neil on probleeme mõne igapäevaelu põhitoiminguga (nt vannis käimine, riietumine või voodist tõusmine), mis viitab õendusabi vajadusele.

Joonis 5. Eestis veedetakse kaks kolmandikku elust pärast 65-aastaseks saamist krooniliste haiguste ja piirangutega



Märkus. 1 Kroonilised haigused on muu hulgas südameinfarkt, insult, suhkurtõbi, Parkinsoni tõbi, Alzheimeri tõbi, reumatoidartriit, osteoartriit. 2 Igapäevaelu põhitoimingud on riietumine, üle toa kõndimine, vannis või duši all käimine, söömine, voodisse heitmine või voodist tõusmine, tualeti kasutamine.
Allikad: Eurostati andmebaas oodatava eluea ja tervena elatavate aastate arvu kohta (2017. aasta andmed); tervist, vananemist ja pensionile jäämist Euroopas käsitlev uuring (SHARE) muude näitajate kohta (2017. aasta andmed).

HIVi ja tuberkuloosi tõrje on Eestis endiselt väljakutse

Lisaks üha arvukamatele krooniliste tervisehäiretele on Eestis probleeme ka nakkushaiguste tõrje valdkonnas. Näiteks HIViga nakatumise uute juhtude arv (elaniku kohta) on ligi kolm korda suurem kui ELi keskmine. HIViga nakatumise uute juhtude arv on möödunud aastakümne jooksul vähenenud, kuid epideemia ei ole veel kontrolli all (vt punkt 5.1). Ka tuberkuloosiga nakatumiste arv Eestis (2019. aastal 13,3 nakatumist 100 000 inimese kohta) on suurem kui ELi/EMP keskmine (10,7), ent olulisel määral vähenenud, sest 2000. aastate alguses oli see ligikaudu 60 nakatumist 100 000 inimese kohta. Võrreldes naaberriikide Läti ja Leeduga on tuberkuloosi levimus Eestis suhteliselt väike. Uued nakatumised tabavad sageli ebaproportsionaalselt suurel määral just haavatavaid rühmi, eelkõige kodutuid ja sõltuvusprobleemiga isikuid, mis muudab nende patsientideni jõudmise keeruliseks. Lisaks moodustavad antibiootikumidele resistentsed haigusjuhud 25% nakatumistest, kusjuures ELi keskmine on vaid 3,8%.

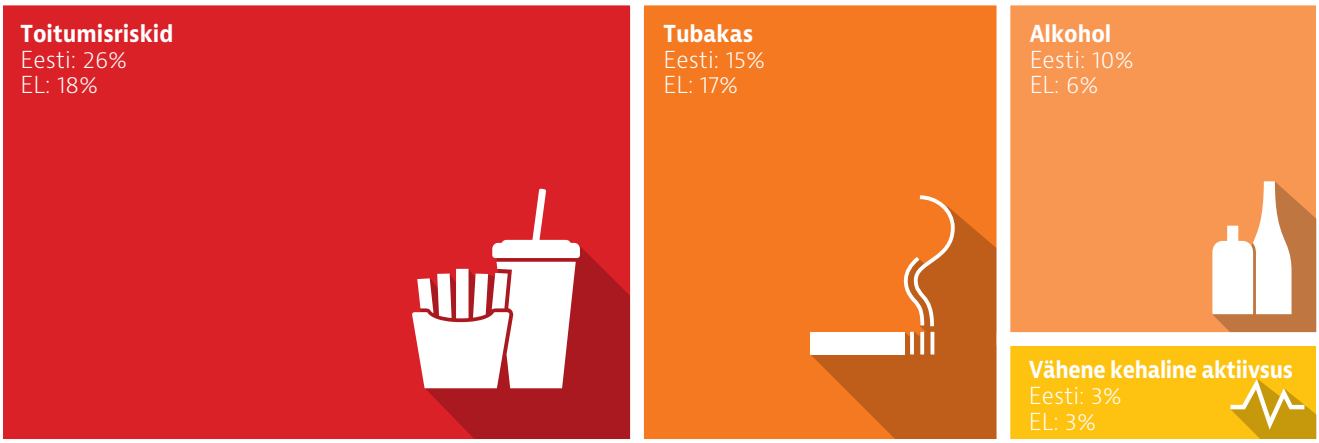
1: Tervena elatavate aastate arvuga mõõdetakse aega, mil eri vanuses inimesed elavad eeldatavasti ilma tervisepiiranguteta.

3 Riskitegurid

Käitumuslikest riskiteguritest on tingitud peaaegu pool kõikidest surmadest

Hinnangutest ilmneb, et peaaegu pool (suurem kui ELi keskmine, mis on 39% surmadest) kõikidest surmadest Eestis (7 300 surma) on tingitud käitumuslikest riskiteguritest, sh toitumisriskidest (4 000 surma), tubaka suitsetamisest (2 300 surma), alkoholitarbimisest (1 500 surma) ja vähesest kehalisest aktiivsusest (480 surma) (joonis 6). Toitumisriskide hulka kuuluvad vähene puuviljade ja köögiviljade ning rohke suhkru ja soola tarbimine. Toitumisriskidest tingitud surmad moodustavad 26% kõikidest surmadest Eestis, mis ületab ELi keskmist näitajat (18%).

Joonis 6. Ligikaudu pool kõikidest surmadest Eestis on tingitud elustiilist tulenevatest mõjutatavatest riskifaktoritest



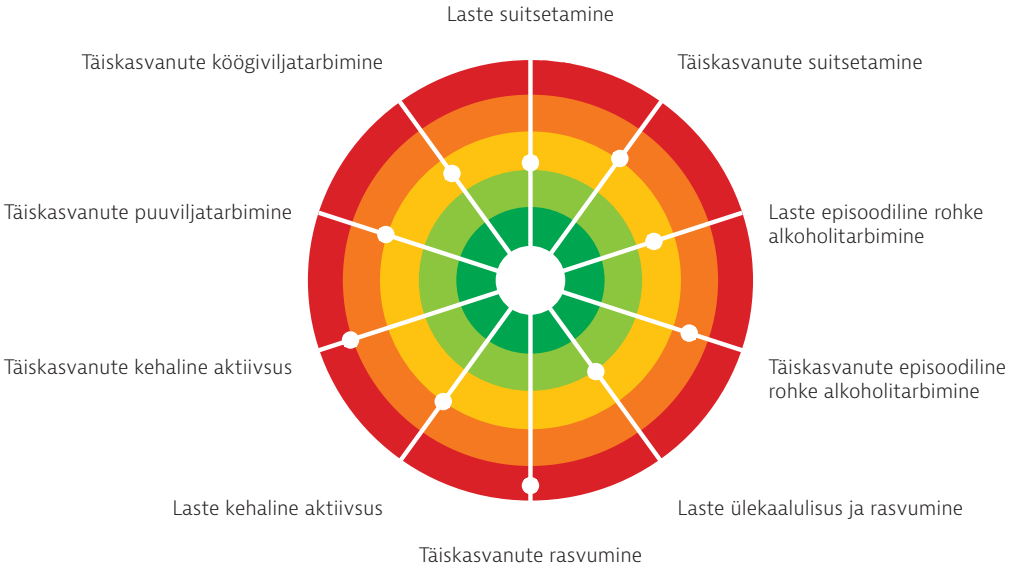
Märkus. Nimetatud riskifaktoritega seotud surmade koguarv (7 300) on väiksem kui iga eri teguri põhjustatud surmade arvude summa (8 357), sest sama surm võib olla tingitud rohkem kui ühest tegurist. Toitumisriskide hulka kuuluvad 14 komponenti, näiteks vähene puuviljade ja köögiviljade tarbimine ning rohke suhkruga magustatud jookide tarbimine.
Allikas: tervisenäitajate ja -hindamise instituut (IHME), 2018, maailma terviseandmete vahetus (2017. aasta hinnangud).

Ebatervislik toitumine on Eestis suur rahvatervise probleem

Eestis saab toitumist parandada mitmel eri viisil, sh vähendada suhkru, soola ja rasva (eelkõige transrasvade) tarbimist ning suurendada puuviljade ja köögiviljade tarbimist. Ligi pool (40–45%) täiskasvanutest ei söö puuvilju ja köögivilju iga päev, seevastu ELi keskmine on kolmandik täiskasvanutest.

Viiendik täiskasvanutest on rasvunud, mis on ELis Malta ja Läti järel suuruselt kolmas osakaal. Üha suurem probleem on ka laste ülekaalulisus ja rasvumine, sest selliste laste osakaal on suurenenud viimase kahekümne aasta jooksul olulisel määral, jõudes 16%-ni ja olles 2013.–2014. aastal ligilähedane ELi keskmisega, mis on 17%. Eesti elanike kehaline aktiivsus on väiksem kui ELi keskmine. 60% Eesti täiskasvanutest on nädala jooksul vähemalt 150 minutit kehaliselt mõõdukalt aktiivsed, seevastu ELi keskmine on 64%. Koos kehalise aktiivsuse suurendamisega võimaldaks toitumise parandamine Eesti seisu teiste EL riikide hulgas tõsta (joonis 7).

Joonis 7. Rasvumine ja tubakatoodete tarbimine on Eesti rahvatervise probleemid



Märkus. Mida lähemal on punkt keskpunktile, seda paremad on riigi tulemused võrreldes teiste ELi liikmesriikidega. Valgel n-ö sihtalal ei ole ükski riik, kuna kõigil riikidel on kõigis valdkondades arenguruumi.
Allikad: OECD arvutused 2015. aasta Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide kasutamise võrdlusuuringu (ESPAD) ja 2013.–2014. aasta kooliealiste laste tervisekäitumise (HBSC) uuringu alusel laste näitajate kohta; Euroopa Liidu sissetulekute ja elamistingimuste statistikasüsteem (EU-SILC) 2017, Euroopa 2014. aasta terviseküsitlusuuring, OECD 2019. aasta tervisestatistika täiskasvanute näitajate kohta.

Enam kui viiendik täiskasvanutest suitsetab iga päev

Tubakatoodete tarbimine on Eestis eelkõige meeste hulgas ikka veel suur rahvatervise probleem, ehkki suitsetajate arv on alates 2000. aastast vähenenud. 2018. aastal teatas veerand meestest, et suitsetab iga päev, ja mehed on võrreldes naistega kaks korda suurema tõenäosusega igapäevased suitsetajad. Positiivsema külje pealt on korrapärane tubakatoodete tarbimine laste hulgas möödunud aastakümne jooksul vähenenud ja jääb nüüd alla ELi keskmise.

Mehed teatavad võrreldes naistega tunduvalt rohkem episoodilisest rohkest alkoholitarbimisest

2014. aastal teatas ligi veerand (23%) täiskasvanutest[2] episoodilisest rohkest alkoholitarbimisest vähemalt kord kuus, mis ületab ELi keskmist (20%). Nagu paljude muudegi riskitegurite puhul, on meeste ja naiste erinevus märkimisväärne, kuna episoodilisi rohkeid alkoholitarbimisi tunnistas 37% meestest ja üksnes 9% naistest. 2015. aastal teatas enam kui kolmandik 15- kuni 16-aastastest noorukitest vähemalt ühest episoodilisest rohkest alkoholitarbimisest lõppenud kuu jooksul, mis on ligilähedane ELi keskmisega. Ehkki varem püüti alkoholi tarbimist ohjeldada poliitiliste meetmetega, on 2019. aasta valimiste järel ametisse nimetatud valitsus ühte neist meetmetest leevendanud (vt punkti 5.1).

Sotsiaalmajanduslikul (eelkõige hariduslikul) ebavõrdsusel on suur mõju terviseriskidele

Vähem haritud Eesti elanikud suitsetavad suurema tõenäosusega, mis aitab omakorda kaasa tervise halvenemisele ja oodatava eluea vähenemisele. 2014. aastal suitsetas peaaegu kolmandik (31%) keskhariduseta täiskasvanutest iga päev, mis on suurem osakaal kui üheski teises ELi riigis. See on 11 protsendipunkti suurem kui ELi keskmine 20% ja üle kahe korra suurem suitsetajate osakaalust Eesti kõrgharidusega täiskasvanute hulgas (14%). Sama kehtib sissetulekurühmade võrdluses, ent erinevus ei väljendu nii äärmuslikus vormis, täpsemalt suitsetab 28% madalaima sissetuleku kvintiili kuuluvatest Eesti elanikest, võrrelduna 19%-ga suurima sissetuleku kvintiili kuuluvatest inimestest.

2: Episoodilise rohke alkoholitarbimise all mõistetakse seda, et täiskasvanu tarbib kuus või enam ja laps viis või enam alkohoolset jooki järjest.

4 Tervishoiusüsteem

Rahastamine on muutunud hiljutise reformi tõttu vähem killustunuks

Eesti tervishoiusüsteemi järelevalvet teeb sotsiaalministeerium, samas kui Eesti Haigekassa koondab enamiku riiklikest vahenditest ja korraldab tervishoiuteenuste ostmist. Eesti Haigekassa töötab pooleldi autonoomse organisatsioonina eesmärgiga hõlbustada tervishoiuteenuste osutamist ja on 2017. aasta reformi tulemusena saanud juurde täiendavaid ülesandeid (vt tekstikast 1). Sotsiaalministeeriumi haldusalas töötavad ametid toetavad tervishoiu vallas sellist riiklikku tegevust nagu kutsetunnistused, ravimite kvaliteedi tagamine ja rahvatervis. Eesti haiglad kuuluvad enamjaolt riigile, kohalikele omavalitsustele või avalik-õiguslikele juriidilistele isikutele, samas kui esmatasandi tervishoiukeskused, apteegid ja ambulatoorse ravi keskused (mis ei kuulu haigla alla) on eraomandis. Augustiks 2019 ajakohastatavas rahvastiku tervise arengukavas (RTA) kirjeldatakse mitmesuguste tervishoiusüsteemi sidusrühmade strateegiaid ja arengut.

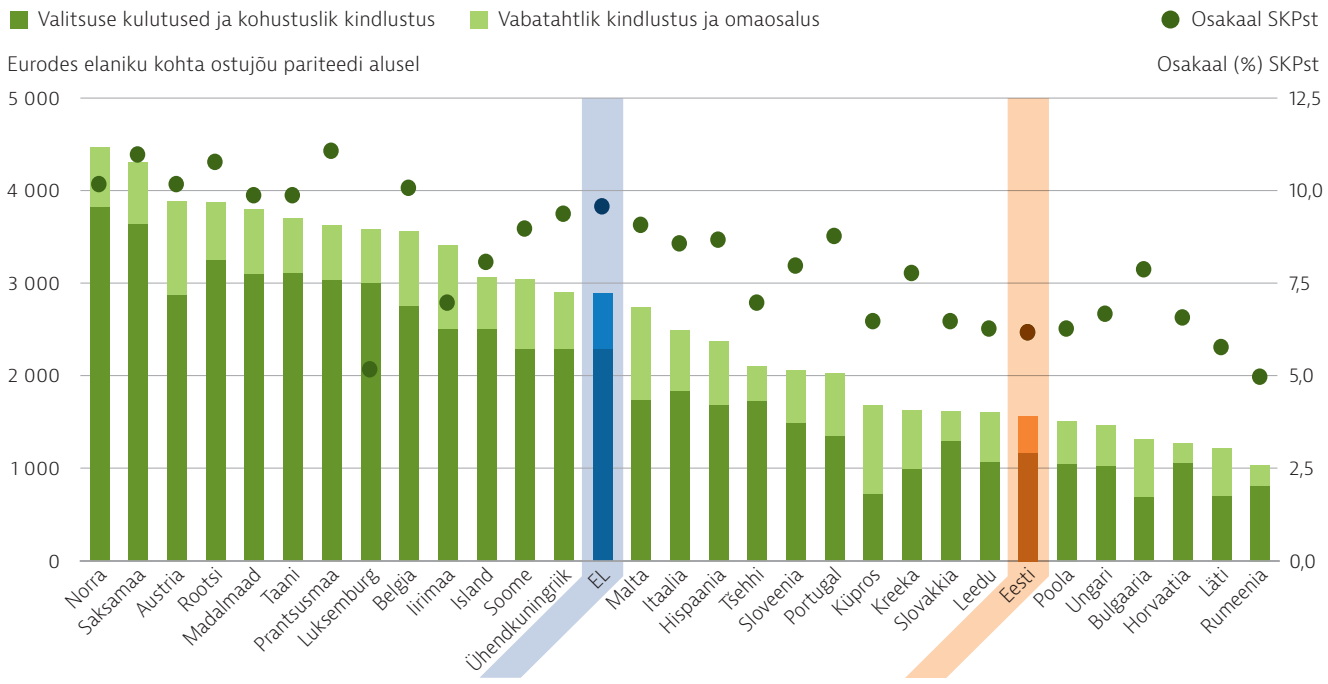
Tervishoiu rahastamise reform ei ole tervishoiu rahastamist oluliselt suurendanud

Eesti kulutab tervishoiule paljudest ELi riikidest vähem, 1 559 eurot inimese kohta (kohandatud ostujõu erinevuste alusel), mis on umbes kaks korda väiksem kui ELi 2017. aasta keskmine, s.o 2 884 eurot (joonis 8). See teeb 6,4% SKPst (inimese kohta), mis jääb samuti tublisti alla ELi keskmise (9,8%).

Tekstikast 1. Eesti laiendas Eesti Haigekassa tulubaasi

Eesti tugines varem oma ravikindlustussüsteemi rahastamisel üksnes palgapõhistele maksetele. Seetõttu said ligi pooled Eesti elanikud (sh lapsed, pensionärid ja töötud) ravikindlustuskaitse, ilma et oleksid süsteemi makseid teinud. Paljud riiklikud ja rahvusvahelised organisatsioonid, sh Maailma Terviseorganisatsioon (WHO), olid mures, et see võib ajapikku õõnestada süsteemi rahalist jätkusuutlikkust. Valitsus viis 2017. aastal ellu reformi eesmärgiga mitmekesistada ravikindlustussüsteemi tulubaasi, täiendades seda valitsuse eraldistega mittetöötavate pensionäride eest. Reformiga nähti ette ka Eesti Haigekassa rahastatavate teenuste ulatuse suurendamine. Kõnealune konsolideerimine võib tugevdada strateegilist ostmist tervishoiusektoris (Habicht et al., 2019). Täpsemalt hakkab Eesti Haigekassa vastutama varem riigi rahastatud tervishoiuteenuste eest, sh kindlustamata isikute erakorraline abi, kindlustamata isikute tuberkuloosi ja HIVi ravi ning kiirabi teenuste eest. Lisaks hakkab Eesti Haigekassa koordineerima ennetusteenuseid, nt tubakast loobumise programme ja vaktsiinide hankeid.

Joonis 8. Eesti kulutab tervishoiule inimese kohta suhteliselt vähe



Allikas: OECD 2019. aastal koostatud tervisestatistika (2017. aasta andmed).

Kolmveerand Eesti tervishoiukuludest tuleb riigi rahastatavast ravikindlustussüsteemist, samas kui 25,3% kuludest moodustab erasektori rahastus, seda enamasti inimeste omaosaluse näol ravimite ja hambaravi eest tasudes (punkt 5.2). Rahastamiseks ette nähtud riiklikud vahendid on pärit sihtotstarbelistest tööandjate poolt palgalt makstavast 13% maksust ja alates tervishoiusüsteemi rahastamise tulubaasi reformist tehakse riigieelarvest eraldisi mittetöötavate pensionäride eest. 2018. aastal hakati eelarvest katma 7% kõikidest pensionihüvitistest ning 2022. aastaks suurendatakse seda 13%-ni, mis vastaks palkadelt makstavale määrale.

Eesti tervishoiusüsteem ei taga kõikide inimeste kindlustuskaitset

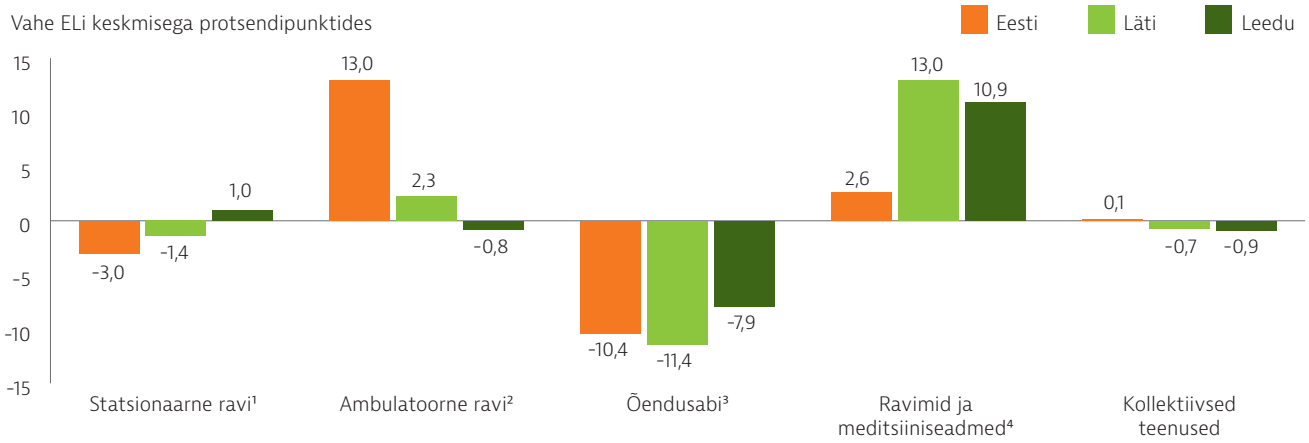
Eesti Haigekassa hallatava ravikindlustussüsteemiga on kaetud ligikaudu 94% elanikest. Kuni 2017. aastal ellu viidud rahastamisreformini ei maksnud kindlustatud elanikest (sh lapsed ja pensionärid) peaaegu pool (46,6%) ravikindlustuse eest, millest ilmneb süsteemi tugev solidaarsus. Alates reformist tuleb enamik makseid töötajate eest, samuti maksab riik mittetöötavate pensionäride eest, kes moodustavad üheskoos 70% Eesti elanikest. Eesti Haigekassa on võtnud reformi raames üle kindlustamata elanike erakorralise meditsiiniabi rahastamise. Tegemist on esimese korraga, mil Eesti Haigekassa vastutab kõigile elanikele osutatavate tervishoiuteenuste rahastamise eest, tekitades riigis arutelusid üldise ravikindlustuse saavutamise üle (punkt 5.2).

Palju teenuseid osutatakse ambulatoorselt, mistõttu on ambulatoorse ravi kulud suured

Eesti elanikel on juurdepääs tervishoiusüsteemile iseseisvate perearstide esmatasandi võrgustiku kaudu. Teise tasandi tervishoiuteenused on kättesaadavad haiglates ja ambulatoorse ravi keskustes, mis võivad olla kas avaliku sektori või eraomandis. Tallinnas ja Tartus asuvas kahes suurimas haiglas antakse 50% eriarstiabist. 2016. aastal oli ligikaudu 1 400 tervishoiuasutuse hulgas ainult 53 haiglat, mis on 1991. aastal tegutsenud 120 haiglaga võrreldes märkimisväärne vähenemine, ent ikka veel Eesti 1,3 miljoni elaniku kohta suur arv. Haiglakohtade arv, mis on 4,7 voodikohta 1 000 inimese kohta, on väiksem kui ELi keskmine, mis on 5 voodikohta 1 000 inimese kohta.

Selle arengu tulemusena kasutatakse Eestis enamik tervishoiukuludest ambulatoorseks raviks (sh hambaraviks) ning ambulatoorse ravi kulude ja statsionaarse ravi kulude suhe on seetõttu ELis Portugali järel suuruselt teine. Eesti erineb kulude teenuste liigiti jagunemise mõistes olulisel määral teistest Baltimaadest, s.o Lätist ja Leedust, kus enamik vahenditest kulub ravimitele ja haiglaravile. Kõik kolm riiki kulutavad statsionaarsele õendusabile ELi keskmisest vähem (joonis 9), mis võib takistada eakate juurdepääsu nimetatud teenusele (punkt 5.2).

Joonis 9. Eesti eristub suurte ambulatoorse ravi kuludega teistest Baltimaadest



Märkused. Ei sisalda halduskulusid. 1 Sisaldab aktiiv-taastusravi haiglates ja muudes tervishoiuasutustes. 2 Sisaldab kodust ravi. 3 Üksnes ambulatoorse ravi raames. 4 Sisaldab üksnes tervishoiuteenuseid.
Allikad: OECD 2019. aastal koostatud tervisestatistika, Eurostati andmebaas (2017. aasta andmed).

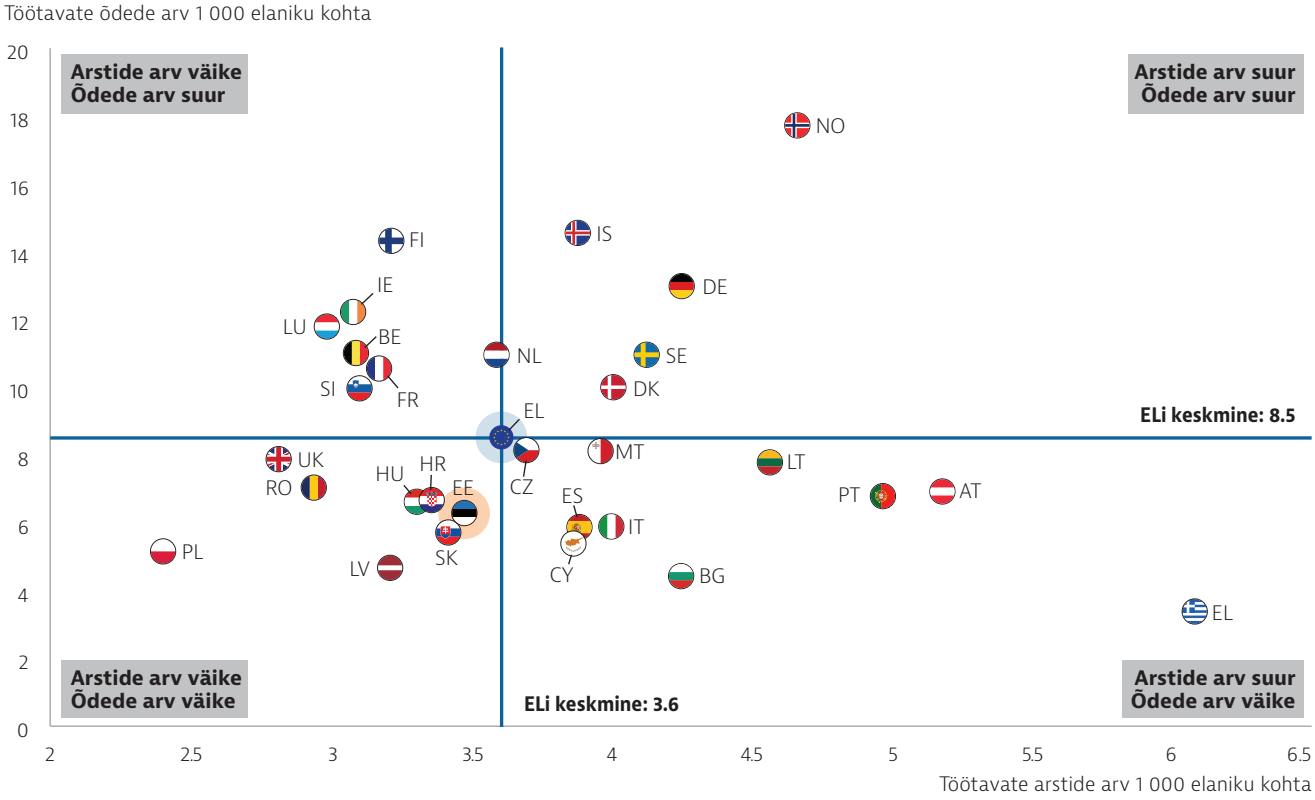
ELi struktuurifondidest on toetatud taristuinvesteeringuid

Ehkki Eesti Haigekassa hüvitised on ette nähtud ka taristukulude katmiseks, tuginevad paljud tervishoiuasutused taristuinvesteeringuid toetavatele vahenditele riigieelarvest ning Euroopa struktuuri- ja investeerimisfondidest. EL investeerib 2014.–2020. aastal 85 miljonit eurot eesmärgiga ajakohastada või ehitada 2023. aastaks ümber vähemalt 35 esmatasandi tervisekeskust. Muud ELi investeeringud 2014.–2020. aastal, mille eesmärk on parandada esmatasandi ravi kättesaadavust, osutada rohkem raviteenuseid lastele, toetada kogukonnapõhist hooldust ja edendada e-tervist, moodustavad kokku 140,8 miljonit eurot (Euroopa struktuuri- ja investeerimisfondid tervishoiuks, 2016).

Tulevikuvajaduste täitmiseks õpetatakse välja liiga vähe arste ja õdesid

Eestis on ELi keskmisest vähem arste (3,5 arsti 1 000 inimese kohta) ja õdesid (6,2 õde 1 000 inimese kohta) (joonis 10). Ka õdede ja arstide arvu suhe (1,8) on alla ELi keskmise (2,3). Sotsiaalministeeriumi hinnangute kohaselt peaks arstiteaduskond tulevikuvajaduste täitmiseks aastas vastu võtma 200 arstitudengit ja tervishoiukõrgkoolid 700–800 õendustudengit. Kuid riigi rahastatavatele õppekohtadele vastuvõtmise kvoot oli 2018. aastal 185 arstitudengit ja 2020. aastal 517 õendustudengit. Õdede vähesus on probleem, mida süvendab veelgi muude tervishoiutöötajate, sh toitumisspetsialistide ja füsioterapeutide nappus, mis takistab tööülesannete ümberjagamist.

Joonis 10. Arstide ja õdede arv Eestis on alla ELi keskmise



Märkus. Portugali ja Kreeka puhul viitavad andmed kõikidele tegevusloaga arstidele, mille tõttu on arv hinnatud tegelikust palju suuremaks (nt Portugali puhul umbes 30%). Austria ja Kreeka korral on õdede arv hinnatud tegelikust väiksemaks, kuna see hõlmab üksnes haiglates töötavaid õdesid.
Allikas: Eurostati andmebaas (2017. aasta või lähima aasta andmed).

Eesti Haigekassa motiveerib tervishoiuteenuste osutajaid

Eesti Haigekassast kaetavad hüved on määratud kindlaks nimekirjas, mis sisaldab igat hüvitatavat meditsiinitoodet ja teenust koos hüvitatava maksumusega. Eesti Haigekassa sõlmib pärast sellele nimekirjale valitsuselt heakskiidu saamist lepingud tervishoiuteenuste osutajatega, kes saavad osutatud teenuste eest hüvitisi. Lepingud hõlmavad muu hulgas selliseid mehhanisme nagu teenustasu, voodipäevatasu ja diagnoosipõhised komplekssteenused. Lisatasu makstakse perearstidele, kes palkavad kroonilisi haigusi põdevate patsientide tervisliku seisundi jälgimiseks pereõe või kelle perearstipraksis asub lähimast haiglast kaugemal kui 20 km.

Perearstid saavad hüvitist nende nimistusse registreerunud patsientide arvu järgi ja nad saavad muid rahalisi stiimuleid, sh baasraha ja kvaliteeditasu, mille eesmärk on soodustada teatavat tegevust. Näiteks võidakse perearstidele maksta lisatasu e-tervise teenuste ja patsiendirahulolu uuringute kasutamise eest ning selle eest, kui töötatakse väljaspool tavapärast tööaega. Eesti Haigekassa sätestab arstidele kvaliteeditasu süsteemi raames strateegilised eesmärgid ja 2018. aastal sai kvaliteedi eest lisatasu 68% perearstipraksistest, mis on enam kui eesmärgiks seatud 61% (Eesti Haigekassa, 2019). Stiimulite ühine eesmärk on parandada esmatasandi mainet, laiendada tervishoiuteenuste ulatust ja parandada kvaliteeti ning tasakaalustada tervishoiuteenuste osutaja ja ostja kantavaid rahalisi riske (Euroopa Komisjon, 2019).

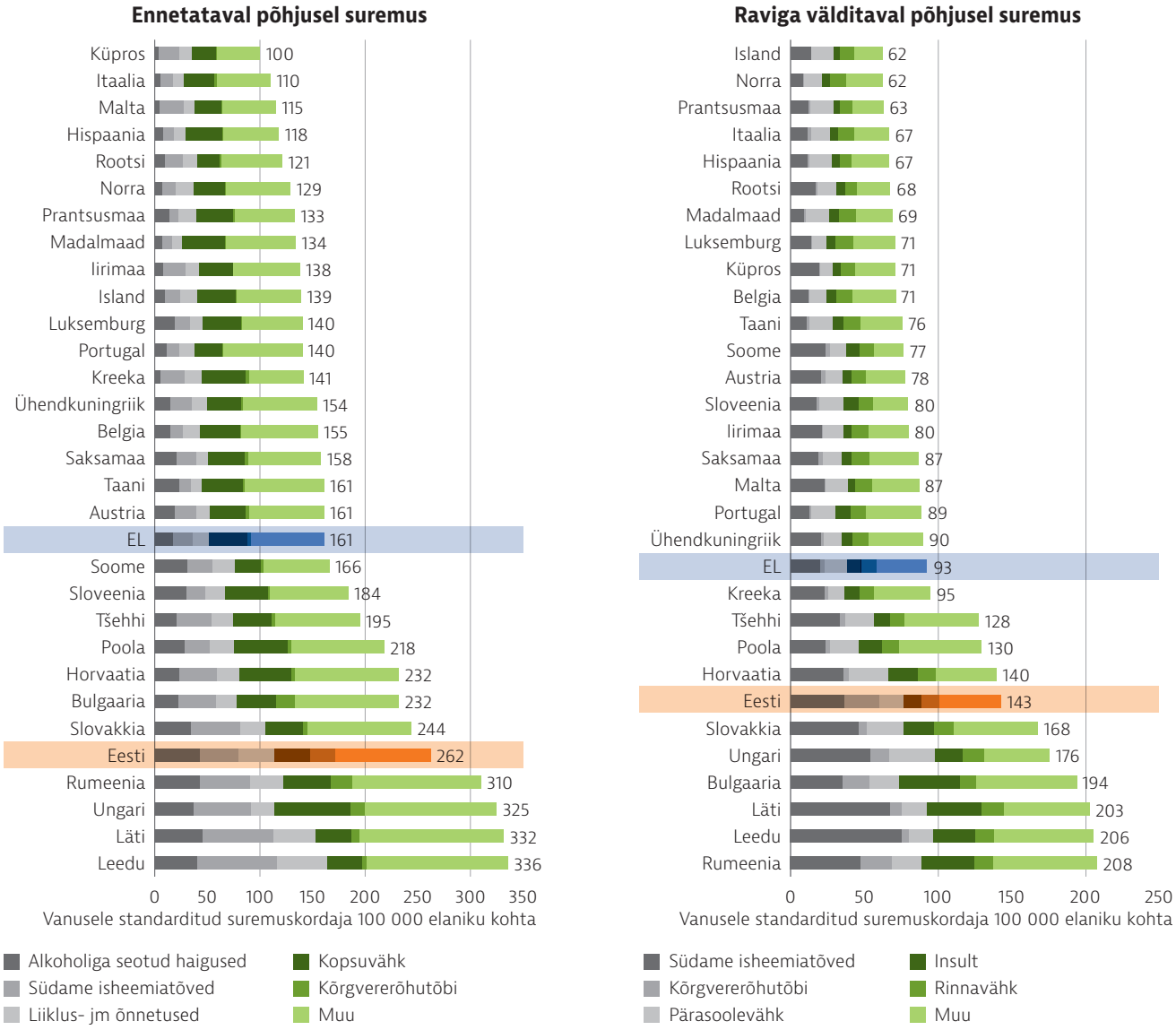
5 TERVISHOIUSÜSTEEMI TOIMIVUS

5.1. Tõhusus

Eestil on ennetatava ja välditava suremuse vähendamisel veel arenguruumi

Ehkki tõhusama tervishoiu ja rahvatervise poliitikaga välditavate surmade arv on paljude haiguste, sh südame isheemiatõve ja insuldi puhul vähenenud, on Eestis nii ennetatava kui ka välditava suremuse kordaja ikka veel ELi keskmisest suurem (joonis 11). Peale südame isheemiatõve, mis on olulisim välditav surmapõhjus, on välditava suremuse peamised põhjused alkoholi ja tubaka tarbimine.

Joonis 11. Eestis on suur välditav ja ennetatav suremus



Märkus. Ennetatav suremus määratletakse surmadena, mida oleks saanud peamiselt ära hoida rahvatervise ja esmatasandi ennetavate sekkumistega. Välditav (või leevendatav) suremus määratletakse surmadena, mida oleks saanud suuresti ära hoida tervishoiu, sh sõeluuringute ja ravi sekkumistega. Mõlemad näitajad on seotud enneaegse suremusega (enne 75-aastaseks saamist). Andmed tuginevad läbivaadatud OECD/Eurostati nimekirjadele. Allikas: Eurostati andmebaas (2016. aasta andmed).

Juurdunud ei ole sugugi kõik haiguste ennetamisega seotud poliitikameetmed

Eesti on võtnud suitsetamise vähendamiseks mitu poliitilist meedet, mis aitavad kaasa nimetatud riskikäitumise levimuse vähenemisele (punkt 3). Eesti on lisaks sigarettide kõrgemale maksustamisele kehtestanud tubakatoodete reklaamimise keelu, keelates muu hulgas reklaamimise müügikohtade vitriinides. Suitsetamist on piiratud avalikel õuealadel ja töökohtades, samuti restoranides, baarides ja ööklubides (kuigi see on endiselt lubatud sihtotstarbelistes suitsetamise ruumides).

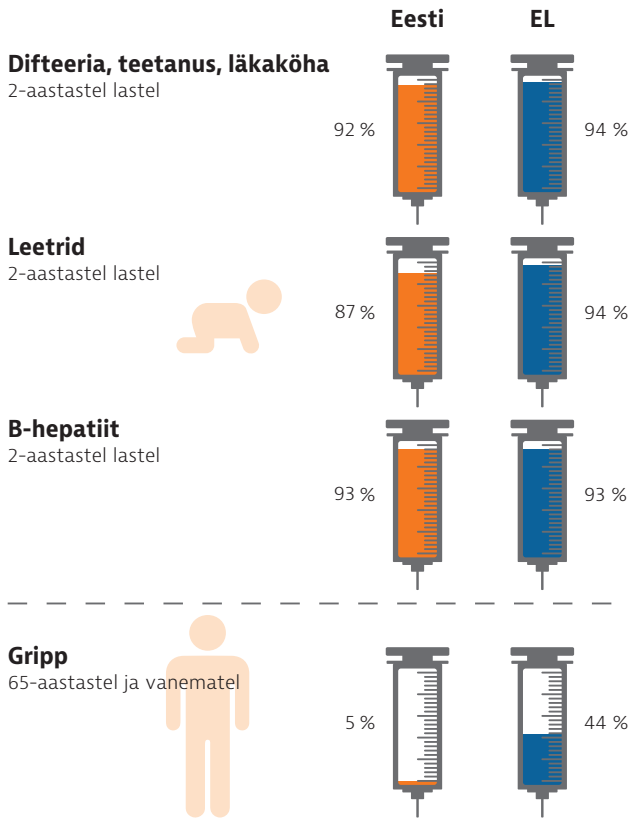
Varasemad valitsused on võtnud rangeid meetmeid alkoholitarbimise vähendamiseks, kuid uus valitsus leevendas ühte neist, vähendades juulist 2019 alkoholi aktsiisimaksu. Vaatamata ülekaaluliste ja rasvunud inimeste osakaalu suurenemisele, ei ole probleemi lahendamiseks eriti palju ära tehtud, kuigi praeguse valitsuse tegevuskava hõlmab 2019. novembriks koostatavat toitumise ja liikumise rohelist raamatut.

Vaktsineeritud laste osakaal on vähenenud alla ELi keskmise

Eesti riikliku immuniseerimiskavaga hõlmatud vaktsiinide eest tasutakse riiklikest vahenditest, ent vaktsineerimine on vabatahtlik. Laste vaktsineerimise eest vastutavad perearstid ja kooliõed (Rechel, Richardson ja McKee, 2018). Eesti vaktsineeritud laste osakaal on väiksem kui WHO soovitatud eesmärk 95% ja väheneb üha. 2007. aastal oli kaheaastastest lastest leetrite vastu vaktsineeritud 96% ning B-hepatiidi, difteeria, teetanuse ja läkaköha vastu 95%. Aga 2018. aastal oli difteeria, teetanuse ja läkaköha vastu vaktsineeritute osakaal vähenenud 92%-ni, B-hepatiidi vastu vaktsineeritute osakaal alanenud 93%-ni ja leetrite vastu vaktsineeritute osakaal langenud lausa 87%-ni (joonis 12). Eelkõige tekitab muret leetrite vastu vaktsineeritute osakaalu muutus, sest see vähenes kuus protsendipunkti ühe aastaga.

Eesti on 65-aastaste ja vanemate inimeste hulgas gripi vastu vaktsineeritute osakaaluga ELis eelviimasel kohal. Neist on gripi vastu vaktsineeritud 5%, seevastu ELi keskmine on 44% ja WHO soovitus on 75%, millele jäädakse tunduvalt alla. Vaktsiin ei ole hõlmatud immuniseerimiskavaga ega kaetud kohustusliku ravikindlustusega. 2019. alustati kahe pilootprojektiga, mille eesmärk on tegeleda gripi vastu vaktsineeritute väikese osakaaluga (tekstikast 2).

Joonis 12. 65-aastastest ja vanematest inimestest on gripi vastu vaktsineeritud äärmiselt väike osa



Märkus. Andmed difteeria, teetanuse, läkaköha ja B-hepatiidi vaktsiini kolmanda doosi ning leetrite vaktsiini esimese doosi kohta.
Allikas: WHO/UNICEFi üleilmse tervise vaatluskeskuse laste andmete kogu (2018. aasta andmed); OECD 2019. aastal koostatud tervisestatistika ja Eurostati andmebaas 65-aastaste ja vanemate inimeste kohta (2018. aasta või lähima aasta andmed).

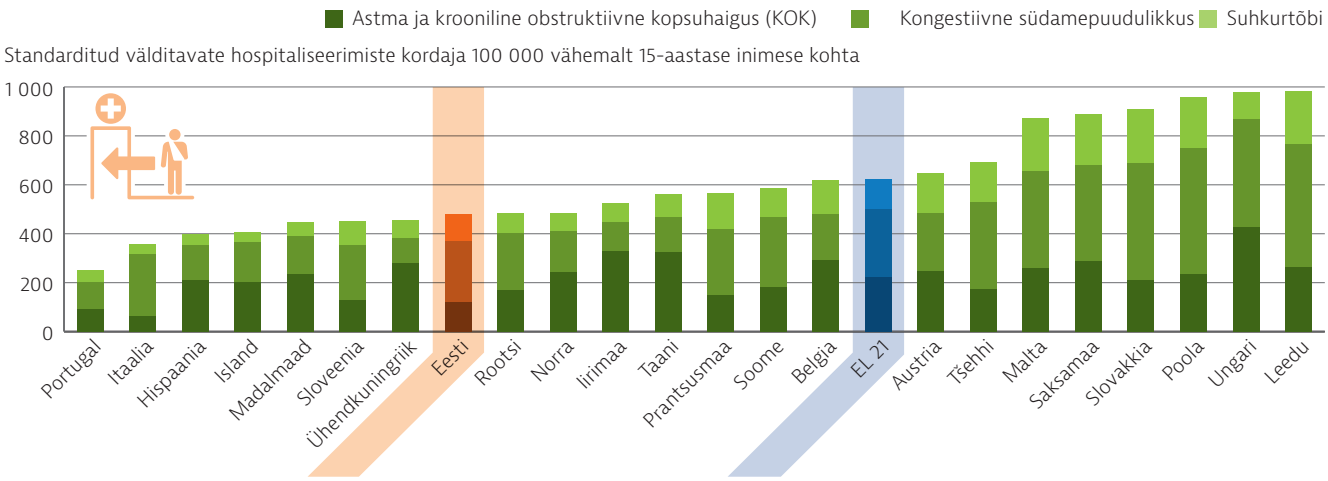
Tekstikast 2. Uute pilootprojektide eesmärk on tegeleda gripi vastu vaktsineeritute väikese osakaaluga

Väikesele vaktsineeritute osakaalule reageerimiseks on Eesti loonud kaks algatust, mille eesmärk on parandada gripi vastu vaktsineeritust. 2019. aastal alustatud esimese algatusega muudeti hooajalise gripi vaktsiin hooldekodudes elavatele inimestele kättesaadavaks ja kulud võttis enda kanda riik. Lisaks võimaldati 2018. aasta oktoobris ja novembris ellu viidud pilootprojektiga Eesti elanikel lasta end gripi vastu vaktsineerida väljaõppinud tervishoiutöötajatel apteekides. Selle aja jooksul korraldas Eesti turunduskampaania eesmärgiga parandada kodanike teadlikkust gripiviirusest ja julgustada kodanikke end gripiviiruse vastu kaitsma.

Investeeringud esmatasandi tervishoidu on vähendanud välditavate hospitaliseerimiste arvu

Astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (KOK) seotud välditavate hospitaliseerimiste arv Eestis on Euroopa väikseimate hulgas ning diabeedi ja kongestiivse südamepuudulikkusega seotud välditavate hospitaliseerimiste arv keskmise lähedal (joonis 13). Eesti uuringu kohaselt on esmatasandi ravi aidanud kaasa välditavate hospitaliseerimiste arvu vähenemisele (Atun et al., 2016). Siiski ilmneb riigikontrolli hinnangust, et ligi pooled (49%) erakorralise meditsiini osakonda pöördunutest ei vajanud vältimatut abi, vaid neid oleks saanud ravida perearst (Riigikontroll, 2018). Üldiselt saaks hospitaliseerimiste vältimiseks ja ravi kooskõlastamise suurendamiseks veel palju ära teha.

Joonis 13. Eestis on välditavate hospitaliseerimiste arv ELi keskmisest väiksem

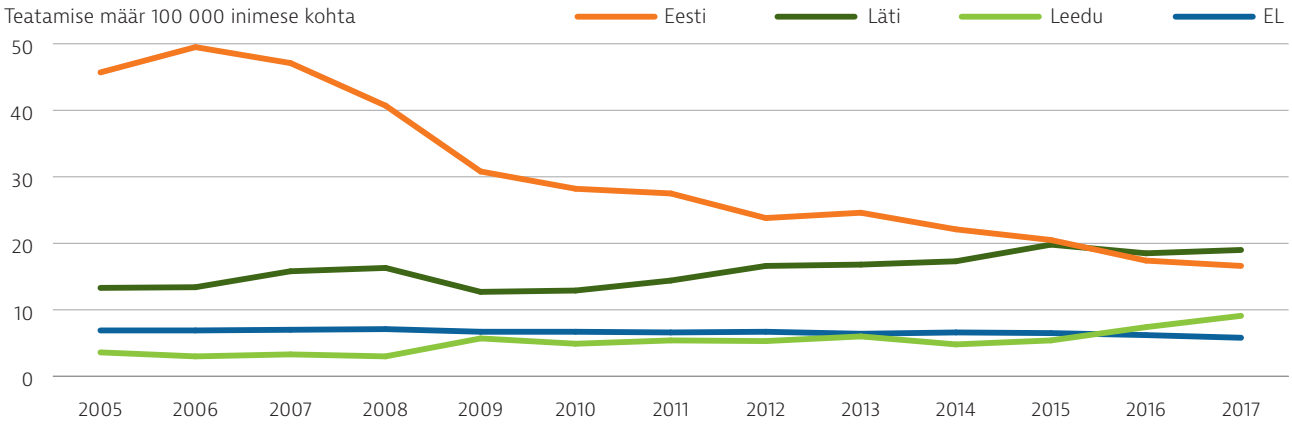


Allikas: OECD 2019. aastal koostatud tervisestatistika (2017. aasta või lähima aasta andmed).

Valitsuse tegevus on tinginud registreeritud uute HIV-nakkuse juhtude arvu märkimisväärse vähenemise

Palju aastaid oli Eestis ELi suurim uute registreeritud HIViga nakatumise juhtude arv inimese kohta. 2000. aastate keskel oli see 50 juhtu 100 000 inimese kohta, ent viimastel aastatel on see vähenenud ja oli 2017. aastal 17 juhtu 100 000 inimese kohta (joonis 14). 2017. aasta detsembris kehtestati HIVi epideemiaga tõhusamaks võitlemiseks riiklik HIV tegevuskava 2017-2025 eesmärgiga vähendada 2025. aastaks uute HIViga nakatumiste arvu kaks korda. Kava toetamiseks suurendati eelarveeraldisi HIVi ennetamiseks ja raviks. Eesti Haigekassa saab tervishoiu rahastamise reformi raames ülesande hankida HIVi ravimeid, millega püütakse ostmist tõhustada.

Joonis 14. Registreeritud uute HIV-nakkuse juhtude arv Eestis on vähenenud



Allikas: Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC) ja Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regionaalbüroo, HIVi/AIDSi seire Euroopas 2017. aastal.

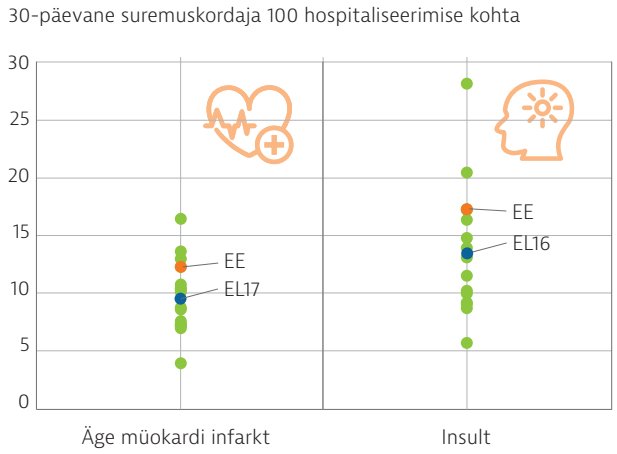
Hospitaliseerimisjärgse suremuse kordajad viitavad haiglaravi kvaliteedi parandamise võimalusele

Hospitaliseerimisele järgneva 30 päeva jooksul esineva suremuse kordaja annab ettekujutuse haiglaravi kvaliteedist ja meditsiiniliste sekkumiste tõhususest. Eestis suri 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist südameinfarkti 12 patsienti ja insulti 17 patsienti 100 hospitaliseerimise kohta. Seda on rohkem kui ELis keskmiselt, ehkki vähem kui Lätis ja Leedus (joonis 15).

Vähiravi tulemused paranevad vaatamata sõeluuringute madalale hõlmatusele

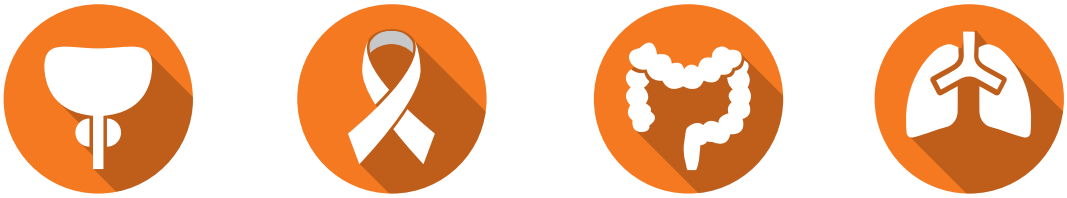
Kuigi vähisõeluuringute hõlmatused Eestis paranevad, jäävad need siiski allapoole EL standardeid. 2017. aastal ainult 56% naistest vanuses 50-69 aastat oli viimase kahe aasta jooksul osalenud rinnavähi sõeluuringus ja üksnes 50% naistest vanuses 20-69 aastat oli samal perioodil uuritud emakakaelavähi osas. Mõlemal juhul EL keskmine on üle 60%.

Joonis 15. Pärast hospitaliseerimist südameinfarkti ja insulti suremine on sagedasem kui ELis keskmiselt



Märkus. Arvandmed tuginevad patsiendiandmetele ning on vanuse ja soo järgi standarditud OECD 2010. aasta andmetele ägeda müokardi infarktiga ja insuldiga hospitaliseeritud 45-aastaste ja vanemate inimeste kohta.
Allikas: OECD 2019. aastal koostatud tervisestatistika (2017. aasta või lähima aasta andmed).

Joonis 16: Vähi 5-aasta elulemus on paranenud ja läheneb EL keskmisele.



Eesnäärmevähk
Eesti: 86 %
EL26: 87 %

Rinnavähk
Eesti: 77 %
EL26: 83 %

Kolorektaalvähk
Eesti: 58 %
EL26: 60 %

Kopsuvähk
Eesti: 17 %
EL26: 15 %

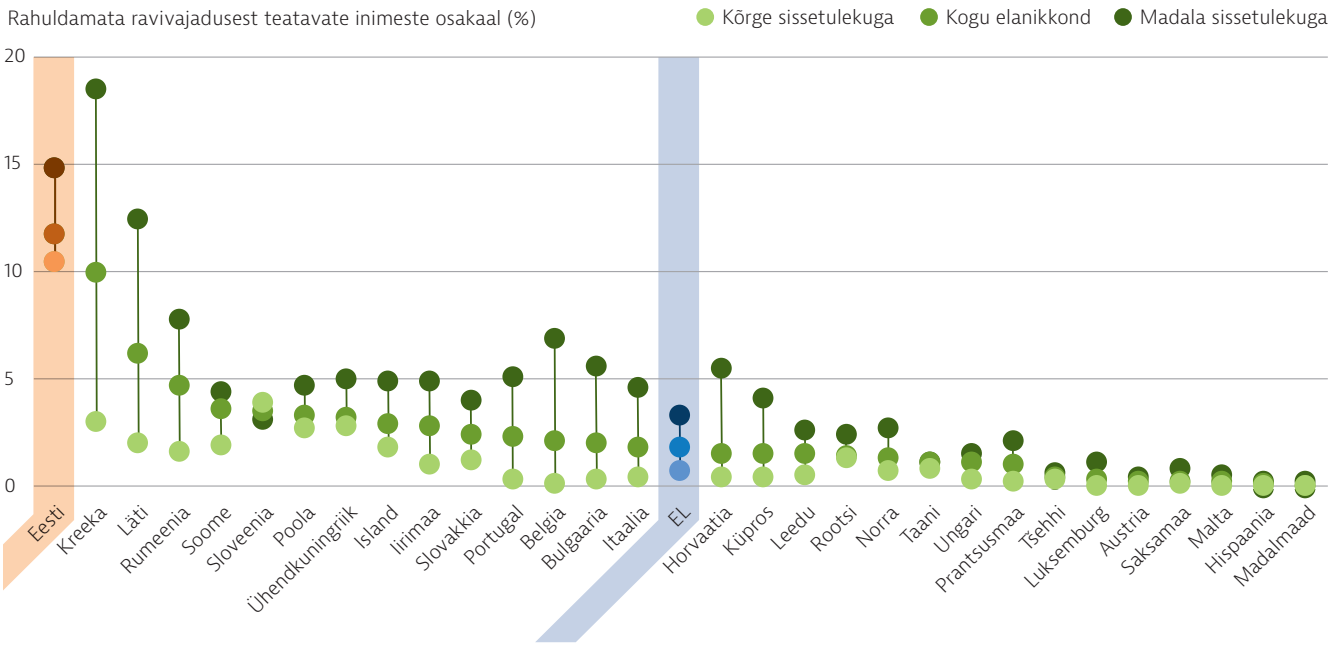
Märkus. Arvandmed tuginevad vahemikus 2010-2014 diagnoositud isikutele.
Allikas: CONOCORD programm, London School of Hygiene and Tropical Medicine

5.2. Kättesaadavus

Eestis on ELis suurim hulk rahuldamata vajadusi peamiselt pikkade ravijärjekordade tõttu

Eesti igasuguse sissetuleku suurusega elanikest teatab 11,8%, et nende tervishoiuvajadused on rahuldamata, seevastu ELi keskmine on 1,7% (joonis 17). Rahalise kitsikuse tõttu rahuldamata vajadustega inimeste osakaal (0,7%) on Eestis väiksem kui ELi keskmine (1,0%), kuid kauguse tõttu rahuldamata vajadustega inimeste osakaal (0,6%) on suurem (ELi keskmine on 0,1%). Enamik enda hinnatud rahuldamata vajadustest on Eestis tingitud siiski ravijärjekordadest ja seda peab põhiteguriks 10,5% inimestest, seevastu ELi keskmine on 0,7%. Ehkki see võib teataval määral tuleneda suurematest ootustest teiste Baltimaade elanikega võrreldes, viitab see suurele ravijärjekordade probleemile.

Joonis 17. Eesti elanike vajadused on rahuldamata suuremal määral kui mujal ELis



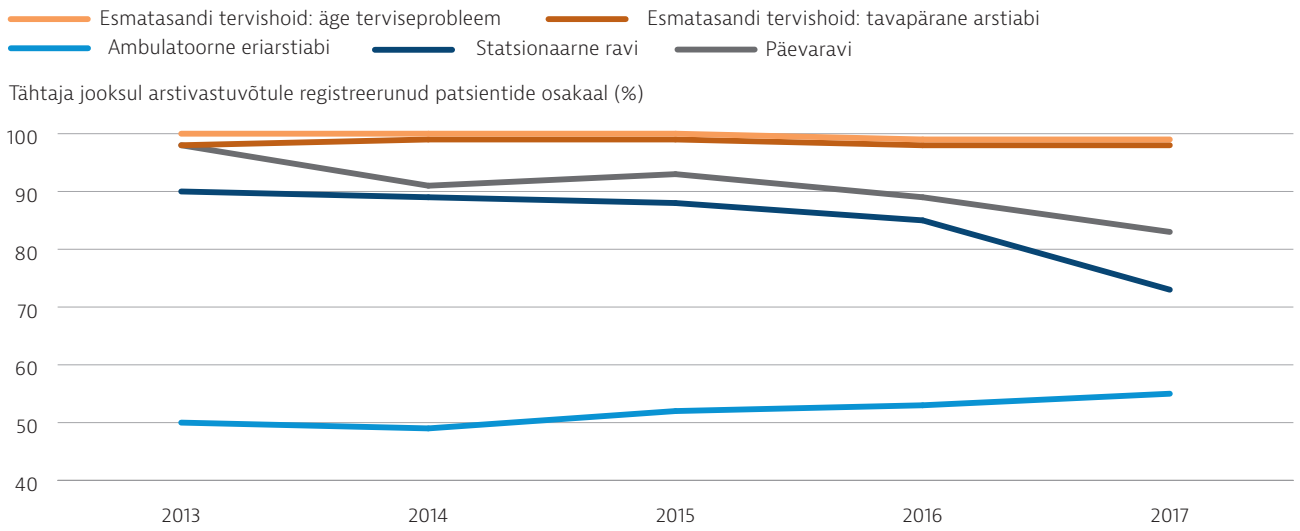
Märkus. Andmed viitavad arstliku läbivaatuse või raviteenuse vajadusele, mis on jäänud rahuldamata maksumuse, füüsilise kauguse või ravijärjekordade tõttu. Riikide andmete võrdlemisel tuleb arvestada, et kasutatud uuringumeetodites esines teatavaid erinevusi.
Allikas: Eurostati andmebaas, sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika põhjal (2017. aasta andmed).

Tervisesüsteem ei suuda kinni pidada maksimaalsetest ooteaegadest

Eesti Haigekassa kehtestab maksimaalsed ravijärjekorrad (ooteajad) eri tüüpi ravile, sh esmatasandi abile ägeda seisundi puhul, tavapärasele esmatasandi arstiabile, ambulatoorsele eriarstiabile, päevakirurgiale ja haiglaravile. Esmatasandi arstide vastuvõttudele pääseb üldiselt maksimaalse ooteaja jooksul, ent muude raviliikide puhul see ei kehti. Eesti Haigekassa on määranud ambulatoorse raviga tegelevate eriarstide vastuvõtule pääsemisel maksimaalseks ooteajaks kuus nädalat, ent selle ajavahemiku jooksul pääseb arsti vastuvõtule üksnes 55% patsientidest (osakaal on siiski suurenenud võrreldes 2013. aastaga, mil see oli 50%). Kättesaadavuse probleemid võivad olla tingitud stiimulitest, mille tõttu on soodsam minna esmatasandi ravilt üle eriarstiabile, esmatasandil osutatavatest piiratud raviteenustest ja/või ebapiisavast patsientide suunamisest.

Enam teevad muret suundumused päevaravis, st päevakirurgias ja teatavat liiki mittekirurgilises päevaravis (nt kemoteraapia, dialüüs), samuti haiglaravis. Kummagi maksimaalne ooteaeg on kaheksa kuud, kuid alates 2013. aastast on vähenenud tervishoiusüsteemi võime seda eesmärki täita (joonis 18). 2013. aastal pääsesid 98% päevaravi järjekorras ootavatest patsientidest ja 90% haiglaravi järjekorras ootavatest patsientidest vastuvõtule kaheksa kuu jooksul, ent 2017. aastal olid osakaalud väiksemad, vastavalt 83% ja 73%. Arvestades ravijärjekordade tõttu niigi suuri enda hinnatud täitmata ravivajadusi, võib niisuguste suundumuste jätkumine süvendada veelgi probleeme, millega Eesti elanikud õigel ajal arstiabi saamiseks silmitsi seisavad (Kadarik, Masso ja Võrk, 2018).

Joonis 18. Patsiendid ei pääse arsti vastuvõtule Eesti Haigekassa määratud ooteaja jooksul



Allikas: Eesti Haigekassa 2019. aasta ravijärjekordade andmed.
Eesti Haigekassa koostab kord aastas ülevaate selle kohta, kui rahul on inimesed tervishoiuteenuste kättesaadavusega. 2018. aastal oli kättesaadavusega rahul ainult 52% Eesti elanikest, kuid 2007. aastal oli rahulolu 60% ehk märksa suurem (Eesti Haigekassa, 2019). Rahvastiku tervise arengukavas on endiselt seatud eesmärk, et 68% elanikest oleks rahul ravi kättesaadavusega, kuid selle saavutamine on praeguste suundumuste jätkudes ebatõenäoline.

Kättesaadavuse probleeme kogevad eelkõige õendusabi vajavad inimesed

Nii sotsiaalhoolekannet kui ka meditsiiniabi vajavad inimesed, eelkõige eakad, seisavad silmitsi probleemidega vajaliku abi saamisel. Eestis on vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse ohus ligikaudu 42% 65-aastastest ja vanematest inimestest, seevastu ELi keskmine oli 2017. aastal 15% (Euroopa Liidu Nõukogu, 2019). Eestis on kulud pikaajalisele hooldusele (5,9% tervishoiukuludest) ELi keskmisest (16,3%) väiksemad ja seda korraldatakse kohalike omavalitsuste tasandil, sõltudes suuresti mitteametlikest hooldajatest ja patsientide endi taskust makstavatest kuludest. Lisaks ei pakuta õendusabi asutustes arstiabi, mille tõttu on eakatele osutatavad sotsiaalhoolekande ja meditsiiniabi teenused ebaühtlased ja sageli ebapiisavad. Investeeringud sellesse valdkonda, sh uue hoolduskoordinaatori funktsiooni sisseviimine (vt punkti 5.3), võiks selle rühma juurdepääsu parandada.

Kõikide inimeste kindlustuskaitseni jõudmiseks oleks tarvis suuri struktuurseid muutusi

Ravikindlustuskaitse on üksnes 94%-l Eesti elanikest ja 2018. aastal koostatud uuringust hiljuti saadud tõendid heidavad rohkem valgust varem varjatud lünkadele kindlustuskaitses (Koppel et al., 2018, tekstikast 3). 2017. aasta novembris oli üksnes 86% tööealisest elanikkonnast terve aasta jooksul kindlustatud ja paljudel esines ajutisi kindlustuskaitseta perioode. Eesti kindlustamata elanikud saavad ainult erakorralist meditsiiniabi, mitte ennetusteenuseid, esmatasandi arstiabi, ravimeid ega tavapärast eriarstiabi, mis tekitab tervise valdkonnas märkimisväärse ebavõrdsuse.

Tekstikast 3. Arusaam Eesti kindlustamata elanikest

2018. aastani ei oldud koostatud ühtegi kõikehõlmavat uuringut, millest oleks ilmnenud, kes kuuluvad Eestis kindlustamata elanike hulka. Praxise uuringus leiti, et ehkki ravikindlustuskaitse on Eestis seotud töökohaga, võib osalise tööajaga, juhutöid tegevatel ja mitteametlikult töötavatel inimestel tekkida probleeme kindlustuskaitsega. Lisaks on erinevates õigusaktides sätestatud üle 50 kriteeriumi, mis käsitlevad õigust ravikindlustusele, ja seetõttu on Eesti elanikel keeruline süsteemis orienteeruda ja vältida seaduselünkade tõttu hooletusse jäämist. Üldjoontes on tõenäolisemalt kindlustamata inimesed, kelle emakeel ei ole eesti keel (need inimesed moodustavad umbes veerandi elanikkonnast) ja kelle sissetulek on väiksem.

Samuti leiti uuringus, et kui Eesti teeks muudatusi kehtiva süsteemi raames, suureneks kindlustatud inimeste osakaal eeldatavasti ainult ühe protsendipunkti võrra. Kõikide inimeste kindlustuskaitseni jõudmiseks oleks seetõttu tarvis rohkem investeerida. Eesti Haigekassa on võtnud tervishoiu rahastamise reformi raames funktsioonide konsolideerimisega sotsiaalministeeriumilt üle teenused kindlustamata isikutele ja vastutab nüüd kõigi elanike eest. See on tekitanud diskussioone Eesti kõikide elanike kindlustuskaitsega hõlmamise kohta, kuid seni ei ole selles vallas ühtki kohustust võetud.

Suurema osa omast taskust makstavatest kuludest moodustavad kulud ravimitele ja hambaravile

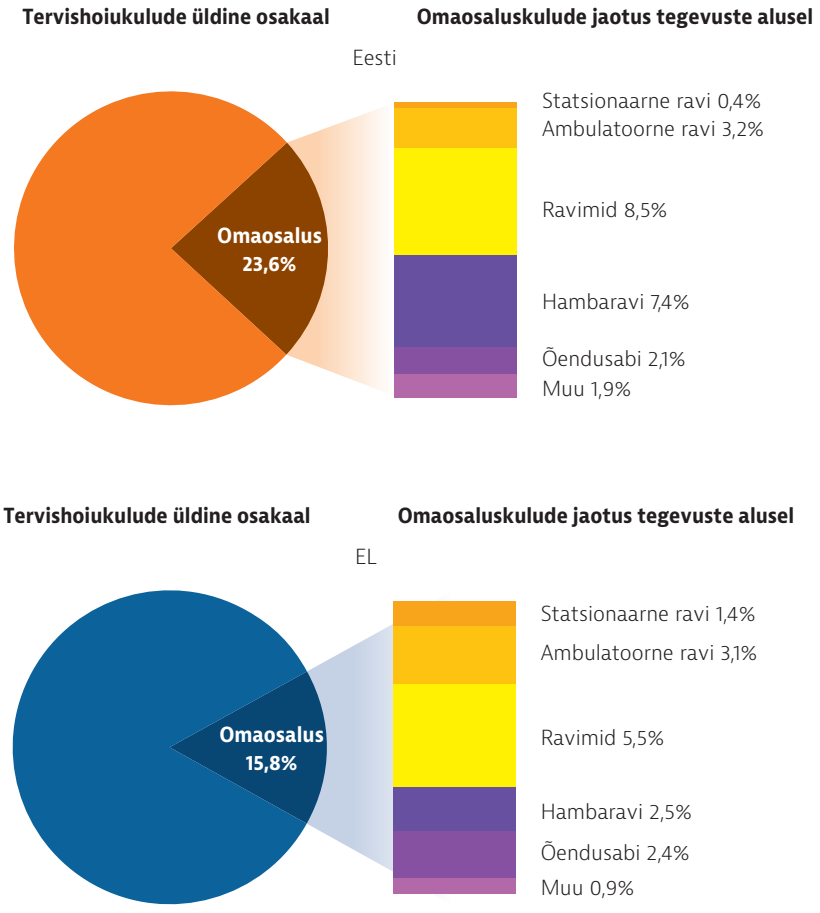
Omaosalus moodustab Eestis 23,6% tervishoiukuludest, mis on suurem kui ELi keskmine 15,8%, ent väiksem kui Eesti rahvastiku tervise arengukavas eesmärgiks seatud 25%. Lõviosa omaosalusest kulub ravimitele ja hambaravile, mille osakaalud on suuremad ELi keskmistest (joonis 19). Eesti on omast taskust makstavate kulude piiramiseks viimastel aastatel nii ravimite kui ka hambaravi hüvitiste suurust ajakohastanud.

Majanduslanguse ajal lõpetas Eesti kulude kokkuhoiuks täiskasvanute hambaravi hüvitamise, ent kehtestas selle taas hiljem. Eesti muutis alates 2017. aastast kättesaadavaks uue hambaravihüvitiste paketi, millest hüvitatakse kõikide täiskasvanute vältimatu hambaravi, samuti hüvitatakse aastas maksimaalselt 40 eurot omaosalusega 50% esmavajalike hambaraviteenuste eest (haavatavamatele isikutele hüvitatakse aastas kuni 85 eurot omaosalusega 15%). Kuid Eesti Haigekassa hüvitised hambaarstidele jäävad sageli turuhindadele alla, seega on mõned hambaarstid loobunud Eesti Haigekassaga lepinguid sõlmimast, otsustades vabal turul jätkamise kasuks. Seetõttu oleks vaja rohkem aega, et määrata kindlaks, kuidas mõjutab hambaravi hüvitamise reform Eesti elanike juurdepääsu ja omast taskust makstavaid kulusid hambaravile.

Eesti on alustanud ka reforme eesmärgiga vähendada retseptiravimite omaosaluskulusid. Kui eraisik kulutab aastas retseptiravimitele kokku üle 100 euro, hüvitab Eesti Haigekassa pärast hiljutisi reforme automaatselt 50% omaosalusest, mis jääb vahemikku 100–300 eurot (alates 2018. aastast), ja kui see on üle 300 euro, hüvitab haigekassa 90% omaosalusest (alates 2015. aastast).

Esialgsetest tulemustest ilmneb, et reform on suurendanud märkimisväärselt hüvitatavate ravimite saajate arvu, kes saavad täiendavaid hinnaalandusi. 2017. aastal sai 0,7% hüvitisesaajatest lisahüvitisi keskmiselt 129 eurot inimese kohta. 2018. aastaks oli lisahüvitiste saajate osakaal suurenenud järsult 15,6%-ni ja keskmine lisahüvitis oli 77 eurot inimese kohta. Seetõttu vähenes keskmine omaosalus retseptiravimi eest 6,83 eurolt 2017. aastal 6,31 eurole 2018. aastal (Eesti Haigekassa, 2019).

Joonis 19. Eesti elanike omaosalus on ELi keskmisest suurem



Allikas: OECD 2019. aastal koostatud tervisestatistika (2017. aasta andmed).

5.3. Säilenõtkus[3]

Tervishoiu rahastamise reform muutis Eesti Haigekassa vähem haavatavaks, kuid probleemid püsivad

Lisaks töötavale elanikkonnale ka mittetöötavaid pensionäre hõlmava ravikindlustuse tulubaasi laiendamise reformiga (punkt 4) parandatakse tervishoiusüsteemi rahalist jätkusuutlikkust. Varasem palka saavatele isikutele tuginemine, kelle palkadelt makstavad maksud oli ainus sissetulekuallikas, kujutas endast tervishoiusüsteemile suurt ohtu, mis on nüüd kõrvaldatud. Lisaks koondab reform ressursid Eesti Haigekassa alla ja tugevdab tervishoiusüsteemis ostja rolli. Oleks vaja rohkem aega, et määrata kindlaks, kas need muutused parandavad kättesaadavust, suurendavad ravi/hoolduse koordineeritust ja parandavad tõhusust.

Eeldatavasti ei suurenda reform märkimisväärselt Eesti tervishoiukulusid, mis on praegu väikesed, seetõttu ei pruugi see tagada piisavalt vahendeid vananeva elanikkonna ja üha suurema levimusega krooniliste haiguste ravimise vajaduste toetamiseks. Samuti ei ole tõenäoline, et reform toetaks kõikide elanike kindlustuskaitset, sest kõikide Eesti elanike kindlustamiseks on tarvis enam struktuurseid reforme. Lisaks ei taga see taristukulude rahastamiseks piisavalt vahendeid, sest Eesti tugineb tervishoiutaristu ajakohastamisel suuresti investeeringutele ELi struktuuri- ja investeerimisfondidest. Ehkki Eesti Haigekassal on kogutud reservid, võib tervishoiusüsteemi pikaajalise rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks olla vaja rahastamist suurendada.

Üldiselt on Eestil tõhus tervishoiusüsteem, milles keskendutakse eelkõige ambulatoorsele ravile

Eesti tervishoiusüsteemi kulutõhususest saab pisut aimu, vaadeldes välditava suremuse sõltuvust tervishoiukuludest. Ehkki Eesti tulemused on head võrreldes teatavate ELi liikmesriikidega, nt Leedu ja Ungariga, kelle tervishoiukulud on umbes sama suured, kulutavad teised riigid, nagu Horvaatia ja Poola, tervishoiule vähem kui Eesti, ent neil on väiksem välditav suremus (joonis 20). Sellest näitajast ilmneb, et Eestil on tervishoiusüsteemis tõhususe suurendamisel veel arenguruumi.

Põhinäitajatest ilmneb, et Eesti keskendub haiglaravi osatähtsuse vähendamisele. Haiglaravil viibimise keskmine kestus oli 2000. aastal keskmiselt 9,2 päeva ja see vähenes 2017. aastaks 7,6 päevani, mis on pisut alla ELi keskmise (7,9 päeva). Ka haiglast väljakirjutamiste arv Eestis (16 640 väljakirjutamist 100 000 inimese kohta) on väiksem kui ELi keskmine (17 230 väljakirjutamist 100 000 inimese kohta), samas kui voodikohtade arv on vähenenud 2000.–2017. aastal 7 voodikohalt 4,7 voodikohani 1 000 inimese kohta, seevastu ELi keskmine on 5,0. Voodikohtade arvu suurt vähenemist arvestades on täituvus jäänud üsna stabiilseks – see on püsinud alates 2004. aastast 68% ja 72% vahel.

Muudest tõhususe näitajatest ilmneb üha sagedasem ambulatoorse ravi ja päevakirurgia rakendamine. Nagu punktis 4 kirjeldatud, on Eesti ambulatoorse ravi kulude ja statsionaarse ravi kulude suhe ELi liikmesriikide hulgas üks suuremaid, millest nähtub, et kogu süsteemis pannakse rõhku ambulatoorsetele protseduuridele. See hõlmab ka kaelõikust, mille tegemise päeval lahkub raviasutusest 99% patsientidest, mis on üks suurimaid osakaale ELis. Eesti Haigekassa kasutab sõlmitavates lepingutes stiimuleid, et soodustada ambulatoorse eriarstiabi protseduure, ja tõendid viitavad sellele, et stiimulid toimivad ja peaksid jätkuma. Ent see võib soovimatult aidata kaasa sellele, et eriarstiabi saamise järjekorrad on pikemad ja vajadused täitmata, mis (nagu kirjeldatud punktis 5.2) on Eestis suur probleem.

Õdede ja teiste spetsialistide vastutuse suurendamist on tööjõuprobleemide lahendamiseni keeruline saavutada

Tööjõupuudus, eelkõige õdede puudus, tekitab Eesti tervishoiusüsteemi säilenõtkusele endiselt probleeme (punkt 4). 2013. aastal lõpetas meditsiinikooli 467 õde ja 2016. aastal veelgi vähem, s.o 426 õde, ning hinnangutega nähakse ette, et tulevaste tervishoiuvajaduste toetamiseks oleks vaja, et meditsiinikooli lõpetaks 700–800 õde.

Tervishoiutöötajad kogunevad üha rohkem kahte keskusse – Tartusse ja Tallinnasse. Maapiirkonnad on muutunud tervishoiutöötajate jaoks vähem ligitõmbavaks rahaliste stiimulite puudumise, esmatasandi suure töökoormuse ning eriarstiabi pakkumisel tehnoloogia ja kliinilise ekspertiisi piiratud kättesaadavuse tõttu. Lisaks on maapiirkondades vähem haridusvõimalusi lastele, võimalikke töökohti abikaasadele ja kättesaadavaid teenuseid, mis on tervishoiusüsteemist sõltumatud faktorid.

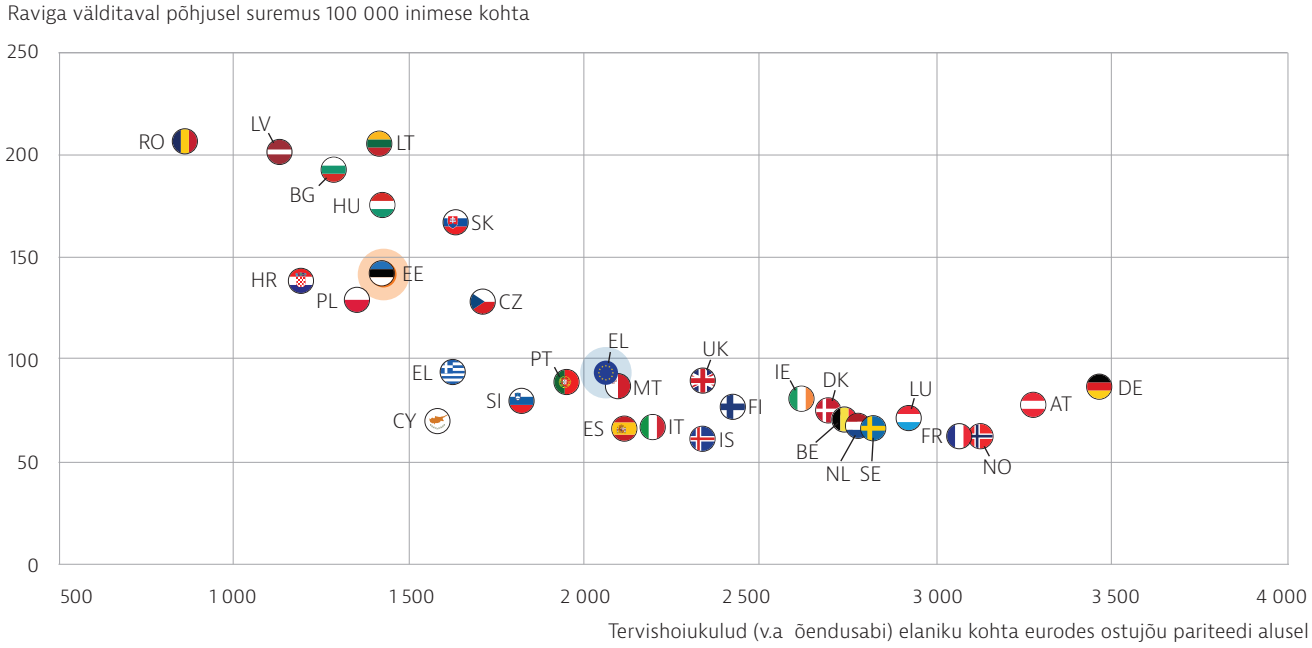
Lisaks on vananeva ja üha ülekaalulisema elanikkonna raviks vaja väljaõppinud spetsialiste, sh füsioterapeute, hoolduskoordinaatoreid, toitumisspetsialiste ja dietolooge, kuid stiimulid neil kutsealadel praktiseerimiseks on endiselt piiratud. Arvukamate väljaõppinud tervishoiuspetsialistideta on keeruline saavutada tööülesannete ümberjagamisega seotud eesmärke.

Positiivsema külje pealt katsetab Eesti uut käsitlusviisi komplekssete ravi-/hooldusvajadustega patsientide suhtes, juurutades mitmes kohalikus

3: Säilenõtkus on tervishoiusüsteemide võime kohaneda tõhusalt muutuva keskkonnaga, äkiliste šokkide või kriisidega.

omavalitsuses hoolduskoordinaatori funktsiooni. Selliste hoolduskoordinaatorite ülesanne on kaotada lõhe perearstide ja sotsiaaltöötajate vahel, et korraldada ravi/hooldust patsiendikesksemal viisil. Pilootprojekti täielikke tulemusi oodatakse 2019. aasta sügiseks. Lisaks on Eesti juurutanud uue esmatasandi tervisekeskuste mudeli, milles on koos mitu perearstipraksist ja suurem meeskond, mis tagab integreerituma ravi.

Joonis 20. Mõned ELi riigid, kus kulutatakse sama palju, on patsientide ravimisel edukamad



Allikad: Eurostati andmebaas, OECD 2019. aastal koostatud tervisestatistika.

Tervisetehnoloogia hindamine annab teavet hüvitamise otsuste langetamiseks

Eesti Haigekassa määrab kindlaks tervishoiuteenuste, ravimite ja meditsiinitoodete hüvitiste paketi ja hinnakirja ning kasutab uute hüvitiste lisamisel süstemaatilist käsitlusviisi. Hinnakiri sisaldab üle 2 000 teenuse erinevate tasumismehhanismidega ja seda ajakohastatakse vähemalt kord aastas. Enamiku haiglaravi ja ambulatoorse ravi kuludest katab Eesti Haigekassa. Omaosalust kasutatakse sageli ravimite, hambaravi ja meditsiinitoodete eest tasumisel (punkt 5.2). Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa kasutavad uute ravimeetodite, raviprotseduuride ja ravimite kulutõhususe hindamiseks tervisetehnoloogia hindamist, mida poliitikakujundajad ja Eesti Haigekassa saavad kasutada hüvitiste kindlaksmääramise otsuste langetamisel süstemaatilise vahendina. Eesti e-tervise edusammud aitavad kaasa ka kliiniliste tulemuste paranemisele, nagu kirjeldatud tekstikastis 4.

Tekstikast 4. Eestis on arenenud e-tervise teenused

Eestis on arenenud digitaalne tervishoiuinnovatsioon ja riik pakub paljusid tervisega seotud töövahendeid ja teenuseid internetis. Nende hulka kuuluvad digilugu, digiarhiiv, digiretsept, digisaatekiri, e-kiirabi ja e-konsultatsioon. Hiljuti võttis Eesti kasutusele arstivastuvõtule registreerimise kesksüsteemi. Alustati ambulatoorse eriarstiabiga, aga seda kavatsetakse laiendada perearstidele ja hambaravile. Andmevahetussüsteem võimaldab ühendusi mitmesuguste e-teenuste vahel nii avalikus kui ka erasektoris. Enam kui 96%-l Eesti elanikest on ID-kaart, mis võimaldab digitaalset autentimist ja juurdepääsu e-teenustele interneti kaudu. Veel on Eesti Haigekassa kasutanud elektroonilisi arvete esitamise andmeid alates 1990. aastate lõpust, enne paljusid teisi ELi liikmesriike.

Eesti heal tasemel digitaliseeritus võib viia paremate tervisenäitajateni. Näiteks saavad arstid internetis juurdepääsu teabele kõikide patsiendile varem välja kirjutatud ravimite kohta, mis aitab vältida ravimite soovimatut koostoimet. Kuid teatavad koostalitlusvõime probleemid püsivad, eelkõige probleemid, mis on seotud e-tervise lahenduste integreerimisega raviprotsessidesse, tulemuste mõõtmisesse ja kliinilisse otsustamisse.

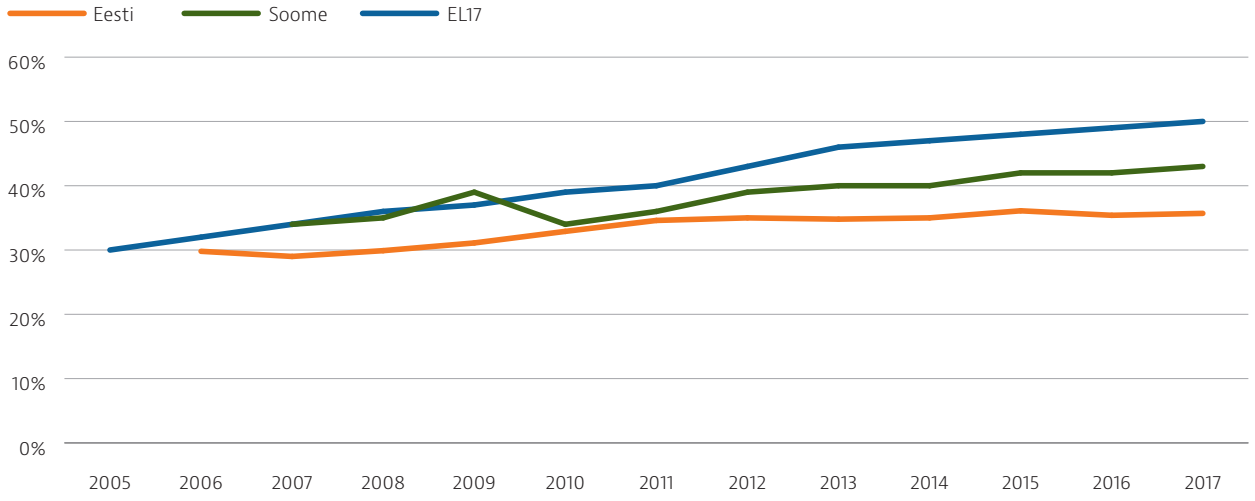
Eesti võiks geneeriliste ravimite kasutamist veelgi suurendada

Geneeriliste ravimite kasutamine Eestis on suurenenud 2007.–2017. aastal 29%-lt 35,7%-le summaarsest ravimikogusest (joonis 21). Kuid geneeriliste ravimite osakaal on väiksem kui ELis kokku (49,7%) ja palju väiksem kui naaberriigis Lätis (74%). Samuti moodustavad geneeriliste ravimite kulud kõikidest ravimikuludest väiksema osa (16,0%) kui ELis keskmiselt (22,6%). Eesti võiks siin rohkem poliitilisi mehhanisme kasutada, sh rakendada kohustuslikku geneerilise ravimiga asendamist ja korraldada geneeriliste ravimite kasutamist suurendavaid teavitavaid kampaaniaid.

Kehtiv rahvastiku tervise arengukava ei sisalda aruandekohustuse mehhanisme

2009.–2020. aastal kehtivas esimeses rahvastiku tervise arengukavas seati kaugeleulatuvad tervise-eesmärgid, kuid ei kehtestatud tõhusaid strateegilise planeerimise meetmeid ega aruandekohustuse mehhanisme. Seetõttu ei täitnud Eesti teatavaid rahvastiku tervise arengukava eesmärke, sh patsientide rahulolu näitajate puhul. Uus rahvastiku tervise arengukava sisaldab kolme sammast, mis on tervislikud valikud, tervist toetav keskkond ja isikukeskne tervishoiusüsteem, ning selle toetamiseks koostatakse üksikasjalikumad tegevuskavad. Uus rahvastiku tervise arengukava läbis 2019. aasta augustis avaliku arutelu ja valitsuse töökava kohaselt tuleks see aasta lõpuks vastu võtta.

Joonis 21. Eestis kasutatakse vähem geneerilisi ravimeid kui teistes ELi riikides



Märkus: Andmed viitavad geneeriliste ravimite osakaalule kogumahust.
Allikas: OECD 2019. aastal koostatud tervisestatistika.

6 Peamised järeldused

- Eesti elanike oodatav eluiga suureneb jätkuvalt ja läheneb kiiresti ELi keskmisele, mis on 80,9 aastat. Eestis kasvas oodatav eluiga 2000.–2017. aastal ELis kõige kiiremini: 71,1 aastalt 78,4 aastale. Sugude, piirkondade, erineva sissetulekuga ja erineva haridusega rühmade vahel püsib siiski ulatuslik ebavõrdsus. Kolm neljandikku suurima sissetuleku kvintiili kuuluvatest Eesti elanikest peab oma tervist heaks, ent madalaima sissetuleku kvintiili kuuluvatest inimestest teeb seda ainult kolmandik, mis on suurim erinevus Euroopas.

- Ebatervisliku eluviisiga seotud teguritest, sh suitsetamisest, episoodilisest rohkest alkoholitarbimisest, kehvast toitumisest ja liikumispuudusest, on tingitud ligi pool kõikidest surmadest. See osakaal on suurem kui ELi keskmine, mis on 39%. Eestis on Euroopas suuruselt kolmas rasvunud täiskasvanute osakaal ja laste rasvumise suundumus on murettekitav. Ehkki suitsetamine ja alkoholitarbimine on vähenenud, on sellise riskikäitumise suurem levimus meeste hulgas üks põhjustest, miks meeste keskmine oodatav eluiga on üheksa aastat väiksem kui naistel. Hiljutine suitsetamis- ja alkoholitarbimispoliitika ei pruugi olla piisav, et jõuda elanikeni ja eelkõige haavatavamate rühmadeni, samuti ei aita sellele kaasas rasvumise suurenemise ohjeldamise poliitika puudumine.

- Eesti tervishoiukulud olid 2017. aastal 1 559 eurot inimese kohta, mis on ligikaudu pool ELi keskmisest. Kolmveerand tervishoiukuludest tuleb valitsuselt ja ravikindlustusest, samas kui 24% kuludest moodustab omaosalus, enamasti (väljaspool haiglaid väljastatavate) ravimite ja hambaravi eest omaosalusena. Suur osa kuludest eraldatakse ambulatoorsetele teenustele, sest Eestis tugineb esmatasandi arstiabi pakkumine perearstidele ja ambulatoorsetele eriarstidele.

- Paljud Eesti elanikud leiavad, et nende tervishoiuvajadused on rahuldamata. Selliste Eesti elanike osakaal on 11,8%, seevastu ELi keskmine on 1,7%. Olukorra peamine põhjus on ravijärjekorrad. Tõenäosus, et Eesti elanikud teatavad küsitlusuuringutes ravijärjekordade tõttu rahuldamata vajadustest, on 15 korda suurem kui ELis keskmiselt. Ravijärjekorrad on kõige levinumad eriarstiabi saamisel, kuigi ka päevakirurgiat ja haiglaravi tuleb üha sagedamini ravikindlustussüsteemis ettenähtust kauem oodata.

- Eesti valitsus viis 2017. aastal ellu reformi eesmärgiga laiendada riigi rahastatava ravikindlustussüsteemi tulubaasi. Varem olid rahastamiseks ette nähtud vahendid pärit sihtotstarbelistest tööandjate poolt palgalt makstavast maksust. Valitsus on lisanud tervishoiusüsteemi eelarvelise jätkusuutlikkuse parandamiseks alates 2018. aastast eraldise pensionäride eest. Tegelikkuses on selle muutusega suurenenud ka Eesti Haigekassa vastusala, nii et kõnealune asutus ostab tervishoiuteenuseid kõigile elanikele, mitte ainult kindlustatutele, kes moodustavad 94% elanikkonnast. Ehkki reform parandab eelarvelist jätkusuutlikkust, ei suurene praegu väikesed tervishoiusüsteemi kulud sellega märkimisväärselt.

- Sihtotstarbelised investeeringud olulistesse valdkondadesse, mille hulka kuuluvad tervisetehnoloogia hindamine, esmatasandi arstiabi ja e-tervis, pakuvad paljulubavaid võimalusi tervishoiusüsteemi säilenõtkuse suurendamiseks tulevikus. Kuid värskelt kõrgkooli lõpetanud arstide ja eriti õdede ebapiisav arv võib eelolevatel aastatel tervishoiusüsteemi ohustada, arvestades eelkõige krooniliste haiguste üha suuremat levimust ja sellest tulenevat integreerituma ravi vajadust. Üldiselt võivad väikesed tervishoiukulud ja liigne sõltuvus ELi struktuuri- ja investeerimisfondidest kapitaliinvesteeringute tegemisel ohustada laiemate eesmärkide täitmist, sh kõikide inimeste kindlustuskaitseni jõudmist.

Põhiallikad

Habicht T et al. (2018), Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition,* 20(1):1–193.

OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Viited

Atun R et al. (2016), Shifting chronic disease management from hospitals to primary care in Estonian health system: Analysis of national panel data. *Journal of Global Health,* 6(2):020701.

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Estonia,* http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10159-2019-INIT/en/pdf

EHIF (2019), *Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2018*. Estonian Health Insurance Fund, Tallinn.

ESIF for Health (2016), *Mapping of the use of European Structural and Investment Funds in health in the 2007-2013 and 2014-2020 Programming Periods*. ESIF for Health.

European Commission (2019), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability – Country documents 2019 update.* Institutional Paper 105. European Commission, Brussels.

Habicht T et al. (2019), The 2017 reform to improve financial sustainability of national health insurance in Estonia: Analysis and first lessons on broadening the revenue base, *Health Policy,* 123(8):695-99.

Kadarik I, Masso M, Võrk A (2018), *ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare: Estonia 2018.* European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.

Koppel K et al., (2018), *Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile – kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses?*. Poliitikauuringute Keskus Praxis [Praxis Center for Policy Studies], Tallinn.

National Audit Office (2018), *Emergency Medicine. Does the department of emergency medicine treat primarily patients whose health condition requires emergency care?* Report of the National Audit Office of Estonia to Parliament (Riigikogu). National Audit Office, Tallinn.

NIHD (2019), *Health Statistics and Health Research Database.* National Institute for Health Development, Tallinn, http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index_en.html

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

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	Ühendkuningriik	UK
Horvaatia	HR	Läti	LV	Poola	PL	Slovakkia	SK	Ungari	HU

European Commission

State of Health in the EU
Riigi terviseprofiil 2019

Riikide terviseprofiilid on oluline etapp Euroopa Komisjoni käimasolevas teadmiste vahendamise tsüklis „Terviseseisund 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 lühikokkuvõte 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

Palume viidata dokumendile järgmiselt: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Eesti: riigi terviseprofiil 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264972537 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO