

State of Health in the EU

Eesti

Riigi terviseprofil 2017

Riikide terviseprofiilide sari

Riikide terviseprofiilides esitatakse poliitika seisukohast oluline lühiülevaade ELi liikmesriikide tervisealasest olukorrast ja tervisesüsteemidest, rõhutades iga riigi eriomaseid tunnusoone ja probleeme. Need on välja töötatud selleks, et toetada liikmesriikide püüdlusi tõenduspoliitika rakendamisel.

Profiilid on valminud OECD ning *European Observatory on Health Systems and Policies* ühistöö tulemusel ja koostöös Euroopa Komisjoniga. Töörühm on tänu liikmesriikidele ning tervisesüsteemide ja -poliitika seireplatvormi (*Health Systems and Policy Monitor*) võrgustikule väärtuslike märkuste ja ettepanekute eest.

Sisukord

1 • PÕHIPUNKTID	1
2 • Tervis EESTIS	2
3 • RISKITEGURID	4
4 • TERVISESÜSTEEM	6
5 • TERVISESÜSTEEMI TOIMIVUS	9
5.1 Tõhusus	9
5.2 Kättesaadavus	12
5.3 Säilienõtkus	13
6 • PEAMISED JÄRELDUSED	16

Andme- ja teabeallikad

Enamik riikide terviseprofiilides esitatud andmetest ja teabest põhineb riigi poolt Eurostatile ja OECD-le esitatud ametlikul statistikal, mis valideeriti 2017. aasta juunis, et tagada andmete võimalikult suur võrreldavus. Teave andmete algallikate ja alusmeetodite kohta on kättesaadav Eurostati andmebaasis ja OECD terviseandmebaasis. Täiendavaid andmeid saadakse ka tervisenäitajate ja hindamise instituudilt (*Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME*), Euroopa haiguste ennetamise ja tõrje keskusest (ECDC), kooliealiste laste tervisekäitumise (*Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC*) uuringutest ja Maailma Terviseorganisatsioonilt (WHO), samuti muudest riiklikest allikatest. ELi kohta arvatud ELi keskmised on kaalutud keskmised (28 liikmesriigi põhjal), kui ei ole märgitud teisiti.

Käesolevas profiilis esitatud tabelitele ja joonistele vastava Exceli arvutustabeli allalaadimiseks sisestage internetibrauseri aadressiribale järgmine StatLinks-link:
<http://dx.doi.org/10.1787/888933623514>

Eesti demograafiline ja sotsiaalmajanduslik taust, 2015

	Eesti	EL
Demograafilised tegurid	Rahvaarv (tuhandetes)	509 394
	Üle 65-aastaste osakaal (%)	18,9
	Sündimuskordaja ¹	1,6
Sotsiaalmajanduslikud tegurid	SKP elaniku kohta (eurodes ostujõu pariteedi alusel ²)	28 900
	Suhtelise vaesuse määr ³ (%)	10,8
	Töötuse määr (%)	9,4

1. Sündide arv 15–49-aastase naise kohta.

2. Ostujõu pariteet on valuutavahetuskurs, mille abil võrreldakse eri vääringute ostujõud, kõrvaldades eri riikide hinnatasemete erinevused.

3. Nende inimeste osakaal, kelle ekvivalentnetosissetulek on alla 50% 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, European Observatory on Health Systems and Policies ega tema ühegi partneri ametlikke seisukohti. Dokumendis avaldatud seisukohti ei saa mingil juhul käsitada Euroopa Liidu ametlikku arvamust kajastatavana.

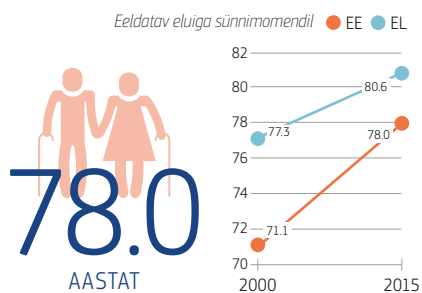
Käesoleva dokumendiga ega ka selles esitatud andmete ja diagrammidega ei piirata ühegi territooriumi staatust ega selle suveräänsust, rahvusvaheliste piiride ja riigipiiride piiristamist ega ühegi territooriumi, linna või piirkonna nime.

WHO vastutuse välistamise klauslid on kättesaadavad aadressil <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Põhipunktid

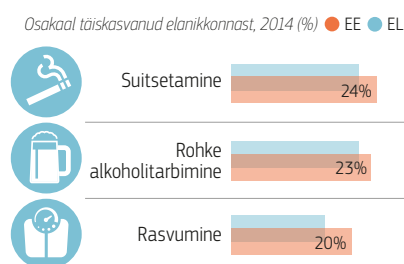
Eesti elanike terviseseisund on paranenud ja on kiiresti lähenemas ELi keskmistele näitajatele. Sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus on siiski endiselt suur ning ehkki eeldatav eluiga on pikenenud, on inimeste tervis lisandunud eluaastate jooksul kehvem kui paljudes teistes riikides. Reguleerimise vähendamisega 1990. aastatel ei saavutatud loodetud tõhusaid ja kättesaadavaid tervishoiuteenuseid, mistõttu on järk-järgult taastatud tsentraliseeritud planeerimine ja reguleerimine.

Terviseseisund



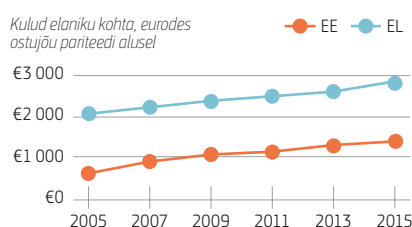
2015. aastal oli eeldatav eluiga sünnimomendil 78,0 aastat (2000. aastal oli see 71,1 aastat) ning see on kiirelt järele jõudmas ELi keskmisele. Eeldatava eluea pikenemine tuleneb peamiselt südame-veresoonkonna haiguste põhjustatud enneaegsete surmade arvu märkimisväärsest vähenemisest, kuigi see arv on endiselt suhteliselt suur. Vaatamata olukorra paranemisele on Eestis endiselt kõrge nakatumine HIVi ja tuberkuloosi.

Riskitegurid



2014. aastal suitsetas Eestis iga päev tubakat 24% täiskasvanutest, mis on veidi üle ELi keskmise, kuid mehed suitsetavad seejuures palju rohkem kui naised. Samuti on vähenenud alkoholitarbimine täiskasvanu kohta, ent meeste seas esineb rohkem alkoholitarmist veel palju. Rasvunud täiskasvanute osakaal on alates 2000. aastast kasvanud 40% võrra, ületades ELi keskmist, ning ka laste ülekaal ja rasvumine on tõeline rahvatervise probleem.

Tervisekulud

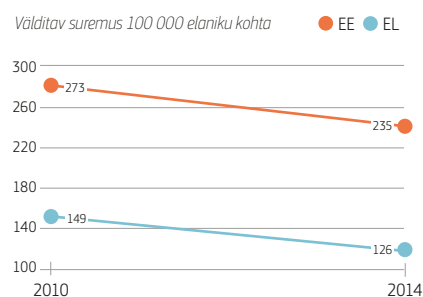


Eesti tervisekulud inimese kohta (1407 eurot) on väiksemad kui enamikus teistes ELi liikmesriikides ja moodustasid 2015. aastal ligikaudu vaid poole ELi keskmisest. Tervisekulud moodustasid 6,5% SKPst, mis on samuti oluliselt vähem kui ELi keskmine (9,9%). Süsteemi haavatavust suurendab tugev sõltuvus palgast kinnipeetavatest maksudest, kuid siiski katab avalik sektor kolm neljandikku tervisekuludest, mis tagab elanikkonna suurema kaitstuse kui naaberriikides.

Tervisesüsteemi toimivus

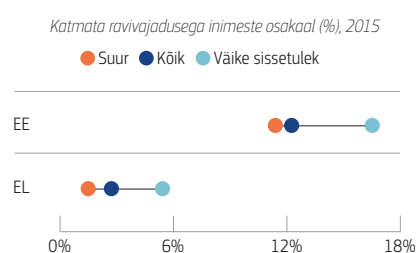
Tõhusus

Välditav suremus on Eestis ELi liikmesriikide seas üks suuremaid, mis koos teiste indikaatoritega viitab asjaolule, et tervishoiuteenuste parandamiseks on palju arenguruumi.



Kättesaadavus

Kuigi tervishoiuteenuste kättesaadavuses ei ole sissetulekurühmade vahel olulisi erinevusi, saab kättesaadavust märkimisväärselt parandada, kui lahendada suure täitmata ravivajaduse ja eriarstiabi pika ooteaja probleemid.



Säilenõtkus

Rahastamist ohustavad elanikkonna vananemine ja majanduslangus, ühtlasi on jätkuvalt märkimisväärsed probleemid taristu ja tööjõuga. Kavas on laiendada tulubaasi ja tagada pikaajaline stabiilsus.



2 Tervis Eestis

Eeldatav eluiga on oluliselt pikenenud, kuid meeste eluiga on endiselt lühem

Ajavahemikul 2000–2015 pikenes eeldatav eluiga sünnimomendil Eestis enam kui 7 aasta võrra, mis tähendab, et kasvutempo oli kiirem kui üheski teises ELi liikmesriigis. Sellele vaatamata on eeldatav eluiga umbes 2,5 aastat lühem kui ELi keskmine (joonis 1). Eriti palju lühem on meeste eluiga: eeldatav eluiga sünnimomendil (73,2 aastat) on ELi keskmisest peaaegu 5 aastat lühem, naistel vaid aasta lühem (82,2 aastat). Positiivne on, et see sooline erinevus väheneb alates 2011. aastast.

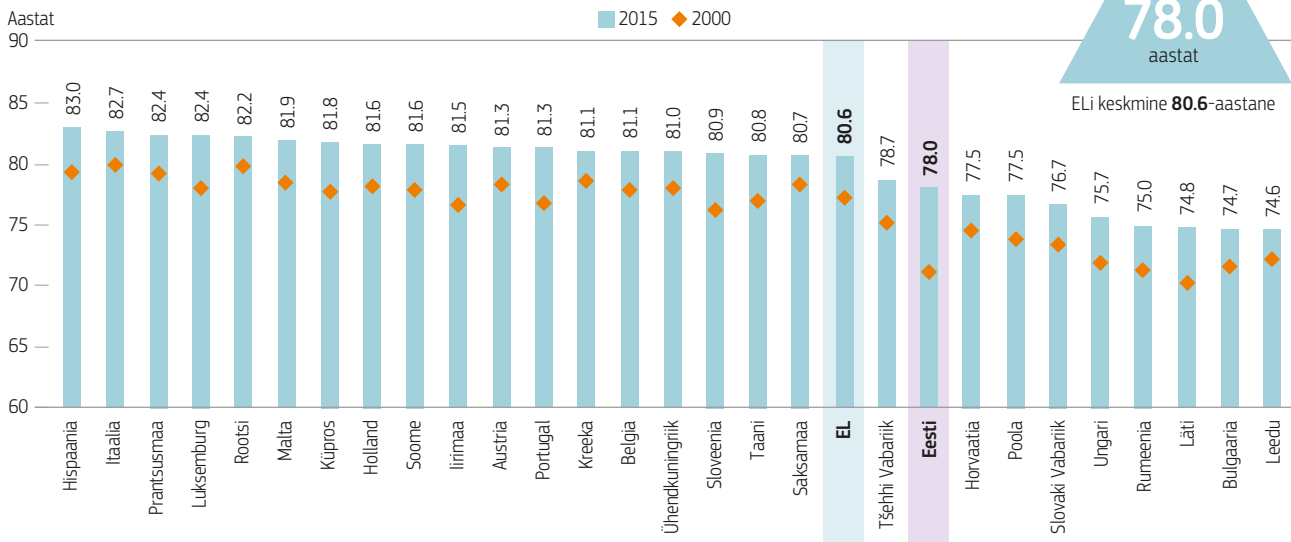
Eeldatava eluea puhul on sotsiaalmajanduslik lõhe eriti suur. Haridusteed ülikooliõpingutega jätkavad Eesti elanikud elavad 14 aastat kauem

kui need, kes omandavad ainult põhihariduse¹. See lõhe on suurem kui ühelgi teisel liikmesriigil, kelle andmed on kättesaadavad. Suure osa eeldatava eluea pikenedes moodustab pärast 65. eluaastat lisandunud eluaastate arv: 65aastastel Eesti naistel on elada jäänud veel 20 ja meestel enam kui 15 aastat (2015). Lisandunud aastatest on tervisepiirangutega elatud aastate osakaal naiste puhul kolm neljandikku ja meeste puhul kaks kolmandikku, mis on rohkem kui suuremas osas ELis².

1. Madalama haridustasemega on need isikud, kellel on põhiharidusest madalam haridustase, põhiharidusele või mittetäielikule keskharidusele vastav haridustase (ISCEDi astmed 0–2); kõrgema haridustasemega isikutena määratletakse neid, kellel on kõrgharidus (ISCEDi astmed 5–8).

2. See on tuletatud tervena elatud aastate indikaatori põhjal, millega mõeldakse nende aastate arvu, mil eri vanuses inimesed elavad eeldatavasti ilma tervisepiiranguteta.

Joonis 1. Eeldatav eluiga pikeneb Eestis kiiresti, kuid on endiselt lühem kui teistes ELi liikmesriikides



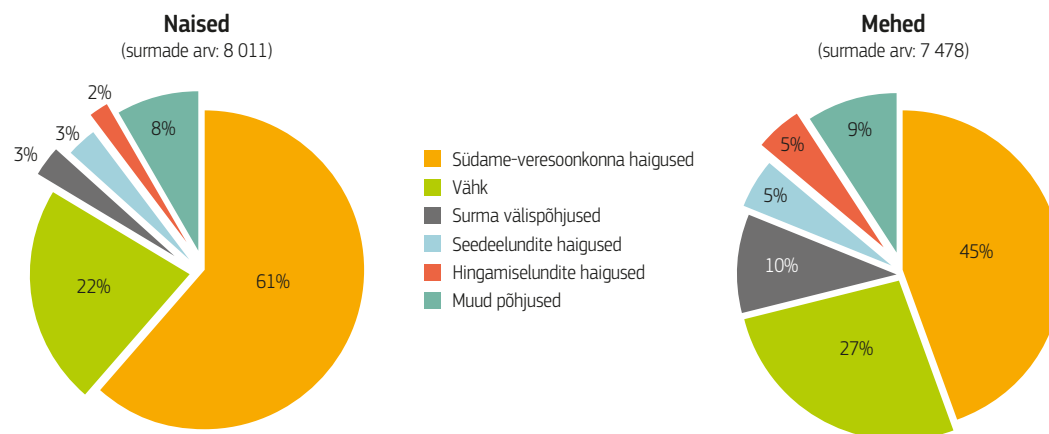
Allikas: Eurostati andmebaas.

Peamised surmapõhjused on südame-veresoonkonna haigused ja vähk, kuid suur on ka välispõhjustel surmade osakaal

Eestis sureb üle kolme naise viiest ja peaaegu pooled meestest südame-veresoonkonna haigustesse (joonis 2), kusjuures suremuskordaja on ligi kaks korda suurem ELi keskmisest. Sageduselt teine surmapõhjus on vähk (vähi sureb 22% naistest ja 27% meestest). Kolmandal kohal on surmapõhjusena nii naiste kui ka meeste puhul välispõhjustel, mille tõttu kaotab elu umbes 10% meestest.

Vaadeldes viimaste aastate trende üksikasjalikumalt on peamised suremuse põhjused endiselt südamehaigused ja insult (joonis 3), kuigi südamehaiguste ja insuldi standarditud suremuskordaja vähenes ajavahemikul 2000–2014 oluliselt (ligikaudu 34%). Vähisuremus samal perioodil aga ei vähenenud ning on endiselt märksa suurem ELi keskmisest. Vaatamata suitsetamisvastasele poliitikale (vt punkt 5.1) on kopsuvähk endiselt kõige sagedam vähisuremuse põhjus.

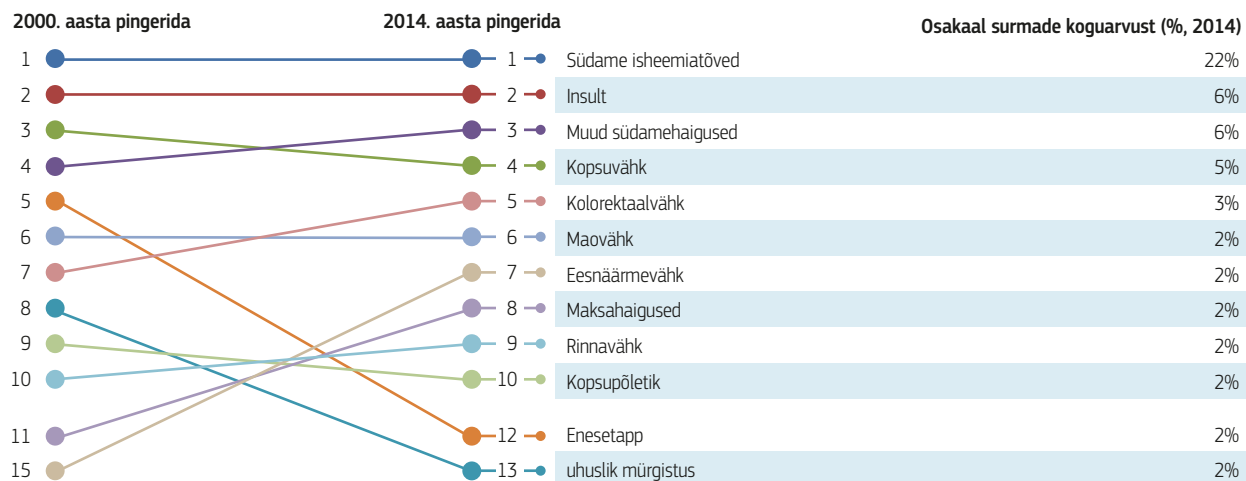
Joonis 2. Nii meeste kui ka naiste peamised surmapõhjused on südame-veresoonkonna haigused ja vähk



Märkus: andmed on esitatud laiendatud RHK peatüki alusel. Dementsus lisati närvisüsteemihäiguste peatükki Alzheimeri tõve juurde (dementsuse peamine vorm).

Allikas: Eurostati andmebaas (2014. aasta andmed).

Joonis 3. Peamised surmapõhjused on endiselt südamehaigused ja insult, enesetappude ja mürgistuste arv on vähenenud



Allikas: Eurostati andmebaas.

Tervena elatud aastate suurt kadu põhjustavad seljavalu, alkoholi tarbimine ja vaimse tervise probleemid

Tervisekaoga kohandatud eluaastate³ peamised põhjused on südame-veresoonkonna haigused, alaselja- ja kaelavalu, alkoholitarbimise tingitud tervisehäired ning depressioon (IHME, 2016). Euroopa terviseuuringus (*European Health Interview Survey*, EHIS) inimeste enda hinnangu põhjal esineb peaaegu neljandikul Eesti elanikest hüpertensioon, enam kui ühel 30st astma ja enam kui ühel 20st diabeet.

Vaatamata olukorra paranemisele on HIV, tuberkuloosi ja C-hepatiidi levimus endiselt kõrge

Kuigi Eestis väheneb järjest uute HIV-juhtude osakaal, on see siiski suurim ELis. 2015. aastal oli 20,6 uut juhtu 100 000 inimese kohta, mis

3. Tervisekaoga kohandatud eluaastad (DALY) on indikaator, mida kasutatakse, et hinnata konkreetsete haiguste ja riskitegurite tõttu kaotatud eluaastate arvu. Üks DALY võrdub ühe kaotatud tervena elatud aastaga (IHME).

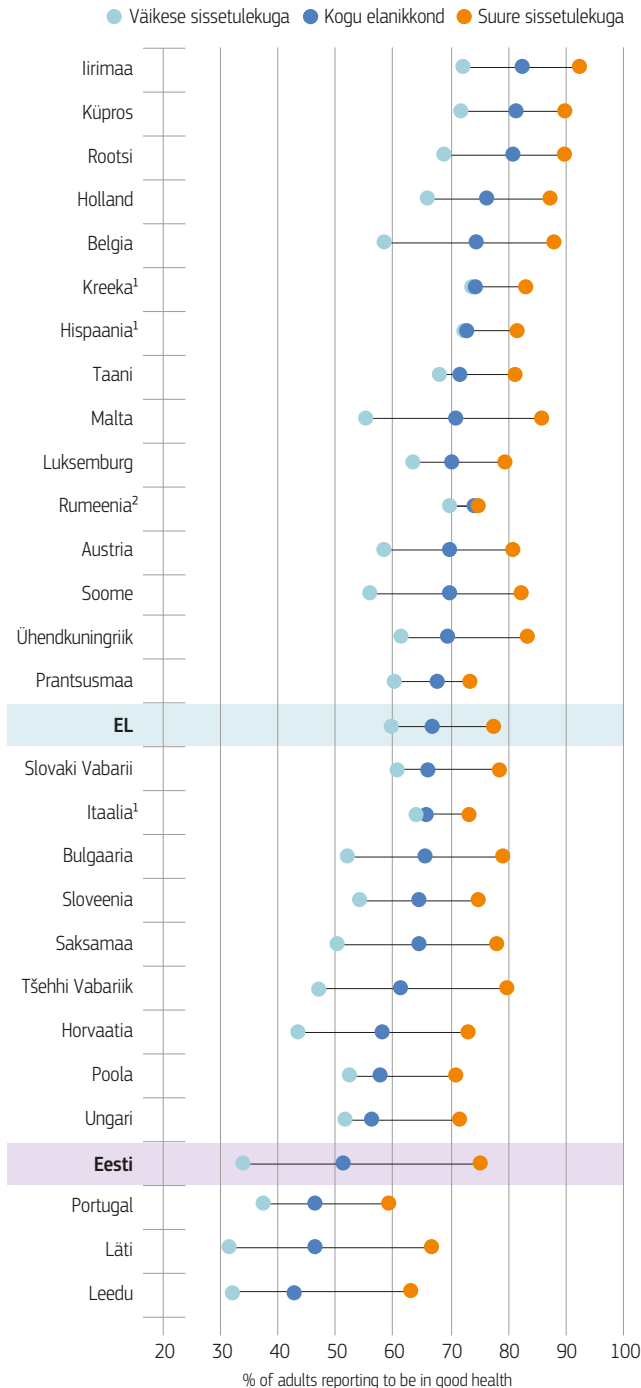
on peaaegu neli korda rohkem kui ELis keskmisest. Vaatamata sellele, et tuberkuloosi levimus on alates 2010. aastast oluliselt vähenenud, oli uute juhtude määr 2015. aastal ELi keskmisest 40% suurem. Eriti murettekitav on multiresistentse tuberkuloosi levimus – 21,2% kõigist tuberkuloosijuhtumitest 2015. aastal (ECDC, 2017). C-hepatiidi juhtudest jäetakse sageli teatamata, kuid viirus esineb ligikaudu 1% esmakordsetest veredoonoritest.

Inimesed, eriti väiksema sissetulekuga elanikkonnarühmad, ei pea oma tervist heaks

Vaid pool Eesti elanikest hindab, et on hea tervise juures, see osakaal on palju väiksem kui ELis tavaliselt (keskmiselt ligikaudu kaks kolmandikku). See avaldub eriti teravalt väiksema sissetulekuga elanikkonnarühmades, kus üksnes 34% inimestest hindab oma tervise heaks, võrreldes 75%-ga kõrgeimas sissetulekukvintilis (2015). See erinevus on suurem kui üheski teises ELi liikmesriigis (joonis 4). Seda lahknevust toetab esinev haridustasemepõhine ebavõrdsus krooniliste haiguste levimuses: madalaima haridustasemega isikutel esinevad astma või muud

kroonilised hingamisteede haigused 50% suurema tõenäosusega kui kõrgeima haridustasemega isikutel ning 40% suurema tõenäosusega on neil hüpertensioon (2014)⁴.

Joonis 4. Eestis on ELi suurim ebavõrdsus inimeste enda hinnatud terviseseisundis sissetuleku lõikes



- Kogurahvastiku ja väikese sissetulekuga elanikkonnarühma näitajad on ligikaudu samad.
- Kogurahvastiku ja suure sissetulekuga elanikkonnarühma näitajad on ligikaudu samad.

Allikas: Eurostati andmebaas, sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika põhjal (2015. aasta andmed).

4. Haridustasemetevaheline ebavõrdsus võib olla osaliselt tingitud asjaolust, et eakate osakaal on suurem madalama haridustasemega isikute seas; kuid see ei selgita siiski kõiki sotsiaalmajanduslikke erinevusi.

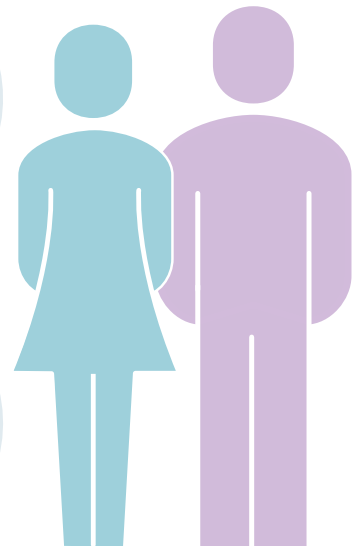
3 Riskitegurid

Käitumuslikud riskitegurid on endiselt põhiline probleem

Eesti elanike suhteliselt kehta terviseseisundit seostatakse mitme tervist mõjutava teguriga, sealhulgas töö- ja elutingimuste ning käitumuslike riskiteguritega. Andmete põhjal on 37% üldisest haiguskoormusest (väljendatuna tervisekaoga kohandatud eluaastates) seostatav käitumuslike riskidega, sealhulgas alkoholitarbimine ja suitsetamine, samuti toitumine ja vähene kehaline aktiivsus (IHME, 2016).

Suitsetamine ja alkoholitarbimine on vähenenud, kuid mehed suitsetavad ja tarbivad alkoholi endiselt palju

Suitsetavate täiskasvanute osakaal on järsult langenud: 30% 2000. aastal ja 24% 2014. aastal, kuid on siiski üle ELi keskmise (21%). Kõige enam on olukord paranenud siiski naiste seas, meestest suitsetab iga päev endiselt kolmandik (kaks korda suurem osakaal kui naiste seas).



Meestel on ka ülekaalukalt suurem alkoholiprobleemide tekke tõenäosus: rohkest alkoholitarimisest⁵ teatab 37% meestest ja 9% naistest. Seetõttu on Eesti täiskasvanud rohkem alkoholitarimist kajastavas ELi liikmesriikide võrdluses halval positsioonil (joonis 5). Vaatamata sellele on alkoholitarimine täiskasvanu kohta (hinnatuna müüdnud alkoholikoguste põhjal) vähenemas, kuigi see ületab endiselt ELi keskmist (11,7 liitrit vs. 10 liitrit täiskasvanu kohta) (vt punkt 5.1). Hea märk on tervistkahjustava riskikäitumise järsk vähenemine noorukite seas. 15aastaste osakaal (eriti poiste seas), kes on enda teatel vähemalt kaks korda elu jooksul purjus olnud, on alates 2001. aastast oluliselt vähenenud, kuid ELi kohta on nende osakaal siiski suur. Ka suitsetavate noorukite (nii poiste kui tüdrukute) osakaal on järsult vähenenud ning on praegu väiksem kui enamikus ELi liikmesriikides.

Kiiresti suurenev rasvunute osakaal on kasvav rahvatervise probleem

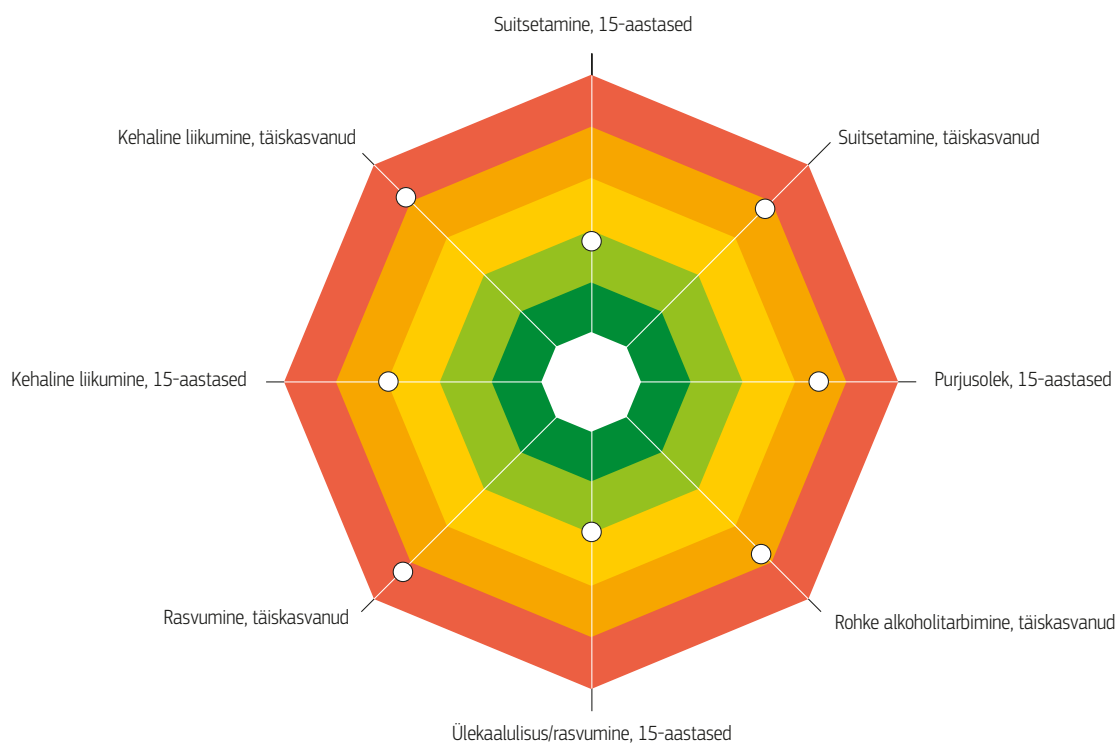
Täiskasvanute rasvumise levimus suurenes ajavahemikul 2000–2015 peaaegu 40% võrra ning praegu on ligi iga viies täiskasvanud Eesti elanik rasvunud, mis on viie protsendipunkti võrra üle ELi keskmise. Kuigi ülekaaluliste ja rasvunud noorukite osakaal püsib ELi keskmisest

veidi väiksemana, suurenes nende suhteline osakaal ajavahemikul 2013–2014 võrreldes ajavahemikuga 2001–2002 enam kui kaks korda (7%-lt 16%-le). Umbes 26% Eesti lastest läheb algkooli juba ülekaalulise või rasvununa (avaldamata uuring laste rasvumise kohta, COSI). See on murettekitav trend, sest ülekaalulisus lapseas põhjustab tõenäoliselt probleeme ka täiskasvanueas.

Vaestel ja madalama haridusega inimestel on suuremad käitumuslikud terviseriskid

Riskikäitumine on levinum madalama haridustasemega või sissetulekuga elanikkonnarühmades. Eriti tähelepanuväärne on suitsetavate täiskasvanute osakaalu erinevus: madalaima haridustasemega inimeste seas on suitsetajaid kaks korda rohkem kui kõrgeima haridustasemega isikute seas (31% vs. 14%). Ka rohke alkoholitarimine on levinum madalaima haridustasemega elanikkonnarühmades, ehkki erinevus ei ole nii suur. Samuti on rasvunute osakaal madalaima haridustasemega inimeste seas peaaegu 30% suurem (22% vs. 18%). Riskitegurite suurem levimus ebasoodsamas olukorras olevate elanikkonnarühmade seas soodustab tervises seisundi erinevusi sotsiaalmajanduslike rühmade vahel, kuigi oma osa on ka muudel ebavõrdsuse aspektidel (vt punkt 5.1).

Joonis 5. Võrreldes teiste ELi liikmesriikidega on Eestil halvad tulemused enamiku käitumuslike riskitegurite puhul



Märkus: mida lähemal on punkt keskpunktile, seda paremad on riigi tulemused võrreldes teiste ELi liikmesriikidega. Valgel n-õ sihtalal ei ole ükski riik, kuna kõigil riikidel on kõigis valdkondades arenguruumi.

Allikas: OECD arvutused Eurostati andmebaasi põhjal (EHIS 2014. aastal või 2014. aasta paiku), OECD tervisestatistika ja kooliealiste laste tervisekäitumise 2013–2014. aasta uuring. (Diagrammi kujundus: Laboratorio MeS).

5. Rohke alkoholitarimine määratletakse kui kuue või enama alkohoolse joogi tarimine ühel korral vähemalt kord kuus viimase aasta jooksul.

4 Tervisesüsteem

Järk-järgult on taastatud tervisesüsteemi tsentraliseeritud planeerimine ja reguleerimine

1990. aastatel toimunud dereguleerimisega ei saavutatud tervishoiuteenuste loodetud tõhusust ega kättesaadavust, mistõttu on taastatud tsentraliseeritud planeerimise ja reguleerimise funktsioon. Endiselt on sõltumatult tegutsev Eesti Haigekassa peamine tervishoiuteenuste eest tasuja, ning rahastab isegi teatavaid haigusennetus- ja tervisedendusprogramme. Tervisesüsteemi juhib Sotsiaalministeerium koos järgmiste asutustega: Tervise Arengu Instituut (TAI); Terviseamet, mis vastutab koostöös TALga rahvatervise teenuste eest, ja kiirabi teenuste eest (kuni 2018. aastani, mil vastutus läheb üle haigekassale) ning ka teenuseosutajate tegevuslubade ja järelevalve eest; Ravimiamet ning Tervise- ja Heaolu Infosüsteemide Keskus.

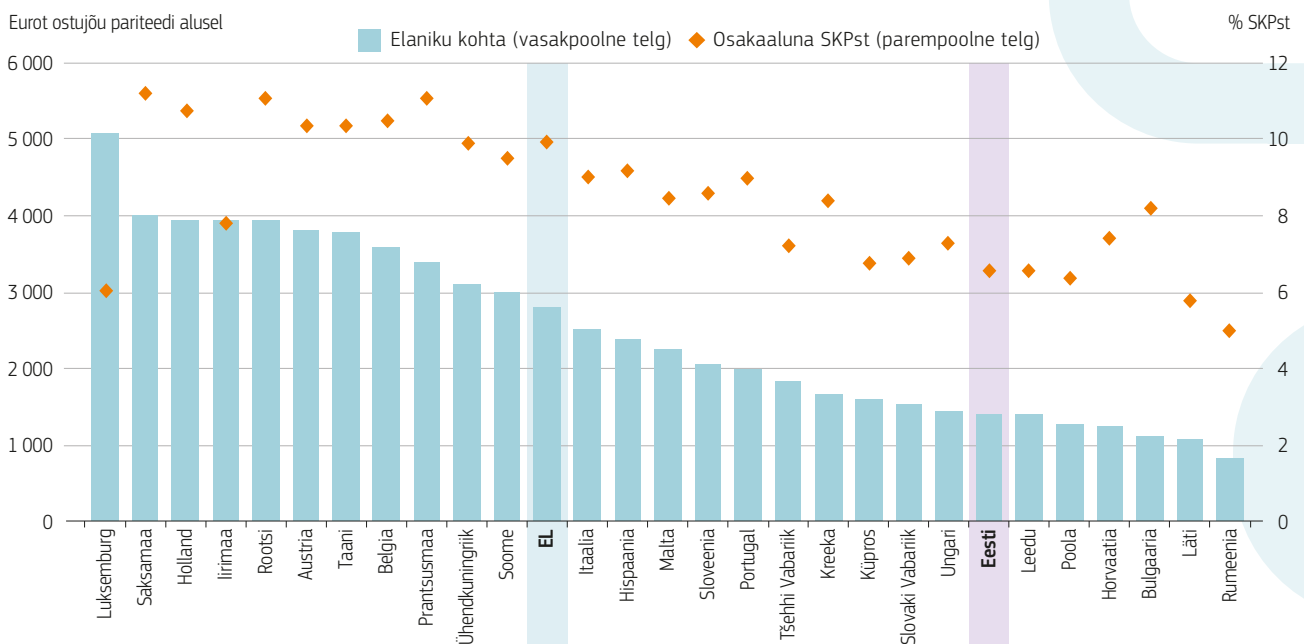
Enamik haiglaid on avaliku sektori omandis, esmatasandi tervishoiuasutused ja apteegid tegutsevad aga eraõiguslikel alustel. Võrdlemisi hästi on välja arenatud esmatasandi tervishoiusüsteem (Kringos *et al.*, 2013), milles sõltumatud perearstid sõeluvad välja eriarstiabi vajajad. Rahvastiku tervise arengukavaga (täiendatud 2012) koondati kõik strateegiad ning arengukavad üheks kavaks, mis ühendab tervisesüsteemi sidusrühmi ja teisi sektoreid (vt punkt 5.3).

Tervisekulud on väikesed ning rahastamist ohustavad elanikkonna vananemine ja majanduslangus

1407 euroga elaniku kohta (korrigeeritud ostujõu erinevuste suhtes) on Eesti tervisekulud oluliselt väiksemad ELi keskmisest (2797 eurot). Tervishoiukulud moodustavad 6,5% SKPst, mis on samuti oluliselt vähem kui ELis keskmiselt (9,9%) 2015. aastal (joonis 6). Avaliku sektori kulutuste osakaal tervisekuludest (76%) on aga naaberriikidega võrreldes suhteliselt suur.

Tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt töötajate palgalt makstava sihtotstarbelise sotsiaalmaksu kaudu. Kindlustatutest moodustavad suure osa (ligikaudu poole) sissemakseid mittetegevad isikud (lapsed, pensionärid ja töötuna registreeritud inimesed). See seab ohtu rahastamise kestlikkuse, eelkõige rahvastiku vananemise tõttu. Süsteem on seetõttu eriti mõjutatav majanduslangusest, nagu juhtus 2008. aastal, kui majanduskriisil oli ränk mõju. Seda arvestades ei ole vahest üllatav, et alates 2013. aastast on haigekassal olnud eelarvepuudujääk. 2016. aastal oli puudujääk kokku 25 miljonit eurot ja haigekassa oli selle katmiseks sunnitud kasutama oma reserve.

Joonis 6. Tervisekulud on palju väiksemad kui teistel liikmesriikidel



Allikas: OECD tervisestatistika, Eurostati andmebaas, WHO ülemaailmne tervishoiukulude andmebaas (2015. aasta andmed).

Suurima osa omaosalusest moodustavad ravimi- ja hambaravikulud

Ravikindlustuse seaduses (2002) on kehtestatud üksikasjalikud omaosaluse nõuded paljude esmatasandi tervishoiu ja eriarstiabi teenuste jaoks. Seaduse kohaselt peavad patsiendid kandma osaosalust ja kehtestatud on selle maksimummäärad. Koduvisiidi või eriarsti ambulatoorse konsultatsiooni omaosalus on 5 eurot, voodipäevatasu on 2,5 eurot päevas (maksimaalselt 10 päeva eest) ja 3,19 eurot on omaosaluse piirmäär retsepti kohta. Sellele lisandub ulatuslik täiendav omaosalus ravimite eest, mille puhul hüvitatakse üldjuhul üksnes 50% ravimi hinnast, kuigi teatavate haiguste (nt vähkkasvajad, süüfilis, diabeet) ja patsiendirühmade jaoks on kehtestatud kõrgem hüvitismäär (kuni 100%). Omaosalus ravimite ja hambaravi eest tasumisel moodustab 74% omaosaluskuludest (vt ka punkt 5.2). Omaosalus hõlmab ka makseid teenuste eest, mis ei kuulu hüvitatavate teenuste hulka või mis tehakse teenuseosutajatele, kellega haigekassa ei ole sõlminud lepingut.

Lepinguid teenuseosutajatega kasutatakse strateegilisemalt

Terviseteenuste ostmine põhineb lepingulisel suhtel teenuseosutajatega ning rahalistel stiimulitel. Esmatasandi tervishoius lisandus kindlustatu vanuse suhtes korrigeeritavale pearahale, teenusepõhistele tasudele ja baasrahastusele 2006. aastal perearstide kvaliteeditasu süsteem,

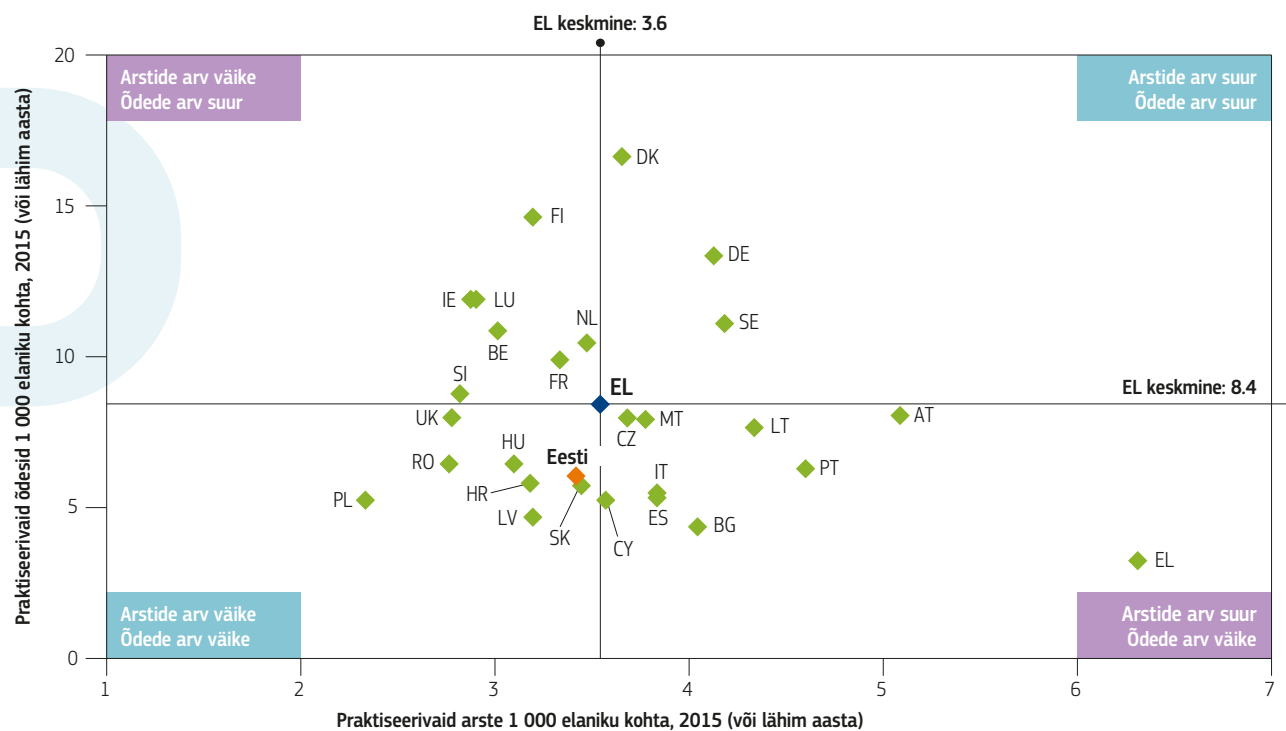
millega liitumine oli vabatahtlik. Selle eesmärk on laiendada esmatasandi tervishoiu rolli ning soodustada teatavate krooniliste seisundite ravi. Alates 2015. aastast on selles osalemine perearstidele kohustuslik.

Haiglates võeti 2004. aastal kasutusele diagnoosipõhiste rühmade alusel tasustamine, mis täiendab teenusepõhist tasustamist. Samuti vaadati 2014. aastal läbi eriarstiabi teenuste lepingute sõlmimise kord. Selle tulemusena sõlmis haigekassa lepingud väiksema arvu eraõiguslike teenuseosutajatega (võrreldes eelmise perioodiga), kes osutavad raviteenuseid varasemaga sarnases kogumahus (Habicht *et al.*, 2016). Lepingute sõlmimise korra edasised muudatused peaksid võtma arvesse tõendusmaterjali reformide mõju kohta esmatasandi tervishoius (tervisekeskused) ja haiglavõrgus (vt tekstikast 1).

TEKSTIKAST 1. EESTI PÜÜB KOONDADA RAVITEENUSEID HAIGLATE VÕRGUSTUMISE ABIL

Alates 2014. aastast on piirkondlikke haiglaid motiveeritud tegema koostööd üldhaiglatega, et jagada oskusi ja ressursse ning soodustada eriarstiabi kättesaadavust väiksemates haiglates. Teisalt eeldatakse, et haiglate võrgustumise tulemusel koondub rohkem kõrgtehnoloogilist eriarstiabi piirkondlikesse pädevuskeskustesse. 2017. aasta keskpaigaks koordineerisid Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum pädevuskeskustena ka viit üldhaiglat, kuid see arv suureneb veel.

Joonis 7. Eesti arstide ja õdede suhtarvud jäävad üha enam maha ELi keskmistest



Märkus: Portugali ja Kreeka andmed viitavad 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 see hõlmab üksnes haiglates töötavaid õdesid.

Allikas: Eurostati andmebaas.

ELi struktuurifondide toetusel investeeritakse tervisetaristusse ja uutesse esmatasandi tervisekeskustesse

Varem domineerisid raviteenuste osutamisel haiglad, kuid seoses perearstikeskse esmatasandi tervishoiu arenguga on haiglate ja voodikohtade arvu vähendatud. Paljud väikehaiglad on ühinenud või muudetud ambulatoorse ravi kliinikuteks, õendushaiglateks või sotsiaalteenuste osutajateks. Selle tulemusena on järsult vähenenud aktiivravi voodikohtade arv 100 000 elaniku kohta ning 2015. aastal oli see mõnevõrra väiksem ELi keskmisest (368 vs. 418 voodikohta). Samal ajal on järsult suurenenud õendusabi ja taastusravi voodikohtade arv.

Terviseasutused vastutavad kapitaliinvesteeringute tegemise eest ning alates 2004. aastast, mil Eesti ühines ELiga, sõltub see tegevus üsna palju ELi struktuurifondidest saadavast toetusest (vt punkt 5.3). Haiglad on toimivad ja hästi varustatud, kuigi veel on alles ka vanemaid hooneid, mis ei sobi enam tänapäevaste teenuste osutamiseks. Praegu keskendutakse investeerimisel uutele esmatasandi tervisekeskustele, mis oleksid suurema teenustevalikuga ja asendaksid perearstide üksikpraksiseid.

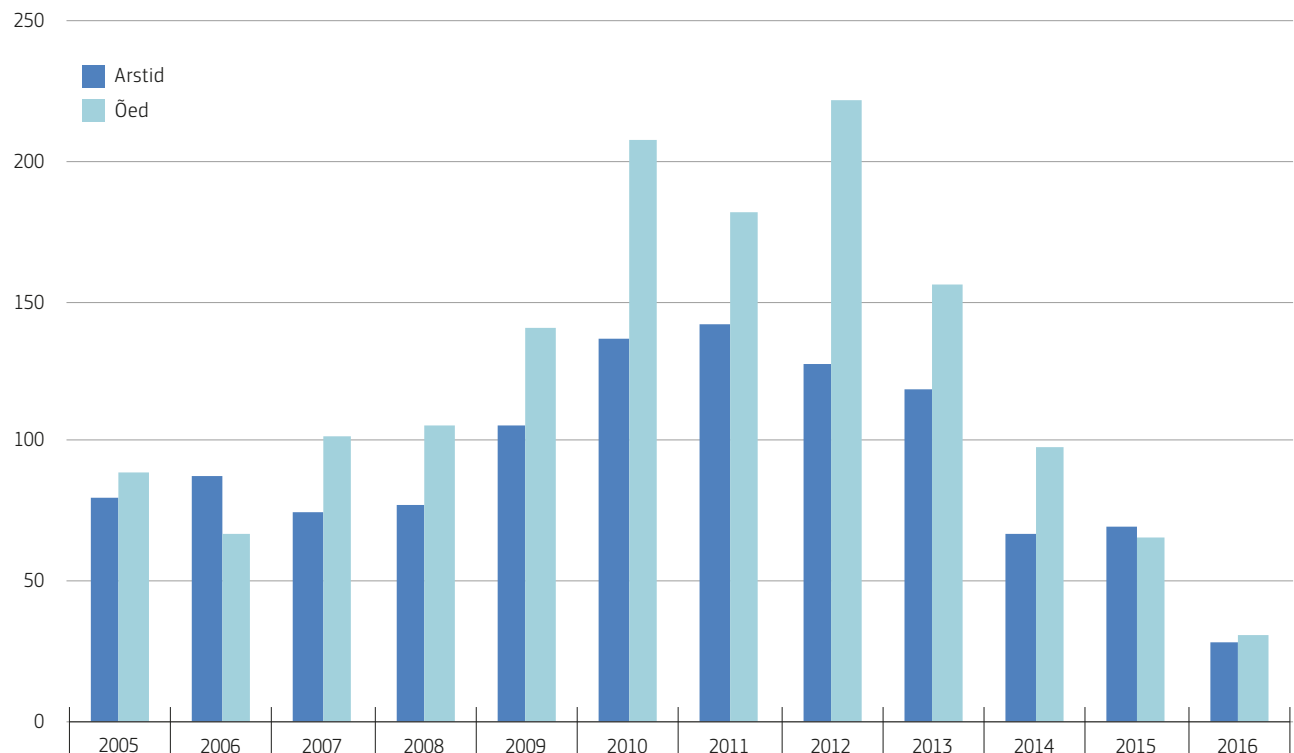
Töajõu vähenemine võib ohustada raviteenuste osutamist tulevikus

Tervishoiutöötajate vananemise, ebapiisavate koolitusmahtude ja rände tõttu on Eestis tekkinud tervishoiutöötajate puudus. Alates 2009. aastast on Eestis töötavate arstide arv 1000 elaniku kohta olnud väiksem ELi keskmisest, kuigi viimasel ajal on see arv hakanud taas suurenema. Õdede puudus on olnud pikaajalisem probleem: õdede arv 1000 elaniku kohta on olnud püsivalt ELi keskmisest väiksem (joonis 7). Seda peetakse oluliseks takistuseks aktiivraviteenuste osutamisel.

Üha vähem saab tervishoiutöötajate puudust selgitada töajõu rändega, mis on õigupoolest hakanud vähenema. Seda kajastab välismaal töötamiseks väljastatud kutsequalifikatsiooni tunnustamise tõendite arvu vähenemine (joonis 8). Kuigi meditsiinkoolidesse vastuvõtt on suurenenud, tuleb eriti õenduses suurendada koolitusvõimekust veelgi. Pärast aastatepikkusi läbirääkimisi kesksete sidusrühmade vahel sai 2016. aasta novembris valmis kava suurendada õdede õppekohtade arvu 400lt 2016. aastal 517ni 2020. aastal. Uute lõpetajate tööturule jõudmisel vajavad ka teenuseosutajad lisarahastust oma töajõu suurendamiseks.

Joonis 8. Välismaal töötamiseks kutsequalifikatsiooni tunnustamise tõendite taotlemine saavutas rekordtaseme pärast finantskriisi, kuid on pärast seda järsult vähenenud

Välja antud sertifikaatide arv



Märkus: välismaal töötamiseks kutsequalifikatsiooni tunnustamise tõendid, mille terviseamet on väljastanud Eesti arstidele ja õdedele.

Allikas: Terviseamet, 2017.

5 Tervisesüsteemi toimivus

5.1 TÕHUSUS

Suured välditava suremuse kordajad viitavad vajadusele parandada tõhusust ja kvaliteeti

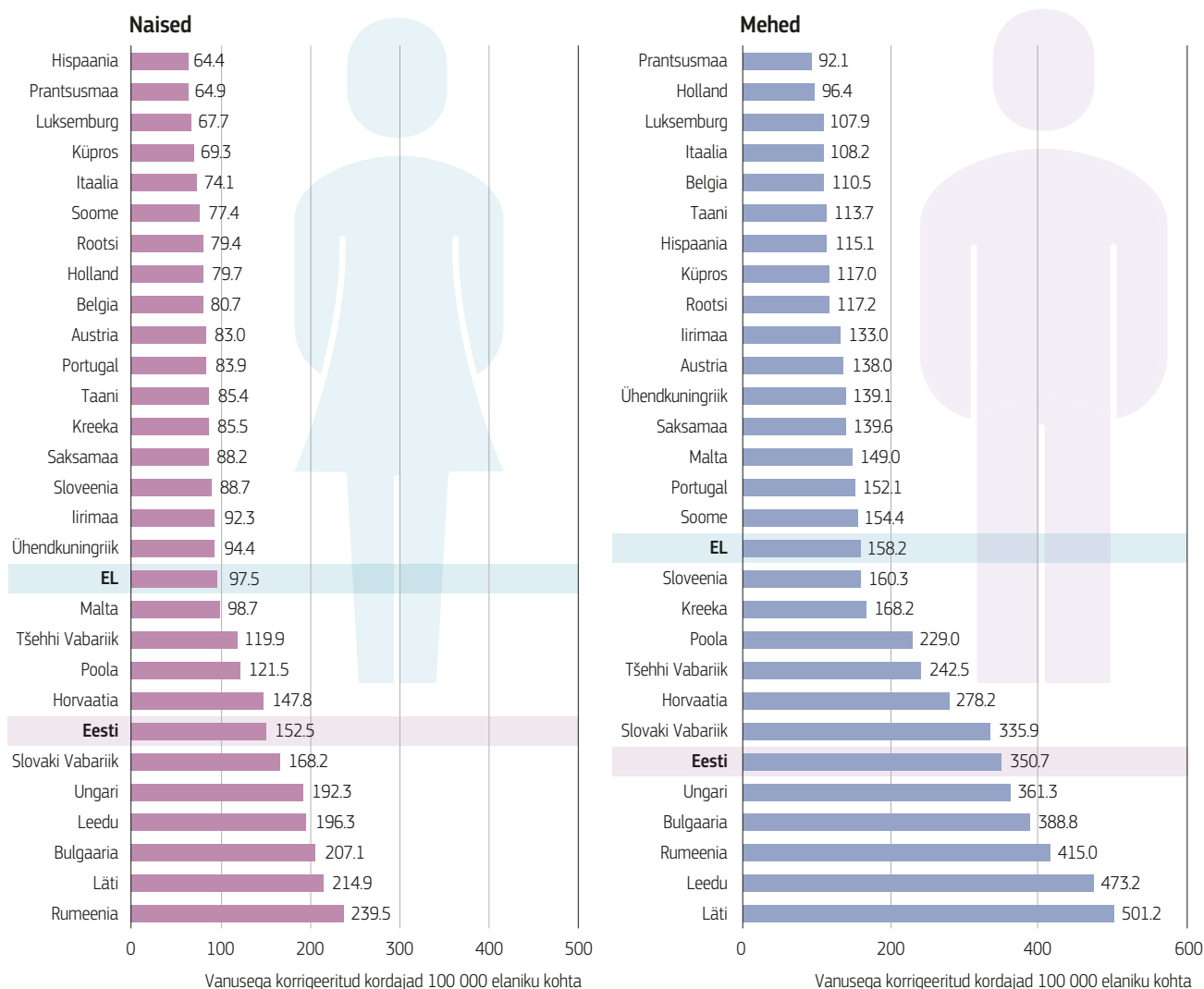
Välditava suremuse kordajad⁶ on Eestis alates 2000. aastast nii naiste kui ka meeste puhul märkimisväärselt vähenenud ning on väiksemad kui teistes Balti riikides Lätis ja Leedus. Välditava suremuse kordajad on siiski märksa suuremad ELi keskmisest (joonis 9), peamiselt seetõttu, et suremus südame-veresoonkonna haigustesse ja vähki on väga suur. See on endiselt suur, kuigi alates 2000. aastast on oluliselt vähenenud südame isheemiatõvest ja südame-veresoonkonna

6. Välditava suremuse all mõistetakse enneaegseid surmajuhtumeid, mida oleks võinud ära hoida õigeaegsete ja tõhusate tervishoiuteenuste abil.

haigustest põhjustatud surmajuhtumite arv ning rakendatud on rinna- ja emakakaelavähi sõeluuringute programmid.

Programmi CONCORD andmete alusel on rinnavähi puhul elumismäärad suhteliselt madalad; see võib olla tingitud sõeluuringute väikesest hõlmavusest ning kindlustamata isikute väljajätmisest, kuid andmed viitavad ka probleemidele tõhusa ravi tagamisel. Alates 2005. aastast on viie aasta elumismäärad emakakaelavähi korral vaid pisut paranenud, vaatamata nende hüppelisele paranemisele pärast sõeluuringuprogrammide kasutuselevõttu 2000. aastate alguses. 25 ELi liikmesriigi seas, kelle kohta andmed on kättesaadavad, on Eesti kolorektaalvähi elumismäärade alusel selle rühma viimases pooles, kuigi 2016. aastal käivitatud sõeluuring võib seda näitajat keskpikas perspektiivis parandada.

Joonis 9. Välditava suremuse kordajad on Eestis nii meeste kui ka naiste puhul suuremad kui Euroopa keskmised



Allikas: Eurostati andmebaas (2014. aasta andmed).

Riskikäitumise vähendamisele suunatud poliitika ei edenda tervislikku eluviisi piisavalt

Olulised ennetatavad suuremuse põhjused (näiteks kopsuvähk ja maksahaigused, kuid ka välispõhjustel surmad) on Eestis märksa levinumad kui ELis keskmiselt ning annavad tunnistust nii inimeste ebatervislikust eluviisist kui ka tervisesüsteemi probleemidest tervisedenduse valdkonnas. Valitsus on püüdnud riskikäitumist vähendada ja tõstnud alkoholi- ja tubakaaktsiisi (2006–2017), kehtestanud avalikes kohtades, ühistranspordis ja töökohtades suitsetamiskeelu (2007) ja tubakatoodete pakenditel hoiatuspiltide kasutamise (2016) ning keelanud suitsetamisalad hoonetes (2017). Suitsetajate arv on samuti hakanud vähenema, eriti noorte seas, kuid algatustega ei ole õnnestunud jõuda kõige ebasoodsamas olukorras olevate inimesteni (vt 3. peatükk).

Ka alkoholitarbimine on alates 2007. aastast vähenenud, kuid on endiselt üle ELi keskmise. 2014. aastal algutati programm „Kainem ja tervem Eesti“, et suurendada teadlikkust alkoholitarbimise kahjulikkusest. Riigikogus on arutamisel alkoholireklaami ja -müügi piirangud. Lisaks arutab riigikogu suhkruga magustatud jookide maksu kehtestamist. See võib aidata vähendada rasvumise levimust, mis on järsult suurenenud, eriti noorte seas (vt 3. peatükk), kuigi viimaste jaoks on 2016. aastast olemas programm, mille eesmärk on suurendada koolilaste kehalist aktiivsust. Nagu ka teiste eespool osutatud riskide puhul, on tõenäoliselt vaja teha veel rohkem, et jõuda teatavate haavatavate elanikkonnarühmadeni (nt madalama haridustasemega mehed).

Rahvatervise teenuste parandamise võimalused

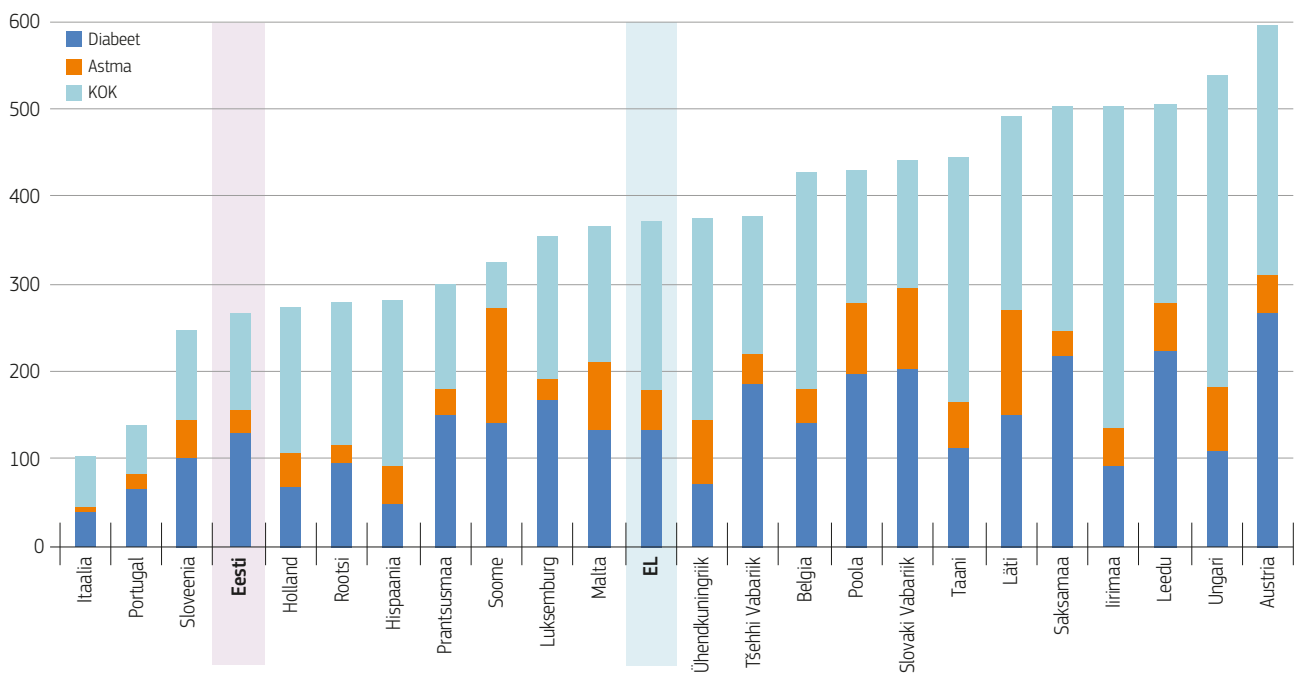
Rahvatervise valdkonnas on nõukogudeaegselt tsentraliseeritud mudelit üle mindud detsentraliseeritumale süsteemile, mis on suunatud haiguste ennetamisele ja tervisedendusele. Praeguse ni puudub siiski piisav suutlikkus tagada tõhusad rahvatervise teenused. Rahvastiku tervise arengukava alusel üritatakse seda probleemi lahendada koolituse, järelevalve ja ülesannete selgema määratlemise kaudu. Alates 2018. aastast peavad omavalitsusüksused hakkama esitama ülevaateid kohaliku elanikkonna terviset ja heaolust. Neid ülevaateid saab seejärel kasutada selleks, et kavandada meetmeid kodanike tervises seisundi parandamiseks.

Ravikvaliteedi indikaatorite põhjal on olukord vastuoluline ja teenuseid on vaja parandada

Hiljutine uuring on järeldanud, et esmatasandi tervishoid on hospitaliseerimise ennetamisel tõhus (Atun *et al.*, 2016). Välditavate hospitaliseerimiste näitaja on Eestis astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse korral üks Euroopa parimaid, kongestiivse südamepuudulikkuse ja diabeedi korral umbes keskmine (vt joonis 10), kuid hüpertensiooni korral üks halvemaid. Ägeda müokardiinfarkti ja insuldi 30 päeva surmemusmäärad on ELi halvimate seas. Kvaliteetsete tervishoiuteenuste tagamiseks on loodud tugistruktuurid (vt allpool), kuid teenuste kvaliteeti ja koordineeritust saaks oluliselt parandada.

Joonis 10. Krooniliste haigustega seotud välditavate hospitaliseerimiste arv on Eestis suhteliselt väike

Vanuse ja soo järgi standardiseeritud kordaja 100 000 elaniku kohta



Märkus: näitajad ei ole korrigeeritud nende haiguste levimuse suhtes.

Allikas: OECD tervise statistika (2015. aasta või viimase aasta andmed).

Kvaliteedi parandamise algatuste mõju avaldamiseks on vaja aega (ja võimalik, et ka stiimuleid)

Teenuseosutajate tasandil on käivitatud mitu kvaliteedialgatus, sealhulgas perearstide kvaliteedisüsteem (vt 4. peatükk). Peale selle on haigekassa alates 2012. aastast avaldanud iga haigla kohta konkreetseid ravikvaliteedi indikaatorid ning kvaliteedikriteeriumid lisatakse lepingutesse. 2016. aastal avaldas ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda oma esimese aruande ja lõi kvaliteediindikaatorite avaliku seire süsteemi. Ühtlasi juhib haigekassa käimasolevat kliiniliste ravijuhendite väljatöötamise parandamise protsessi ning avaldas 2012. aastal ravijuhendite väljatöötamise juhendi. Alates 2002. aastast on haigekassa koostöös ekspertidega igal aastal korraldanud viis kliinilist auditit.

Rohkem tuleb teha mittenakkuslike haiguste (hulgihaiigestumuse) sagenemise probleemiga toimetulekuks

Kuigi Eesti on rakendanud olulisi meetmeid, et jälgida ja parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti ning tagada integreeritud ravi, on Maailmapanga hinnangul (2015) suur osa statsionaarsest aktiivravist võimalik üle viia asjakohasematesse (ja soodsamatesse) tingimustesse. 2013. aasta näidetest selgub, et 67,5% hüpertensiooni ja 20% diabeedi tõttu tehtud eriarstiviisiitidest oluks välditavad ja neid oleks olnud asjakohasem ravida esmasasandil. Aruande kohaselt takistavad kvaliteedialgatuste järgimise etappide rakendamist ja integreerituse parandamist ebapiisavad rahalised stiimulid, millega tagada, et teenuseosutajad täielikult järgiksid kliinilisi ravijuhendeid; multidistsiplinaarsete meeskondade puudumine; ravi eelistamine ennetamisele ning nõrk patsiendi ravi juhtimine esmasasandi tervishoius.

Eesti kasutab juba mõnda Maailmapanga soovitatud vahendit. Tervisekeskuste ja haiglavõrgu arendamisel on ka eesmärk luua multidistsiplinaarsed meeskonnad, määratleda perearstide ja eriarstide rollid ning parandada õpet. Samuti on olemas lepingute sõlmimise mehhanismid, millega saaks parandada stiimuleid ja vastutust ennetavate teenuste osutamiseks ja tulemuste saavutamiseks. Sellegipoolest tuleb tõhususe saavutamiseks veel tegelda ning probleemid ei vähene, kui elanikkond vananeb ja sagenevad kroonilised haigused (sh hulgihaiigestumus). Eestil tuleb kaaluda patsientide stratifitseerimist vajaduste keerukuse põhjal ja patsiendikäsitluse parandamist (Maailmapank, 2015).

5.2 KÄTTESAADAVUS

Ravikindlustusega kaetuse vähenemine on murettekitav

Igal Eesti alalisel elanikul on õigus ravikindlustusele ning ravikindlustuse süsteemist ei ole võimalik väljuda, vähemalt teoreetiliselt mitte. Rahvastiku tervise arengukavaga nähti ette, et 2020. aastaks peaks ravikindlustusega olema hõlmatud kogu rahvastik, kuid majanduskriis peatas kindlustuskaetuse laienemise. Tegelikult on ravikindlustatute osakaal püsivalt vähenenud: 96%-lt 2009. aastal 94%-ni 2015. aastal. Täpselt ei ole teada, kes kuuluvad sellesse 6% kindlustamata isikute rühma ning sotsiaalministeerium tegeleb selle analüüsimisega. Arvatakse, et ravikindlustusega isikutest enamiku moodustavad noored mehed, kes on majanduslikult mitteaktiivsed või töötavad välismaal.

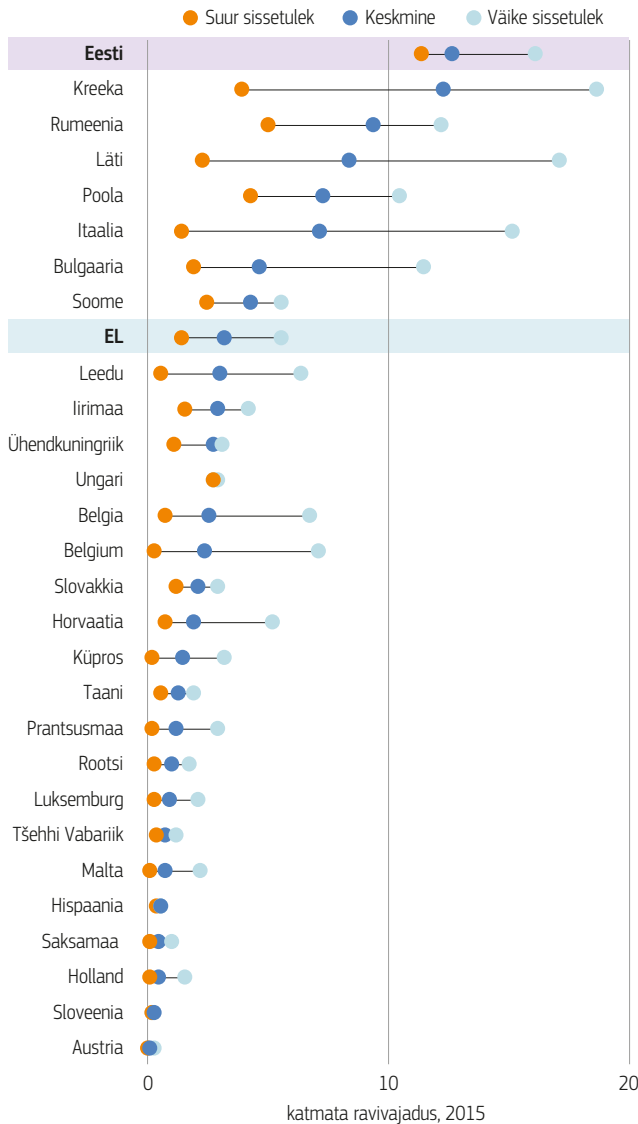
Kindlustamata isikutel on õigus saada üksnes erakorralist arstiabi ja teatavaid rahvatervise teenuseid (HIV/AIDS, tuberkuloos, uimastisõltuvus). Samuti on neil õigus end vabatahtlikult kindlustustada; sama saavad teha ka välisriigilt pensioni saavad elanikud ja isikud, kes on olnud kindlustatud vähemalt 12 kuud taotlemisele eelnud kahe aasta jooksul. Kuna igakuine vabatahtlik osamakse (2017. aastal 149 eurot) on suur, kasutatakse seda võimalust vähe.

Eestis on Euroopa suurim katmata ravivajadus

Alates 2009. aastast on Eesti elanikud teatanud katmata ravivajaduse pidevast suurenemisest, eriti hambaravi ja eriarstiabi teenuste osas. 2015. aastal olid 12,7% Eesti elanikest katmata ravivajadused (peamiselt pikkade ravijärjekordade tõttu; väiksemal määral ka maksumuse või sõidukauguse tõttu) ja see näitaja oli ELi kõrgeim. Võrreldes teiste liikmesriikidega, kus on suur katmata ravivajadus, on sissetulekuvintiilide vahelised erinevused Eestis väiksemad (joonis 11), kuna peamine takistus teenuste kasutamisel ei ole nende maksumus.

Üksnes 0,7% Eesti elanikest peab teenuse maksumust teenusele juurdepääsu takistuseks ning sama väike osakaal peab selleks geograafilist asukohta. Tegelikult on katmata ravivajaduse peamine põhjus pikk ravijärjekord (11,3%), mis nähtavasti mõjutab eeskätt madalama sissetulekuga ja vaesemaid elanikkonnarühmi. Ravijärjekordi pikendati finantskriisi tagajärgede leevendamiseks (vt ka tekstikast 2), kuid pikad ooteajad annavad tunnistust ulatuslikumatest probleemidest, näiteks ravi halb koordineeritus, valesi suunatud stiimulid esmasasandi tervishoius ja nõrk seotus sotsiaalhoolekandega.

Joonis 11. Eestis on katmata ravivajadus probleem kõigis sissetulekurühmades



Märkus: andmed viitavad arstliku läbivaatuse või raviteenuse vajadusele, mis on jäänud katmata maksumuse, füüsilise kauguse või ravijärjekordade tõttu. Riikidevaheliste andmete võrdlemisel tuleb arvestada, et kasutatud uuringumeetodites esines teatavaid erinevusi.

Allikas: Eurostati andmebaas, sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi statistika põhjal (2015. andmed).

2017. aastal taastati hambaravi hüvitamine

Hüvitiste paketi määravad kindlaks ja lepivad selles kokku haigekassa, sotsiaalministeerium ja valitsus. Vaatamata finantskriisile on suudetud katta ennetavate tervishoiuteenuste, raviteenuste ning meditsiiniseadmete kulud. Kuigi teenuste kasutajatele on kehtestatud teatud omaosalus või seda suurendatud, ei ole see piiranud tervishoiuteenuste kättesaadavust (vt allpool). Soodusravimite nimekirja kantud ravimite maksumus hüvitatakse teatavas ulatuses (miinus nõ retseptitasu), kuid inimese kanda jääb omaosalus.

Rahalise hüvitisega hüvitati osa täiskasvanute hambaravikuludest. Kulude vähendamise meetmetega kaotati täiskasvanute hambaravi hüvitus ning see kajastus ka katmata ravivajaduse andmetes (vt punkt 5.1). 2017. aasta juulis aga kokkuhoiumeede tühistati ning taastati piiratud ulatusega mitterahaline hambaravi hüvitus.

Suurem omaosalus ei paista suurendavat rahaliste põhjuste tõttu katmata ravivajadust

Omaosaluse osakaal tervishoiu kogukuludes on viimasel kümnel aastal püsinud enam-vähem samal tasemel (ligikaudu 22%, tipuväärtus 25% 2006. aastal). 2015. aastal oli see näitaja 23%, s.o üle ELi keskmise (joonis 12), kuid siiski kooskõlas rahvastiku tervise arengukava eesmärgiga hoida omaosaluse osakaal alla 25% tervishoiu kogukuludest. Leibkondade tarbimiskulude osakaaluna olid omaosalusmaksed Eestis veidi suuremad ELi keskmisest – 2015. aastal 2,7% (ELi keskmine 2,3%). Kõige suurema osa omaosaluskuludest moodustasid ravimikulud (42%), neile järgnesid hambaravikulud (31%).

Ehkki omaosalust muudeti korduvalt (2012. ja 2013. aastal peamiselt suurendati), vähenes rahaliste põhjuste tõttu katmata ravivajadus madalaimas sissetulekukvintilis 2006.–2015. aastal 6 protsendipunkti ning see näitaja on praeguseks palju väiksem ELi keskmisest (2,1% vs 4,1%). Samamoodi vähenes samal perioodil enam kui poole võrra nende leibkondade osakaal, kel olid erakordselt suured tervishoiukulud⁷. Sellegipoolest on omaosalusest tingitud rahalise koormuse kandjad pigem väiksema sissetulekuga leibkonnad.

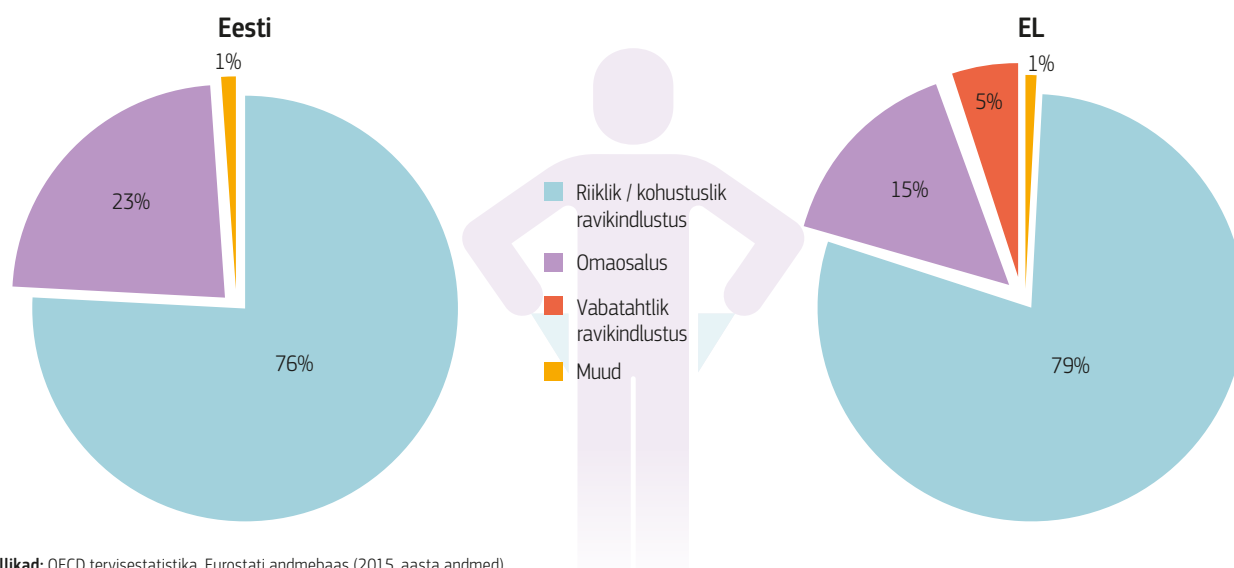
7. Erakordselt suurte kuludena käsitatakse leibkondade omaosaluskulusid, mis moodustavad üle 40% leibkonnale pärast elamiskulude (nt toidu-, eluaseme-, konnaalkulud) katmist järele jäänud sissetulekutest.

TEKSTIKAST 2. EESTI TERVISESÜSTEEM OSUTUS 2008. AASTA FINANTSKRIISI AJAL SÄILENÕTKEKS

2009. aastal kahanes Eesti majandus 14,1%. Tööpuudus suurenes vaid 3,9%-lt 2007. aastal 19,8%-ni 2010. aasta alguses. Järsult vähenesid palgalt tehtavad sotsiaalkindlustusmaksed ja maksumulud (Van Ginneken *et al.*, 2012). Kiiresti võeti kasutusele kokkuhoiumeetmete pakett. See pakett hõlmas teatavate hüvitiste ja hindade vähendamist, omaosaluse suurendamist, ravijärjekordade pikendamist, ravimite käibemaksumäära tõstmist, ravimite mõistliku kasutamise edendamist, esmatasandi tervishoiule ja ambulatoorsele ravile keskendumist ning eriarstiabi vähendamist. Otseseid palgakärpeid ette ei nähtud, kuid olemasolevate rahaliste vahendite

vähendamise tõttu palgad siiski langesid. Rahvatervise kulude ja kapitaliinvesteeringute vähendamise kompenseerimiseks kasutati ELi struktuurifondide vahendeid. Haigekassa oli õppinud varasemate kriiside kogemustest ja võttis majanduskriisi tagajärgedega toimetulekuks kasutusele majanduskasvu aastatel kogutud rahalised reservid, kuid vähendas ka haigushüvitist ajutise töövõimetuse korral (see meede on tänini jõus). Teatavad pikaajalised mõjud ei pruugi siiski veel olla avaldunud ning tänaseni on katmata ravivajadus pikkade ravijärjekordade tõttu suurenenud, ehkki see ei saa olla põhjustatud ainult finantskriisist (vt ka punkt 5.2)

Joonis 12. Omaosalus moodustab peaaegu neljandiku tervishoiu kogukuludest



Allikad: OECD tervisestatistika, Eurostati andmebaas (2015. aasta andmed).

5.3 SÄILENÕTKUS

Rahastamise pikaajaline stabiilsus on oluline probleem, kuigi parandusmeetmeid kavandatakse

Eesti tervisesüsteemi rahastamise kestlikkust on käsitatud probleemseks juba pikka aega. Mitmes aruandes (Vörk et al., 2005; Praxis, 2011; Thomson et al., 2010, 2011) on viidatud, et Eesti tervisesüsteemi tulubaas on tugevalt sõltuv palgalt tasutavast sihtotstarbelisest maksust, mille abil kaetakse umbes kaks kolmandikku kogukuludest. See (üha kahanevalt) töörealiselt elanikkonnalt ja tööandjatelt kogutav sihtotstarbeline maks moodustab 1,3% palgast. Tulubaasi mõjutavad majanduslangus (vt tekstikast nr 2) ja rahvastiku vananemine. Aruannetes järeldata, et tervise rahastamise tulubaasi on vaja laiendada ja mitmekesistada. Hiljuti leppis valitsus kokku pensionäride eest haigekassasse tehtavate osamaksete järkjärgulises rakendamises (suureneb kuni 1,3% pensionist 2022. aastal).

Taristukulud on kaetud, kuid puudub nende pikaajalise rahastamise strateegia

Oluliste investeeringute rahastamisel toetatakse endiselt suuresti ELi struktuurifondidele, mis on tervishoiutaristu ajakohastamisel keskse tähtsusega. See selgitab, miks kapitalikulud ei kaeta riigieelarvest, ehkki see on seadusega ette nähtud. See on potentsiaalne tervisesüsteemi säilenõtkuse probleem, et süsteem ei toimi nii, nagu peaks.

Ebakindlus tööjõu suhtes pikas perspektiivis

Suurenev probleem on piisavate inimressursside tagamine. Hiljutised muudatused, millega suurendati õdede ja ämmaemandate rolli tervisesüsteemi korralduses, tagavad suuremad asendusvõimalused. Puudub siiski selge kava tööjõuküsimuste lahendamiseks järgnevatel aastatel. Tööjõud vananeb ning õdede ja elanikkonna suhtarv väheneb (vt 4. peatükk). Peamiselt on puudus perearstidest ja õdedest. Samuti on üha raskem saada tervishoiutöötajaid maapiirkondadesse, nii eelarvepiirangute kui ka selle tõttu, et maapiirkondade tervishoiutöötajate koormus on iseäranis suur.

Meditsiinihariduses võiks üle minna kitsamalt haiguspõhiselt spetsialiseerumisele üldisemat laadi oskuste õpetamisele või edendada uute oskuste omandamiseks pidevõpet. Vaja on koolitada ka tugispetsialiste, näiteks toitumisnõustajaid ja dietolooge, kes saaksid aidata üha suureneva rahvastiku rasvumise probleemi lahendamisel. Tervisesüsteemis tööjõu tagamiseks, tuleb tegelda tööjõu pakkumise ja tööalaste oskustega ning kujundada stiimulid, mis toetaksid süsteemi eesmärgi, esmajärjekorras perearstidele.

Tõhususe suurendamine võib mõnevõrra leevendada majanduskriisi mõju

Kuigi enamiku näitajate puhul on Eesti tervisesüsteem tõhusam kui teistel Balti riikidel, on selles osas kindlasti veel arenguruumi. Seda vaatamata asjaolule, et tõhusus on juba pikka aega olnud Eesti tervisesüsteemi prioriteet (tõenäoliselt kitsa tulubaasi ja piiratud suutlikkuse tõttu hankida lisavahendeid). Kuigi see on üsna robustne indikaator, annab välditava suremuse seostamine tervisekuludega esialgset aimu ressursside kasutamise kulutõhususest, eeldusel et nii tervisekäitumine kui ka tervisesüsteemi tegurid mõjutavad välditavat suremust. Selle näitaja osas on Eesti tulemus parem kui teistel Balti riikidel, kuid samas on Horvaatia ja Poola tervisesüsteemid sarnaste tervisekulude juures saavutanud väiksema välditava suremuse

(vt joonis 13), seega oleks Eestil ka praeguse eelarvesurve tingimustes võimalik saavutada senisest parem tulemus.

Tuleb tõdeda, et ebatõhusust vähendades on Eesti järele jõudmas ELi keskmistele. Haigekassa on kasutanud lepingute sõlmimise süsteemi, et suurendada ambulatoorse ravi ja päevakirurgia kasutamist. See on olnud päris edukas, näiteks hallkae kirurgilisest ravist toimub 99% päevaravis, mis on parim näitaja Euroopas. Keskmine haiglas viibimise aeg on lühenenud ja jääb nüüd pisut alla ELi keskmisele (7,6 päeva vs. 8 päeva) (2014) ning vähenenud on ka voodikohtade arv (vt joonis 14). Tõhusust on siiski vajaduse korral võimalik veelgi parandada, sest mõnes riigis on keskmine haiglas viibimise aeg oluliselt lühem ja aktiivravi voodikohtade arv palju väiksem. Samuti võiks parem olla voodihõive, kuna 67%-ga on see üks Euroopa madalaim. Need indikaatorid osutavad sellele, et tõhusust parandades on võimalik edasipidi majanduskriisi korral kaitsta tervisesüsteemi väljundeid (seejuures ei tohiks voodikohtade arvu vähendamine maapiirkondades kahjustada terviseteenuste kättesaadavust).

On edendatud geneeriliste ravimite suuremat kasutamist

2015. aastal moodustasid geneerilised ravimid kogu ravimiturust 36%. See näitaja on võrreldes varasemaga märkimisväärselt paranenud, kuid see on oluliselt halvem kui parimate tulemustega riikides, kelle kohta on asjaomased andmed olemas, nt Slovakkias (70%) ja Tšehhis (42%). 2002. aasta seadusemuudatused soodustasid geneeriliste ravimite

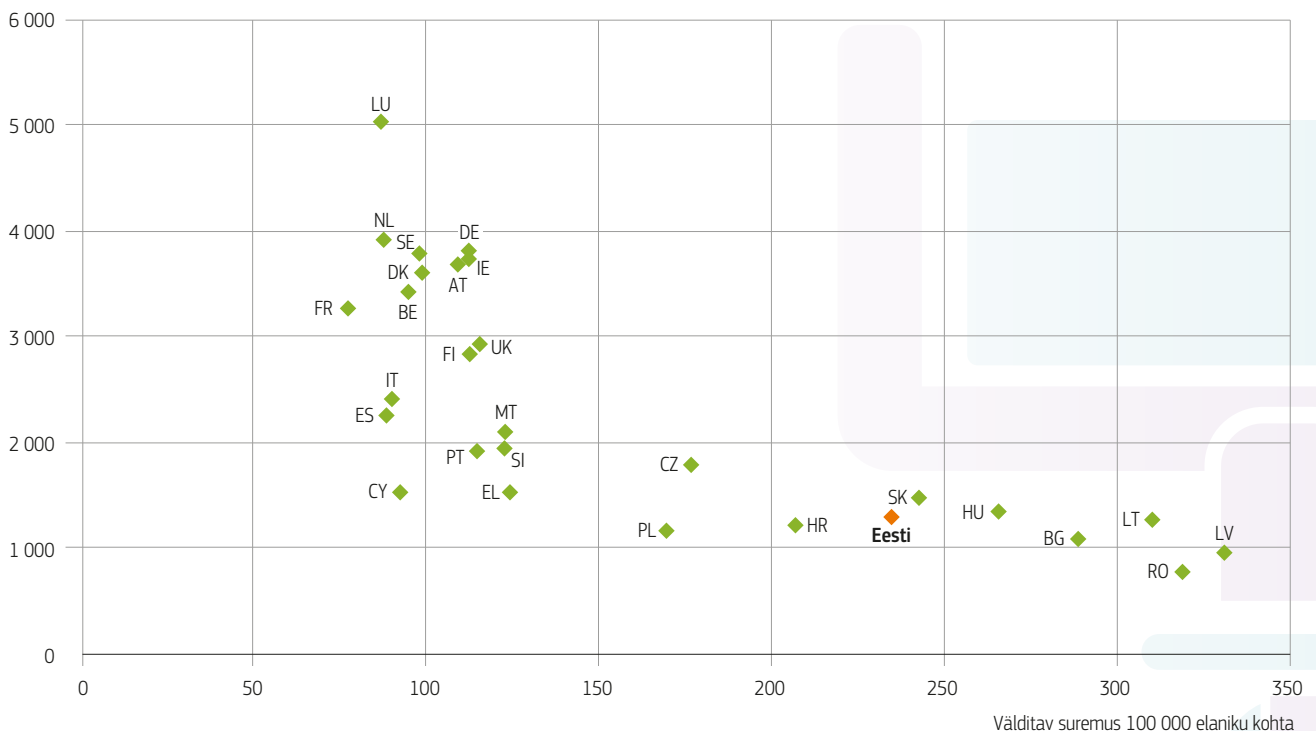
väljakirjutamist ning tänu sellele on paranenud ravimite hinna-kvaliteedi suhe. Ravimikulud moodustavad nüüd 21,4% tervishoiu kogukuludest. See näitaja on pisut üle ELi keskmise, kuid siiski märksa väiksem kui teistes Balti riikides, kus see on umbes 30% (2014).

Eesti on e-tervise teenuste valdkonnas teerajaja

Eesti on investeerinud e-tervisesse ning kasutusele võetud uuendused on pärvinud rahvusvahelist tunnustust. Enamik tervishoiuteenuste osutajaid kasutab digitaalset terviseeloo süsteemi ning kõik tervishoiuteenuste osutajad on kohustatud esitama patsientide terviseandmeid ja tervishoiuteenuste osutamise andmed kesksesse tervise infosüsteemi. See võimaldab patsientidel tutvuda oma terviseandmetega ning tagab teenuseosutajatele juurdepääsu mitmele asjakohasele andmebaasile koos võimalusega vahetada teavet. Süsteem hõlmab ka e-konsultatsiooni, e-saatekirju ja digiretsepti – peaaegu kõik retseptid väljastatakse digitaalselt ning apteegid müüvad tooteid üha enam ka interneti teel. Arendamisjärgus on mitu uut rakendust, sealhulgas elektrooniline immuniseerimispass, keskne ambulatoorse ravi digiregistratuur. Alates 2016. aastast on inimestel juurdepääs infole kulude kohta, mis haigekassa on nende eest tasunud. Digiloo platvormi kasutamine on kiiresti kasvanud: 2017. aasta esimese nelja kuuga tehti patsiendiportaali kaudu e-tervise süsteemile 4,5 miljonit päringut võrreldes 0,5 miljoniga 2011. aastal. Sellegipoolest on veel arenguruumi, eelkõige seoses parema andmete kasutamisega teenuste integreerimiseks, kliinilise otsustusprotsessi jaoks ja tulemuste mõõtmiseks.

Joonis 13. Eesti praeguste tervisekuludega saaks tagada väiksema välditava suremuse

Tervishoiukulud elaniku kohta, eurodes ostujõu pariteedi alusel



Allikad: OECD tervisestatistika, Eurostati andmebaas, WHO ülemaailmne tervishoiukulude andmebaas (2014. aasta andmed).

Rahvastiku tervise arengukava saab parandada, et see oleks tõhusam strateegilise planeerimise vahend

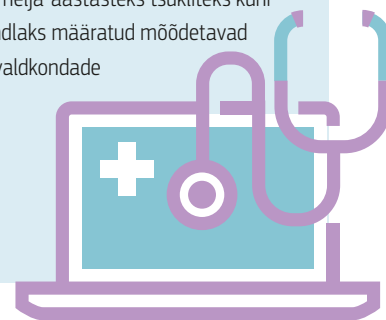
Eesti peamine tervisestrateegia on rahvastiku tervise arengukava (2012), mis peaks olema alus muutuvale olukorrale reageerimiseks (tekstikast 3). 2017. aasta hindamise tulemusena aga järeldati, et rahvastiku tervise arengukava ei ole täitnud oma eesmärki toimida tõhusa üldise strateegilise planeerimise vahendina. Kuna valdkondlike strateegiate vahel esineb erinevusi, on vaja tugevamaid alamstrateegiaid, et anda täiendavaid juhiseid kooskõlas rahvastiku tervise arengukava üldesmärkidega. 2014. aasta valdkonnaüleised uimasti-, alkoholi- ja tubakapoliitika rohelised raamatud on olnud tegelike poliitikameetmete algatamiseks arengukavast tõhusamad.

Aruandlusmehhanisme saab tõhustada

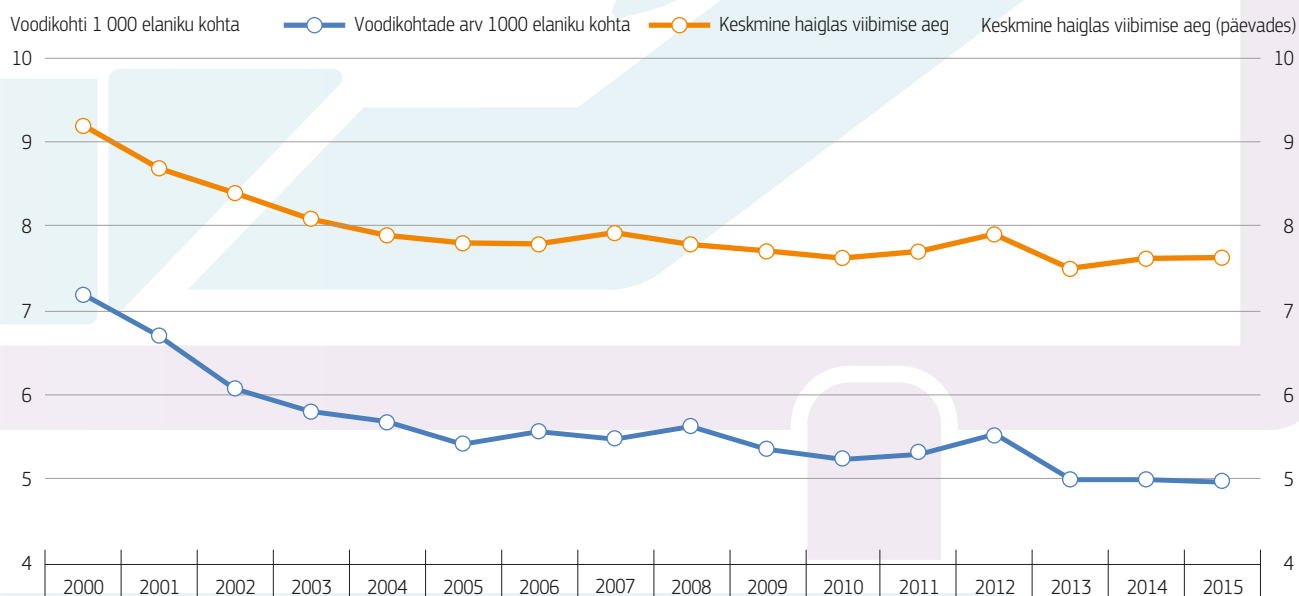
Aruandekohustus on oluline süsteemi tugevuse tagamiseks. Kuigi selleks on kehtestatud mehhanismid, ei kasutata või ei juhitata neid järjepidevalt, et saavutada nendega piisav kvaliteedi ja tervisetulemite parandamine. Esimene tervisesüsteemi tulemuslikkuse hinnang avaldati 2010. aastal (Lai, Veillard ja Bevan, 2010) ning ehkki sellist hindamist kavatseti teha korrapäraselt, ei ole seda tegelikkuses tehtud. Seetõttu ei ole need toetanud rahvastiku tervise arengukava planeerimist ega aidanud suurendada sidusrühmade vastutust. Peale selle on vaja suurendada teenuseosutajate tegevuse hindamist ning kasutada kogu tervisesüsteemis seirevahendeid, et parandada kvaliteeti ja tervisetulemeid. Sellega seoses võivad olulist rolli mängida investeeringud e-tervise süsteemi, lihtsustades teabevahetust ja suurendades vastutust (Lai *et al.*, 2015; Maailmapank, 2015).

TEKSTIKAST 3. RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA KUI SÄILENÕTKUSE SUURENDAMISE VAHEND

Rahvastiku tervise arengukava üldesmärk on suurendada tervena elatud aastate arvu, vähendades suremust ja haigestumust. Sellesse on integreeritud väärtused nagu solidaarsus, võrdsed võimalused ja õiglus, kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kodanikuühiskonna võimestamine. Tulemusindikaatorite alusel jälgitakse arengut ning paika on pandud mõõdetavad eesmärgid nelja-aastasteks tsükliteks kuni 2020. aastani. Peale selle on kindlaks määratud mõõdetavad eesmärgid konkreetsete tervisevaldkondade (nt HIV/AIDS, vähk) ja haiglate jaoks (eraldiseisev haiglavõrgu arengukava, 2016).



Joonis 14. Keskmine haiglas viibimise aeg on lühenenud ja voodikohtade arv vähenenud, kuid arenguruumi veel on



Märkus: need kaks aegrida katkevad 2013. aastal.

Allikas: Eurostati andmebaas.

6 Peamised järeldused

- Eesti elanike eeldatav eluiga on pikenenud rohkem kui üheski teises ELi liikmesriigis ning eriti on suurenenud üle 65-aastaste keskmine elada jäänud aastate arv, kuid nendel lisandunud eluaastatel on Eestis elanike tervis halvem kui mujal ELis. Südame-veresoonkonna haigustest põhjustatud surmade arv on järsult vähenenud, kuid peamised suremuse põhjused on endiselt vähk ja surma välispõhjused. Oma terviseseisundit heaks hindavate inimeste osakaal on Eestis üks väiksemaid ELis ning rikaste ja vaeste vaheline lõhe oma tervise hinnangus on suurem kui üheski teises ELi liikmesriigis.
- Ebatervislik eluviis on Eestis endiselt probleem, vaatamata olukorra hiljutisele paranemisele, kusjuures sotsiaalmajanduslike rühmade vahel võib täheldada suuri erinevusi. Riskiteguritele on iseäranis vastuvõtlikud mehed. Suitsetamise, alkoholibimise ja rasvumise probleemiga tegelemiseks on kasutusele võetud poliitikameetmeid (toitumise ja liikumise roheline raamat, suhkrumaks), kuid nende mõju avaldamiseks võib kuluda rohkem aega ja need võiksid olla paremini suunatud haavatavatele elanikkonnarühmadele.
- Välditava suremuse kordajad on nii Eestis naistel kui ka meestel alates 2000. aastast oluliselt vähenenud, kuid on endiselt suuremad kui ELis keskmiselt, samas kui ägeda müokardiinfarkti ja insuldi 30 päeva suremus on üks Euroopa kõrgemaid. Peale selle oleks võimalik vältida suurt osa statsionaarsest aktiivravist, suunates juhtumid asjakohasematesse tingimustesse ning töhustades mittenakkuslike haigustega inimeste jälgimist ja ravi (sh raviteenuste parema integreerimise kaudu). On selge, et Eesti tervisesüsteemis on tervishoiuteenuste tõhususe ja kvaliteedi parandamiseks ikka veel arenguruumi, ning sellega seoses on hiljutiste reformidega võetud suund multidistsiplinaarsete esmatasandi tervisekeskuste loomisele ja haiglate võrgustumisele.
- Tervishoiuteenuste kättesaadavust oleks võimalik oluliselt parandada. Ligikaudu 6%-l elanikkonnast ei ole ravikindlustust. Ei ole teada, kes moodustavad kindlustamata isikute rühma, kuid seda analüüsitakse. Eestis on ühtlasi suurim katmata ravivajaduse määr, ehkki võrreldes teiste suure katmata ravivajadusega riikidega on sissetulekurühmade vahelised erinevused väiksemad. Katmata ravivajadust põhjustavad peamiselt pikad ravijärjekorrad, mis peegeldavad tervishoiuteenuste halba koordineeritust ja vähest integreeritust. Positiivsema suundumusena tühistati 2017. aasta alguses meetmed, millega majanduskriisi järel vähendati hambaravihüvitise saajate ringi ja rahalisi hüvitisi.
- Endiselt on oluline probleem tervisesüsteemi säilenõtkus. Eesti tervishoiukulud ja tulubaas (palgalt tehtavad maksed) on väikesed, mistõttu süsteemi ohustavad majanduskriis ja rahvastiku vananemine. See olukord peaks paranema, kui valitsus hakkab järk-järgult tegema ravikindlustusse osamakseid pensionäride eest. Ühtlasi sõltuvad teenuseosutajad kapitaliinvesteeringute osas välisrahastamisest (Euroopa struktuurivahendid), selle asemel et püüelda isemajandavuse poole. Säilenõtkust ohustavad ka üha halvemad tervishoiutöötajate suhtarvud ja tööjõupuudus teatavates piirkondades. Seepärast on vaja pikaajalist strateegiat, mille abil saaks koolitada rohkem perearste ja nihutada fookus kitsalt haiguspõhiselt käsitluselt multidistsiplinaarsemate oskuste arendamisele ning läbi vaadata stiimulikavad.
- Kuigi Eesti tervisesüsteemi tõhusus on mitme näitaja puhul võrdlemisi hea, näiteks geneeriliste ravimite ja päevakirurgia kasutamise osakaalu osas, on mitme näitaja puhul (keskmine haiglas viibimise aeg, voodihõive, voodikohtade arv) olulist parandamisruumi. Sellega seoses tuleks rahvastiku tervise arengukava läbi vaadata, et see ei jääks üksnes eelarvehahendiks, vaid muutuks rohkem tegevuse kavandamise vahendiks, mille abil saaks määratleda mõõdetavaid eesmärgi ja tagada sidusrühmade vastutus.



Põhiallikad

Lai, T. *et al.*, „Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade 2013“, *Tervisesüsteemid muutustes*, nr 15(6), 2013, lk 1196.

OECD/EL, „Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle“, OECD Publishing, Pariis, 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Viited

Atun, R. *et al.*, „Shifting Chronic Disease Management from Hospitals to Primary Care in Estonian Health System: Analysis of National Panel Data“, *Journal of Global Health*, Vol. 6(2), 2016, 020701.

Habicht, T., Habicht, J. ja van Ginneken, E., „Strategic Purchasing Reform in Estonia: Reducing Inequalities in Access While Improving Care Concentration and Quality“, *Health Policy*, Vol. 119(8), 2015, lk 1011–1016.

Terviseamet (2017), <http://www.terviseamet.ee/tervishoid/tervishoiutoetoetaja-registreerimine/tervishoiutoetoetajate-migratsioon.html>, <http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Terv>

IHME, „Global Health Data Exchange“, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016, kättesaadav aadressil <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Kringos, D. *et al.*, „The Strength of Primary Care in Europe: „An International Comparative Study“, *British Journal of General Practice*, Vol. 63(616), 2013, lk e742–e750, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X674422>.

Lai, T. *et al.*, „Estonia Country Assessment. Better Non-communicable Disease Outcomes: Challenges and Opportunities for Health Systems“, Maailma Terviseorganisatsioon, 2015, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/292781/Better-NCD-outcomes-challenges-opportunities-HSS-Estonia-en.pdf?ua=1.

Lai, T., Veillard, J. ja Bevan, G., „Estonia, Health System Performance Assessment: 2009 Snapshot“, WHO Euroopa Regionaalbüroo ja Eesti Sotsiaalministeerium, Kopenhaagen, 2010.

Praxis, „Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused“, Poliitikauuringute Keskus Praxis, Tallinn, 2011, http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussusteemi_jatkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf.

Thomson, S. *et al.*, „Responding to the Challenge of Financial Sustainability in Estonia’s Health System“, WHO Euroopa Regionaalbüroo, Kopenhaagen, 2010.

Thomson, S. *et al.*, „Responding to the Challenge of Financial Sustainability in Estonia’s Health System: One Year On“, WHO Euroopa Regionaalbüroo, Kopenhaagen, 2011.

van Ginneken, E. *et al.*, „The Baltic States: Building on 20 Years of Health Reforms“, *British Medical Journal*, nr 345, 2012, e7348, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7348>.

Võrk, A. *et al.*, „Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs“, Poliitikauuringute Keskus Praxis, Tallinn, 2005, http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/PRAXIS2005_THrahastamine_loppdokfinal0.pdf.

Maailmapank, „The State of Health Care Integration in Estonia. Summary Report“, Maailmapanga Grupp, 2015, https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/summary_report_hk_2015.pdf.

Riigi lühendid

Austria	AT	Holland	NL	Läti	LV	Rootsi	SE	Taani	DK
Belgia	BE	Horvaatia	HR	Leedu	LT	Rumeenia	RO	Tšehhi Vabariik	CZ
Bulgaaria	BG	Iirimaa	IE	Luksemburg	LU	Saksamaa	DE	Ühendkuningriik	UK
Eesti	EE	Itaalia	IT	Malta	MT	Slovaki Vabariik	SK	Ungari	HU
Francija	FR	Kreeka	EL	Poola	PL	Sloveenia	SI		
Hispaania	ES	Küpros	CY	Portugal	PT	Soome	FI		



State of Health in the EU

Riigi terviseprofiil 2017

Riikide terviseprofiilid on oluline etapp Euroopa Komisjoni kaheaastases tsüklis „Terviseseisund ELis“ ning need on valminud Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) ning *European Observatory on Health Systems and Policies* ühistöö tulemusena. Sarja väljatöötamist koordineeris Euroopa Komisjon ning see valmis Euroopa Liidu rahalise abiga.

Need poliitikakujundamise jaoks olulised riigipõhised lühiülevaated tuginevad läbipaistvale ja ühtsele meetodikale ning neis on kombineeritud kvantitatiivsed ja kvalitatiivsed andmed, mis on siiski paindlikult kohandatud iga ELi liikmesriigi kontekstiga. Eesmärk on luua vastastikuse õppimise ja vabatahtliku koostöö vahendid, et toetada liikmesriike tõendus põhisel poliitikakujundamisel.

Iga riigi terviseprofiilis esitatakse lühikokkuvõtte järgmisest:

- terviseseisund riigis;
- tervist mõjutavad tegurid, keskendudes käitumuslikele riskiteguritele;
- tervisesüsteemi korraldus;
- tervisesüsteemi tõhusus, kättesaadavus ja säilenõtkus.

Tegemist on esimese iga kahe aasta tagant ilmuva riikide terviseprofiilide sarjaga ja see avaldatakse 2017. aasta novembris. Komisjon koostab nende terviseprofiilide põhijärelduste alusel terviseprofiilide juurde kuuluva aruande.

Lisateave: https://ec.europa.eu/health/state/summary_et

Palun viidake dokumendile järgnevalt:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Eesti: riigi terviseprofiil 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285149-et>

ISBN 9789264285149 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.