

Paragraafid	Lehekülje nr.
2. Tervishoiusüsteem ja -teenused	1
2.1. Tervishoiukulud	2
2.2. Tervishoiuteenuste kättesaadavus	4
2.3. Tervishoiusüsteemi tõhusus	9
2.4. Pikaajaline hooldus	16

2. Tervishoiusüsteem Ja -Teenused

Eesti tervishoiusüsteem on viimastel aastatel teinud märkimisväärsed edusamme, kuid seisab endiselt silmitsi mitme probleemiga. OECD terviseosakonna juhataja Francesca Colombo sõnul on tervishoiusüsteemi põhieesmärk tagada rahva hea tervis, mida saab mõõta oodatava eluea ja elukvaliteedi tõusu kaudu (Heinsalu, 2024). Tervishoiusüsteemide tõhususe tagamiseks on oluline, et tervishoiuteenused oleksid kvaliteetsed, kättesaadavad kogu elanikkonnale ja patsiendikesksed.

Eesti tervishoiusüsteem on tsentraliseeritud ja põhineb kohustuslikul ning solidaarsel ravikindlustusel ehk kõik sotsiaalmaksu maksjad annavad oma osa riigi ravikindlustussüsteemi. Eesti tervishoiusüsteemi rahastatakse seega suuresti tööjõumaksude kaudu, kuigi riigi rahastus on järjest olulisem. Aastal 2021 moodustasid riiklikud eraldised (välja arvatud COVID-19-ga seotud ülekanded) 7,4% tervishoiukuludest (Sotsiaalministeerium, 2021a).

Ravikindlustuse seaduse järgi on kindlustuskaitse tagatud kuni 19-aastastele, riiklikku pensioni saavatele ja töötavatele sotsiaalmaksu tasuvatele inimestele, samuti enamikule õppuritele ning lapseootel naistele (Ravikindlustuse seadus). Vältimatu arstiabi on tagatud ka kindlustuseta inimestele. Lastele ja noortele on lisaks muudele tervishoiuteenustele tagatud ka hambaravi. Täiskasvanud ravikindlustatutele on tagatud tervishoiuteenused vajaduse alusel (ambulatoorne, statsionaarne jm ravi), v.a hambaravi (osaliselt hüvitatud).

Aastal 2023 oli ravikindlustusega hõlmatud 94% Eesti elanikkonnast, sealhulgas 93% meestest ja 96% naistest. Viimase kümne aasta jooksul on ravikindlustatud inimeste osakaal suurenenud kolme protsendipunkti

võrra peamiselt meeste ravikindlustuskaitsega kaetuse suurenemise tõttu (88%-lt 93%-le).

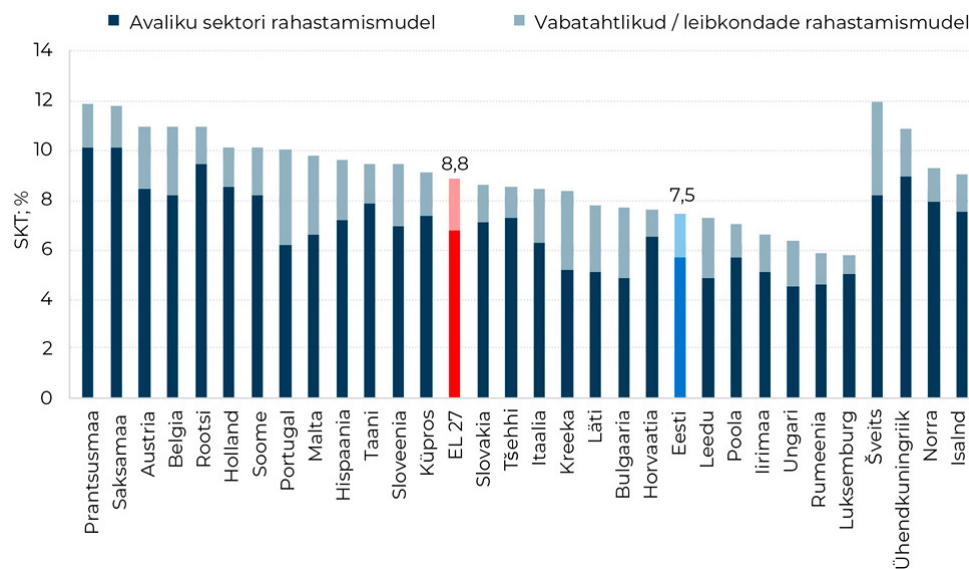
Naiste hulgas on ravikindlustatute osakaal kogu rahvastikust püsinud stabiilselt vahemikus 94–96% (TAIg). Eestis aga on hinnanguliselt umbes 120 000 inimest, kellel puudub püsiv või osaline ravikindlustus, mis tähendab, et tervisemurede korral on nende ligipääs tervishoiuteenustele piiratud, abi võib hilineda ja hiljem kaasneda suuremad ravikulud.

Tervisekassa koondab suuremat osa avalikest tervishoiu rahastamisvahenditest ja vastutab tervishoiuteenuste ostmise eest. Tervishoiupoliitika kujundamise ja elluviimise korraldamise eest vastutab sotsiaalministeerium. Eestis on kõik suuremad haiglad avalikus omandis ja pakuvad nii statsionaarset ravi kui ka suuremat osa ambulatoorsest eriarstiabist. Seevastu enamik esmatasandi arstiabi- ja hambaraviteenuse osutajaid tegutseb eraomandis, nagu ka mõned eriarstiabi ja pikaajalise hoolduse pakkujad.

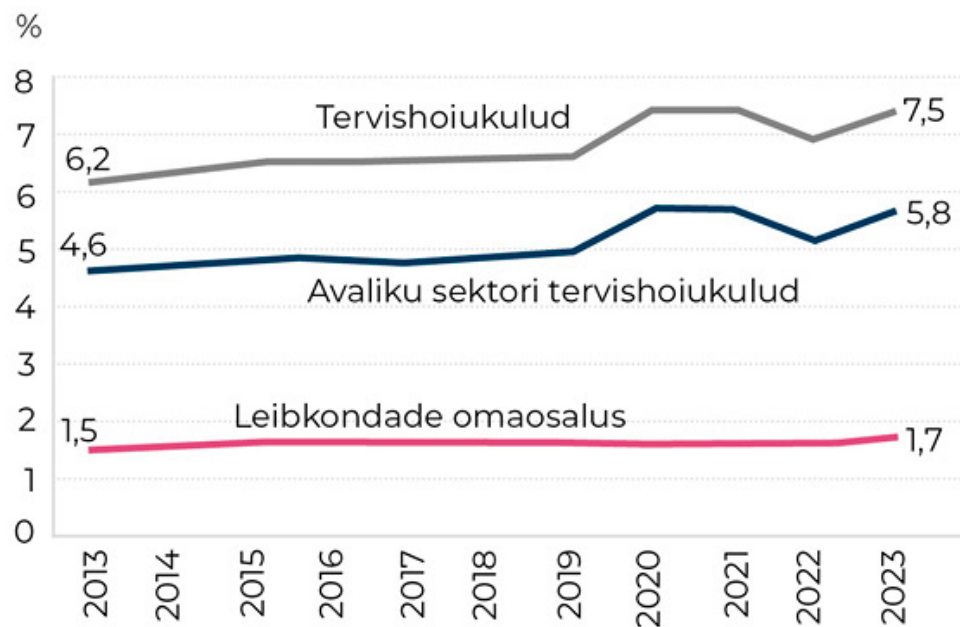
2.1. Tervishoiukulud

Tervishoiukulude analüüs annab ülevaate tervishoiu rahastamisest ja rahavoogude liikumisest ning võimaldab hinnata eri rahastamisallikate tõhusust poliitiliste otsuste tegemisel ja eesmärkide seadmisel.

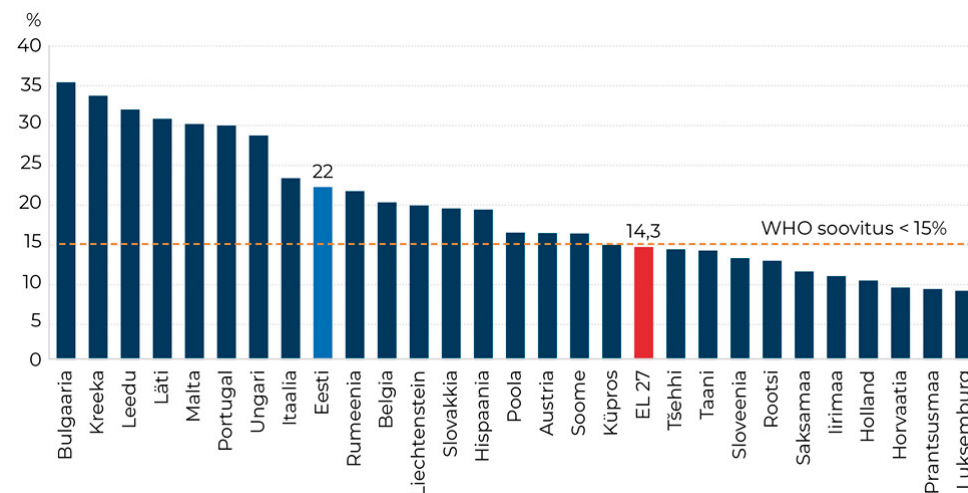
Kui palju kulutatakse riigis tervishoiule võrreldes teiste kaupade ja teenustega ning kuidas see ajas muutub, oleneb nii tervishoiukulutuste tasemest kui ka majanduse üldisest suuruselt. Aastal 2023 kulutati EL-i riikides tervishoiule hinnanguliselt keskmiselt 8,8% SKT-st, Eestis aga 7,5%. (joonis 31). Sellest 5,8% moodustas avaliku sektori rahastus ja 1,8% vabatahtlik ning leibkondade omaosalus. Kulude arvestamiseks kasutatakse rahvusvahelist OECD-WHO-Eurostati metoodikat SHA 2011 (OECD/Eurostat/WHO, 2017), mis võimaldab Eesti tervishoiukulusid võrrelda teiste riikidega.



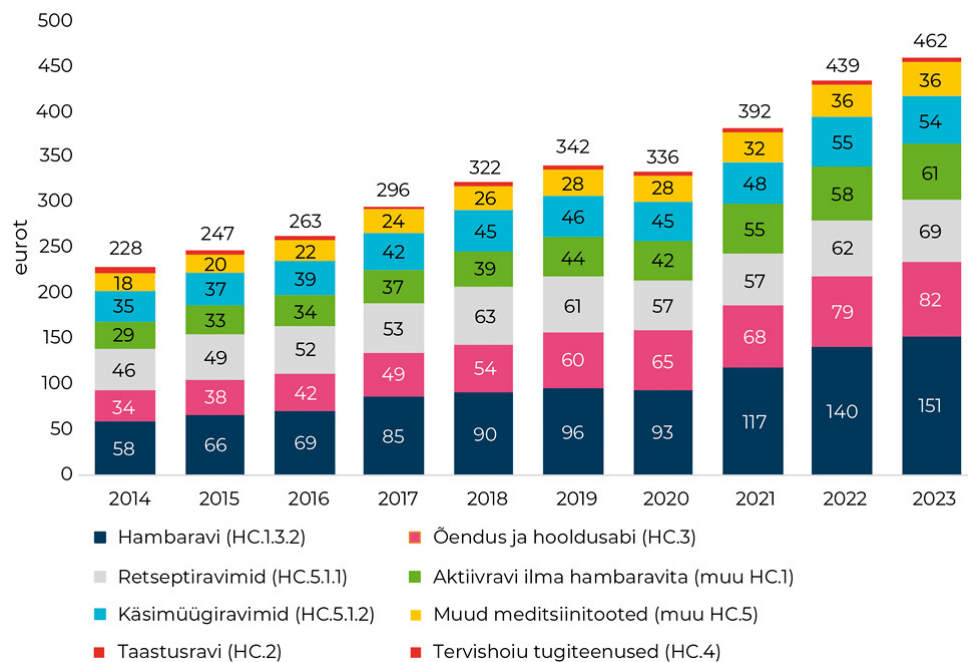
Aastal 2023 ulatusid Eesti tervishoiukulud 2,853 miljardi euroni, moodustades 7,5% SKT-st. Võrreldes COVID-19 eelsete aastatega (2019), on tervishoiukulude osakaal suurenenud 0,7% võrra (joonis 32). Aastail 2020 ja 2021 suurenesid tervishoiukulud kiiresti pandeemiast tingitud lisakulutuste tõttu, kuid 2022. aastal hakkas pandeemiaeelne olukord taastuma. Aastal 2022 vähenes tervishoiukulude osakaal SKT-s 6,9%-ni, sest majanduskasv oli tervishoiukulude suurenemisest kiirem. Pärast seda on tervishoiukulude osakaal püsinud samal tasemel nagu aastatel 2020 ja 2021.



WHO hinnangul on Eesti tervisesüsteemi üks peamisi probleeme sotsiaalmajanduslike rühmade tervisealane ebavõrdsus. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 üks alameesmärke on inimkeskne tervishoid, mille saavutamiseks tuleb tagada Eesti elanikkonna üldine ravikindlustus (Sotsiaalministeerium, 2021a). Rahvusvahelises võrdluses paistab Eesti silma suure omaosaluskoormusega. Enamikus Euroopa riikides ja EL-i keskmisena on inimeste omaosalus tervishoius väiksem kui Eestis. Samuti ületab see märkimisväärselt WHO soovitatud taset, mis on 15% tervishoiukuludest (joonis 33).



Leibkondade omaosalusest moodustasid 2023. aastal suurima osa hambaravikulud – 32%, õendus-hooldusabi – 18% ja retseptiravimid – 15% (TAI, g). Tervishoiukulude suur omaosalus piirab tervishoiuteenuste kättesaadavust ja suurendab vaesusesse sattumise riski. Igaühel peab olema võrdne ligipääs tervishoiuteenustele, olenemata sissetulekutest või sotsiaalsest staatusest. Aastal 2023 oli tervishoiu kulu ühe inimese kohta 2089 eurot, millest inimeste omaosalus oli 462 eurot (joonis 34). Kuigi 2023. aastal leibkondade tervishoiukulude kasv aeglustus, suurenesid need siiski kokku 45,6 miljoni euroni. Suuremad tõusud olid hambaravis (20 miljonit eurot) ja retseptiravimite kuludes (12 miljonit eurot).



Elanikkonna vananedes ja tervisetulemite edasiseks parandamiseks on oluline tagada riikliku ravikindlustussüsteemi jätkusuutlik rahastamine. Ravikindlustust tuleks laiendada kõigile püsielanikele ja vähendada madalama sissetulekuga leibkondade omaosalust tervishoius. Samuti on oluline kohandada stiimuleid nii, et ennetus oleks prioriteet, tagades samal ajal piisava juurdepääsu tervishoiuteenustele kogu riigis.

2.2. Tervishoiuteenuste Kättesaadavus

Tõhusat juurdepääsu ravile võivad piirata tervishoiutöötajate nappus, pikad ooteajad või pikk vahemaa lähima tervishoiuteenuse osutajani. OECD andmete kohaselt (OECD/EOHSP, 2024) on Eestis katmata ravivajadused madalaima sissetulekuga inimeste seas üle kolme korra suuremad kui kõrgeima sissetulekuga elanikel EL-is keskmiselt. Üldise ravi kättesaadavuse tagamiseks ja säilitamiseks on vaja piisavat arvu ja õigeid tervishoiutöötajaid, kes oleksid jaotatud vastavalt elanikkonna vajadustele olenemata nende elukohast.

Küsitlusuuringud näitavad, et Eestis on paljudele inimestele tervishoiuteenused kättesaamatud peamiselt pikkade ravijärjekordade tõttu. Inimeste hinnangul on perearsti, eriarsti ja hambaarsti abi sageli piiratud ka kõrge hinna, pika ooteaja või teenuse kauguse tõttu. Eestis on hinnanguliselt Euroopa suurim katmata ravivajadus – 2023. aastal ulatus see 13%-ni rahvastikust, samas kui EL-i keskmine oli vaid 2–3% (OECD/EOHSP, 2024).

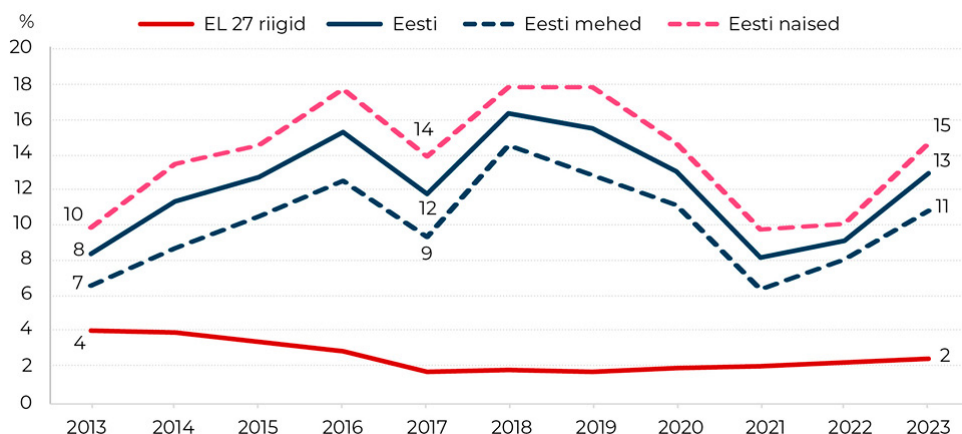
Tervishoiutöötajate puudus on suur probleem, mis süvendab ooteaegu ja halvendab teenuste kättesaadavust. Aastal 2022 oli Eestis EL-i keskmisest vähem nii arste kui ka õdesid ja arstide vananemine on üks suuremaid väljakutseid. Pere- ja eriarstide koostöö parandamiseks kasutatakse e-konsultatsiooni teenust, mis aitab säästa patsientide aega ja parandada ravi kvaliteeti. Lisaks on õdede tähtsus tervishoiusüsteemis kasvanud, aidates vähendada arstide töökoormust ja lühendada ravijärjekordi.

Viimase aastakümne jooksul on Eestis investeeritud märkimisväärselt moodsate diagnostikaseadmete ja tehnoloogia kasutusele võtmisele (TAI, h). Tänapäeval on tervishoiu-üsteemis olulised just seadmed ja tehnoloogia, mille abil saavad tervishoiutöötajad tervise- probleeme

paremini tuvastada ja diagnoosida. Need aga on ka oluline kuluallikas, eriti kui seadmeid kasutatakse ülemääraselt või tehakse tarbetuid uuringuid.

2.2.1. Katmata ravivajadus

Enesehinnanguliselt oli katmata ravivajadus Eestis 2022. aastal 9% ja 2023. aastal lausa 13% rahvastikust. EL-is hõlmab katmata ravivajadus keskmiselt 2–3% elanikkonnast (joonis 35). Elanikud, kellele jäävad tervishoiuteenused eri põhjustel kättesaamatuks, on teistega võrreldes ebavõrdses olukorras, sest nende tervis on halvem ja iseseisev toimetulek raskem.

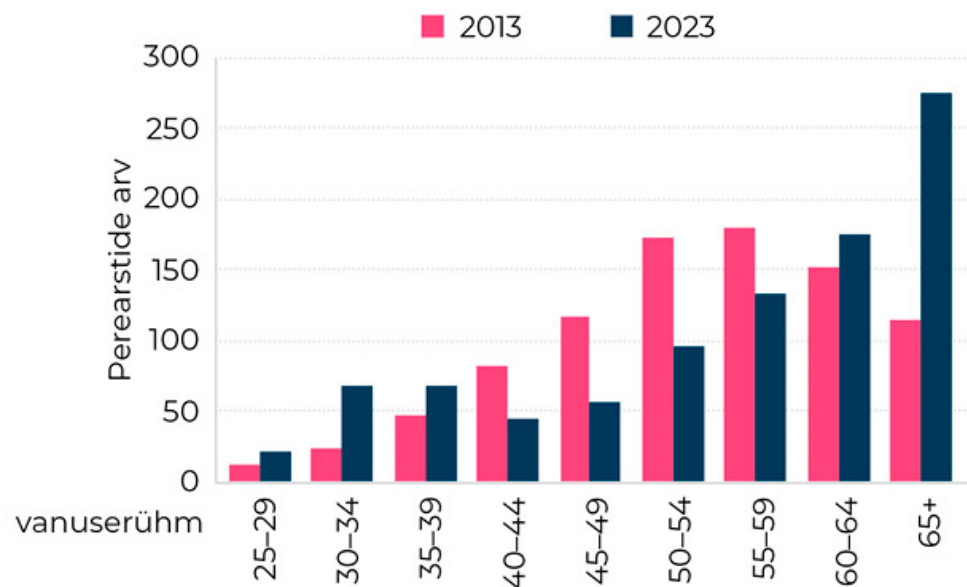


2.2.1. Tervishoiutöötajad

Tervishoiusüsteemi üks suuremaid kitsaskohti on vaieldamatult tervishoiutöötajate puudus, mis süveneb aastatega. See on kaasa toonud pikad ooteajad ja halvendanud juurdepääsu tervishoiuteenustele. Riigikontrolli hinnangul on tervishoiutöötajate süvenev puudus suurem

probleem kui rahapuudus tervishoius (Riigikontroll, 2022). Aastal 2022 oli Eestis arste ja õdesid vähem kui EL-is keskmiselt: 3,5 arsti ja 6,6 õde 1000 elaniku kohta (OECD/European Commission, 2024). Suur mure on arstide kui tööjõu vananemine, mis Eestis on Euroops Liidu üks suuremaid. Euroopa riikides moodustavad vähemalt 65-aastased arstid keskmiselt 14% kõigist arstidest, Eestis aga oli 2022. aastal see näitaja 22% (Eurostat, 2022). Äärmiselt suur töötajate nappus on peremeditsiinis.

Aastal 2023 töötas Eestis 939 perearsti, ühe perearsti ravida oli keskmiselt 1464 inimest (17 inimest rohkem kui aasta varem). Aastal 2013 oli vähemalt 65-aastaseid perearste 13%, kuid 2023. aastaks oli nende osakaal tõusnud 29%-ni (joonis 36). Hambaarste aga on Eestis rohkem kui EL-is keskmiselt. Kogu süsteemis on juba mitu aastat suur nappus nii õdedest kui ka hooldustöötajatest, samuti on nappus enamikust toetavatest tervishoiuspetsialistidest (psühholoogid, logopeedid, füsioterapeudid).

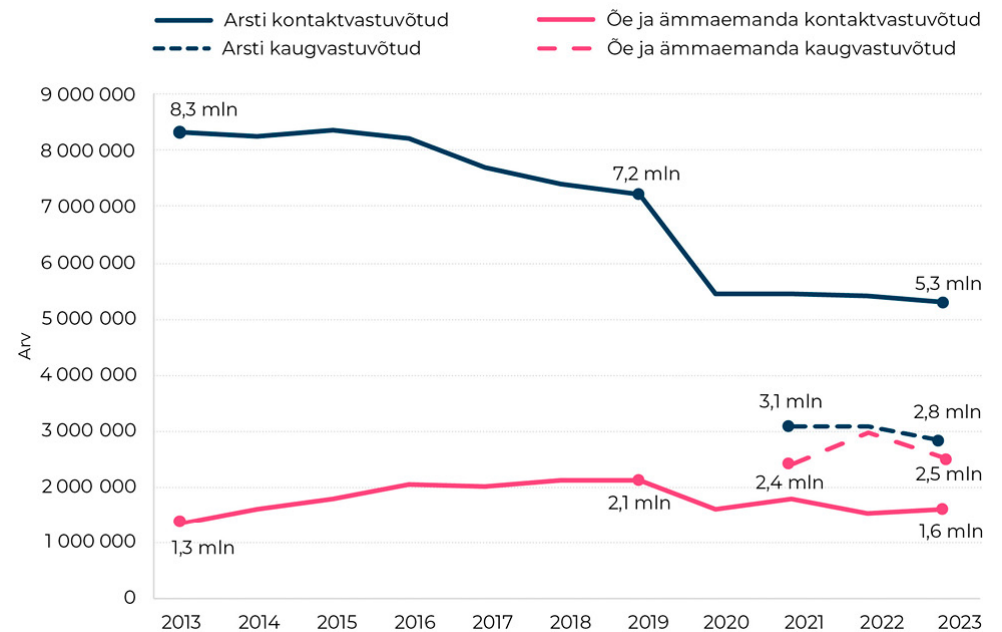


Töötajate puudust püütakse enamasti leevendada ületunnitööga, mille tulemusena on töötajad väsinumad, sest puudub korralik puhkeaeg. See omakorda võib halvendada ravikvaliteeti ja suurendada riski patsiendiohutusele.

2.2.3. Ambulatoorsed vastuvõttud ja konsultatsioonid

Aastas teevad tervishoiutöötajad 12,2 miljonit kontakt- ja kaugvastuvõttu. Arstid teevad 8,1 miljonit ning õed ja ämmaemandad 4,1 miljonit vastuvõttu (TAI, i). Alates 2013. aastast on õdede tähtsus perearstiabis suurenenud (TAI, i) ja laiemalt tervishoiussüsteemis on nende tegevus patsientide nõustamisel ning abistamisel järjest tähtsam. Selgemad reeglid ja õdede pädevusõiguste laiendamine aitavad vähendada arstide töökoormust, lühendada ravijärjekordi ja pakkuda inimestele paindlikumaid ravivõimalusi (Sotsiaalministeerium, 2025). Õed ja ämmaemandad on ühelt poolt arsti üliolulised partnerid, teiselt poolt patsiendi sujuvat raviteekonda toetavad spetsialistid (Esnar, 2023).

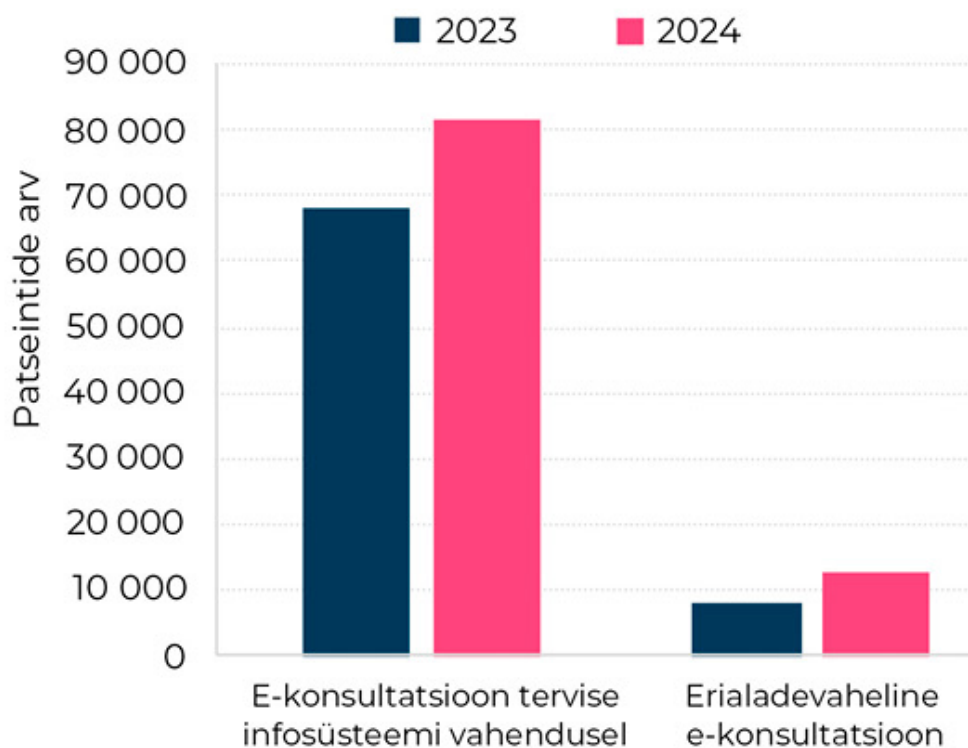
TAI andmete kohaselt on õe ja ämmaemanda iseseisvate kontaktvastuvõttude arv suurenenud aastate 2013. ja 2023. võrdluses viiendiku võrra. Samal ajal on arstide kontaktvastuvõttude arv vähenenud ligi 40% (joonis 37). aastal 2023 tehti tervisemurede lahendamiseks üle 5,3 miljoni kaugvastuvõtu, millest 2,5 miljonit tegid õed ja ämmaemandad ning 2,8 miljonit arstid. Kaugvastuvõttud moodustasid 61% õdede ja ämmaemandate vastuvõttudest ning 35% arstide vastuvõttudest.



Õigeaegse ja kvaliteetse arstiabi pakkumisel on oluline ka pere- ja eriarstide koostöö. Selleks on perearstidel alates 2013. aastast võimalus konsulteerida eriarstidega patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ja ravi määramiseks e-konsultatsiooni teenuse abil (e-konsultatsioon tervise infosüsteemi vahendusel). E-konsultatsioon parandab perearstilt eriarstile liikuvat info kvaliteeti ja säästab patsientide aega eriarstile pöördumisel. Kui e-konsultatsiooni käigus selgub, et patsient vajab eriarsti abi või täiendavaid uuringuid, on konsulteerinud raviasutusel võimalik patsient vastuvõtule kutsuda.

Perearstil on võimalik e-konsultatsiooni teha 38 erialal (Tervisekassa, a). Tervisekassa andmete kohaselt kasutati 2024. aastal e-konsultatsioon 81 431 patsiendi kohta, mida aasta varsemaga võrreldes oli 20% rohkem (joonis 38). Aastast 2023 laiendati e-konsultatsioonide võimalusi ka erialade vahel. Aastal 2024 kasutati erialadevahelist e-konsultatsiooni 12

487 patsiendi korral, mis on 63% rohkem kui eelmisel aastal (Tervisekassa, b).



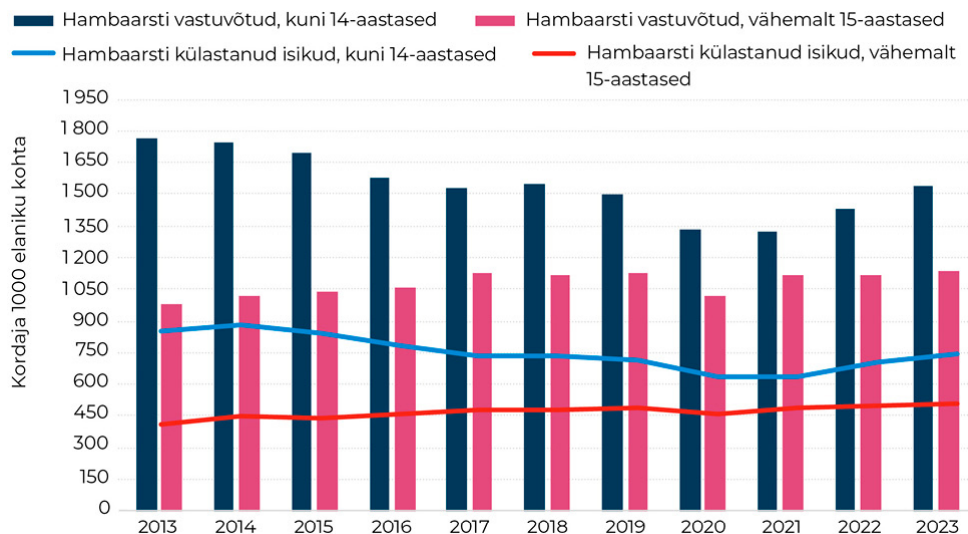
kontrollis ja varakult avastatud hambaaugud on enamasti pinnapealsed ning neid on kerge parandada, see kehtib ka piimahammaste kohta. Väga oluline on peatada kaariese teke juba piimahammastel, et suuhügieen jäävhammaste tulekuks korda saada (Olak jt, 2019).

TAI andmete kohaselt on hambaarsti külastanud kuni 15-aastastest lastest keskmiselt 76%-l vaja hambaid ravida. Vähemalt 15-aastaste hulgas vajab hammaste ravi ligikaudu 94% hambaarsti külastanud inimestest. Hambaarsti juures soovitatakse hambaid kontrollimas käia regulaarselt üks kuni kaks korda aastas, kuid ligi 25% lastest ja peaaegu pooled täiskasvanutest teevad seda siiski harvem kui korra aastas.

Eestis tehti 2023. aastal kõigil hambaarstierialadel kokku üle kahe miljoni vastuvõtu, mis tähendab, et üks elanik külastas hambaarsti keskmiselt 1,5 korda aastas (joonis 39). Kõigist hambaravi vastuvõttudest moodustasid tervise arengu instituudi andmetel 82% hambaarsti vastuvõttud, 11% proteetilise ravi ja 9% ortodondi vastuvõttud. Täiskasvanute (vähemalt 20-aastaste) hambaravi kättesaadavus oleneb aga väga palju inimese sissetulekust.

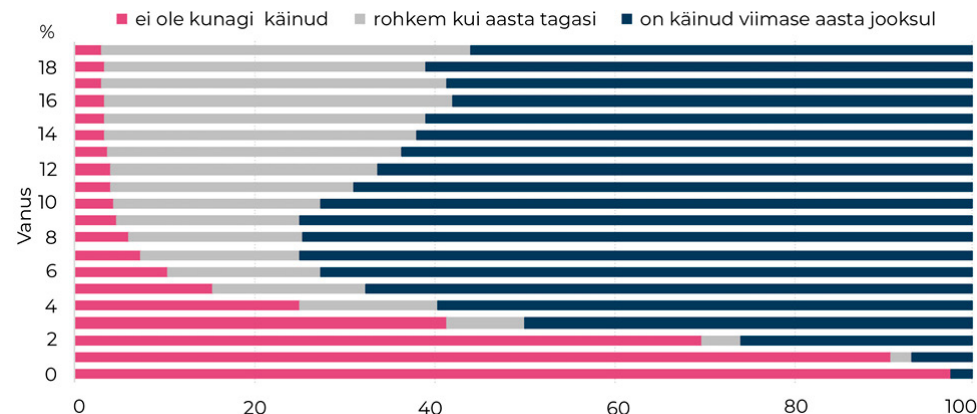
2.2.4. Hambaravi vastuvõttud

Eeskujulik suuhügieen ja hammaste seisukord on lisaks esteetilisele välimusele oluline kogu organismi tervise säilitamiseks. Varajane suuhügieen ja hammaste eest hoolitsemine aitavad tekitada tervislikke harjumusi ning ennetada haigusi. Eestlaste peamine probleem on aastaid olnud võitlus kaariesega ehk rahvakeeli hambaaukudega. Laste hammaste tervist mõjutavad suuresti vanemate harjumused. Korralises



Kuni 19-aastastele on Eestis hambaravi tasuta. Lapse tervise jälgimise juhendi kohaselt soovitatakse hammaste profülaktilist kontrolli hambaarsti juures alustada, kui laps on saanud kolmeaastaseks (Eesti ravijuhend, 2019). Enamasti soovitavad hambaarstid kontrollida hambaid kord aastas. Kuni 19-aastaste laste hulgas on ligi 3% neid, kes ei ole kordagi hambaarsti juurde jõudnud (joonis 40).

Kõige tublimad hambaarsti külastajad on 6-10-aastased, kellest vähemalt 70% on viimase aasta jooksul käinud hambaarsti vastuvõtul vähemalt korra. See näitab selgelt, et pärast kooliealiseks saamist käivad lapsed hambaarsti juures üsna regulaarselt. Küll aga hakkab kümnendast eluaastast suurenema nende laste osakaal, kelle viimasest hambaarstivisiidist on möödunud rohkem kui aasta. Küll aga hakkab kümnendast eluaastast suurenema nende laste osakaal, kelle viimasest hambaarstivisiidist on möödunud rohkem kui aasta.

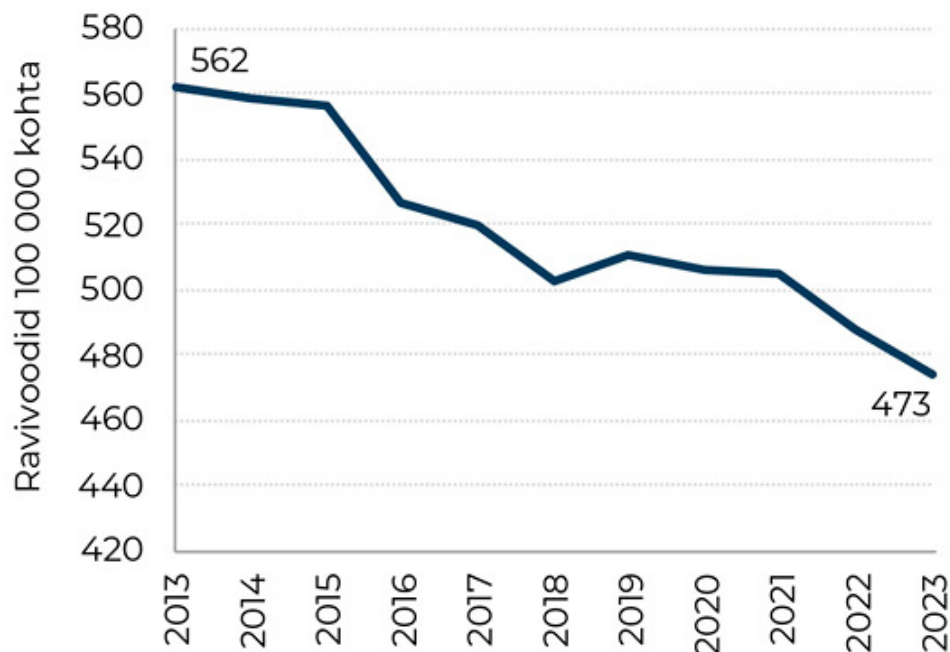


2.2.5. Ravivoodid

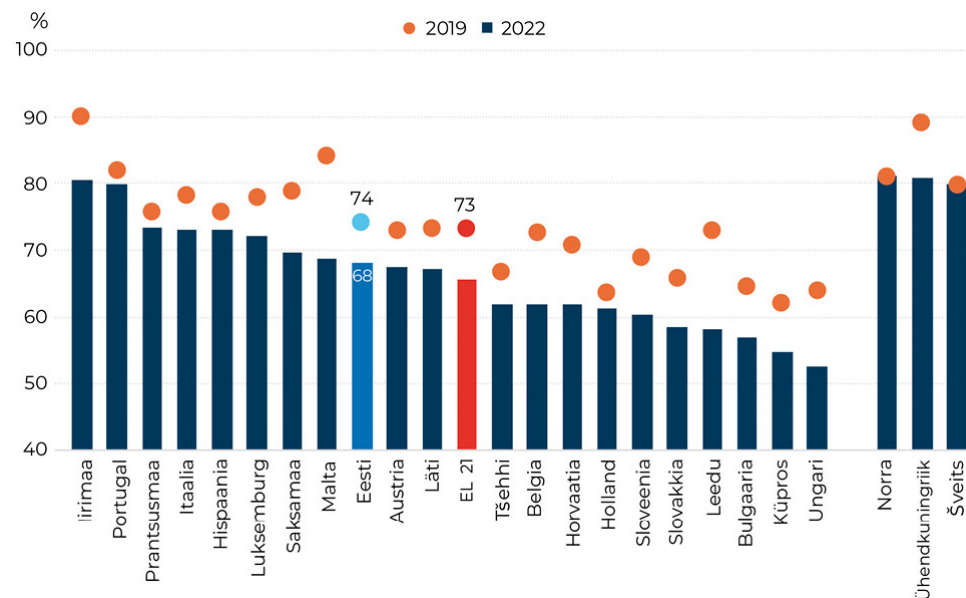
Meditiini areng on võimaldanud kiirendada ja parandada diagnoosimist ning ravi, vähendada keskmist haiglas viibimise aega ja suurendada ambulatoorse ning päevaravi osakaalu (kus tehakse näiteks järjest rohkem kirurgilisi protseduure), mistõttu on vähenenud haiglaravivoodite arv 100 000 elaniku kohta (joonis 41). Haiglaravi on kulukas ja on teada, et mida rohkem on voodeid, seda rohkem on ka ravivoodites patsiente (OECD, 2019), seetõttu püütakse ravivoodite hõivet suurendada ja nende arvu vähendada. Siiski peab säilima piisav ravivoodite varu ja nende kasutamise paindlikkus kriisidega toimetulekuks, nagu ilmekalt näitas hiljutine COVID-19 pandeemia.

Ravivoodite voodihõive (voodikohtade täituvus) on näitaja, mis aitab hinnata haigla voodikohtade ja ressursside optimaalset kasutamist. Aktiivravivoodite suur hõive võib viidata tervishoiusüsteemi ülekoormusele ja haiglaravi vajavate patsientide arvu ootamatu suurenemise korral võib tekkida vabade voodikohtade nappus. Vähene hõive aga viitab, et haiglaravi ressursse ei kasutata optimaalselt. Ravivoodite optimaalse hõive kohta puudub üksmeel, kuid voodipuuduse

riski vähendamiseks peetakse sageli maksimaalseks ligi- kaudu 85%-list hõivet.



Aastal 2019 oli Eestis aktiivravi voodihõive 74% ja EL-is keskmiselt 73%, kuid COVID-19 pandeemia ajal vähenes voodihõive kõigis riikides. Aastal 2022 oli see keskmiselt 66%, Eestis aga 68% (joonis 42). Aastaks 2023 oli Eestis aktiivravi voodihõive tõusnud juba 70%-ni.



2.3. Tervishoiusüsteemi Tõhusus

Tervishoiusüsteem peab pidevalt arenema, et kohaneda muutuvate tervishoiuvajadustega ja reageerida uutele väljakutsetele. OECD prognoosib, et kui riigid ei muuda oma tervisepoliitikat, siis osaliselt elanikkonna vananemise tõttu moodustavad tervishoiukulud 2040. aastal kogu OECD-s keskmiselt 11,8% SKT-st (de la Maissonneuve ja Oliveira Martins, 2013). Tõhusaid investeeringuid on vaja, et muuta tervishoiusüsteemid tulevikule vastupidavaks ja suurendada vastupanuvõimet.

Tervishoiuteenused aitavad lisaks ravile **haigusi ennetada ja võimalikult vara avastada**. See aitab pikendada tervena elatud aastaid

ja vähendada haigestumist ning vältida enneaegset suremust. Tervisemurede ennetamine ja võimalikult varajane avastamine on ka odavam kui kaugele arenenud haiguste ravi. Ennetus aitab suurendada majanduslikku kasu, vältida töövõime kaotust ja suurendada töövõimeliste inimeste osakaalu. Eestis moodustasid enne koroonapandeemiat kulutused haiguste ennetamisele ligikaudu 4% tervishoiu kogukulutustest (Ruuge ja Inno, 2022).

Tervist hoidva eluviisi toetamisel ja haiguste ennetamisel on tervishoiusüsteemis väga olulised just esmatasandi tervishoiuteenused ehk pereõe ja perearsti tegevus. Tervisedendusele ja haiguste ennetamisele, kaasa arvatud mittenakkushaiguste ravile esmatasandil, ei ole aga pööratud piisavalt tähelepanu, mis võib omakorda suurendada tervisealast ebavõrdsust (Kasekamp jt, 2023).

Alates 1. novembrist 2024 kehtib Eestis tervishoiuteenuse osutaja kohustuslik vastutuskindlustus ehk **patsiendikindlustus** (tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus). See süsteem annab patsientidele õiguse nõuda kindlustuselt hüvitist, kui raviprotsessis on tekitatud eksimuse tõttu reaalne välditav tervisekahju.

Patsiendikindlustuse esmane ja kõige olulisem eesmärk on tagada tervishoiuteenuste kõrge kvaliteet ja patsiendiohutus. See motiveerib raviuasutusi välditavate ravivigadega tegelema, neid analüüsima ja neist õppima. Tervishoiuasutustel on kohustus sõlmida vastutuskindlustuse lepingud, mis katavad eksimustest tuleneva kahju. Patsient saab pöörduda rahalise hüvitamise nõudega otse kindlustusseltsi poole, kellega on leping tervishoiuasutusel, kus juhtum esines. Patsiendikindlustus aitab tulevikus patsientide huve paremini kaitsta, tagades, et tervishoiuteenused on ohutud ja kvaliteetsed. Eestis on praegu umbes 200 ravivigade juhtumit aastas ja seadusemuudatused võimaldavad hüvitist küsida kohtu asemel otse kindlustuselt.

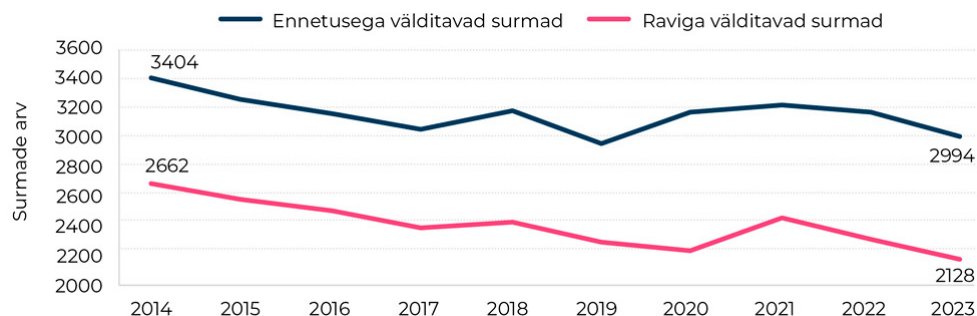
Terviseandmete tähtsust tervishoiusüsteemi toimivuse ja tulemuslikkuse parandamisel on teiste seas rõhutanud OECD ja maailma majandusfoorum (Moore ja Dias Guichot, 2024). Terviseandmete tõhus kasutamine võib viia paremate ravitulemusteni, optimeerida raviprotsesse ja vabastada piiratud ressursse. Usaldusväärsete terviseandmete ja analüüsita ei ole võimalik aga optimeerida raviprotsesse, teha seiret ega hõlbustada teadus- ja arendustegevust. Tervishoiusüsteemi toimivuse hindamise raamistik, mis valmis Eestis esimest korda 2009. aastal (WHO, sotsiaalministeerium, 2010) ja ajakohastati 2023. aastal (OECD, 2023a), võimaldab järjepidevalt ja süstemaatiliselt hinnata tervishoiusüsteemi, tuvastada parandamist vajavaid valdkondi, toetada ressursside kõige optimaalsemat jaotamist ning hinnata peamiste poliitiliste eesmärkide saavutatavust.

2.3.1. Ennetatavad ja raviga välditavad surmad

Ennetusega on välditavad surmad, mille põhjused on seotud eluviisi valikutega ja mida on võimalik ennetusega ära hoida. Nende surmade põhjused on tihti seotud riskikäitumisega, nt tasakaalustamata toitumine, alkoholi ning nikotiini- ja tubakatoodete tarvitamine, samuti vähene kehaline aktiivsus. Need käitumuslikud tegurid on ennetatavate surmade peamised põhjustajad. Ennetatavaid surmasid mõjutavad tugevalt ka nii väliskeskkond (nt õhusaaste) kui ka sisekeskkond (nt töökeskkonna riskitegurid).

Ennetusega on välditavad kõik õnnetussurmad ja mürgistused, kuid osaliselt ka vereringeelundite haigused, mille korral on rahvatervishoiu rakendatavad meetmed meditsiiniabist tihti tõhusamad (Owen jt, 2012). Raviga välditav suremus on Eestis kümne aastaga vähenenud 20% võrra (joonis 43), kuid on EL-i keskmisega võrreldes endiselt suhteliselt suur. EL-is on raviga välditav suremus keskmiselt 93 surma 100 000 inimese kohta, Eestis aga 136 (Eurostat, 2025b). Sagedasemad raviga välditavad

surma põhjused Eestis on südame isheemiatõbi, kõrgvererõhktõbi ja insult.

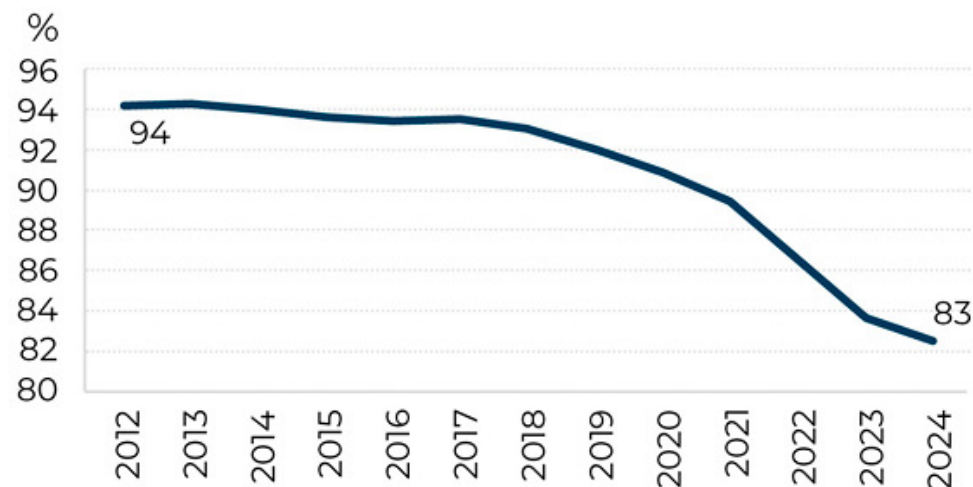


2.3.2. Vaktsineerimine

Paljude nakkushaiguste vastu saab end kaitsta vaktsineerimisega. Paraku on laste hõlmatus vaktsineeritusega olnud viimastel aastatel langustrendis (joonis 44), eriti viimase paari aasta jooksul. Soovituslik hõlmatus leetrite, mumpsu ja punetiste vastu vaktsineerimisel haiguse elimineerimiseks on 95%. Aastaks 2024 oli hõlmatus nende haiguste vastu Eesti kaheaastaste laste seas alla kriitilise piiri, olles esialgsetel andmetel 82,5% ning soovituslikku hõlmatust ei saavutanud mitte ükski maakond.

Difteeria ja teetanuse vastu vaktsineerimise soovituslik hõlmatus haiguse elimineerimiseks on 95% või enam ning läkakõha vastu vaktsineerimisega soovituslik hõlmatus on 90%. Ka nende haiguste vastu vaktsineerituse tase on langenud: 2024. aastal oli hõlmatus nende haiguste vastu vaktsineerimisel kaheaastaste laste seas samuti 82,5% ning soovituslikku hõlmatust ei saavutanud ükski maakond. Sealjuures erinevad muutused hõlmatuses olenevalt konkreetsest vaktsiinist. Hõlmatuse taastamiseks ja suurendamiseks on vaja suurendada elanikkonna teadlikkust ja

süsteemselt nõustada.

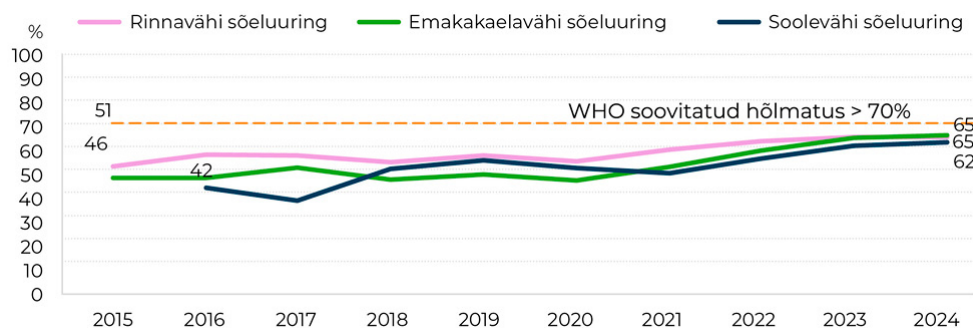


2.3.3. Vähi sõeluuringud

Ennetavate sõeluuringute eesmärk on teha kindlaks vähieelsed muutused, mille varajane avastamine ja ravi aitavad ära hoida vähi tekke. Nende peamine mõju avaldub vähihaigestumuse vähenemises. Sellesse rühma kuuluvad emakakaelavähi ja soolevähi sõeluuring. Varase avastamise sõeluuringute eesmärk on diagnoosida juba tekkinud pahaloormuline kasvaja võimalikult varases staadiumis, et saavutada tõhusa ja vähem kõrvaltoimeid põhjustava raviga paremad ravitulemused. Sõeluuringu mõju mõõdetakse peamiselt vähisuremuse vähenemise kaudu. Seda eesmärki täidab rinnavähi ja osaliselt ka soolevähi sõeluuring.

Üks suuremaid kitsaskohti sõeluuringute korraldamisel on olnud uuringule kutsutute vähene osalemine. Et sõeluuringud oleks kulutõhusad ja täidaksid rahvastiku vähihaigestumuse ja -suremuse vähendamise eesmärgi, peaks vähemalt 70% sõeluuringule kutsututest uuringus osalema. Eestis on kõigi sõeluuringute osalusmäär püsinud pikka aega alla soovitusliku taseme (joonis 45).

Aastal 2024 jäi vähi sõeluuringutel osalenute arv eelneva aastaga sarnasele tasemele: rinnavähi sõeluuringul osales 65% kutsututest, emakakaelavähi sõeluuringul 65% kutsututest ja soolevähi sõeluuringus 62% uuringule kutsututest (joonis 45). Maakonniti oli rinnavähi sõeluuringu osalusmäär kõrgeim Hiiu (74%), Saare (72%), Jõgeva (72%) ja Põlva maakonnas (71%). Emakakaelavähi sõeluuringus jõudsid 70% lähedale Saare (70%), Tartu (69%) ja Hiiu (69%) maakond. Soolevähi sõeluuringus ületas naiste osalusmäär 70% piiri üheksas maakonnas, meeste seas jäi osalusmäär sellest tasemest madalamaks kõigis maakondades.



Eestis toimub kolm riiklikku vähi sõeluuringuprogrammi: rinnavähi sõeluuring alates 2004. aastast, emakakaelavähi sõeluuring alates 2006.

aastast ja soolevähi sõeluuring alates 2016. aastast.

Rinnavähi sõeluuringule kutsutakse 50–74-aastaseid naisi iga kahe aasta tagant, emakakaelavähi sõeluuringule 30–65-aastaseid naisi iga viie aasta tagant ning soolevähi sõeluuringule 58–68-aastaseid mehi ja naisi iga kahe aasta tagant. Aastatel 2024 ja 2025 laiendati vähi sõeluuringute vanusepiire, tõstes rinnavähi sõeluuringu vanusepiiri 74. eluaastani ja alandades soolevähi sõeluuringu vanusepiiri 58. eluaastani.

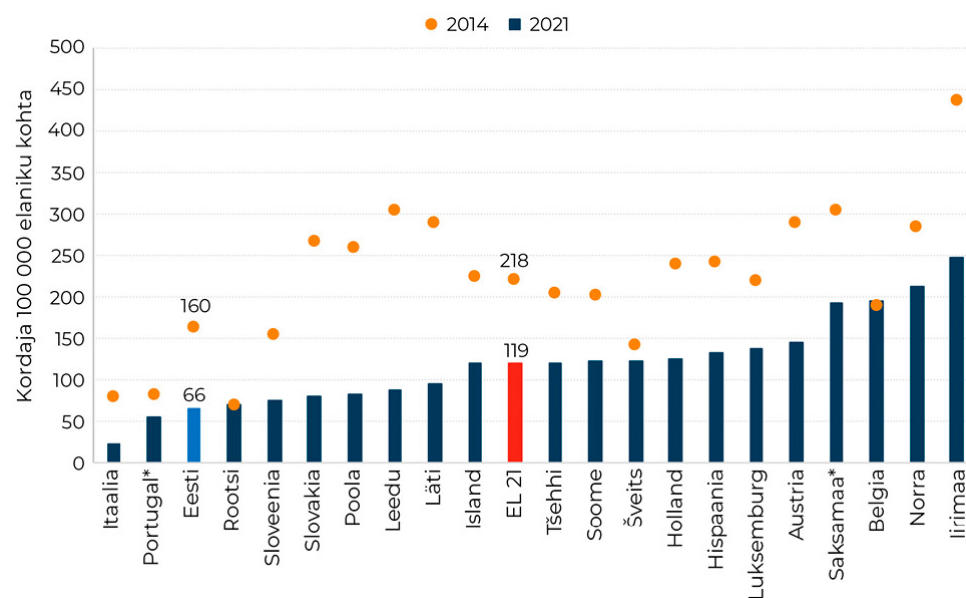
2.3.4. Esmatasandi välditavad hospitaliseerimised

Aastal 2024 täpsustati rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 (Sotsiaalministeerium, 2021a) kirjeldatud arengusuundade alusel tervishoiuteenuste kvaliteedijuhtimise süsteemi nõudeid, sh nõudeid regulaarselt korraldada enesehindamisi, nõudeid personali täienduskoolitustele ja tagada tervishoius inimkesksus. Kehtestati ka nõuded tervishoiuteenuse osutaja tegevusele patsiendiohutuse tagamisel. Samal ajal jõustus tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus.

Tervisekassa on koos perearstidega välja töötanud **perearsti kvaliteedisüsteemi**. Kvaliteedisüsteemi eesmärk on suunata arste aktiivselt tegelema haiguste ennetusega ja nakkushaiguste leviku tõkestamisega, efektiivsemalt jälgima kroonilise haigusega patsiente ning osutama laiapõhjalisemat tervishoiuteenust (Tervisekassa, c). Seiratavate krooniliste haigete sihtrühma kuuluvad teise tüübi diabeedi, kõrgvererõhktõve, südamelihase infarkti ja kodade virvendusarütmiaaga patsiendid, kelle uuringute, nõustamise või ravimite väljakirjutamise andmeid analüüsitakse ning arvestatakse tasustamisel.

Rahvusvaheliselt hinnatakse esmatasandi edukust astma, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse (KOK), südamepuudulikkuse ja diabeedi hospitaliseerimiste järgi, arvestades, et nende haigete sage haiglasse aktiivravile sattumine on tõenduspõhiselt esmatasandi ravikvaliteedi kehvema taseme näitaja. Hästi toimiv esmatasandi arstiabisüsteem võib vähendada astmahaigete, KOK-i, südamepuudulikkuse või diabeedi ägedat seisundit, vältides seega soovimatut ja kulukat haiglaravi (OECD, 2020).

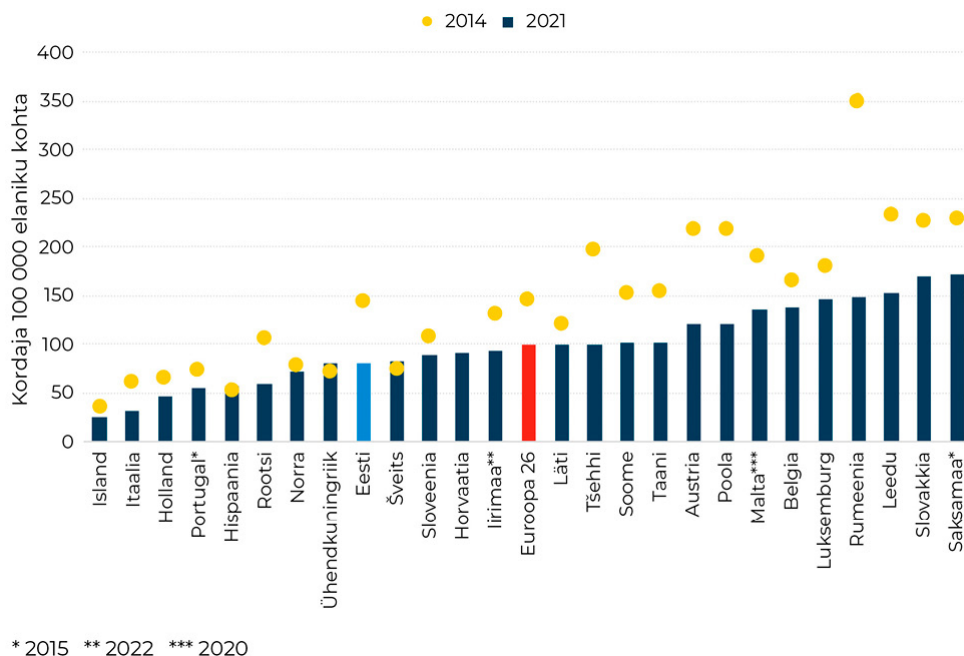
OECD riikide võrdluses (joonis 46) saab öelda, et Eesti patsiendid satuvad **astma ja KOK-iga** haiglaravile keskmisest harvem. Euroopa riikides (mis kuuluvad OECD-sse) hospitaliseeriti 2021. aastal keskmiselt 119 astma ja KOK-i haiget 100 000 elaniku kohta, kuid Eestis peaaegu poole vähem (66 hospitaliseeritud 100 000 elaniku kohta). Tulemusi võivad mõjutada erinevad tegurid haiguste levimusest (OECD/European Commission, 2024) nende registreerimiseni. Kuigi üldiselt on hospitaliseerimine krooniliste kopsuhaiguste tõttu vähenenud, on haiglaravipatsientide vähenemist seostatud ravi halvema kättesaadavusega COVID-19 ajal.



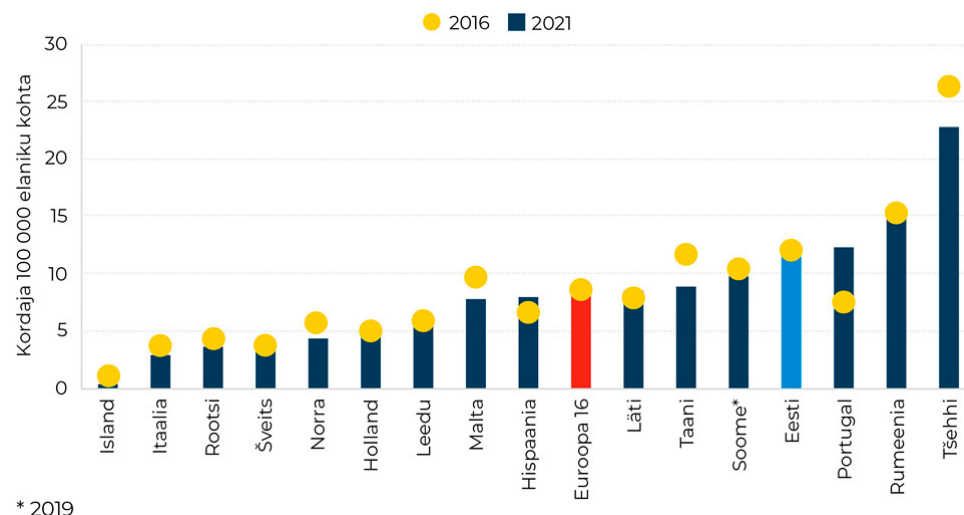
Diabeediravi tõhus juhtimine on rahvatervishoiu üks olulisematest ülesannetest. Diabeedist tingitud surmajuhtumite arv suureneb kogu maailmas endiselt ja ulatus 2024. aastal 3,4 miljonini. Aastaks 2050 prognoositakse diabeeti haigestumise märkimisväärt suurenemist (kuni 853 miljonit täiskasvanut), seetõttu on diabeedi ravi ja kontrolli all hoidmine riikide tervishoiusüsteemi, eelkõige just esmatasandi meditsiini, üks tähtsamaid ülesandeid (IDF, 2025).

Diabeedi ravi tähendab inimese jaoks kindlat enesejuhtimist ja raviplaani järgimist. Inimeste abistamisel raviplaani järgimisel on omakorda tähtis just esmatasandi arstiabi. Enamasti on võimalik vältida diabeedi tõttu haiglaravile sattumist. See aga tähendab tugevat ja kvaliteetset esmatasandi arstiabiteenust: regulaarne vereglükoosi mõõtmine, toitumise ja liikumise nõustamine, suitsetamisest loobumise nõustamine ja vererõhu taseme kontrollimine.

Kümme aastat tagasi oli Eestis 144 diabeedi tõttu hospitaliseeritud 100 000 inimese kohta, mis oli Euroopa 26 riigi keskmine, kuid aastal 2021 langes hospitaliseeritute arv 80 hospitaliseerituni 100 000 elaniku kohta (joonis 47). Viimane näitaja on Eestis OECD andmete kohaselt Euroopa riikide keskmisest (98 hospitaliseeritud 100 000 elaniku kohta) väiksem, sarnane tulemus on ka Ühendkuningriigil ja Sloveenial.



Rahvusvaheliselt võrreldakse diabeedi kontrolli all hoidmise ühe kvaliteedinäitajana diabeetikute **alajäseme amputatsioon**, s.t hüppeliigesest ülaltpoolt (OECD 2021). Eestis on diabeedi tõttu hospitaliseeritute arv vähenenud, kuid diabeedipatsientidel on alajäsemeid keskmisest rohkem amputeeritud ja aastate jooksul ei ole tulemused paranenud (joonis 48).



2.3.5. Teenuste lõimitus

Rahvastiku vananemine toob kaasa krooniliste haigustega inimeste arvu suurenemise. Tihti esineb eakatel mitu terviseprobleemi korraga, nad satuvad korduvalt haiglaravile ja vajavad erinevate spetsialistide abi. Ravi inimkeskseks, võrdseks ja sujuvaks muutmiseks, samal ajal kasutades olemasolevaid võimalusi efektiivselt, on üha olulisem lõimitud teenuste süsteem, mis aitaks terviseprobleemi hallata inimese kogu elukaare vältel.

Riigid katsetavad erinevaid lõimitud ravi- ja hooldusmudeleid, et toime tulla üha suurema arvu inimestega, kellel on keerukad tervisevajadused. Uuringud on näidanud, et kaugjälgimine ja -konsultatsioonid vähendavad näiteks südamepuudulikkusega inimeste suremust, haiglaravile sattumise riski ja parandavad nende inimeste elukvaliteeti. Samuti on leitud, et KOK-i põdevate patsientide kaugjälgimine vähendab raskete patsientide hospitaliseerimist ja kiirabikülastusi ning haigusseisundi

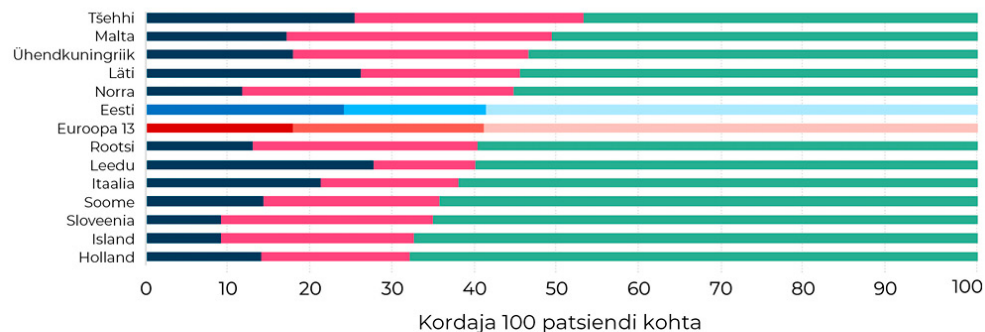
ägenemist (OECD, 2023b).

Uue lahendusena on Eestis tervisekassa eestvedamisel alustatud raviteekondade arendamist. Endoproteesimise ja insuldi raviteekonnad töötati välja 2024. aasta lõpuks. Aastal 2025 alustatakse kopsuvähi raviteekonnaga, sest see on valmis katsetamiseks ega vaja suuri IT-arendusi. Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel alustati 2024. aastal Eesti sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi integratsioonimudeli väljatöötamist. Eesmärk on osutada koordineeritud ja multidistsiplinaarset abi kahe või enama teenuseosutaja koostöös (tervishoius või sotsiaalsektoris). Rahvusvaheliseks võrdluseks on väljatöötatud haigla- ja ambulatoorse abi koostoime näitajad insuldi ja südamepuudulikkuse patsientide rehospitalseerimise, suremuse ja haiglaajärgse ravimite kasutamise kohta.

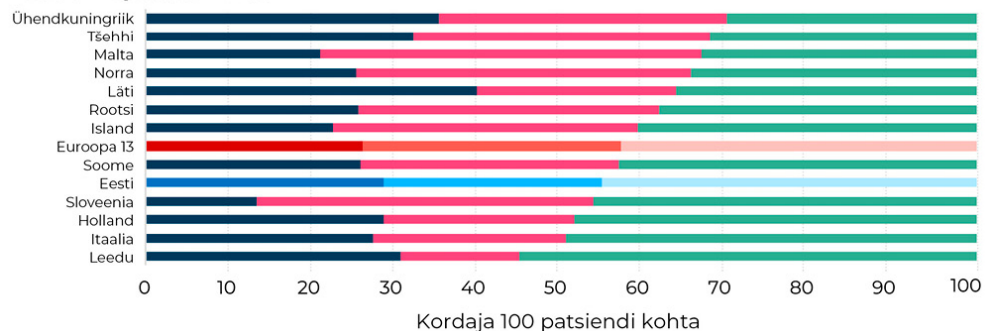
Uuri lisaks → [Raviteekondade arendamise kiirendiprogramm](#)

Euroopa 13 riigi esmase isheemilise insuldi hospitaliseeritute vajab aasta jooksul korduvat haigla aktiivravi või suri insuldi või muul põhjusel keskmiselt 40% patsientidest. Eestis oli see näitaja üsna sarnane: 41% (joonis 49). Aasta jooksul suri keskmiselt 17% patsientidest. Eestis oli olukord halvem: aastane suremus oli 24%. Euroopa riikide võrdluses on Eestis endiselt kõrge insuldi 30 päeva suremus (OECD/European Commission, 2024), mis tõestab vajadust jätkata insuldi raviteekondade mõõtmist ja vajaliku tegevuse rakendamist. Ligi 60% elus olevatest isheemilise insuldi patsientidest nii Euroopas keskmiselt kui ka Eestis said aasta jooksul hakkama haiglaravita.

Isheemiline insult



Südamepuudulikkus



Südamepuudulikkuse tõttu hospitaliseeritud patsientidest vajab Euroopa 13 riigi patsientidest aasta jooksul korduvat haiglaravi või suri südamepuudulikkuse või muul põhjusel keskmiselt 57% patsientidest, Eestis oli see näitaja veidi parem: 55%. Aasta jooksul suri keskmiselt 26% patsientidest. Eestis oli olukord halvem: aastane suremus oli 29%. Ligi 43–45% elus olevatest südamepuudulikkusega patsientidest nii Euroopas keskmiselt kui ka Eestis said aasta jooksul hakkama haiglaravita.

Need andmed näitavad, kui oluline on südamepuudulikkuse varajane diagnoosimine ja ravi, samuti pidev jälgimine ja toetamine pärast haiglast väljakirjutamist. Südamepuudulikkus on keeruline ja raske haigus, mis mõjutab paljusid inimesi. Selle ravi ja juhtimine vajab tervishoiusüsteemi ja patsientide tugevamat koostööd.

2.4. Pikaajaline Hooldus

Rahvastik vananeb sündimuse vähenemise ja oodatava eluea pikenemise tõttu. Prognooside kohaselt suureneb vähemalt 65-aastaste ehk vanemaealiste täiskasvanute osakaal EL-i rahvastikus 21%-lt (2023) 29%-le (2050) (OECD / European Commission, 2024). Sama trend on ka Eestis: 2023. aasta lõpus moodustasid vähemalt 65-aastased 20% rahvastikust ja nende osakaal suureneb EL-i keskmisega sarnases tempos. Eestis elas 2014. aasta alguses vähemalt 65-aastaseid inimesi 242 000, kuid 2024. aastaks juba 281 000. Samal ajal on vähemalt 85-aastaste osakaal selles vanuserühmas suurenenud 1,4 korda. See tähendab, et vähemalt 85-aastaste inimeste arv on 2024. aastaks suurenenud 27 000-lt 39 000-le (Statistikaamet, c).

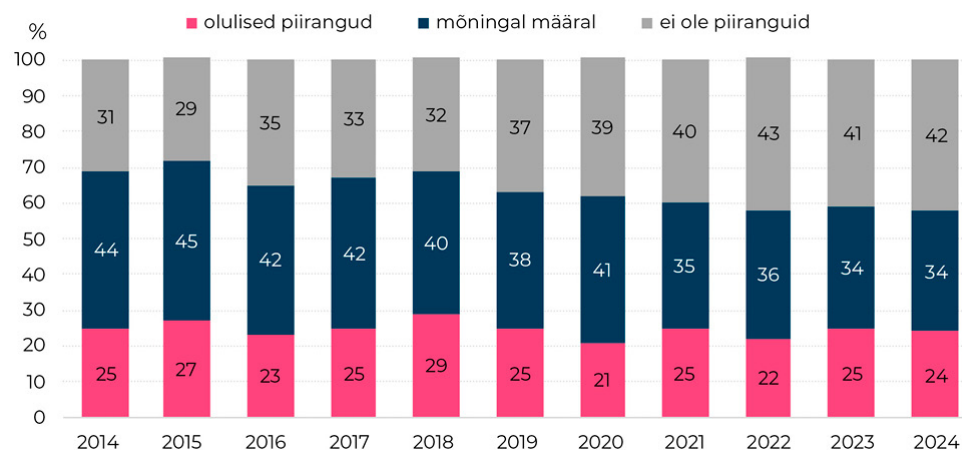
Rahvastiku vananemisega suureneb pikaajalise hoolduse teenuste vajadus. Need teenused hõlmavad erinevaid tervishoiu, isikuhoolduse ja sotsiaalteenuseid, mis aitavad ennetada tervise halvenemist, toetada igapäevast toimetulekut. Haiguste ja vigastuste ennetamine, krooniliste haiguste jälgimine, vaimse tervise toetamine ja inimeste võimestamine oma tervise eest hoolt kandma aitavad suurendada tervena elatud aastate arvu. See omakorda vähendab nii teenuste kui ka personalivajaduse koormust pikaajalise hoolduse ja tervishoiusüsteemis.

Tervisest tingitud igapäevategevuse pikaajalised piirangud viitavad toimetulekut toetavate teenuste vajadusele. Keskmise eluea kasvades on oluline, et lisanduvad aastad oleksid elatud hea tervise juures. Kui

esinevad probleemid, peaksid toetavad teenused olema kvaliteetsed, kättesaadavad ja asjakohased ning aitama vähendada perede hoolduskoormust. Koduteenuste eesmärk on toetada inimeste iseseisvat toimetulekut nii kaua kui võimalik enne ööpäevaste hooldusteenuste vajaduse tekkimist.

Aastal 2023 oli 65-aastastel meestel jäänud elada 16 ja naistel 21 aastat. Neist tervena elatud aastate arv oli meestel seitse ja naistel kaheksa aastat, ülejäänud aastad möödusid kergemate või raskemate tervisepiirangutega (Statistikaamet, d). Viimase (2021. aasta) rahvaloenduse andmete kohaselt (statistikaamet, e) esines vähemalt 65-aastastest inimestest 30%-l mõningaid piiranguid ja 24%-l olulisi piiranguid.

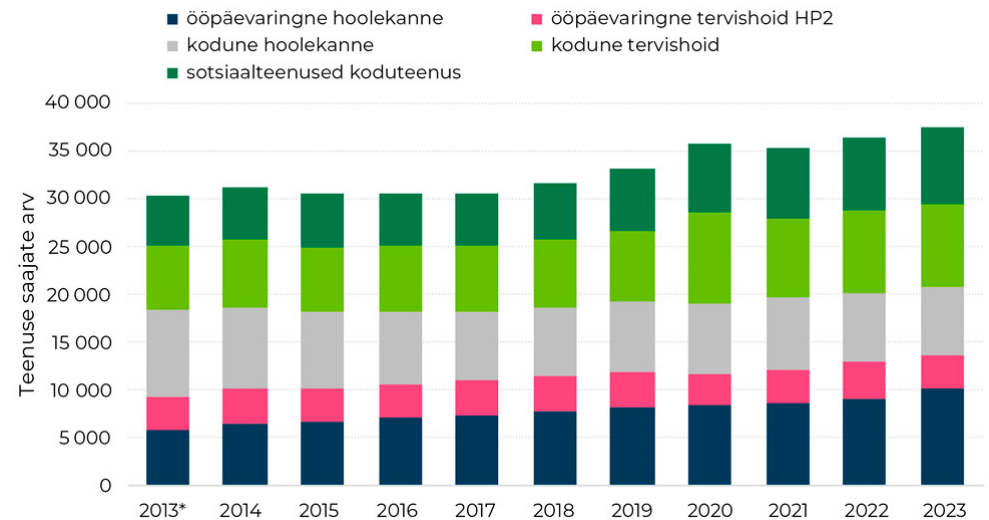
Tervisest tingitud pikaajalisi piiranguid ei olnud ligi 45%-l. See tähendab, et teiste inimeste abi vajas igapäevategevuses umbes 21 000 oluliste tervisepiirangutega meest ja 45 000 naist. Lisaks oli vähemalt sama palju inimesi, kes vajasisid abi mõne tegevuse korral, kuid mitte iga päev. Aastate jooksul on piiranguteta vanemaealiste osakaal suurenenud: 2015. aastal oli see 29%, kuid 2024. aastaks juba 42% (joonis 50).



Aastal 2023 sai **pikaajalise hoolduse statsionaarset teenust** ligikaudu 12 900 inimest ja koduteenust ligi 14 700 inimest. Ööpäevahooldust kasutas samal aastal ligi 15 200 inimest (joonis 51) (Kupper, 2024). Teenuseid saanud inimeste koguarvu ei saa nende arvude liitmisel täpselt määrata, sest inimesed võivad aasta jooksul liikuda ühelt teenuselt teisele, mitut teenust samal ajal tavaliselt ei kasutata. Teenuste statistika põhineb teenuse liikidel, mitte üksikisikute arvestusel.

Tervishoiuteenuseid osutab tervishoiusüsteem, sotsiaalteenuseid hoolekandesüsteem. Tervisekassa andmete alusel saab hinnata tervishoiuteenuseid saanud isikute arvu, kuid sotsiaalhoolekande teenuseid arvestatakse eraldi ja see võib erineda arvestusmeetodi poolest, näiteks peetakse osa teenuseid aasta jooksul saaduks, teisi aga arvestatakse aasta lõpu seisuga.

Inimeste teekond teenuste vahel võib olla mitmeastmeline, näiteks võib alustada koduteenuste kasutamisest (nt koduõde), seejärel liikuda statsionaarsesse ravi- või hooldusasutusse ja aasta lõpus viibida taas kodus või hooldekodus. Hinnanguliselt kasutab erinevaid pikaajalise hoolduse teenuseid umbes 60% vähemalt 65-aastastest inimestest, kellel on pikaajalised tervisepiirangud.



- *Pikaajalise hoolduse teenused hõlmavad tervishoiu, isikuhoolduse ja sotsiaalteenuseid, mis toetavad igapäevast toimetulekut ja ennetavad tervise halvenemist.*
- *Vähemalt 65-aastaste osakaal suureneb nii Eestis kui ka EL-is, mis tähendab pikaajalise hoolduse teenuste suuremat vajadust.*
- *Vanemaeliste seas on igapäevategevuse piirangud tervise tõttu tavalised, mistõttu on oluline osutada kvaliteetseid ja kättesaadavaid hooldusteenuseid, et vähendada perede hoolduskoormust.*