

Paragraafid

Lehekülje nr.

2.3. Tervishoiusüsteemi tõhusus

1

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 Maisonneuve 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 kaugemale 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 raviasutusi 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.

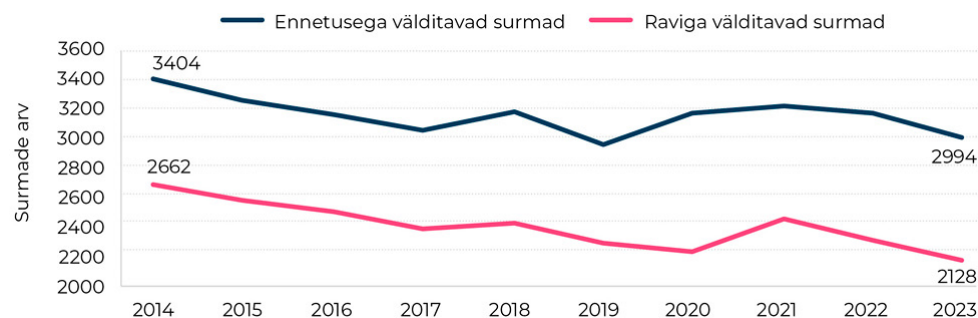
Terviseandmete tähtsust tervishoiusüsteemi toimivuse ja tulemuslikkuse parandamisel on teiste seas rõhutanud OECD ja maailma majandusfoorum (Moore ja Dias Guichot, 2024). Terviseandmete tõhus kasutamine võib viia paremate ravitulemusteni, optimeerida raviprotsesse ja vabastada piiratud ressursse. Usaldusväärsete 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 rahvatervishoius 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.

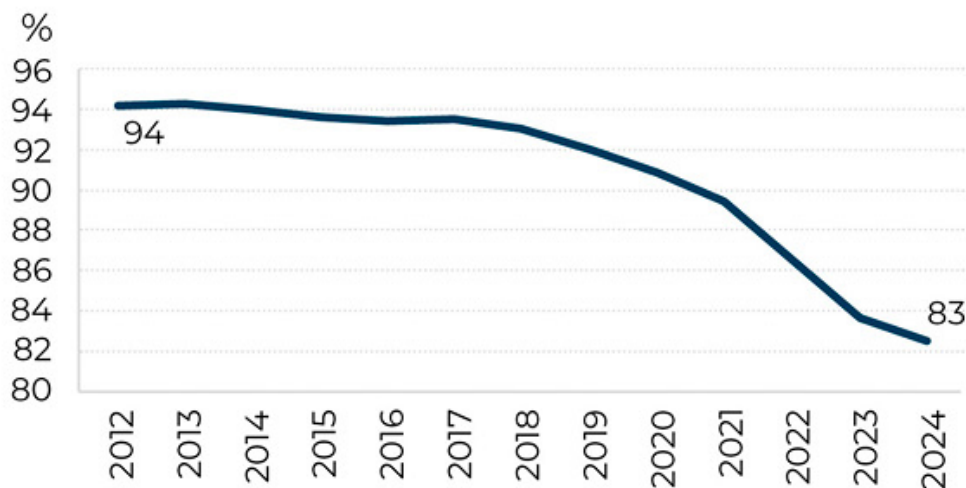


2.3.2. Vaktsineerimine

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 vaksineerimise soovituslik hõlmatus haiguse elimineerimiseks on 95% või enam ning läkaköha vastu vaksineerimisega soovituslik hõlmatus on 90%. Ka nende haiguste vastu vaksineerituse tase on langenud: 2024. aastal oli hõlmatus nende haiguste vastu vaksineerimisel kaheaastaste laste seas samuti 82,5% ning soovituslikku hõlmatust ei saavutanud ükski maakond. Sealjuures erinevad muutused hõlmatuses olenevalt konkreetsest vaktsiinist. Hõlmatus taastamiseks ja suurendamiseks on vaja suurendada elanikkonna teadlikkust ja süsteemselt nõustada.

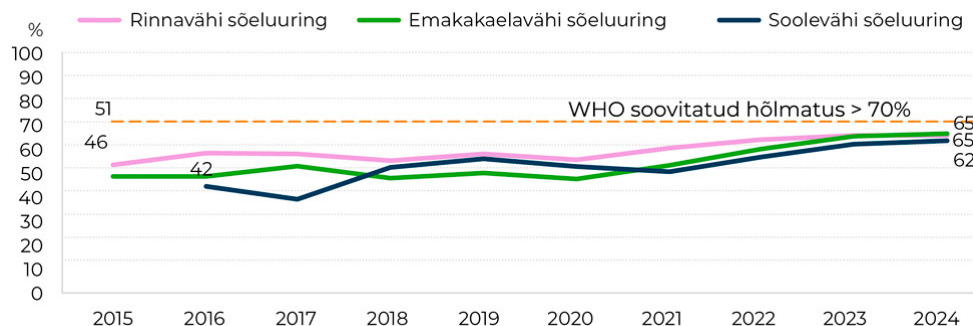


2.3.3. Vähi sõeluuringud

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 pahalooline 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 eesmärki, 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

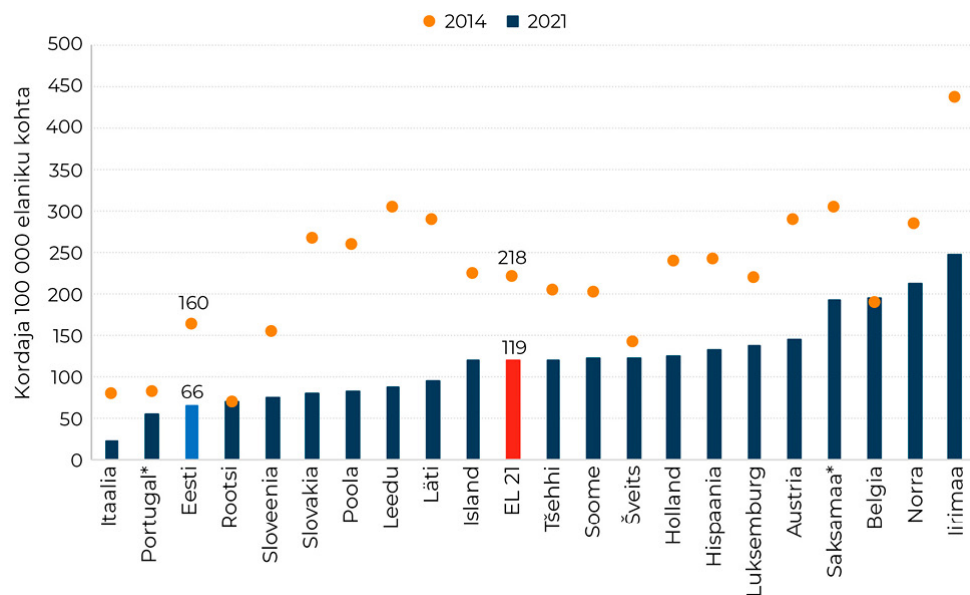
täienduskoolitustele ja tagada tervishoius inimkesksus. Kehtestati ka nõuded tervishoiuteenuse osutaja tegevusele patsiendiohutuse tagamisel. Samal ajal jõustus tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus.

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). Seirataivate 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.

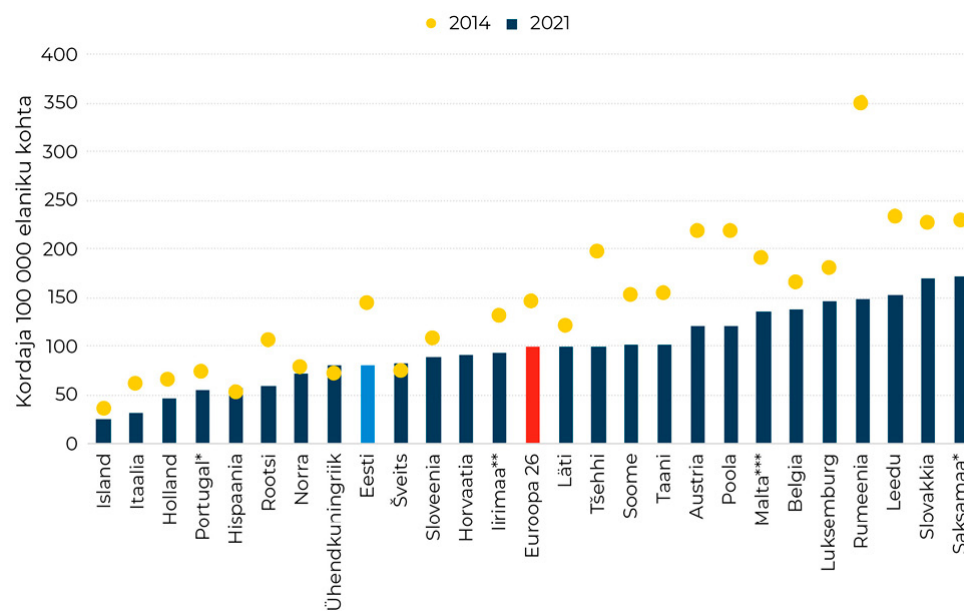


Diabeediravi tõhus juhtimine on rahvatervishoiu üks olulisematest ülesannetest. Diabeedist tingitud surmajuhtumite arv suureneb kogu maailmas endiselt ja ulatus 2024. aastal 3,4 miljonini. Aastaks 2050 prognoositakse diabeeti haigestumise märkimisväärset suurenemist (kuni 853 miljonit täiskasvanut), 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 arstiabi teenust: regulaarne vereglükoosi mõõtmine, toitumise ja liikumise nõustamine, suitsetamisest loobumise nõustamine ja vererõhu taseme kontrollimine.

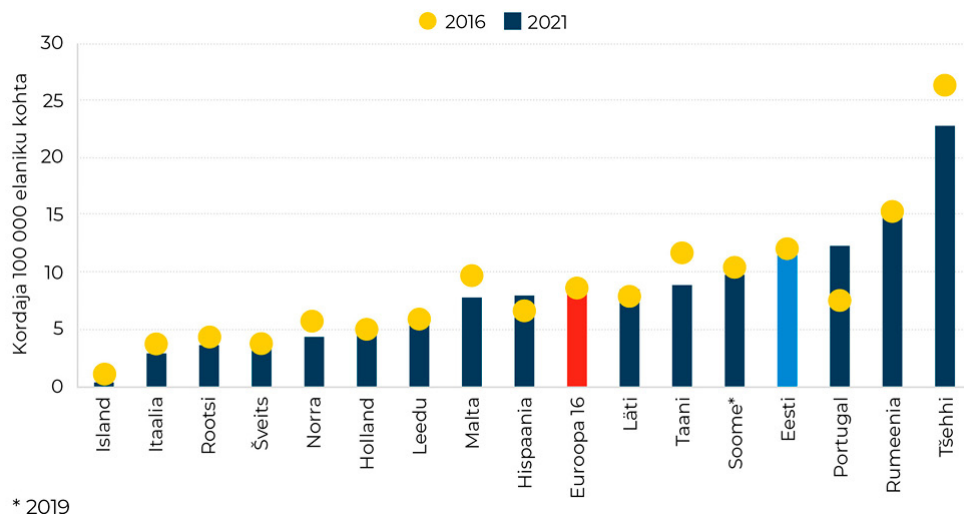
Kümme aastat tagasi oli Eestis 144 diabeedi tõttu hospitaliseeritud 100 000 inimese kohta, mis oli Euroopa 26 riigi keskmine, kuid aastal 2021 langes hospitaliseeritute arv 80 hospitaliseerituni 100 000 elaniku kohta (joonis 47). Viimane näitaja on Eestis OECD andmete kohaselt Euroopa riikide keskmisest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



* 2015 ** 2022 *** 2020

Rahvusvaheliselt võrreldakse diabeedi kontrolli all hoidmise ühe kvaliteedinäitajana diabeetikute **alajäseme amputatsioone**, 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).



näiteks südamepuudulikkusega inimeste suremust, haiglaravile sattumise riski ja parandavad nende inimeste elukvaliteeti. Samuti on leitud, et KOK-i põdevate patsientide kaugjälginine 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 rehospitaliseerimise, suremuse ja haiglajärgse ravimite kasutamise kohta.

2.3.5. Teenuste lõimitus

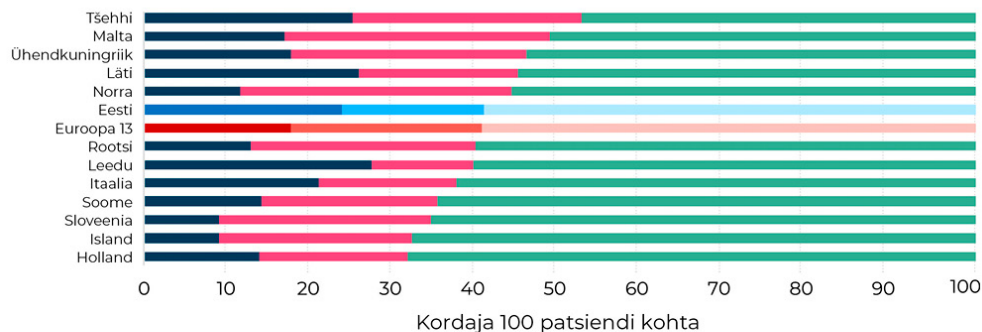
Rahvastiku vananemine toob kaasa krooniliste haigustega inimeste arvu suurenemise. Tihti esineb eakatel mitu terviseprobleemi korraga, nad satuvad korduvalt haiglaravile ja vajavad erinevate spetsialistide abi. Ravi inimkeskseks, võrdsemaks ja sujuvamaks muutmiseks, samal ajal kasutades olemasolevaid 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 kaugjälginine ja -konsultatsioonid vähendavad

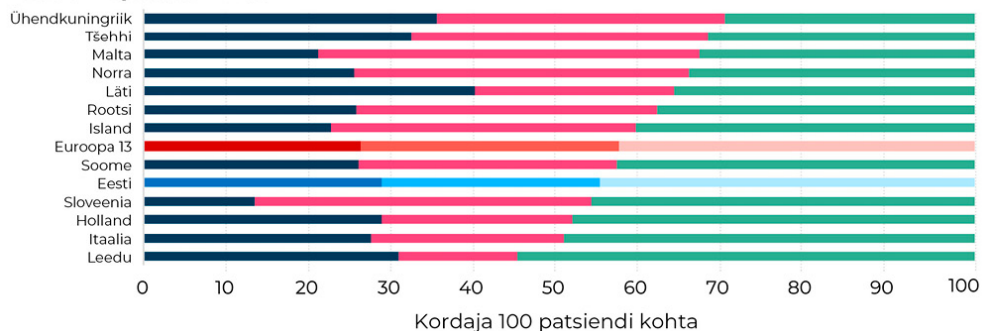
Uuri lisaks → [Raviteekondade arendamise kiirendiprogramm](#)

Euroopa 13 riigi esmase isheemilise insuldi hospitaliseeritute vajadust vähendada 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.