Tervise Arengu Instituut, Tervisekassa, Terviseamet, Ravimiamet,
Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus, Sotsiaalministeerium

Tervisesüsteemi toimivuse hindamine

Raport



Tallinn 2026

Tervise Arengu Instituut, Tervisekassa, Terviseamet, Ravimiamet,
Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus, Sotsiaalministeerium

Tervisesüsteemi toimivuse hindamine

Raport

Tallinn 2026

Küljendamine: Tervise Arengu Instituut

Väljaande kasutamisel viidata allikale. Soovitatav viide väljaandele:
Tervise Arengu Instituut. Eesti tervisesüsteemi toimivuse hindamine, 2026. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2026

ISBN 978-9949-461-95-0 (pdf)

Sisukord

Sissejuhatus **6**
Kokkuvõte **7**
Lühendid **11**
HSPA kujunemine, levik ja eesmärgid **12**
Eesti HSPA raamistik 12
Metoodika ja andmed **16**
Indikaatorite ja andmeallikate valik 16
Hindamise metoodika 17
Hindamise tulemused **19**
1 Indikaatorite valdkond – rahvastiku tervis **22**
1.1 Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel 23
1.2 Tervena elada jäänud aastad 65 aasta vanuses 25
1.3 Oodatav eluiga sünnihetkel 27
1.4 Oodatav eluiga 65 aasta vanuses 29
1.5 Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus 31
1.6 Oma tervist heaks hindavate vanemaealiste osatähtsus 32
2 Indikaatorite valdkond – tulemus **33**
Komponent – tervisetulemid **34**
2.1 Eluga rahulolu täiskasvanud elanikkonnas 34
2.2 Tervisekaotus 1000 elaniku kohta (DALY) 35
2.3 Vigastuste arv 100 000 elaniku kohta 36
2.4 Tahtlike enesekahjustamiste arv noorte hulgas 37
2.5 Uued HIV nakkuse juhud 100 000 elaniku kohta 38
2.6 Uued kroonilise ja ägeda C-hepatiidi juhud 100 000 elaniku kohta 39
2.7 Tuberkuloosi haigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta 40
2.8 Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta 41
2.9 Raviga välditav suremus 100 000 elaniku kohta 42
2.10 Suremus vigastuste tõttu 100 000 elaniku kohta 43
2.11 Suremus enesetappude tõttu 100 000 elaniku kohta 44
2.12 Suremus alkoholi tarvitamisega seotud haigustesse ja mürgistustesse 100 000 elaniku kohta 45
Komponent – tervist toetavad valikud **46**
2.13 Kehaline aktiivsus laste hulgas 46
2.14 Kehaline aktiivsus täiskasvanute hulgas 47
2.15 Laste ülekaalulisus ja rasvumus 48
2.16 Täiskasvanute ülekaalulisus ja rasvumus 49
2.17 Alkoholi tarvitamine laste hulgas 50
2.18 Absoluutse alkoholi tarvitamine vähemalt 15-aastaste elanike kohta 51
2.19 Igapäevaselt tubaka- või nikotiinitooteid tarvitavate täiskasvanute osatähtsus 52
2.20 Kodus tubakasuitsule eksponeeritud täiskasvanute osatähtsus 54
2.21 Narkootikumide üledoosist tingitud surmajuhtude arv 1 000 000 elaniku kohta 55
2.22 Juhupartneriga seksuaalvahekorras olles alati kondoomi kasutanud täiskasvanute osatähtsus 56
2.23 Indutseeritud abortide arv 1000 elussünni kohta 57
2.24 Teismeliste sünnitanute arv 1000 sama vana tüdruku kohta 58
2.25 Raseduse ajal suitsetanud sünnitanute osatähtsus 59

Komponent – tervist toetav keskkond ... **60**
2.26 Keskkonnast, sh töökeskkonnast tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arv 100 000 elaniku kohta ... 60
2.27 Kvaliteetse ühisveevärgi joogiveega varustatud tarbijate osatähtsus ... 61
2.28 Väga hea ja hea vee kvaliteediga supluskohtade osatähtsus ... 62
Komponent – teenuste kättesaadavus ... **63**
2.29 Katmata tervishoiuteenuste vajadus pikkade ooteaegade tõttu ... 63
2.30 Elanike rahulolu perearstiabi kättesaadavusega ... 64
2.31 Rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuste vajadus ... 65
2.32 Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus ... 66
Komponent – patsiendiohutus ja teenuste kvaliteet ... **67**
2.33 Kõhuõõne operatsioonijärgse sepsise esinemissagedus ... 67
2.34 Enesetappude arv haiglaravis ... 68
2.35 Välditavad hospitaliseerimised astma tõttu ... 69
2.36 Välditavad hospitaliseerimised diabeedi tõttu ... 70
2.37 Ägeda müokardiinfarkti tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva järgne suremus ... 71
2.38 Isheemilise insuldi tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva järgne suremus ... 72
2.39 Keisrilõigete osatähtsus esmassünnitajate üksiksünnituse korral ... 73
2.40 Vähipatsientide viie aasta suhteline elulemus ... 74
2.41 Kopsuvähi patsientide viie aasta suhteline elulemus ... 75
3 Indikaatorite valdkond – protsess ... **76**
Komponent – terviseharitus ... **77**
3.1 Emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär ... 77
3.2 Rinnavähi sõeluuringu osalusmäär ... 78
3.3 Jämesoolevähi sõeluuringu osalusmäär ... 79
3.4 Tüdrukute HPV vastase vaktsineerimisega hõlmatus ... 80
3.5 Poiste HPV vastase vaktsineerimisega hõlmatus ... 81
3.6 Hambaraviteenust kasutanud laste osatähtsus ... 82
3.7 Hambaraviteenust kasutanud täiskasvanute osatähtsus ... 83
3.8 Täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine ... 84
3.9 Tahteavalduse esitamine elundite, kudede või rakkude annetamiseks ... 85
Komponent – teenuste integreeritus ... **86**
3.10 Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist ägeda müokardiinfarkti tõttu ... 86
3.11 Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist insuldi tõttu ... 87
4 Indikaatorite valdkond – struktuur ... **88**
Komponent – tööjõud ... **89**
4.1 Arstide arv 1000 elaniku kohta ... 89
4.2 Psühhiaatrite arv 1000 elaniku kohta ... 90
4.3 Õdede arv 1000 elaniku kohta ... 91
4.4 Proviisorite arv 1000 elaniku kohta ... 92
4.5 Farmatseutide arv 1000 elaniku kohta ... 93
Komponent – rahastamine ... **94**
4.6 Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus SKTst ... 94
4.7 Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes ... 95
4.8 Leibkondade omaosalus ravimitele ... 96
4.9 Leibkondade omaosalus hambaravile ... 97
4.10 Leibkondade omaosalus pikaajalisele õendus- ja hooldusabile ... 98

Komponent – digitaliseerimine ... **99**
4.11 Terviseportaali kasutatavus elanikkonnas ja kasutajate rahulolu portaaliga ... 99
4.12 E-konsultatsiooni saatekirjade osatähtsus kõigist perearstide väljastatud saatekirjadest ... 100
4.13 Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse Teabekeskuse kasutatavus ja rahulolu Teabekeskusega ... 101
4.14 Tervise infosüsteemi teisese andmekasutaja andmepäringutele vastamiseks kulunud aeg ... 102
5 Indikaatorite valdkond – läbivad tegurid ... **103**
Komponent – võrdsus ... **104**
5.1 Tervena elada jäänud aastad maakondades ... 104
5.2 Oodatav eluiga maakondades ... 105
5.3 Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus maakondades ... 106
5.4 Ravikindlustusega kaetus ... 107
5.5 Katmata tervishoiuteenuste vajadusega elanike osatähtsus sissetuleku järgi ... 108
5.6 Oma tervist heaks hindavate inimeste osatähtsus sissetuleku järgi ... 109
5.7 Tervena elada jäänud aastad haridustaseme järgi ... 110
5.8 Oodatav eluiga haridustaseme järgi ... 111
5.9 Oma tervist heaks hindavate inimeste osatähtsus haridustaseme järgi ... 112
Komponent – tõhusus ... **113**
5.10 Pereõdede vastuvõttude osatähtsus perearstiabis ... 113
5.11 Aktiivravi voodihõive ... 114
5.12 Iseseisva statsionaarse õendusabi voodihõive ... 115
5.13 Keskmine haiglaravil viibimise aeg ... 116
5.14 Geneeriliste ravimite kasutamise osatähtsus ravimite kogumahust ... 117
Komponent – säilenõtkus ... **118**
5.15 55-aastaste ja vanemate töötavate perearstide osatähtsus ... 118
5.16 Laste vaktsineerimisega hõlmatus difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi, Haemophilus influenzae tüüp b (Hib) ja B-viirushepatiidi vastu ... 119
5.17 Laste vaktsineerimisega hõlmatus leetrite, mumpsi ja punetiste vastu ... 120
5.18 Laste revaktsineerimisega hõlmatus leetrite, mumpsi ja punetiste vastu ... 121
5.19 Vanemaealiste vaktsineerimisega hõlmatus hooajalise gripi vastu ... 122
Kasutatud kirjandus ... **123**

Sissejuhatus

Tervisesüsteemi toimivuse hindamine (ingl Health System Performance Assessment, HSPA) võimaldab hinnata, kuidas tervisesüsteem täidab oma strateegilisi eesmärke ning millised valdkonnad vajavad arendamist. Selleks vaadeldakse koos rahvastiku tervist, tervist mõjutavaid tegureid, teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti ning süsteemi toimimiseks vajalikke ressursse ja töökorraldust. Nende käsitlemine ühises raamistikus aitab mõista, millistes tervisesüsteemi osades on toimunud edasiminek ning kus püsivad takistused paremate tervisetulemuste saavutamisel.

Käesoleva raporti eesmärk on anda, Eesti HSPA raamistikule tuginedes, ülevaade Eesti tervisesüsteemi toimivusest valitud indikaatorite kaudu ning tuua esile tähelepanu vajavad arengusuunad ja kitsaskohad. Hindamise keskmes on rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärgid: oodatava eluea ja tervena elada jäänud aastate arvu suurenemine ning tervise ebavõrdsuse vähenemine. Raport on mõeldud toetama tervisepoliitika kujundamist, prioriteetide seadmist ja tervisesüsteemi arendamist.

Hindamisel kasutatakse valdavalt rahvastiku tervise arengukava ja selle programmide indikaatoreid, mida täiendavad e-tervise strateegia ja andmestrateegia seirenäitajad. Nii seotakse strateegiliste eesmärkide jälgimine tervisesüsteemi toimivuse hindamisega. Eesti HSPA raamistik koondab need näitajad viide valdkonda: rahvastiku tervis, tulemus, protsess, struktuur ja läbivad tegurid. Selline ülesehitus võimaldab käsitleda tervisenäitajate muutusi koos teenuste korralduse, ressursside ning võrdsuse, tõhususe ja säilenõtkuse indikaatoritega.

Raportis hinnatakse 92 indikaatorit. Hindamisel vaadeldakse näitajate muutust ajas, kaugust seatud sihttasemest ning andmete olemasolul Eesti positsiooni rahvusvahelises võrdluses. Vaatlusperiood algab üldjuhul 2015. aastast ja ulatub viimase kättesaadava andmeaastani. Indikaatorite valikut, andmeallikaid ja hindamiskriteeriume kirjeldatakse metoodikapeatükis.

Tervisesüsteemi hindamine hõlmab nii haiguste ennetamist, tervisekäitumist ja tervist toetavat keskkonda kui ka tervishoiusüsteemi. Rahvastiku tervist mõjutavad ühtlasi sotsiaalsed ja majanduslikud tingimused ning teiste poliitikavaldkondade otsused. Seetõttu tuleb tulemusi tõlgendada nende mõjurite koosmõjus. Indikaatorite põhjal saab tuvastada muutusi ja tähelepanu vajavaid valdkondi, mida saab järgmistes etappides vaadata koosmõjus.

Eesti HSPA raamistik koosneb ligi 300 indikaatorist, mistõttu hõlmab käesolev hindamine vaid osa raamistiku indikaatoritest ning selle järeldused lähtuvad valitud näitajatest ja kättesaadavatest andmetest. Kõik tervisesüsteemi toimivuse aspektid ei ole seetõttu kaetud võrdse põhjalikkusega. Tulemused annavad lähtekoha nii parendusvajaduste täpsustamiseks kui ka edasise seire ja hindamise arendamiseks.

Kokkuvõte

Tervisesüsteemide toimivuse hindamine (Health System Performance Assessment, HSPA) on kujunemas tervishoiupoliitika ja -juhtimise keskseks tööriistaks paljudes riikides. Selle eesmärk on hinnata tervisesüsteemi võimet parandada ja toetada rahvastiku tervist, vastata inimeste vajadustele ja ootustele ning pakkuda teenuseid tõhusal, võrdsel ja kestlikul viisil.

Käesolev hinnang vaatleb Eesti tervisesüsteemi toimimist HSPA raamistikus välja töötatud indikaatorite kaudu. Raportis hinnatakse süsteemi viie valdkonna – rahvastiku tervis, tulemus, protsess, struktuur ja läbivad tegurid – kaudu.

Hindamise põhjal võib Eesti tervisesüsteemi toimivust pidada mõõdukalt heaks, kuid mitmes aspektis ebaühtlaseks. Süsteem on olnud edukas haiguste ravis ja ravitulemuste parandamises, kuid vähem edukas rahvastiku tervise hoidmisel, tervisekahju ennetamisel ning tervisealase ebavõrdsuse vähendamisel.

Tervisesüsteemi peamised tugevused

Eesti rahvastiku **terviseseisund** on viimastel kümnenditel üldjoontes paranenud. Suurenenud on nii oodatav eluiga sünnihetkel kui tervena elada jäänud aastad, mis viitab nii suremuse kui haigestumise vähenemisele paljudes vanuse-ja haigusrühmades. Oluline positiivne areng on olnud ravivajavate vigastusjuhtumite vähendamises, mis peegeldab pikaajalise valdkondadeülese ennetustöö mõju.

Eriti positiivne on olnud areng naiste tervises. Naiste oodatav eluiga on sarnane Euroopa keskmise oodatava elueaga, samuti elavad naised kauem tervena. Viimaste aastate jooksul on märkimisväärselt suurenenud inimeste osalemine oma tervist toetavates tegevustes, sealhulgas osalemine enam vähisõeluuringutes ning suurenenud on hambaraviteenuseid kasutanud laste osatähtsus.

Positiivsete arengute hulka kuuluvad ka **laste ja noorte** vähenenud alkoholi ja tubaka tarvitamine, samuti on pikaajalise teavitustöö tulemusel vähenenud teismeliste sünnitajate arv. Need muutused viitavad, et ennetus- ja tervisedenduse meetmetel on olnud mõju vähemalt osas rahvastikurühmades.

Eesti tervishoiusüsteemi üheks oluliseks tugevuseks on head **ravitulemused**. Mitmete haiguste ravikvaliteet on rahvusvahelises võrdluses heal tasemel ning raviga välditava suremuse vähenemine näitab, et tervishoiuteenuste tõhusus ravietapis on paranenud ning süsteem suudab ära hoida osa enneaegseid surmasid.

Ka tervishoiuteenustega rahulolu on üldiselt kõrge, peaasjalikult nende seas, kes on teenuseid kasutanud. Eriti positiivseks hinnatakse esmatasandi arstiabi ja haiglaravi kvaliteeti. See viitab, et inimesed peavad tervishoiusüsteemi professionaalseks ja usaldusväärseks, eriti olukordades, kus ravi on vajalik.

Märkimisväärselt on arenenud esmatasandi arstiabi. Esmatasandi arstiabil on tervise hoidmisel oluline roll, sest see võimaldab haigusi avastada varakult ning kroonilisi haigusi jälgida ja ravida järjepidevalt. Olulise panuse perearstiabi tõhusamaks muutmisel on andnud pereõdede rolli ning vastutuse suurenemine nii haiguste ennetamises kui krooniliste haiguste jälgimisel. Samuti on tervishoiusüsteemi tõhusust suurendanud digilahenduste kasutusele võtmine, sealhulgas e-konsultatsioonide tegemine ja elektroonilised terviseandmed, mis parandavad teabe liikumist ning toetavad tervishoiutöötajate koostööd.

Peamised probleemid ja arenguvajadused

Hoolimata positiivsetest arengutest iseloomustab Eesti rahvastiku tervist jätkuvalt **tervisealane ebavõrdsus.** Erinevused ilmnevad nii soo, haridustaseme, sissetuleku kui elukoha piirkonna järgi.

Kõige silmatorkavamad on meeste ja naiste tervise erinevused. Meeste oodatav eluiga on küll viimase kümnendi jooksul suurenenud, kuid jääb endiselt märkimisväärselt alla nii Eesti naiste kui ka Euroopa meeste keskmisele. Meeste peamisteks tervisekao põhjusteks on südame-veresoonkonna haigused, vigastused ning alkoholiga seotud haigused ja surmad.

Samuti püsivad väga suured erinevused erineva haridustasemega inimeste vahel. Madalama haridustasemega inimesed elavad tervena ligikaudu kümme aastat vähem kui kõrgema haridustasemega inimesed. Nende tervisekäitumises esineb enam riskikäitumist ja vähem tervishoidvat käitumist, sealhulgas sõeluuringutel osalemine. Sarnased erinevused avalduvad ka sissetulekurühmade vahel ning kajastavad laiemaid ühiskondlikke ebavõrdsusi.

Piirkondlikud erinevused on küll mõnevõrra vähenenud, kuid probleemid püsivad eelkõige Ida-Viru, Lääne-Viru, Jõgeva, Valga ja Põlva maakonnas, kus oodatav eluiga on jätkuvalt riigi keskmisest madalam.

Kuigi inimesed elavad kauem, veedavad nad suure osa oma elust tervisepiirangutega. Kroonilised haigused, pikaajalised terviseprobleemid ning vigastuste tagajärjed vähendavad elukvaliteeti ning suurendavad samaaegselt nii tervishoiu- kui ka pikaajalise hooldussüsteemi koormust. Seetõttu ei väljendu eluea pikenemine täiel määral tervena elatud aastate suurenemises.

Tervisekäitumisega seotud probleemid mõjutavad jätkuvalt oluliselt rahvastiku tervist. Hindamine näitab, et haridusel, sissetulekul, tööhõivel, elukeskkonnal ja tervisekäitumisel on Eestis väga tugev mõju tervisenäitajatele. Suur osa haiguskoormusest ja enneaegsest suremusest on seotud riskikäitumisega, sealhulgas alkoholi riskitarvitamise, suitsetamise, muude nikotiinitoodete kasutamise, vähese kehalise aktiivsuse ning tasakaalustamata toitumisega. Praegune tervisesüsteem keskendub endiselt rohkem tekkinud haiguste ravile kui tervisekahju ärahoidmisele.

Alkoholitarbimine püsib kõrgel tasemel ning selle mõju avaldub nii haiguskoormuses, suremuses kui ka tööealise elanikkonna tervises. Samal ajal **suureneb ülekaalulisuse ja rasvumise** levik nii täiskasvanute kui laste seas, suurendades krooniliste haiguste tekkimise riski tulevikus. Senised poliitikameetmed ei ole olnud piisavad tervist toetavate valikute soodustamiseks.

Oluliseks probleemiks peavad inimesed **tervishoiuteenuste kättesaadavust**. Kuigi süsteem tagab teenustele formaalselt suhteliselt hea juurdepääsu, ei ole tegelik kättesaadavus elanike rühmade vahel ühtlane. Pikad järjekorrad eriarstiabis ja mõnede diagnostiliste uuringute puhul põhjustavad katmata ravivajadust ning mõjutavad ebaproportsionaalselt enam neid inimesi (sh noored, puudega inimesed, madalama sissetulekuga pered), kellel on vähem ressursse alternatiivsete võimaluste kasutamiseks.

Eriti teravad on probleemid vaimse tervise teenuste valdkonnas, kus vajadus teenuste järele on kasvanud kiiremini (eriti noortel) kui süsteemi suutlikkus neile vajadustele vastata. Vaimse tervise spetsialistide nappus ning pikad ooteajad vähendavad süsteemi reageerimisvõimet ning kaotajaks jääb peamiselt noor inimene, kes ei saa õigel hetkel vajalikku abi.

Takistused teenuste kättesaadavusel ei ole ainult geograafilised ega rahalised. Probleeme võib esineda ka füüsilise ligipääsu osas ning digitaalsete teenuste kasutamisel, eriti puuetega inimeste ja vähenenud kognitiivse võimekusega inimeste puhul.

Lisaks mõjutavad teenuste kasutamist regionaalsed erinevused tervishoiutöötajate paiknemises ja teenuste kättesaadavuses. Tervishoiutöötajate kõrge keskmine vanus tähendab, et lähiaastatel võib süveneda tööjõupuudus, mis omakorda võib mõjutada nii teenuste kättesaadavust kui ka kvaliteeti.

Kuigi mitmed ravitulemused on head, esineb näiteks südame-veresoonkonna haigustega patsientide haiglajärgses jälgimises ja ravis endiselt puudujääke. Need tulenevad suuresti ebapiisavast infovahetusest ja teavitussüsteemidest eri ravitasandite vahel, mistõttu on järelravi ja vajalike teenuste järjepidevus pärast haiglaravi ebaühtlane, vähendades seeläbi ravitulemuste püsivust. Killustatud on olnud seni ka patsiendiohutuse ja ravikvaliteedi mõõtmine ning seire. Ravikvaliteeti hinnatakse sageli kliiniliste näitajate põhjal ja vähem tähelepanu pööratakse patsiendikogemusele, raviprotsesside kvaliteedile ja pikaajalistele tulemustele. Selline lähenemine on aastaid piiranud võimalusi süsteemselt suunata kvaliteediparendusi ning tugevdada avalikku aruandlust ka teenuste ohutuse osas. 2025. aastal loodud patsiendiohujuhtumite andmekogu loob paremad eeldused tervishoiukvaliteedi ja -ohutuse süstemaatiliseks juhtimiseks, kuid selle mõju kujuneb alles järgnevatel aastatel.

Rahastamise valdkonnas ilmneb vastuolu elanike tajutud kogemuse ja süsteemi tegelike näitajate vahel. Olgugi, et avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus SKTst on suurenenud, on Eesti riigi panus tervisevaldkonna rahastamisesse üks väiksemaid kogu Euroopas. Samuti ei taju Inimesed sageli, et tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltub nende rahalistest võimalustest, samas kuuluvad Eesti leibkondade omaosaluskulud Euroopa kõrgeimate hulka.

Kõrged kulud ravimitele, hambaravile ja pikaajalisele hooldusele mõjutavad eelkõige väiksema sissetulekuga inimesi ning krooniliste haigustega patsiente. Samas tuleb omaosaluse struktuuri tõlgendamisel arvestada, et erinevate riikide tervisesüsteemid jagavad kulukoormust elanike ja riigi vahel erinevalt. Eestis on täiskasvanute hambaravi suuresti inimese enda rahastada, samas kui mitmes teises riigis võib suurem omaosalus langeda ambulatoorse ravi, ravimite või haiglaravi teenuste kasutamisele.

Rahvusvahelises võrdluses on Eesti ravikindlustuskatvus olnud aastaid üks väiksemaid. Kuna ravikindlustuskaitse on Eestis automaatselt tagatud lastele ja pensionäridele, võib ravikindlustuskaitse puudumine tööealise elanikkonna seas suurendada riski tervishoiuteenuste kasutamise edasilükkamiseks või tervishoiukuludega seotud rahaliseks koormuseks.

Kuigi Eesti tervishoiu rahastamine põhineb solidaarsetel põhimõtetel, ei toimi süsteem praegu piisavalt tõhusa mehhanismina tervisealase ebavõrdsuse vähendamisel. Vajalikud on täiendavad lahendused, mis aitaksid tagada õiglasema kulukoormuse ning vähendada rahalisi tõkkeid tervishoiuteenuste kasutamisel.

Tulevikuprioriteedid

Eesti tervishoiusüsteem on võrdlemisi edukas ravitulemustes, kuid rahvastiku tervis, tervisealane võrdsus ja teenuste kättesaadavus ei parane samas tempos. Seetõttu peaksid järgmiste aastate prioriteedid keskenduma eelkõige nendele valdkondadele, kus tervisekao algpõhjuseid on võimalik ennetada enne tervishoiusüsteemi sekkumise vajadust, et vältida terviseprobleemide süvenemist ja vähendada vajadust kõrgema tasandi ja kulukamate tervishoiuteenuste järele.

1. Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine

Tulevikus peaks tervisepoliitika liikuma senisest enam universaalsetelt lahendustelt sihitud sekkumiste suunas. Seda juba osaliselt tehakse, kuid ennetuse ja sekkumiste valdkonda on vaja enam nii poliitilist prioriteetsust kui ka ressursse.

Olgugi, et Eestis on universaalne ravikindlustus, on ravikindlustamata ligi kuus protsenti elanikest. Selline olukord suurendab ebavõrdsust ja pärsib vajalike teenuste õigeaegset kasutamist. Kuna suurim tervisekadu koondub teatud elanike rühmadesse, tuleb ressursse enam suunata sinna, kus probleemid on kõige ulatuslikumad. See eeldab sihipäraseid teadlikke meetmeid näiteks meeste tervise parandamiseks, madalama haridustasemega elanike tervisekäitumise kujundamiseks ning piirkondlike arenguerinevuste vähendamiseks.

Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine on oluline mitte ainult sotsiaalse õigluse seisukohalt, vaid seda tervem ja jätkusuutlikum on kogu ühiskond. Mistõttu tuleb ebavõrdsuse vähendamist käsitleda ühe keskse strateegilise eesmärgina kogu tervise-, haridus- ja sotsiaalpoliitikas.

Meeste tervise parandamine peab olema üks Eesti rahvatervise peamisi prioriteete, kuna meeste oodatav eluiga on jätkuvalt oluliselt lühem kui naistel ning suur osa enneaegsetest surmadest on seotud välditavate riskiteguritega. Meeste suurem haigestumus ja suremus südame-veresoonkonna haigustesse, vigastustesse ning alkoholist tingitud tervisekahjudesse viitavad vajadusele pöörata senisest rohkem tähelepanu terviseriskide ennetamisele kogu elukaare vältel. Samuti on oluline parandada meeste terviseteadlikkust ja valmisolekut tervisemurede korral abi otsida.

Olulist tähelepanu vajab meeste jõudmine ennetavate terviseteenusteni, sest võrreldes naistega kasutavad mehed harvem võimalust osaleda nii sõeluuringutel kui tervisekontrollides ning pöörduvad sageli arsti poole alles siis, kui haigus on juba kaugemale arenenud. Seetõttu tuleb tulevikus senisest sihipärasemalt arendada meestele suunatud ennetustegevusi, tugevdada töötervishoiu rolli tervisekahjude minimeerimisel ning kasutada senisest enam sihtrühmapõhiseid lähenemisi, mis arvestavad erinevas vanuses ja erineva sotsiaal-majandusliku taustaga meeste vajadusi.

Meeste tervise parandamine on oluline mitte ainult tervise-, vaid ka sotsiaal- ja majanduspoliitiline eesmärk. Tervemad mehed osalevad kauem tööturul, vajavad vähem tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid ning panustavad rohkem ühiskonna arengusse. Nii on võimalik vähendada tervisealast ebavõrdsust ning suurendada nii oodatavat eluiga kui ka tervena elatud aastaid.

2. Haiguste ennetamise ja tervisedenduse tugevdamine

Hindamine rõhutab, et Eesti tervisesüsteem on olnud edukam haiguste ravimisel kui nende ennetamisel. Suur osa haiguskoormusest ja enneaegsest suremusest on seotud riskikäitumisega, sealhulgas alkoholi tarvitamise, suitsetamise, teiste nikotiinitoodete kasutamise, vähese kehalise aktiivsuse ja ebatervisliku toitumisega. Samal ajal suureneb ülekaalulisuse ja rasvumise levimus nii täiskasvanute kui ka laste seas.

Seetõttu on vajalik muuta tervisesüsteemi fookus jõulisemalt haiguste tagajärgedega tegelemiselt tervisekahju ennetamisele. Kui praegu kulub väga suur osa ressurssidest juba tekkinud haiguste ravile, siis tulevikus peab suurema tähelepanu saama võimaliku tervisekahju ennetamine. Kõige suuremat mõju rahvastiku tervisele ei anna sageli mitte uued ravimeetodid, vaid riskitegurite vähendamine enne haiguse kujunemist.

Kindlasti peab olema ennetuspoliitika valdkondadeülene ehk **tervis igas poliitikas.** Tervisekäitumist mõjutavad haridus, töötingimused, elukeskkond, toiduvalikuid kujundav keskkond, igapäevased liikumisvõimalused ja sotsiaalne turvalisus. Inimeste tervisekäitumise parandamine ei ole üksnes tervishoiusüsteemi ülesanne.

Sageli tegeleb tervishoiusüsteem hoopis teiste valdkondade puudujääkide tagajärgedega. Selleks võivad olla haridussüsteemi ebapiisav võime toetada tervislike valikute kujunemist. Kuigi alkoholi ja tubaka tarvitamine on lastel ja noortel vähenenud, suurenevad nii vaimse tervise probleemid kui ülekaalulisuse levimus. Kuna tervisekäitumise mustrid kujunevad välja juba lapsepõlves, on oluline investeerida tervisekäitumise muutmisesse juba lapseeas, sest see **annab suurima pikaajalise mõju**, vähendades nii tulevast krooniliste haiguste koormust kui tervishoiukulusid.

Tervislike valikute tegemisel on järjest enam olulised otsused, mille teevad kohalikud omavalitsuses seoses taristu planeerimisel ja välja ehitamisel. See mõjutab otseselt, kui palju on inimestel võimalus loomulikule kehaliselt aktiivselt liikuda, tehes seda puhtas ja vähese müraga keskkonnas. Kõik need tegurid mõjutavad otseselt nii laste kui ka täiskasvanute nii füüsilist kui vaimset heaolu.

Selle asemel, et disainida uusi vaimse tervise abi teenuseid, on vaja luua linnaline keskkond, kus on palju rohealasid, vähe autosid ning rohkelt välisõhus ajaveetmise ruumi, ilma et see kahjustaks tervist. Kuna vajadus vaimse tervise teenuste järele on kiirelt suurenenud, tuleb aru saada nende algpõhjustest. Kui tegeleda vaid tagajärgede likvideerimisega, ei loo me tervema ühiskonda.

Tulevikus peab vaimse tervise valdkond liikuma kriisikeskselt mudelilt varajase märkamise ja varajase sekkumise mudeli poole. Mida varem probleemiga tegeleda, seda väiksem on hilisem vajadus kuluka ravi, töövõimetushüvitiste või sotsiaalteenuste järele. Seetõttu oluline on arendada kogukonnapõhiseid ennetavaid vaimse tervise teenuseid ja programme. Paljud probleemid saavad alguse perekonnast, koolist, mistõttu on vaja lahenduste leidmisega tegeleda probleemi algpõhjuse juures. Toimivad sekkumised luuakse tihti projektipõhise rahastusega, mis ei ole aga jätkusuutlik lahendus.
Vaimse tervise tugevdamine on ei ole ainult tervisevaldkonna küsimus. Sellel on otsene mõju haridusele, tööturule, sotsiaalsele sidususele ja majandusele, mistõttu vajab ennetus selgelt keskset lähenemist nii prioriteetide seadmisel kui rahastamisel.

3. Teenuste kättesaadavuse ja rahastamise õiglasemaks muutmine

Kuigi Eesti tervishoiusüsteemi kvaliteeti hinnatakse kõrgelt, peavad inimesed oluliseks probleemiks teenuste kättesaadavust. Pikad järjekorrad eriarstiabis ja diagnostikas põhjustavad olukordi, kus vajalik ravi viibib või jääb saamata. Eriti mõjutab see noori, puudega inimesi ja väiksema sissetulekuga elanikkonda.

Probleemi on süvendamas tervishoiutöötajate vananemine, mis võib tähendab, et lähiaastatel võib tööjõupuudus veelgi suureneda. Samal ajal suureneb elanikkonna vananemise tõttu nõudlus tervishoiuteenuste järele. Seetõttu on oluline tervisemuresid ja haigusi ennetada. Tugevdada perearstiabi rolli, õdede rolli üldiselt ning arendada digiteenuseid ja -lahendusi, mis toovad otsest kasu inimestele.

Kättesaadavuse parandamine ei tähenda ainult järjekordade vähendamist. Samuti tuleb tagada, et teenused oleksid ligipääsetavad puudega inimestele, eakatele ja neile, kellel on raskusi digilahenduste kasutamisega. Tuleviku tervishoiusüsteem peab olema üheaegselt nii kvaliteetne kui ka kõigile elanike rühmadele kättesaadav.

4. Inimkeskse ja integreeritud teenusekorralduse arendamine

Hindamine kirjeldab mitmeid probleeme, mis on seotud ravi järjepidevuse ja süsteemi killustatusega. Puudujäägid ilmnevad eelkõige patsientide haiglajärgses jälgimises, mida takistavad ebapiisav infovahetus ja puudulik koostöö eri ravitasandite vahel. Samuti on olnud killustatud patsiendiohutuse ja ravikvaliteedi seire ning hindamine, mistõttu on tervishoiusüsteemi arendamiseks vajaliku tervikliku ülevaate kujundamine olnud keeruline.

Hästi toimiv tervishoiusüsteem lähtub inimesest kogu raviteekonna vältel, alates haiguste ennetamisest kuni järelravi ja taastumiseni. Häid tervisetulemusi ei määra üksnes ravi kvaliteet, vaid ka teenuste integreeritus ning sujuv liikumine eri ravitasandite vahel. Olulist potentsiaali pakuvad seejuures juba olemasolevad digilahendused, mis võimaldavad parandada infovahetust, tugevdada eri osapoolte koostööd ja toetada seeläbi järjepidevat patsiendikeskset ravi. Uute digilahenduste loomisel on oluline hinnata nende tegelikku väärtust inimese jaoks tema tervishoidmisel ja ravitulemuste parandamisel. Lisaks on oluline edasi arendada tervishoiukvaliteedi hindamise süsteemi, et kliiniliste tulemuste kõrval mõõdetaks süstemaatiliselt ka patsiendikogemust, raviprotsessi kvaliteeti ja tervisetulemusi pikemas vaates.

Lühendid

COSI	Õpilaste kasvu uuring (*European Childhood Obesity Surveillance Initiative*)
ECDC	Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (*European Centre for Disease Prevention and Control*)
EEA	Euroopa Keskkonnaagentuur (*European Environment Agency*)
EUDA	Euroopa Liidu narkootikumide agentuur (*European Union Drugs Agency*)
Euro-Peristat	Euroopa perinataaltervise võrgustik
Eurostat	Euroopa Liidu statistikaamet
EU-SILC	Euroopa Liidu sissetulekute ja elamistingimuste uuring (*The European Statistics of Income and Living Condition survey*)
GBD	Ülemaailmne tervisekaotuse uuring (*Global Burden of Disease*)
HSPA	Tervisesüsteemi toimivuse hindamine (*Health System Performance Assessment*)
HBSC	Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring (*Health Behaviour in School-aged Children*)
IHME	*(Institute for Health Metrics and Evaluation)*
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (*Organization for Economic Cooperation and Development*)
NORDCAN	Põhjamaade vähiregistrite ühendus (*Association of the Nordic Cancer Registries*)
PREM	Patsiendi teenusekogemus (*patient-reported experience measures)*
PROM	Patsiendi hinnang oma tervisetulemile (*patient-reported outcome measures*)
RHK-10	Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon, 10. versioon
RTA	Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030
SKT	Sisemajanduse kogutoodang
TAI	Tervise Arengu Instituut
TKU	Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

HSPA kujunemine, levik ja eesmärgid

Tervisesüsteemide toimivuse hindamine (HSPA) on kujunenud tervishoiupoliitika ja -juhtimise keskseks tööriistaks, mille eesmärk on pakkuda riikidele süsteemset raamistikku tervisesüsteemi tulemuslikkuse, tõhususe ja õigluse analüüsimiseks. Tänapäevane HSPA kontseptsioon ja metoodika said kindla aluse Maailma tervise organisatsiooni (WHO) algatustest 2000. aastate alguses. HSPA ametliku alguse verstapostiks loetakse WHO 2000. aasta Maailma Terviseraport, milles sõnastati tervisesüsteemi struktuurne raamistik ja rõhutati vajadust hinnata tervisesüsteemi terviklikult, mitte üksikute programmide kaupa (WHO, 2012).

Oma roll on HSPA väljakujunemisel ka Eestil, nimelt võeti 2008. aastal vastu Tallinna harta, milles WHO Euroopa regiooni terviseministrid rõhutasid läbipaistvuse, vastutuse ja süsteemse hindamise keskset rolli tervisesüsteemi juhtimises. Hartas nimetati HSPA-d vahendiks, mis aitab suurendada riiklike süsteemide vastutusmehhanisme ning toetab tõenduspõhiseid poliitikaotsuseid (WHO, 2008).

Sellest ajast alates on HSPA-d kasutatud üha laiemalt nii WHO kui teiste rahvusvaheliste organisatsioonide toel. WHO Euroopa regioonis on enamik riike rakendanud või arendamas tervisesüsteemi toimivuse hindamist riiklikul tasandil. Lisaks toetavad Euroopa Komisjon ja WHO regionaalsed ekspertrühmad riikide hindamisprotsesse ning aitavad ühtlustada metoodikaid, mistõttu on HSPA rakendamine muutunud üha rahvusvahelisemaks ja koordineeritumaks (OECD, 2026).

Eesmärk

HSPA põhiroll on toetada riike tervisesüsteemi strateegilisel juhtimisel, pakkudes terviklikku analüütilist raamistikku järgmiste eesmärkide saavutamiseks:

- Tervisesüsteemi terviklik hindamine – HSPA võimaldab käsitleda tervisesüsteemi kui tervikut, sidudes tervisenäitajad süsteemi funktsioonide, strateegiate ja tegevusvaldkondadega. Selline tervikpilt toetab süsteemset seiret ja parandamist ning võimaldab mõista poliitikaotsuste mõju.
- Tõenduspõhine poliitikakujundamine – Hindamisprotsess aitab poliitikakujundajatel kasutada usaldusväärseid andmeid otsuste tegemisel, ressursijaotuse kavandamisel ning prioriteetide sõnastamisel. OECD analüüs näitab, et riigid kasutavad HSPA-d üha enam otsuste tegemise, vastutuse mehhanismide tugevdamise ja strateegilise juhtimise toetajana (OECD, 2026).
- Rahvusvaheline võrdlus ja õppimine – HSPA pakub mehhanismi tulemuste võrdlemiseks teiste riikidega ning parimate praktikate õppimiseks. WHO rõhutab, et HSPA toetab läbipaistvust ja vastutust, pakkudes samal ajal võrdlusraamistiku erinevate süsteemide analüüsimiseks.
- Läbipaistvuse ja vastutuse suurendamine – Üks HSPA keskseid eesmärke on tugevdada tervisesüsteemi vastutusmehhanisme ning tagada, et poliitikaotsused ja rahakasutus oleksid avalikkusele arusaadavad ja põhjendatud. See põhimõte on olnud WHO Euroopa regiooni poliitilistes dokumentides läbivalt esiplaanil alates Tallinna hartast (WHO, 2008).

HSPA on tervisepoliitika kujundajate töövahend, mis toetab reformide tõenduspõhist ja sihipärast suunamist ning aitab kujundada kvaliteetseid terviseteenuseid, võttes arvesse nii elanike vajadusi kui ka teenuseosutajate võimalusi.

Eesti HSPA raamistik

Esimene HSPA raamistik Eestis koostati 2008. aastal Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel ja raport valmis 2010. aastal koostöös Maailma tervise organisatsiooniga (WHO, 2010). 2008. aasta hindamisraamistiku väljatöötamise käigus kasutati rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 tulemusvaldkondi, mis seostati Maailma Terviseraporti 2000. ja WHO 2007. aasta tervisesüsteemi raamistikus kasutatud mõõdikutega. Raamistik koosnes kaheksast valdkonnast, mida planeeriti mõõta läbi 52 indikaatori.

Kirjeldav raport koostati indikaatorite põhjal, mille kohta olid andmed kättesaadavad. Kokku arvutati ja analüüsiti 50 indikaatori tulemusi ning koostati nende kohta kokkuvõtted.

Kuigi töörühm töötas välja raamistiku, kogus andmed ja arvutas näitajad ning koostas aruande riiklike ja rahvusvaheliste ekspertide toel, jäi see hindamine ühekordseks. Sotsiaalministeerium küll plaanis regulaarseid hindamisi, kuid elluviimiseni ei jõudnud.

Uus Eesti HSPA raamistik

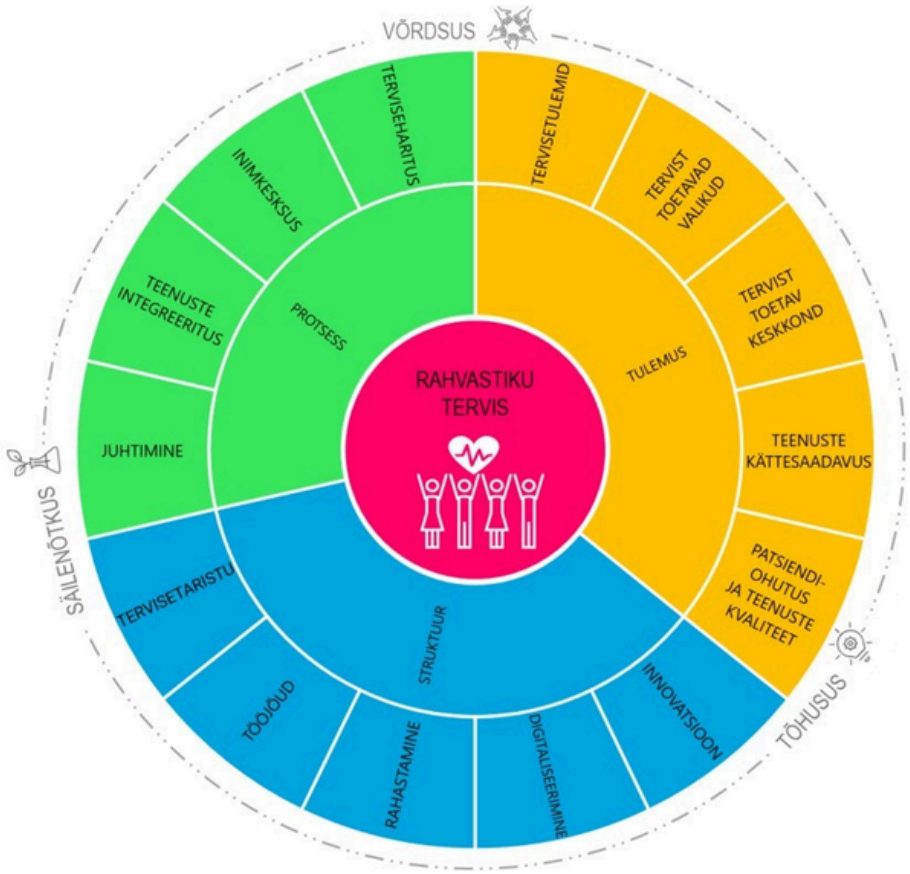
Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel kutsuti 2021. aastal uuesti ellu tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistiku loomise tegevus. Selleks saadi abi Euroopa Komisjoni struktuursete reformide toetamise meetmest ning OECD tervisevaldkonna eksperdid pakkusid oma tuge.

Võttes arvesse Eesti kogemust eelmise HSPA koostamise protsessist 2000. aastatel, millele ei järgnenud regulaarseid tervisesüsteemi hindamisi, kaasati seekord raamistiku loomisesse rohkem osalisi. Projekti peamised osalised olid Sotsiaalministeerium (SoM), Tervise Arengu Instituut (TAI), Tervisekassa, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus (TEHIK), Terviseamet, Ravimiamet (RA) ja Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut.

Indikaatorite ja andmeallikate valik kujundati laiapõhjalise ja sidusrühmi kaasava protsessi tulemusena, mille vältel andsid peamised asjaosalised oma panuse kogu projekti jooksul, osaledes seminarides, fookusgruppides ja teistes projektiga seotud kohtumistel (OECD, 2023a). Raamistiku loomise projekt kestis 2021. a oktoobrist 2023. a juunini.

Indikaatorite valikul lähtuti põhimõttest, et need peavad toetama Eesti tervisepoliitika prioriteete ja andma ülevaate nii rahvastiku terviseseisundist, tervishoiuteenuste kvaliteedist ja kättesaadavusest kui ka süsteemi tõhususest ja säilenõtkusest. Olulised olid nii kvantitatiivsed kui ka kvalitatiivsed indikaatorid, samuti indikaatorite kohandatavus demograafilistele, tehnoloogilistele või tervisevajaduse muutustele. Oluliseks oli ka indikaatorite rahvusvaheline võrreldavus ja rahvusvaheliselt standardiseeritud mõõdikud.

Eesti HSPA raamistik on üles ehitatud mitmetasandilisena ning koosneb 18 komponendist ja 49 alakomponendist, mis on jaotatud viide indikaatorite valdkonda: rahvastiku tervis, tulemus, protsess, struktuur ja läbivad tegurid (joonis 1). Tervisesüsteemi hindamiseks on välja valitud ulatuslik indikaatorite kogum, hõlmates ligi kolmsada indikaatorit. See struktuur võimaldab käsitleda Eesti tervisesüsteemi toimimist terviklikult ja eri vaatenurkadest ning on kooskõlas Eesti HSPA eesmärgi ja käsitlusalaga (OECD, 2023a).



Joonis 1. HSPA raamistiku valdkonnad (rahvastiku tervis, tulemus, protsess, struktuur ja läbivad tegurid) ja komponendid (nt tervisetulemid, terviseharitus, tervisetaristu, võrdsus)

Eesti HSPA

HSPA on peamine tervisepoliitika kujundajate töövahend, mis toetab reformide tõenduspõhist ja sihipärast suunamist ning aitab kujundada kvaliteetseid terviseteenuseid, arvestades nii elanike vajadusi kui ka teenuseosutajate võimalusi. Lisaks soovitakse hindamise tulemuste levitamise kaudu parandada elanikkonna teadlikkust rahvastiku tervisest ning suurendada tervisesüsteemi läbipaistvust ja asjaosaliste vastutust. Keskmes on tervena elada jäänud aastate ja oodatava eluea pikenemine ning tervisealase võrdsuse suurendamine, mis kattuvad nii rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 põhieesmärkide kui ka tervisesüsteemi peamiste sihtidega ning moodustavad HSPA sisulise lähtekoha.

Eesti HSPA raamistikus käsitletakse tervisesüsteemi universaalseid komponente, sealhulgas tervisetulemeid, teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust, süsteemi struktuuri ja protsesse ning läbivaid mõjutegureid. Selline ülesehitus võimaldab hinnata tervisesüsteemi toimivust terviklikult ja ajas võrreldavalt ning toetab süsteemi võimet kohaneda demograafiliste, epidemioloogiliste ja tehnoloogiliste muutustega. Lisaks on raamistikus komponentjuhtimine, mis toetab tulevikus nii poliitikaotsuste ettevalmistamist, elluviimist ja mõju hindamist.

HSPA eesmärgi ja käsitlusala seostamine peamiste tervisevaldkonna prioriteetidega aitab omakorda tagada, et raamistik ei kujune ainult eraldiseisvaks tehniliseks hindamisvahendiks, vaid toimib praktilise töövahendina paremate juhtimisotsuste tegemisel ja tervisepoliitika elluviimise toetamisel.

Raamistik on kavandatud kohanduvana, mis tähendab, et indikaatorite kogum vaadatakse hindamistsüklite vahel üle, arendatakse puuduolevad indikaatorid ning täiendatakse olemasolevaid.

Tuleviku indikaatorid

WHO käsitluse kohaselt ei piirdu tervisesüsteemi toimivuse hindamine pelgalt tervisetulemuste ja tervishoiuteenuste kasutamisega, mis on käesoleva tehnilise raporti suurim hinnatav osa. Sama oluline on hinnata tervisesüsteemi juhtimist, inimkesksust, tervishoiukvaliteedikultuuri, raviteekondade toimimist, kriisideks valmisolekut, andmekasutust ja tervist mõjutavat laiemat keskkonda. Just nendes valdkondades on olemasoleva raporti suurimad lüngad.

Käesoleva tsükli järel puudutab üks olulisim täiendusvajadus **tervisesüsteemi juhtimiskorraldust** (ingl *health system governance*) — see tähendab, kes millised otsused langetab, millise mandaadi alusel, kelle ees vastutades ja millise teabe põhjal, sh vältides tegevuste dubleerimist. Kehtivas raamistikus, indikaatorite puudumise tõttu, seda valdkonda eraldi ei käsitleta. 2026. aastal *European Observatory on Health Systems and Policies*'i valminud analüüs (avaldamata) koostöös Sotsiaalministeeriumiga osutas, et just juhtimiskorralduses on Eesti tervisesüsteemi toimivuse seisukohalt oluline teadmislünk. Seetõttu on oluline välja töötada tervisesüsteemi juhtimiskorraldust puudutavad indikaatorid nii strateegilise planeerimise, vastutuse selguse ja koostöö, kui andmete kasutamist parandustegevuste kavandamisel ja nende jälgimisel ning kokkulepete elluviimisel.

Teiseks oluliseks teadmislüngaks on **inimkesksuse mõõtmine tervisesüsteemis**. Inimene on tervisesüsteemi keskne osapool, mistõttu ei piisa toimivuse hindamisel ainult kliiniliste tulemuste analüüsimisest. Seetõttu on tervikpildi saamiseks oluline käsitleda ka patsiendi teenusekogemust (PREM) ja patisendi hinnangut oma tervisetulemile (PROM). Samuti hinnata patsiendi kaasatust raviotsustesse, usaldust tervishoiusüsteemi vastu ning raviteekondade koordineeritust. Nende indikaatorite abil on võimalik hinnata, kuivõrd teenused vastavad inimeste vajadusele ja ootustele ning kas süsteem toetab patsiendi jaoks parima võimaliku tervisetulemuse saavutamist terviklikult ja sujuvalt.

Kolmandaks on eriti oluline Eesti tööealise elanikkonna vähenemise ja krooniliste haiguste ning tervisepiirangutega elada jäänud aastate suurenemise tõttu mõõta süsteemselt töövõimet ja töötervishoidu. Haigustest tingitud töövõimekao, pikaajaliste haiguslehtede, tööga seotud haiguste ja töötervishoiuteenuste kasutamise hindamine aitab paremini mõista, kui tõhusalt toetab tervisesüsteem funktsioneerimis- ja töövõime säilimist. Need teadmised võimaldavad kavandada paremaid ennetusmeetmeid, vähendada enneaegset tööturult lahkumist ning toetada tööjõu ja tervisesüsteemi pikaajalist kestlikkust.

Keskkonna- ja kliimategurite mõju tervisele muutub lähiaastatel üha olulisemaks, kuna õhusaaste, ekstreemsed ilmastikunähtused, müra ja elukeskkonna kvaliteet mõjutavad märkimisväärselt nii haigestumust kui suremust. Õhusaastest tingitud enneaegsed surmad, kuumalainetega seotud tervisemõjud, saasteainetega ja müraga kokkupuude ja rohealade kättesaadavus võimaldavad hinnata tervist mõjutavaid tegureid terviklikumalt ning toetada tõenduspõhiste ennetusmeetmete kavandamist.

Lisaks on tervisesüsteemi arendamisel oluline mõista, kuidas **terviseandmed ja digilahendused** aitavad parandada tervisetulemeid, teenuste kvaliteeti, raviteekondade sujuvust ja süsteemi tõhusust. Seetõttu on oluline hinnata andmete kasutamise ja digitaliseerimise mõju, et mõista, kas digilahendused aitavad lisaks teenuste kasutamise lihtsustamisele parandada ka tervisetulemeid, ravikvaliteeti ja raviteekondi. Hinnata tuleb nii terviseandmete kvaliteeti ja täielikkust, digitaalsete raviteekondade ning tehisintellekti ja otsustoe kasutamist kui ka andmete teisese kasutamise mõju teadus-arendustööle ja tervisepoliitika kujundamisele ja otsustamisele. Seeläbi võimaldab terviklikum hindamine suunata digiarendusi valdkondadesse, kus need loovad inimestele ja tervisesüsteemile suurimat väärtust.

Olemasolev hindamine ei võimalda hetkel mitmes valdkonnas kujundada terviklikku pilti kogu teekonna vältel. Näiteks vaimse tervise valdkonnas mõõdetakse küll enesetappe, tahtlikke enesekahjustamisi ja psühhiaatrite arvu, kuid puudub terviklik ülevaade kogu teekonnast. Sarnane on olukord ka teistes valdkondades, mistõttu on järgmises arendusetapis oluline täiendada erinevaid valdkondi seni puuduolevate indikaatoritega, et hinnata nende toimimist tervikuna ennetusest ravini (sh ravikvaliteeti ja patsiendiohutust) ning tuvastada kitsaskohti, mis jäävad üksikute näitajate põhjal märkamata.

Metoodika ja andmed

Indikaatorite ja andmeallikate valik

HSPA raamistiku loomisel tehti ettepanek siduda HSPA hindamistsüklid rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (RTA) hindamiste ja Riigikogu valimistega. Samuti on HSPA tihedalt seotud RTAga. Seega tegi rakkerühm 2025. aasta kevadel ettepaneku hinnata HSPAd nende indikaatoritega, mis olid kattuvad RTA indikaatoritega. Ülejäänud HSPAs olevad indikaatorid, sh arendamist vajavad indikaatorid, jäävad järgmisesse hindamislainesse.

Hindamisse on valitud indikaatorid, mis olid juba varasemalt ja on jätkuvalt rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (RTA) põhi- ja programmide indikaatorid. Hindamisse on lisatud ka e-tervise strateegia ja andmestrateegia seire indikaatorid. Selline lähenemine tagab järjepideva ja pikaajalise tervisepoliitiliste eesmärkide jälgimise ja võimaldab hinnata muutusi ja trende ühesuguse metoodika alusel. Arengukavade ja strateegiate eesmärkide ning tervisesüsteemi toimivuse hindamise sidumine võimaldab ühtlustada ja tugevdada tõenduspõhise tervisepoliitika kujundamist.

Hindamine koosneb 92 indikaatorist (tabel 1), mis annavad ülevaate tervisesüsteemi eri komponentide olukorrast. Need on jaotatud viie indikaatorite valdkonna vahel.

Tabel 1. Hinnatavate indikaatorite arv valdkondade kaupa.

Hindamise valdkond	Indikaatorite arv
Rahvastiku tervis	6
Tulemus	40
Protsess	11
Struktuur	16
Läbivad tegurid	19
Kokku	**92**

Eesti HSPA raamistikus on määratletud viis indikaatorite valdkonda. Raamistiku keskmes paikneb indikaatorite valdkond ja komponent rahvastiku tervis, mis kajastab tervisesüsteemi peamist eesmärki, peegeldades elanikkonna tervise üldist seisundit, hõlmates nii objektiivseid kui ka subjektiivseid näitajaid, nagu tervena elada jäänud aastad, oodatav eluiga ja enesehinnanguline terviseseisund.

HSPA raamistikus ümbritsevad rahvastiku tervise valdkonda kolm indikaatorite valdkonda – tulemus, protsess ja struktuur –, mis kirjeldavad tervisesüsteemi toimimist eri vaatenurkadest. Tulemuse indikaatorite valdkonna all paiknevad indikaatorid keskenduvad tervisesüsteemi mõjule ja tulemuslikkusele, hõlmates tervisetulemeid, tervisekäitumist, tervist toetavat keskkonda, teenuste kvaliteeti, kättesaadavust ja patsiendiohutust. Protsess kajastab tervishoiuteenuste osutamise protsessidega seotud tegevusi ja töökorraldust, sealhulgas terviseharitust, inimkesksust, teenuste integreeritust ja juhtimist. Struktuur käsitleb tervisesüsteemi ressursse ja võimekust, nagu tööjõud, taristu, rahastamine, digitaliseerimine ja innovatsioon. Kõiki neid valdkondi ümbritseb läbivate tegurite valdkond, mis hõlmab võrdsust, tõhusust ja säilenõtkust ning ilmestab nende tegurite mõju kogu tervisesüsteemile. Selline ülesehitus rõhutab inimkeskset lähenemist ja võimaldab hinnata tervisesüsteemi toimivust terviklikult.

Indikaatorite valikul oli oluline roll ka andmeallikate kvaliteedil, usaldusväärsusel ja kättesaadavusel. Hinnatavate indikaatorite kasutamise eelduseks oli, et nende aluseks olevad andmed on kogutud järjepidevalt, kasutades standardiseeritud metoodikat. Eelistati andmeallikaid, mis võimaldavad pikaajalist võrdlust ning mille kogumise protsess on järjepidev ja kvaliteetne. Enamik andmeid põhineb Tervise Arengu Instituudi kogutud tervisekäitumise ja tervishoiuteenuste kasutuse uuringutel ja aruannetel ning registritel.

Lisaks kasutatakse andmeallikana Tervisekassa andmekogu andmeid, Terviseameti registreid, näiteks nakkushaiguste register, Ravimiameti ja tervise infosüsteemi andmeid.

Rahvusvaheline võrdlus on tervisesüsteemi toimivuse hindamise lahutamatu osa. Seetõttu kasutatakse hindamises ka Eurostati ja OECD Health Statistics andmebaasi Euroopa riikide andmeid. Need andmed võimaldavad asetada Eesti tulemused laiemasse konteksti, võrrelda neid teiste riikide tulemustega ning hinnata Eesti tervisesüsteemi kitsaskohti ja arengut rahvusvaheliste suundumuste taustal. Kasutatakse ka teaduskirjandust ja teisi usaldusväärseid allikaid.

Hindamistulemused on esitatud Eesti tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistiku struktuuri järgi.

Hindamise metoodika

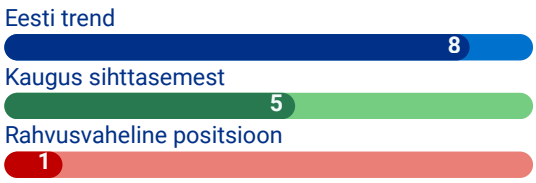
Hindamisel on kasutatud 10-palli hindamisskaalat (0–9), mis on jaotatud järgmiselt:

Väga hea 8–9	Areng on kiire ja pidev; sihttase võib olla saavutatud või ületatud
Hea 6–7	Areng on positiivne ja liigub stabiilselt määratud sihttaseme suunas
Muutusteta 4–5	Areng puudub või indikaatori muutused on marginaalsed; tulemus jääb sihttasemest kaugele
Halb 2–3	Indikaatori tulemus halveneb või puudub süsteemne paranemine, tulemus jääb sihttasemest kaugele
Väga halb 0–1	Indikaatori tulemus halveneb järjepidevalt, sihttasemeni jõudmine ei ole kehtivate meetmetega realistlik
	Hinnanguta komponent

Selline skaalajaotus võimaldab anda selge ja võrreldava hinnangu indikaatori olukorrale ja eristada nii madalaid, muutusteta kui ka väga häid tulemusi.

Iga indikaatorit hinnatakse sellel skaalal kolme kriteeriumi alusel:

1. Indikaatori muutus ajas ehk trend – hinnatakse, kas indikaatori väärtus on paranenud, halvenenud või püsinud stabiilsena;
2. Indikaatori kaugus seatud sihist – hinnatakse, kui lähedal või kaugel on indikaatori tegelik tulemus seatud eesmärgist;
3. Eesti positsioon rahvusvahelises võrdluses – hinnatakse, kuidas Eesti tulemus paigutub teiste riikide näitajate hulgas.



Need kriteeriumid võimaldavad hinnata iga indikaatori arengut mitmest vaatenurgast ning koondada tulemused ühtsesse ja võrreldavasse hindamissüsteemi. Kõigi kriteeriumide skooridest arvutatakse indikaatori koondhinnang aritmeetilise keskmisena. Kõik kriteeriumid on hindamisel võrdse mõjuga ning kaalutud skoorimist ei rakendata.

Indikaatoritel, millel rahvusvaheline võrdlus puudub, arvutatakse koondhinnang kahe olemasoleva kriteeriumi aritmeetilise keskmisena.

Hindamise algaastaks määrati 2015, mis võimaldab analüüsida arenguid viimase kümne aasta jooksul. Juhul, kui mõne indikaatori kohta ei olnud kogu kümneaastase perioodi ulatuses andmed kättesaadavad, kasutati hindamisel maksimaalset võimalikku andmehulka.

Indikaatorite sihttasemete määramisel on valdavalt lähtutud rahvastiku tervise arengukavas sätestatud sihttasemetest. Indikaatoritel, millel sihttasemed puudusid, määrati need täiendava andmeanalüüsi ja spetsialistide kaasabil. Iga indikaatori sihttase on määratletud eraldi ning see võib olenevalt indikaatorist olla suhtväärtuse, kordaja või muu mõõdikuna.

Rahvusvahelise võrdluse aluseks on Euroopa riikide andmed; kasutatakse viimast kättesaadavat andmeaastat. Võrdluse tegemiseks jagatakse riigid detsiilidesse ehk vastavalt järjestatud tulemuste põhjal jagatakse riigid kümneks võrdselt jaotatud rühmaks.

Mõned hindamisel kasutatud indikaatorid olid uued, mistõttu määrati neile esimest korda lähtetase, mis kirjeldab indikaatori hetkeseisu ja võimaldab järgmistel hindamistel analüüsida muutusi ning arengusuundumusi.

Hindamise tulemused

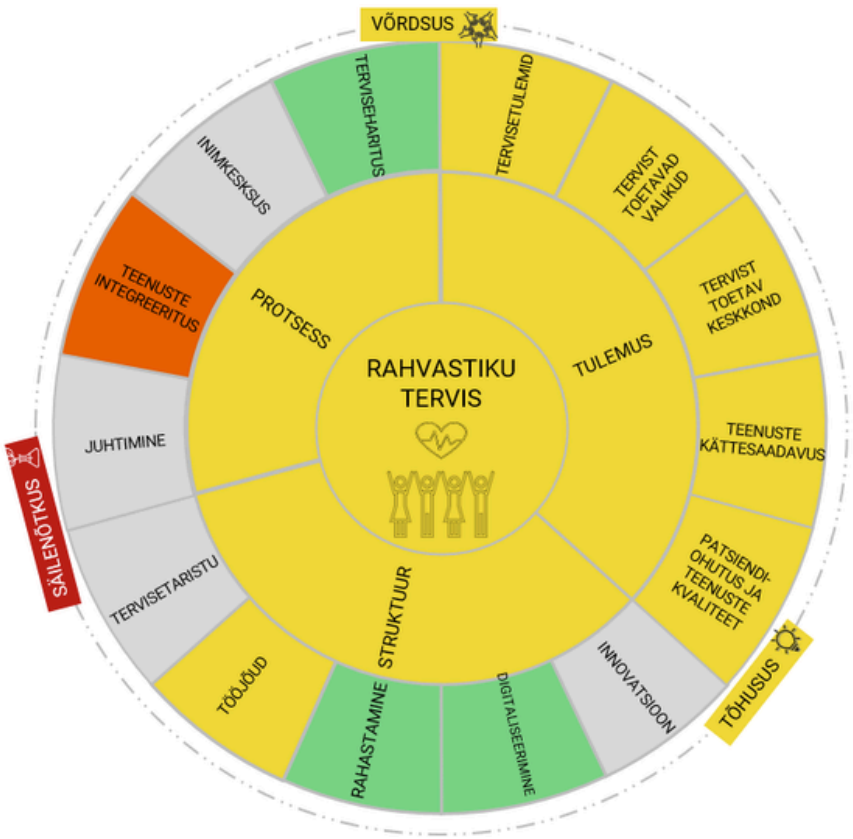
Tulemused annavad ülevaate tervisesüsteemi toimivusest ning toovad esile süsteemi peamised tugevused, kitsaskohad ja arenguvõimalused. Hindamise koondtulemused on esitatud tabelis 2 ning valdkondade ja komponentide kaupa joonisel 2. Käesolevas peatükis on esitatud viie hinnatava valdkonna koondhinnangud, mis põhinevad valdkondadesse kuuluvate indikaatorite analüüsil.

Tabel 2. Hindamise tulemused valdkondade ja indikaatorite kaupa

Valdkond ja indikaator	Hinnang	Suund
Rahvastiku tervis	4	↑
Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel M	3	↑
Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel N	5	↑
Tervena elada jäänud aastad 65-aasta vanuses M	4	↑
Tervena elada jäänud aastad 65-aasta vanuses N	4	↑
Oodatav eluiga sünnihetkel M	4	↑
Oodatav eluiga sünnihetkel N	5	↑
Oodatav eluiga 65-aasta vanuses M	4	↑
Oodatav eluiga 65-aasta vanuses N	5	↑
Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus	3	↑
Oma tervist heaks hindavate vanemaealiste osatähtsus	4	↑
Tulemus	4	
Eluga rahulolu täiskasvanud elanikkonnas	5	↑
Tervisekaotus 1000 elaniku kohta	7	↓
Vigastuste arv 100 000 elaniku kohta	9	↓
Tahtlike enesekahjustamiste arv 100 000 elaniku kohta	0	↑
Uued HIV nakkuse juhud 100 000 elaniku kohta	5	↓
Uued kroonilise ja ägeda C-hepatiidi juhud 100 000 elaniku kohta	5	↑
Tuberkuloosi haigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta	6	↓
Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta	3	↓
Raviga välditav suremus 100 000 elaniku kohta	5	↓
Suremus vigastustesse 100 000 elaniku kohta	1	→
Suremus enesetappude tõttu 100 000 elaniku kohta	4	↓
Suremus alkoholi tarvitamisega seotud haigustesse ja mürgistustesse 100 000 elaniku kohta	1	↑
Kehaline aktiivsus laste hulgas	3	→
Kehaline aktiivsus täiskasvanute hulgas	4	→
Laste ülekaalulisus ja rasvumus	2	↑
Täiskasvanute ülekaalulisus ja rasvumus	2	→
Alkoholi tarvitamine laste hulgas	7	↑
Absoluutse alkoholi tarvitamine vähemalt 15-aastaste elanike kohta	2	→
Igapäevaselt tubaka- või nikotiinitooteid tarvitavate täiskasvanute osatähtsus	4	→
Kodus tubakasuitsule eksponeeritud täiskasvanute osatähtsus	6	↓
Narkootikumide üledoosidest tingitud surmajuhtude arv 1 000 000 elaniku kohta	1	↑
Juhupartneriga seksuaalvahekorras olles alati kondoomi kasutanud täiskasvanute osatähtsus	0	↓
Indutseeritud abortide arv 100 elussünni kohta	2	→
Teismeliste sünnitanute arv 1000 sama vana tüdruku kohta	8	↓
Raseduse ajal suitsetanud sünnitanute osatähtsus	9	↓
Keskkonnast, sh töökeskkonnast tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arv 100 000 elaniku kohta	5	↓
Kvaliteetse ühisveevärgi joogiveega varustatud tarbijate osatähtsus	5	→
Väga hea ja hea vee kvaliteediga supluskohtade osatähtsus	3	→

Valdkond ja indikaator	Hinnang	Suund
Katmata tervishoiuteenuste vajadus pikkade ooteaegade tõttu	6	↓
Elanike rahulolu perearstiabi kättesaadavusega	3	→
Rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuse vajadus	7	↑
Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus	4	↑
Suitsiidide arv haiglas	ei hinda	
Kõhuõõne operatsioonijärgse sepsise esinemissagedus	1	↑
Välditavad hospitaliseerimised astma tõttu	8	↓
Välditavad hospitaliseerimised diabeedi tõttu	7	→
Ägeda müokardiinfarkti tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva järgne suremus	2	→
Isheemilise insuldi tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva järgne suremus	4	↓
Keisrilõigete osatähtsus esmassünnitajate üksiksünnituse korral	2	↓
Vähipatsientide viie aasta suhteline elulemus	3	→
Kopsuvähi patsientide viie aasta suhteline elulemus	7	↑
Protsess	**5**	
Emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär	7	↑
Rinnavähi sõeluuringu osalusmäär	7	↑
Jämesoolevähi sõeluuringu osalusmäär	7	↑
Tüdrukute HPV vastase vaktsineerimisega hõlmatus	5	↑
Poiste HPV vastase vaktsineerimisega hõlmatus	lähtetase	
Hambaraviteenust kasutanud laste osatähtsus	6	↑
Hambaraviteenust kasutanud täiskasvanute osatähtsus	4	↑
Täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine	5	↑
Tahteavalduse esitamine elundite, kudede või rakkude annetamiseks	4	↑
Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist ägeda müokardiinfarkti tõttu	2	↓
Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist insuldi tõttu	2	↓
Struktuur	**5**	
Arstide arv 1000 elaniku kohta	4	→
Psühhiaatrite arv 1000 elaniku kohta	4	→
Õdede arv 1000 elaniku kohta	4	↑
Proviisorite arv 1000 elaniku kohta	4	→
Farmatseutide 1000 elaniku kohta	8	↑
Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus SKTst	7	↑
Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes	5	→
Leibkondade omaosalus ravimitele	6	↓
Leibkondade omaosalus hambaravile	5	→
Leibkondade omaosalus pikaajalisele hooldusele	5	↑
Terviseportaali kasutamine elanikkonnast	lähtetase	
Terviseportaali kasutajate rahulolu portaaliga	lähtetase	
Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse Teabekeskuse kasutatavus	lähtetase	
Rahulolu Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse Teabekeskusega	lähtetase	
Tervise infosüsteemi teisese andmekasutaja andmepäringutele vastamiseks kulunud aeg	9	→
E-konsultatsiooni saatekirjade osatähtsus kõigist perearstide väljastatud saatekirjadest	4	↑

Valdkond ja indikaator	Hinnang	Suund
Läbivad tegurid	**3**	
Tervena elada jäänud aastad maakondades	7	↑
Oodatav eluiga maakondades	6	↑
Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus maakondades	3	→
Ravikindlustusega kaetus	0	→
Katmata tervishoiuteenuste vajadusega elanike osatähtsus sissetuleku järgi	5	↓
Oma tervist heaks hindavate inimeste osatähtsus sissetuleku järgi	4	↓
Tervena elada jäänud aastad haridustaseme järgi	4	→
Oodatav eluiga haridustaseme järgi	2	→
Oma tervist heaks ja väga heaks hindavate inimeste osatähtsus haridustaseme järgi	8	↓
Pereõdede vastuvõttude osatähtsus perearstiabis	7	↑
Aktiivravi voodihõive	3	→
Iseseisva statsionaarse õendusabi voodihõive	4	→
Keskmine haiglaravil viibimise aeg	4	→
Geneeriliste ravimite kasutamise osatähtsus ravimite kogumahust	4	↑
55-aastaste ja vanemate töötavate perearstide osatähtsus	1	↑
Laste vaktsineerimisega hõlmatus – difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi, Haemophilus influenzae tüüp b (Hib) ja B-viirushepatiidi vastu	0	↓
Laste vaktsineerimisega hõlmatus leetrite, mumpsi ja punetiste vastu	2	→
Laste revaktsineerimisega hõlmatus leetrite, mumpsi ja punetiste vastu	0	→
Vanemaealiste vaktsineerimisega hõlmatus hooajalise gripi vastu	2	↑



Joonis 2. HSPA hindamise tulemused valdkondade ja komponentide kaupa

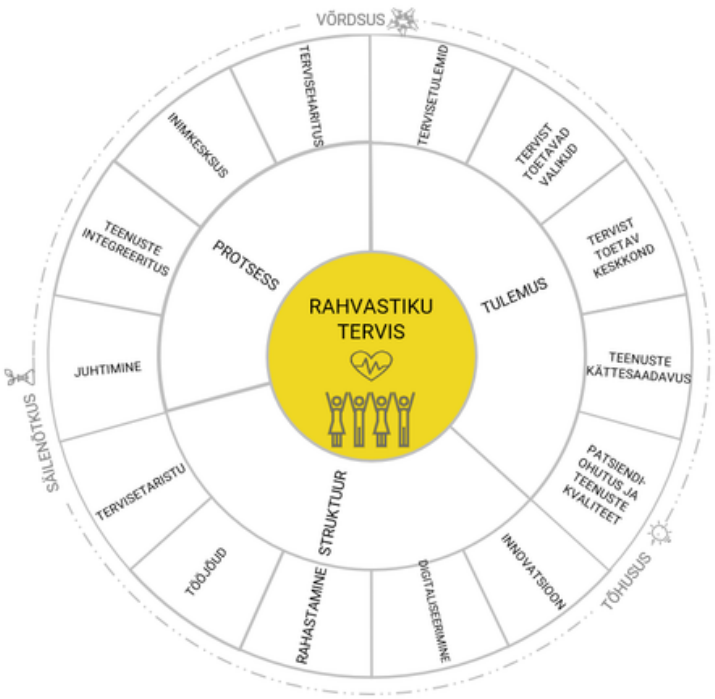
1 Indikaatorite valdkond – rahvastiku tervis

Rahvastiku tervis kajastab ühiskonna üldist füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO, 1948) käsitluse kohaselt ei ole tervis ainult haiguse puudumine, vaid terviklik heaoluseisund. Seetõttu hinnatakse rahvastiku tervist mitmemõõtmeliste näitajate abil.

Selles peatükis käsitletakse rahvastiku tervist kuue indikaatori kaudu: oodatav eluiga sünnihetkel ja vähemalt 65-aastastel, tervena elada jäänud aastad sünnihetkel ja vähemalt 65-aastatel, enesehinnanguline hea või väga hea tervise osatähtsus. Need näitajad võimaldavad hinnata nii eluea pikkust kui ka elada jäänud aastate kvaliteeti.

Eesti rahvastik vananeb madala sündimuse ja pikeneva eluea taustal, mis suurendab survet tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile. Viimase kümne aasta jooksul on oodatav eluiga Eestis pikenenud, kuid tervena elada jäänud aastate kasv on aeglustunud. See viitab, et osa lisandunud eluaastatest möödub tervisepiirangutega.

Indikaatorid põhinevad nii registriandmetel kui ka elanike enesehinnangul. Enesehinnanguline tervis võib olla mõjutatud subjektiivsetest teguritest ning kultuurilisest taustast, mistõttu ei pruugi see täielikult kajastada objektiivset terviseseisundit.



Rahvusvahelises võrdluses on Eesti oodatav eluiga Euroopa Liidu keskmisest lühem, kuid erinevus on viimasel kümnendil vähenenud. Tervena elada jäänud aastate arv jääb samuti mitme Põhja- ja Lääne-Euroopa riigi näitajast väiksemaks. Suurim erinevus ilmneb meeste oodatavas elueas, kus Eesti jääb endiselt ELi keskmisest neli aastat maha. Eurostati andmetel oli 2023. aastal oodatav eluiga Eestis ligikaudu 78–79 aastat, samal ajal kui Euroopa Liidu keskmine ületas 81 aastat. Tervena elada jäänud aastate näitaja jääb samuti ELi keskmisele alla, viidates vajadusele parandada nii haiguste ennetust kui ka krooniliste haigustega inimeste elukvaliteeti (Eurostat, 2024).

Eestis on rahvastiku tervise parandamiseks rakendatud sõeluuringuid, tugevdatud esmatasandi arstiabi rolli krooniliste haiguste jälgimisel, piiratud tubaka ja alkoholi kättesaadavust ning viidud ellu terviseteadlikkuse kampaaniaid. Parandatud on ka liiklus- ja tööohutust käsitlevat regulatsiooni.



4/9

Tulemus on muutusteta

Rahvastiku tervise valdkonna koondhinnang on muutusteta. Oodatava eluea pikaajaline suundumus on positiivne, kuid tervena elada jäänud aastate paigalseis ja püsiv tervisealane ebavõrdsus viitavad vajadusele tõhustada ennetustegevusi ning suurendada investeeringuid tervise hoidmisele ja sotsiaalsüsteemi kestlikkusele.

Rahvastiku tervise edasine parandamine eeldab tervise arvestamist kõigis poliitikavaldkondades. Oluline on jätkata alkoholi ja tubaka tarvitamist piiravate meetmetega, arendada tervist toetavat elukeskkonda ning suurendada tervisemõjude hindamise võimekust. Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine aitab pikemas perspektiivis vähendada tervishoiukulusid ja toetada majandusarengut.

1.1 Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel

Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel on keskmine aastate arv, mida inimene tõenäoliselt elaks terviseseisundist tulenevate igapäevategevuste piiranguteta, kui suremus ja rahvastiku tervise näitajad jääksid samaks. Hea tervis on määratletud kui igapäevategevuste piirangute puudumine. Näitaja põhineb Euroopa Liidu sissetulekute ja elamistingimuste uuringu (EU-SILC) andmetel ning kajastab inimeste enesehinnangulist terviseseisundit (Eurostat). Indikaator võimaldab hinnata nii eluea pikkust kui ka selle kvaliteeti ning on oluline rahvastiku tervise ja tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse indikaator.

MEHED

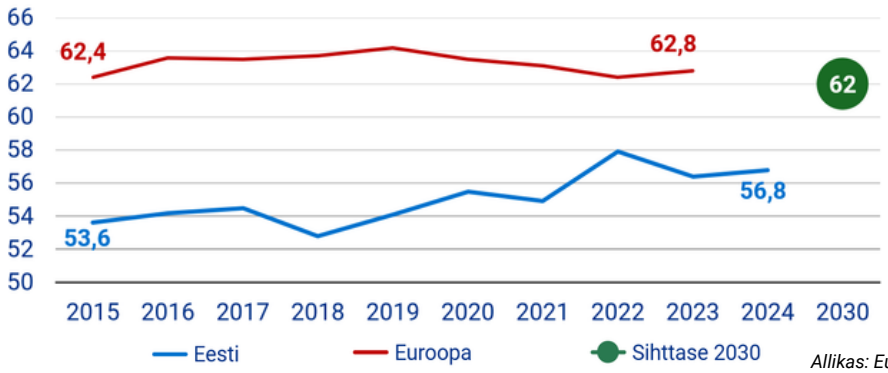


3/9

Tulemus on halb

Aastal 2024 elasid Eesti mehed tervena keskmiselt 56,8 aastat, mis moodustab 75,6% kogu oodatavast elueast (Statistikaamet, a). 2015. aastaga võrreldes on tervena elada jäänud aastate arv suurenenud 3,2 aasta võrra ehk mehed hindavad oma piiranguteta igapäevast hakkama saamist kõrgemalt kui kümme aastat tagasi. Ajaline trend on positiivne ja kasvusuunas, samas 2030. aastaks seatud sihttasemest – 62 eluaastat – jääb praegune aastate arv enam kui viie aasta kaugusele. Senise kasvutempo juures ei ole eesmärgi saavutamine 2030. aastaks ilma täiendavate meetmeteta tõenäoline.

Tervena elada jäänud aastad, mehed

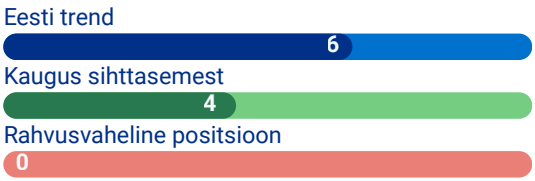


Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Rahvusvahelises võrdluses oli 2024. aastal Eesti meeste tervena elada jäänud aastate näitaja 6 aastat madalam kui Euroopa Liidu keskmine (Eurostat, a). Selle tulemusega paiknes Eesti Läti järel halvemuselt teisel kohal. ELis tervikuna on meeste tervena elada jäänud aastate näitaja viimastel aastatel püsinud suhteliselt stabiilsena, ulatudes ligikaudu 63–64 aastani. Mitmes Põhja- ja Lääne-Euroopa riigis (nt Rootsi, Malta) ületab näitaja 65 aastat (Eurostat, a).

Mida rohkem on kroonilisi haigusi või vigastusi, seda enam on terviseseisundi kirjeldamisel ka tegevuspiiranguid. Kroonilised haigused avalduvad üldiselt vanemas eas, kuid nende levimuse suurenemine või varasem avaldumine suurendab tõenäosust, et inimesed hindavad oma igapäevategevuste piiranguid pikaajaliseks juba nooremas eas (OECD, 2023b).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang meeste puhul halb (skoor 3). Kuigi trend on positiivne, on tase rahvusvahelises võrdluses väga halb ning kaugus seatud sihttasemest suur.



See viitab vajadusele tõhustada ennetusmeetmeid (nt rangem alkoholipoliitika, sh alkoholi kättesaadavuse piiramine), vajalik on tervisekirjaoskuse oluliselt suurem lõimimine haridusse, huvihariduse (eriti spordi) toetamine, enesejuhtimisoskuste õpetamine eriti poisslastele ning vähendada seeläbi riskikäitumist ja enese vigastamist.

Oluline on tõhustada ka krooniliste haiguste käsitlust perearstiabis, rutiinseks peab muutuma nt ülekaaluliste ja rasvunud inimeste ning alkoholi tarvitajate lühinõustamine ja ravile suunamine.

Eri valdkondade koostöös on vaja kujundada eelkõige linnades elukeskkonda, mis soodustab jalgsi ja jalgrattaga liikumist. Selleks tuleb arendada ohutuid ja muust liiklusest eraldatud kõnni- ja jalgrattateid ning vähendada autoliikluse osatähtsust.

NAISED

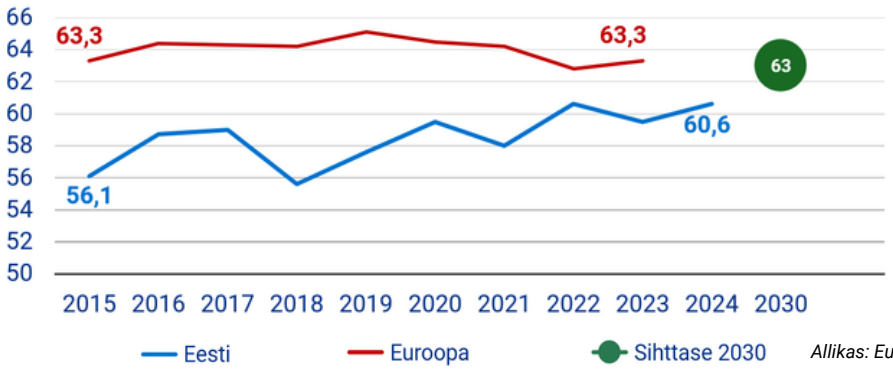


5/9

Tulemus on muutusteta

Aastal 2024 elasid Eesti naised tervena keskmiselt 60,6 aastat, mis moodustab 72,6% kogu oodatavast elueast (Statistikaamet, a). Võrreldes 2015. aastaga on tervena elada jäänud aastate arv sünnihetkel suurenenud 4,5 aasta võrra. Ajaline trend on selgelt positiivne ja kasvusuunas. Seatud sihttase (63 eluaastat) jääb 2,4 eluaasta kaugusele, mis tähendab, et senise trendi jätkudes on eesmärgi saavutamine realistlik.

Tervena elada jäänud aastad, naised



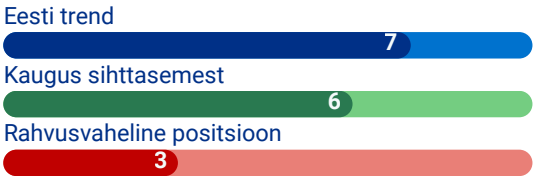
Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Kuigi Eesti naiste tervena elada jäänud aastate näitaja sünnihetkel on paranenud kiiremini kui mitmes teises liikmesriigis, kuulub Eesti endiselt ELi keskmisest madalama näitajaga riikide hulka.

Rahvusvahelises võrdluses jäi 2024. aastal Eesti naiste tervena elada jäänud aastate näitaja 3,3 aastat alla Euroopa Liidu keskmise (Eurostat, a). ELi keskmine on ligikaudu 63 aastat ning kõrgeimad näitajad on Maltal ja Bulgaarial (~71 aastat).

Samas on sooline lõhe tervena elada jäänud aastates Eestis väiksem kui mitmes teises Kesk- ja Ida-Euroopa riigis (Eurostat, a). OECD hinnangul on Eesti naiste tervisenäitajate paranemist toetanud aktiivne osalemine vähi sõeluuringuprogrammides ning krooniliste haiguste varasem avastamine ja jälgimine. Olgugi, et tubakatarvitamine on naiste hulgas vähenenud, on märgatavalt suurenenud erisuguste nikotiinitoodete tarvitamine (OECD, 2023, b).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang naiste puhul muutusteta (skoor 5). Trend on positiivne ja sihttase saavutatav, kuid rahvusvaheline võrdlus näitab, et Eesti jääb endiselt ELi keskmisest maha. Seetõttu on vaja rohkem investeerida ennetusse, terviseharidusse ja tervisliku elukeskkonna kujundamisse.



Seotud indikaatorid

- Oodatav eluiga sünnihetkel
- Oodatav eluiga 65-aasta vanuses
- Oodatav eluiga jäänud aastad maakondades
- Oodatav eluiga aastad haridustaseme järgi
- Tervena elada jäänud aastad 65-aasta vanuses
- Tervena elada jäänud aastad maakondades
- Tervena elada jäänud aastad haridustaseme järgi

1.2 Tervena elada jäänud aastad 65 aasta vanuses

Tervena elada jäänud aastad 65-aastaselt näitavad, mitu aastat elab 65-aastane inimene keskmiselt ilma terviseseisundist tulenevate igapäevategevuste piiranguteta, eeldusel et suremus- ja tervisenäitajad püsivad samal tasemel. Näitaja põhineb Euroopa Liidu sissetulekute ja elamistingimuste uuringu (EU-SILC) andmetel ning kajastab enesehinnangul põhinevaid tegevuspiiranguid (Eurostat). Tegu on olulise mõõdikuga, mis iseloomustab vanemaealiste elukvaliteeti ning tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koormust.

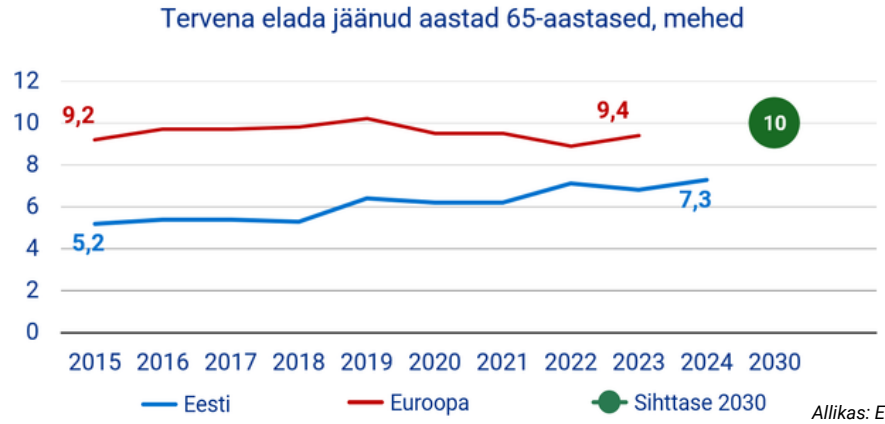
MEHED



4/9

Tulemus on muutusteta

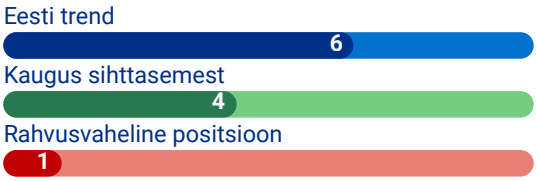
2024. aastal oli Eesti 65-aastastel meestel jäänud veel tervena elada keskmiselt 7,3 aastat (Statistikaamet, a). Võrreldes 2015. aastaga on tervena elada jäänud aastate arv suurenenud 2,1 aasta võrra. Ajaline trend on selgelt positiivne ning seatud sihttase aastaks 2030 (10 aastat) senise kasvutempo jätkudes saavutatav.



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Rahvusvahelises võrdluses jäi 2023. aastal Eesti 65-aastaste meeste tervena elada jäänud aastate näitaja 2,1 aastat madalamaks Euroopa Liidu keskmisest, mis oli ligikaudu 9,4 aastat (Eurostat, a). Eesti kuulub selle näitajaga Euroopa Liidu madalaima tulemusega riikide hulka. Kõrgeimate tulemusega on Norra ja Rootsi (13,5 aastat).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang meeste puhul muutusteta (skoor 4). Trend on positiivne ja sihttase saavutatav, kuid rahvusvaheline võrdlus näitab endiselt mahajäämust ELi keskmisest.



Eesti suurim pidurdav tegur on vanemaealiste tervise ja heaolu toetamiseks tehtavate avalike kulutuste väike osatähtsus sisemajanduse kogutoodangus (Karaman et al, 2020).

Oluline on tõhustada ennetusmeetmeid (nt rangem alkoholipoliitika, sh kättesaadavuse piiramine).

Vanemaealiste puhul on eriti oluline tegur süsteemne kogukondliku toe ja sotsiaalse suhtluse võimaluste loomine, mis aitab vähendada riskikäitumist ja enda vigastamist. Vähemalt 50-aastatele meestele on vaja rakendada süsteemset haiguste (kroonilised haigused) ja riskikäitumisega (nt ülekaalulisus, alkoholi tarvitamine, halb toitumine) seotud riskijuhtimist esmatasandil. See aitab haigusi ennetada ja varakult avastada ning tagada patsientide järjepideva jälgimise pärast haiglaravi.

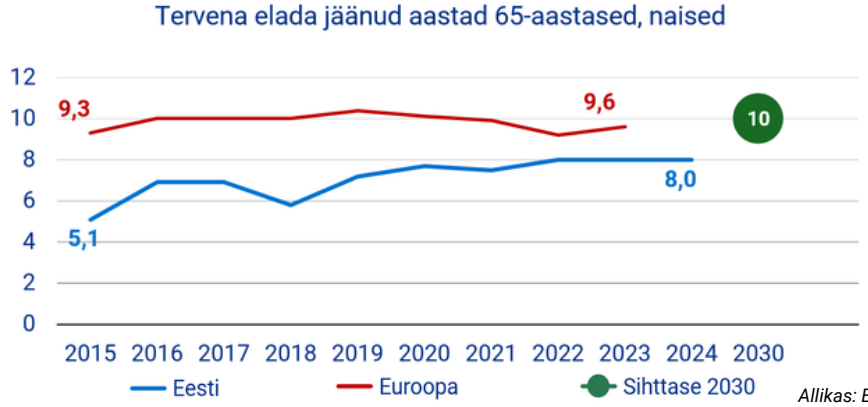
Eri valdkondade koostöös on vaja kujundada eelkõige linnades elukeskkonda, mis soodustab jalgsi ja jalgrattaga liikumist ning võtab arvesse ka vanemaealiste vajadusi. Selleks on vaja ohutuid ja muust liiklusest eraldatud kõnni- ja jalgrattateid, rohkem rohealasid ning piisavalt kõrghaljastust ja sobivate vahemaade järel paiknevaid pinke. Autoliikluse vähendamine aitab parandada ka õhukvaliteeti.



4/9

Tulemus on muutusteta

Aastal 2024 elasid Eesti 65-aastased naised tervena keskmiselt 8 aastat. Võrreldes 2015. aastaga on tervena elada jäänud aastate arv suurenenud naistel 2,9 aastat (Statistikaamet, a). Ajaline trend on positiivne ja algusaastatel olnud kasvusuunas, kuid alates 2022. aastast püsinud muutuseta. Aastaks 2030 seatud sihttase (10 aastat) võib olla saavutatav.



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Rahvusvahelises võrdluses oli 2024. aastal Eesti 65-aastastel naistel jäänud tervena elada 8 aastat, mis on 1,6 aastat vähem kui Euroopa Liidu sama vanade naiste hulgas keskmiselt, mis oli ligikaudu 9,6 aastat (Eurostat, a). Eesti kuulub selle näitajaga Euroopa Liidu madalaima tulemusega riikide hulka. Kõrgeim tulemus on Norras ja Rootsis (14,3 aastat).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Viimased kolm aastat ei ole näitaja muutunud, mis tähendab, et rakendatud tegevused ja meetmed tuleks vaadata üle ning kohandada. Eesti suurim pidurdav tegur on vanemaealiste tervise ja heaolu toetamiseks tehtavate avalike kulutuste väike osatähtsus sisemajanduse kogutoodangus (Karaman et al, 2020).



Oluline on tõhustada krooniliste haiguste käsitlust perearstiabis, rutiinseks peab muutuma näiteks ülekaaluliste ja rasvunud inimeste lühinõustamine ja ravile suunamine, samuti süsteemne haiglaravijärgne järelkontroll. Oluline on ka üksilduse varajane märkamine ja sellele reageerimine.

Vanuse suurenedes sagenevad naistel lihasluukonna vaevused, mis võivad hakata varem piirama liikumisvõimet ja igapäevategevustega toimetulekut. Seetõttu on oluline, et esmatasandil suunataks naisi teatud vanusest alates sihipäraselt liikumist suurendavatesse tegevustesse – näiteks jõutreeningule, tantsima või muudesse regulaarset liikumist teotavatesse tegevustesse. Heas toonuses lihased aitavad ennetada kukkumisi ja toetavad ka vaimset tervist. Kukkumised on aga üks olulisemaid iseseisva toimetuleku kaotuse põhjuseid vanemaealiste seas.

Eri valdkondade koostöös on vaja kujundada jalgsi ja rattaga liikumist soodustav elukeskkond, seda eriti linnades. See hõlmab ohutuid ja turvalisi (eraldatud) kõnni- ja jalgrattateid (sh ligipääsetavus ratastooli ja käimisraamiga) nii suvisel kui ka talvisel ajal, piisavat valgustust ning vanemaealistele sobiva vahemaaga puhkevõimalusi (nt varju pakkuv kõrghaljastus ja pingid). Rohkem rohealasi ja vähem autotransporti tähendab lisaks aktiivsema liikumise soodustamisele ka puhtamat õhku ja tervislikumat elukeskkonda.

Seotud indikaatorid

- Oodatav eluiga sünnihetkel
- Oodatav eluiga 65-aasta vanuses
- Oodatav eluiga maakondades
- Oodatav eluiga haridustaseme järgi
- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel
- Tervena elada jäänud aastad maakondades
- Tervena elada jäänud aastad haridustaseme järgi

1.3 Oodatav eluiga sünnihetkel

Oodatav eluiga on rahvastiku tervise põhinäitaja. Oodatav eluiga sünnihetkel näitab vastsündinu keskmiselt elada jäänud aastate arvu, kui konkreetsel aastal suremus ei muutu. Enamasti suremusnäitajad siiski muutuvad, kuid tegu on konkreetsel perioodil suremusnäitajate kokkuvõtliku indikaatoriga. Oodatava eluea muutused peegeldavad rahvastiku eluea arengut, mida mõjutavad ühiskonna areng ja elatustase, elanikkonna haridustase, eluviisiga seotud riskitegurid, haiguste esinemissagedus ja raskusaste ning tervisesekkumiste ja ravi kättesaadavus ja tõhusus.

MEHED

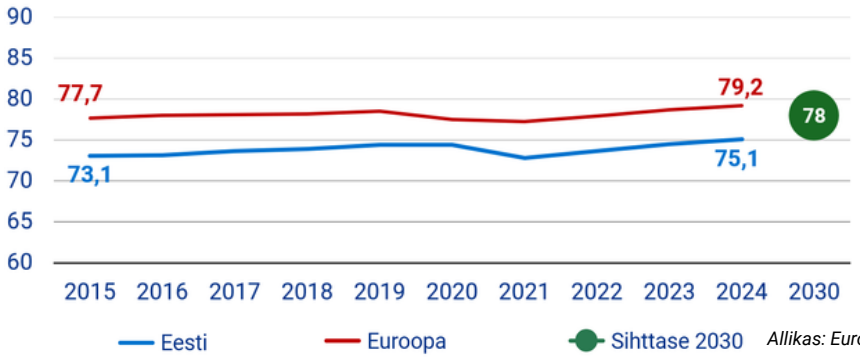


4/9

Tulemus on muutusteta

Aastal 2024 oli Eesti meeste oodatav eluiga sünnihetkel 75,1 aastat. Võrreldes 2015. aastaga on oodatav eluiga pikenenud meestel 2 aastat (Statistikaamet, b). Ajaline trend on tagasihoidlikult positiivne (skoor 5), samas aastaks 2030 seatud sihttase, 78 aastat, jääb praegusest ligi kolme aasta kaugusele. Senise kasvutempo juures ei ole eesmärgi saavutamine 2030. aastaks ilma täiendavate meetmeteta tõenäoline.

Oodatav eluiga sünnihetkel, mehed



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Rahvusvahelises võrdluses oli 2024. aastal Eesti meeste oodatava eluea mahajäämus ELi keskmisega (79,2 aastat) võrreldes 4,1 aastat. Ehkki Eestis on oodatava eluea pikkus Ida-Euroopa kõrgeim, jäi see näitaja meie põhjanaabritega võrreldes oluliselt madalamaks. Soomes oli meeste keskmine oodatav eluiga 80, Taanis 80,4 ja Rootsis 82,6 aastat. Vahe Euroopa Liidu keskmisega võrreldes oli 2019. aastaks kahanenud meestel neljale aastale. COVID-19 pandeemia viis oodatava eluea 2020. aastal langusesse enamikes Euroopa riikides, Eestis oli suurem langus aasta hiljem (Eurostat, a).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Oodatav eluiga sünnihetkel on madalam kui see võiks olla peamiselt seetõttu, et meestel on rohkem ennetatavat ja varajast suremust – eriti südame-veresoonkonnahaigused, vigastused ning alkoholiga seotud surmad.



Indikaator on enim kasutatav tervisenäitaja, mis sõltub paljudest elukaart läbivatest teguritest, sealhulgas eluviisist, elukeskkonnast, aga ka tervishoiuteenuste kvaliteedist.

Viimase kümne aasta jooksul on näitaja muutunud vähe ja seni rakendatud tegevused ja meetmed ei ole meestele tõhusad ning neid tuleb kohandada. WHO hinnangul oli 2014–2019 aastatel Eesti rakendatud rangem alkoholipoliitika otseselt seotud alkoholitarbimise ja kahjude vähenemisega, alkoholiga seotud tervisekahjud hakkasid suurenema alates 2019. aasta aktsiisi langetamisest (WHO, 2025). Seetõttu on vaja praegusest rangemat alkoholipoliitikat.

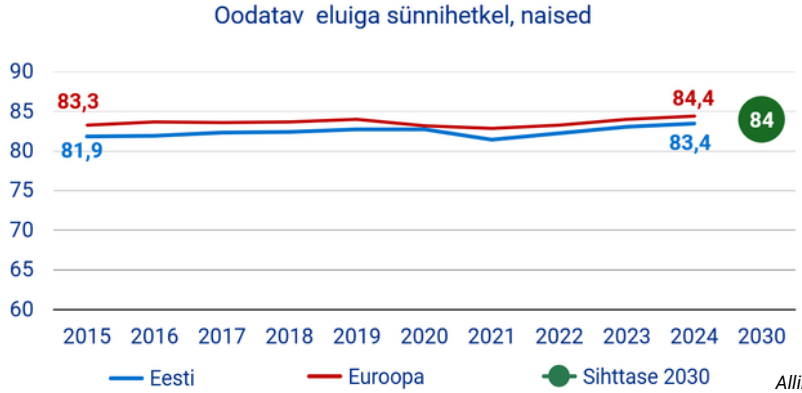
Eluiga lühendab ka tubaka- ja nikotiinitarvitamine (Kõks et al, 2017), mistõttu on oluline piirata tubakatoodetele lisaks veelgi jõulisemalt ka nikotiinitoodete kättesaadavust.



5/9

Tulemus on muutusteta

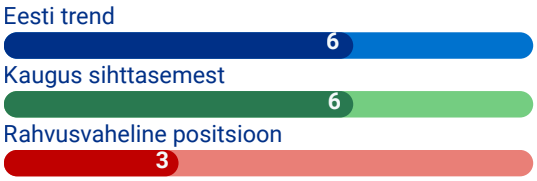
Aastal 2024 oli Eesti naiste oodatav eluiga sünnihetkel 83,4 aastat. Võrreldes 2015. aastaga on oodatav eluiga pikenenud naistel 1,5 aastat (Statistikaamet, b). Ajaline trend on selgelt positiivne ja kasvusuunas (skoor 6) ning aastaks 2030 seatud sihttase (84 eluaastat) selle trendi jätkudes saavutatav.



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Rahvusvahelises võrdluses oli 2024. aastal Eesti naiste oodatava eluea mahajäämus ELi keskmisega (84,4 aastat) võrreldes üks aasta. Kõige pikem on naiste oodatav eluiga sünnihetkel (vähemalt 86 aastat) Liechtensteinis, Šveitsis, Hispaanias ja Itaalias. Kõige lühem (vähem kui 81 aastat) on see Rumeenias, Bulgaarias ja Ungaris (Eurostat, a).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Eesti naiste oodatav eluiga sünnihetkel on sarnane Euroopa Liidu keskmisega. Viimase kahekümne aasta jooksul rakendatud meetmed nii tubaka- kui ka alkoholipiirangutele on naistel toiminud. Samas on turule tulnud uued tooted (nikotiinitooted), kuid nende pikaajaline mõju haigestumusele, suremusele ja oodatavale elueale ei ole veel selge.



Naiste oodatava eluea lähenemist ELi keskmisele toetaks haiguste varasem avastamine, sealhulgas pahaloomuliste kasvajate sagedasem avastamine varases staadiumis. Lisaks on oluline, et rohkem vanemaealisi vaktsineeriks end gripi vastu.

Seotud indikaatorid

- Oodatav eluiga 65-aasta vanuses
- Oodatav eluiga maakondades
- Oodatav eluiga haridustaseme järgi

1.4 Oodatav eluiga 65 aasta vanuses

MEHED

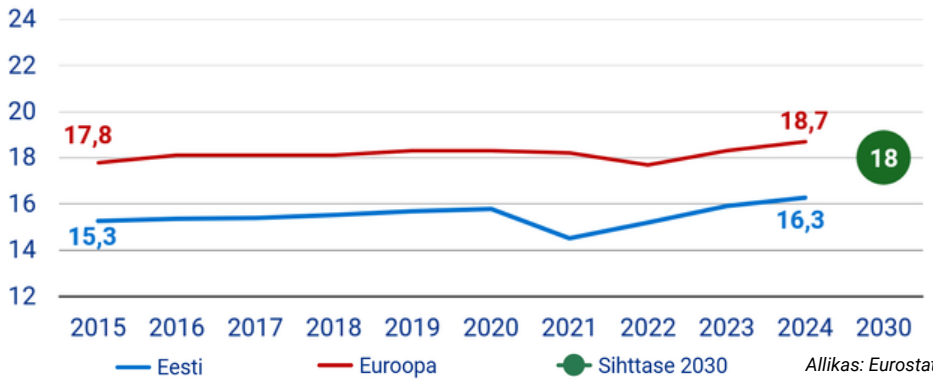


4/9

Tulemus on muutusteta

Aastal 2024 oli Eesti meeste oodatav eluiga 65-aastaselt 16,3 aastat. Võrreldes 2015. aastaga on oodatav eluiga suurenenud meestel ühe aasta võrra (Statistikaamet, b). Ajaline trend on keskmiselt hea, samas aastaks 2030 seatud sihttase, 18 aastat, jääb praegusest 1,7 aasta kaugusele. Senise kasvutempo juures ei ole eesmärgi saavutamine 2030. aastakse ilma täiendavate meetmeteta tõenäoline.

Oodatav eluiga 65-aasta vanuses, mehed



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Rahvusvahelises võrdluses oli 2024. aastal Eesti 65-aastaste meeste oodatava eluea mahajäämus ELi keskmisega (18,7 aastat) võrreldes 2,4 aastat. Ehkki Eestis on oodatava eluea pikkus Ida-Euroopa pikim, jäi see näitaja meie põhjanaabritega võrreldes oluliselt lühemaks. Rootsis oli keskmine oodatav eluiga 65-aasta vanuses 20,5 aastat, Taanis 19 ja Soomes 18,9 (Eurostat, a).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4) – kasv on olnud stabiilselt aeglane, mis tähendab, et rakendatud tegevused ja meetmed töötavad osaliselt.



Eesti suurim pidurdav tegur on vanemaealiste tervise ja heaolu toetamiseks tehtavate avalike kulutuste väike osatähtsus sisemajanduse kogutoodangus (Karaman et al, 2020).

Oluline on tõhustada krooniliste haiguste käsitlust perearstiabis, rutiinseks peab muutuma näiteks alkoholitarvitajate ja ülekaaluliste ning rasvunud inimeste lühinõustamine ja ravile suunamine, samuti süsteemne haiglaravijärgne järelkontroll. Oluline on ka üksilduse varajane märkamine ja sellele reageerimine.

Eri valdkondade koostöös on vaja kujundada jalgsi ja rattaga liikumist soodustav elukeskkond, seda eriti linnades. See hõlmab ohutuid ja turvalisi (eraldatud) kõnni- ja jalgrattateid (sh ligipääsetavus ratastooli ja käimisraamiga) nii suvisel kui ka talvisel ajal, piisavat valgustust ning vanemaealistele sobiva vahemaaga puhkevõimalusi (nt varju pakkuv kõrghaljastus ja pingid). Rohkem rohealasi ja vähem autotransporti tähendab lisaks aktiivsema liikumise soodustamisele ka puhtamat õhku ja tervislikumat elukeskkonda.

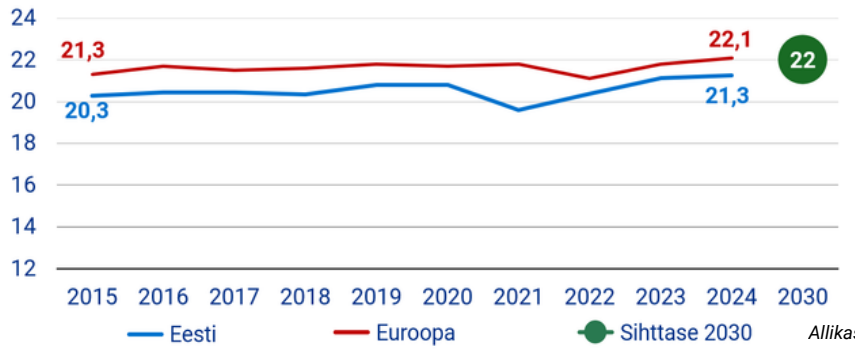


5/9

Tulemus on muutusteta

Aastal 2024 oli Eesti naiste oodatav eluiga 65-aastaselt 21,3 aastat. Võrreldes 2015. aastaga on oodatav eluiga pikenenud naistel ühe aasta võrra (Statistikaamet, b). Ajaline trend on keskmiselt hea ja praegune tase jääb 2030. aastaks seatud sihttasemest vähem kui ühe aasta kaugusele. Senise trendi jätkudes on 2030. aasta eesmärk saavutatav.

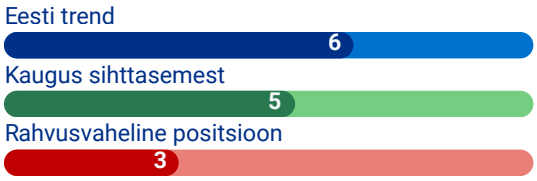
Oodatav eluiga 65-aasta vanuses, naised



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Rahvusvahelises võrdluses oli 2024. aastal Eesti 65-aastaste naiste oodatav eluiga veidi alla aasta lühem võrreldes ELi keskmisega (21,6 aastat). Kõige pikem naiste oodatav eluiga (ligi 24 aastat) oli sel aastal Liechtensteinis ja Hispaanias. Kõige lühem (vähem kui 20 aastat) oli see Rumeenias, Bulgaarias, Horvaatias ja Ungaris (Eurostat, a).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5) – kasv on stabiilselt aeglane, mis tähendab, et rakendatud tegevused ja meetmed töötavad osaliselt. Eesti suurim pidurdav tegur on vanemaealiste tervise ja heaolu toetamiseks tehtavate avalike kulutuste väike osatähtsus sisemajanduse kogutoodangus (Karaman et al, 2020).



Oluline on tõhustada krooniliste haiguste käsitlust perearstiabis, rutiinseks peab muutuma näiteks ülekaaluliste ja rasvunud inimeste lühinõustamine ja ravile suunamine, samuti süsteemne haiglaravijärgne järelkontroll.

Oluline on ka üksilduse varajane märkamine ja sellele reageerimine.

Vanuse suurenedes sagenevad naistel lihasluukonna vaevused, mis võivad hakata varem piirama liikumisvõimet ja igapäevategevustega toimetulekut. Seetõttu on oluline, et esmatasandil suunataks naisi teatud vanusest alates sihipäraselt liikumist suurendavatesse tegevustesse – näiteks jõutreeningule, tantsima või muudesse regulaarset liikumist teotavatesse tegevustesse. Heas toonuses lihased aitavad ennetada kukkumisi ning toetavad ühtlasi vaimset tervist. Kukkumised on aga üks raskemate tüsistustega vigastused vanemaealiste naiste hulgas.

Valdkondadeüleselt on, eriti linnades, vaja kujundada jalgsi ja rattaga liikumist soodustav elukeskkond. See hõlmab ohutuid ja turvalisi (eraldatud) kõnni- ja jalgrattateid (sh ligipääsetavus ratastooli ja käimisraamiga) nii suvisel kui talvisel ajal, piisavat valgustust ning vanemaealistele sobiva vahemaaga puhkevõimalusi (nt varju pakkuv kõrghaljastus ja pingid). Rohkem rohealasi ja vähem autotransporti tähendab lisaks aktiivsema liikumise soodustamisele ka puhtamat õhku ja tervislikumat elukeskkonda.

Seotud indikaatorid

- Oodatav eluiga sünnihetkel
- Oodatav eluiga maakondades
- Oodatav eluiga haridustaseme järgi

1.5 Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus

Enesehinnanguline tervis näitab, kuidas inimene hindab oma füüsilist ja vaimset tervist, igapäevast toimetulekut ning tervisemurede mõju oma elule. Indikaator aitab hinnata elanike rahulolu oma tervise ja heaoluga ning tuua esile probleeme võrdsuse tagamisel, prognoosida võimalikke vajadusi tervishoius ning toimetulekuraskusi.



3/9

Tulemus on halb

Eestis hindasid 2025. aastal oma tervist heaks või väga heaks 58% inimestest. Võrreldes 2015. aastaga on oma tervist positiivselt hinnanud inimeste osa suurenenud ligi 4 protsendipunkti võrra (Statistikaamet, c).

Alates 2020. aastast on trend olnud languses, mis viitab nii üldistele toimetulekuraskustele kui ka vaimse heaolu halvenemisele. 2030. aastaks seatud sihttase, 66%, jääb praegusest tasemest 8 protsendipunkti kaugusele, mis tähendab, et olemasoleva trendi jätkudes ei ole 2030. aasta eesmärk saavutatav.



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Ehkki enesehinnanguline tervis on Eestis paranenud kiiremini kui Euroopa Liidus keskmiselt, jäi oma tervist heaks hinnanute osatähtsus 2024. aastal endiselt ELi keskmisest (68,4%) madalamaks. Kõrgeim positiivne tervise enesehinnang oli Iirimaal (79,9%) ja Maltal (79,2%), madalaim aga Lätis ja Leedus (vähem kui 50%) (Eurostat, b).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 3) – kuigi Eesti elanike hinnang oma tervisele on viimase kümnendi jooksul paranenud, on kasv pidurdunud. Inimesed hindavad oma tervist heaks siis, kui igapäevane enesetunne ja toimetulek paranevad ning tervisemured vähenevad. Seda mõjutavad korraga nii tervisekäitumine, vaimne ja füüsiline tervis, sotsiaalmajanduslik kindlus, elukeskkond kui ka teenuste kättesaadavus.



Madal tervise enesehinnang on tugevalt seotud sissetuleku ja haridusega ning lõhe eri sissetuleku- ja haridusrühmade vahel Eestis on üks Euroopa suurimaid (Eurostat, b). Eestis on pikaajalisi terviseprobleeme ligi pooltel tööealistel, mis tähendab, et vaja on tõhustada krooniliste haiguste ennetust ning nende varajast avastamist ja nende kontrolli all hoidmist. Esmatasandil saab toetada nii kaalulangetamist kui ka tervislikku toitumist. Tervisehinnangut mõjutavad oluliselt ka tervishoiuteenuste kättesaadavus ja teenuste kasutamise kogemus (nt ooteajad ja katmata arstiabivajadus kujundavad inimeste arusaama sellest, kas nad saavad abi nende jaoks õigel ajal ja sobival viisil). Seetõttu on tähtsal kohal asjakohane, lihtne ja sihtrühmale (nt lastele, noortele, vaegkuuljatele, pimedatele jne) kohandatud kommunikatsioon, mis aitab vähendada teadmatust, hirme (nt digioskuste takistusi), suunata inimesi õigesse teenusesse ja toetada seeläbi positiivse teenusekogemuse kujunemist (OECD, 2025).

Seotud indikaatorid

- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel
- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel 65-aasta vanuses
- Oma tervist heaks hindavate vanemaealiste osatähtsus
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus maakondades
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus haridustaseme järgi
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus sissetuleku järgi

1.6 Oma tervist heaks hindavate vanemaealiste osatähtsus

Vanusega suureneb risk krooniliste haiguste tekkeks, mis võib mõjutada igapäevategevustega toimetulekut ja hinnangut oma terviseseisundile. Lisaks mõjutavad tervise hinnangut mitmed sotsiaaldemograafilised tegurid – elukoha maakond, madalam sissetulek, madalam haridustase, mis võivad olla omakorda takistuseks tervisemurega abi saamiseks ning viia tervisemurede süvenemiseni ja kaasa tuua kehvema hinnangu oma tervisele. Indikaator aitab hinnata vanemaealiste elanike rahulolu oma tervise ja heaoluga ning kitsaskohti võrdsuse tagamisel.



4/9

Tulemus on muutusteta

Eestis hindasid 2025. aastal oma tervist heaks või väga heaks 25% vanemaealistest inimestest. Võrreldes 2015. aastaga on oma tervist positiivselt hinnanud vanemaealiste osatähtsus suurenenud märkimisväärselt – 10 protsendipunkti võrra (Statistikaamet, c). Trend näitab, et rahulolu oma tervisega on selgelt suurenenud. 2030. aastaks seatud ambitsioonikas eesmärk (35%) jääb praegusest sihttasemest kümne protsendipunkti kaugusele ning olemasoleva trendi jätkudes vajab eesmärgini jõudmiseks täiendavaid meetmeid.



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Ehkki vanemaealiste enesehinnanguline tervis on Eestis paranenud kiiremini kui Euroopa Liidus keskmiselt, jäi oma tervist heaks hinnanute osatähtsus Eestis 2024. aastal endiselt ligi 15 protsendipunkti võrra madalamaks kui ELis keskmiselt (40%). Kõige kõrgema positiivse tervise enesehinnanguga vanemaealised elavad Šveitsis ja Norras (ligi 70%) ja kõige madalam on tervise enesehinnang Lätis, Leedus ja Portugalis (vähem kui 20%) (Eurostat, b).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4) – Eesti vanemaealiste elanike hinnang oma tervisele on viimase kümnendi jooksul oluliselt paranenud, on see tunduvalt madalam Euroopa Liidu keskmisest. Vanemaealised hindavad oma tervist heaks siis, kui igapäevane enesetunne (nt valusid vähem) ja toimetulek paranevad ja tervisemured vähenevad. Seda mõjutavad korraga nii tervisekäitumine, vaimne ja füüsiline tervis, sotsiaalmajanduslik kindlus, elukeskkond ja teenuste kättesaadavus.



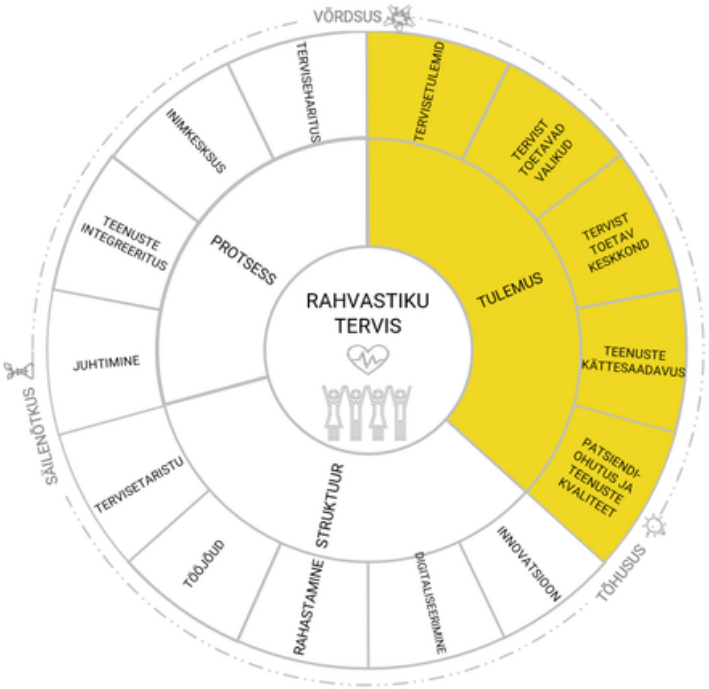
Madal tervise enesehinnang on tugevalt seotud sissetuleku ja haridusega ning kahjuks on see lõhe Eestis üks Euroopa suurimaid (Eurostat, b). Vanemaealistele on oluline võimaldada kodukohandusi, s.h maapiirkondades ja hajaasustustes elavatel eakatel. Vanemas eas on oluline toetada inimeste funktsionaalset võimekust, mida saab edukalt teha esmatasandil. Esmatasandil saab toetada ka kaalulangetamist ja tervislikku toitumist. Tervisehinnangut mõjutavad oluliselt ka tervishoiuteenuste kättesaadavus ja teenuste kasutamise kogemus (nt ooteajad ja katmata arstiabivajadus kujundavad inimeste arusaama sellest, kas nad saavad abi nende jaks õigel ajal ja sobival viisil). Vanemaealistele on seetõttu väga oluline lihtne ja asjakohane kommunikatsioon. See aitab vähendada teadmatust, hirme (nt digioskuste takistusi), suunata inimesi õigesse teenusesse ja toetada seeläbi positiivse teenusekogemuse kujunemist (OECD, 2025).

Seotud indikaatorid

- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel
- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel 65-aasta vanuses
- Oma tervist heaks hindavate vanemaealiste osatähtsus
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus maakondades
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus haridustaseme järgi
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus sissetuleku järgi

2 Indikaatorite valdkond – tulemus

Tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistiku üks viiest indikaatorite valdkonnast on tulemuse valdkond, mis on indikaatorite arvult kõige mahukam – 121 indikaatorit. Tulemuse valdkond hõlmab tervisetulemeid, tervist toetavaid valikuid, tervist toetavat keskkonda, teenuste kättesaadavust ning patsiendiohutust ja teenuste kvaliteeti. Nende komponentide indikaatorid kajastavad inimese ja elanikkonna tervist ja heaolu ning patsiendiohutust. Teenuste kättesaadavuse ning patsiendiohutuse ja teenuste kvaliteedi komponendid kajastavad tulemusi tervisesüsteemi vaates.



Hinnatakse 40 indikaatorit – haigestumus ja suremus, tervisekäitumine, õhu- ja vee kvaliteet, ooteajad ja perearstiabi, kliiniline tõhusus. Valdkond ühendab nii objektiivseid näitajaid (nt haigestumus, suremus) kui ka süsteemi toimimist kirjeldavaid mõõdikuid (katmata tervishoiuteenuste vajadus).

Tulemuste valdkond on otseselt seotud nii ennetustegevuste, ravikvaliteedi kui ka tervisekäitumisega ning kajastab erisuguste poliitikameetmete koostoimet. Indikaatorite dünaamika võimaldab hinnata seatud sihttasemete saavutamist ning tuvastada valdkondi, kus areng on kiirem või aeglasem.

Eesti rahvastiku tervise areng on viimastel aastatel olnud ebaühtlane. Ühelt poolt on märkimisväärseid edusamme saavutatud mitmes valdkonnas, sealhulgas nakkushaiguste kontrollis, emade ja laste tervises ning mõne kroonilise haiguse käsitluses. Teisalt ilmnevad samal ajal sügavad struktuursed murekohad tervisekäitumises, vaimses tervises ning tervishoiuteenuste kättesaadavuses, mis pärsivad üldise tervisepildi paranemist ja süvendavad pikaajalisi riske.

Väga teravalt joonistub välja ennetuse ebapiisav mõju eluviisiga seotud riskiteguritele – ülekaal, vähene liikumine, alkoholi ja narkootikumide tarvitamine mõjutavad üha enam nii rahvastiku heaolu kui ka tervishoiusüsteemi koormust. Samal ajal näitab vähenev rahulolu perearstiabi kättesaadavusega, et süsteemi toimimise ja inimeste ootuste vahel on märgatav lõhe. See omakorda suurendab survet eriarstiabile, erakorralise meditsiiniabile ja haiglaravile ning vähendab usaldust kogu tervishoiusüsteemi suhtes.



4/9

Tulemus on muutusteta

Seega ei ole tervisenäitajate edasine paranemine saavutatav üksikute meetmete või valdkonnasisese tegutsemise kaudu. Vaja on terviklikku lähenemist, kus ennetus, tervishoiuteenuste korraldus, sotsiaalpoliitika ja elukeskkonna kujundamine toetavad üksteist. Ainult nii on võimalik muuta praegusi ebasoodsaid arengusuundumusi ja liikuda rahvastiku tervise 2030. aasta eesmärkide poole viisil, mis toetab nii kestlikkust kui ka võrdsust.

Olukorra parandamiseks tuleb liikuda probleemidele reageerivalt tervishoiult ennetavama ja süsteemsema lähenemise poole, mis arvestab ka vaimse tervise ja elukeskkonna mõjuga. Selleks on vaja suurendada avaliku sektori rahastust, pöörata rohkem tähelepanu ennetusele ja tugevdada esmatasandi arstiabi, sealhulgas laiendada meeskonnapõhist tööd ja kasutada digilahendusi sihipäraselt. Samuti on vaja arendada tervisekirjaoskust eakohaselt kõigis haridusastmetes alates alusharidusest, laiendada koolides vaimse tervise tuge, rakendada tõhusamalt alkoholi- ja tubaka- ning nikotiinipoliitikat ja kujundada tervislikumat toidukeskkonda.

Kujundades tervisepoliitikat, on vaja seada tervise-eesmärgid nii hariduses, sotsiaalkaitses kui ka töö- ja linnaplaneerimises.

Komponent – tervisetulemid

Tervisetulemite komponent kirjeldab tervisekäitumisest ja tervishoiu või teiste terviseteenuste kasutamisest tulenevaid muutusi inimese või rahvastiku heaolu, haigestumuse ja suremuse näitajates. Komponendi alla kuuluvad alakomponendid enesehinnanguline heaolu, tervise-, haigus- ja suremuskaotus, haigestumus, hulgihaigestumus, välditav suremus ja suremus.

2.1 Eluga rahulolu täiskasvanud elanikkonnas

Eluga rahulolu väljendab inimese hinnangut oma elule tervikuna ning peegeldab lõhet kujutletava hea elu ja tegeliku kogemuse vahel. Tegu on subjektiivse heaolu näitajaga, mis täiendab traditsioonilisi majandusnäitajaid (nt SKT), sest inimeste elukvaliteet ei sõltu ainult jõukusest. Näitaja võimaldab hinnata ka kriiside, näiteks majanduslanguse, pandeemia või sõjaliste konfliktide mõju elanike heaolule ning tuua esile ebavõrdsust elanike rühmade vahel.



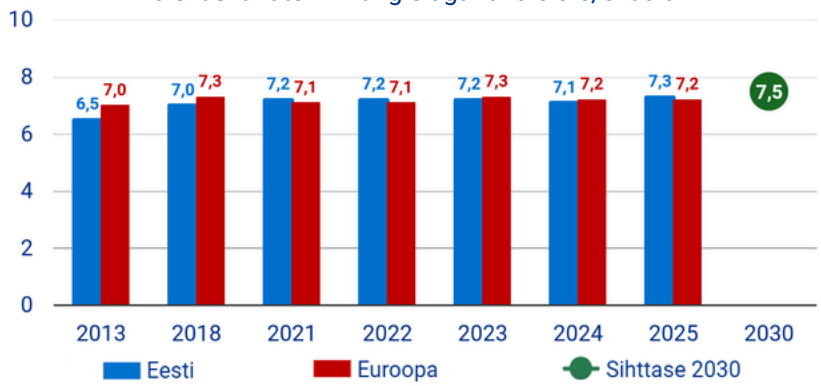
5/9

Tulemus on muutusteta

Indikaatorit mõõdetakse 10-palli skaalal. Tavapäraselt tõlgendatakse 7–8 punkti vahemikku kui eluga rahulolu taset, mis viitab heale toimetulekule, kuigi mitte ideaalsele olukorrale. Alla 7 punkti jäävad hinnangud osutavad keskmisele rahulolule ning võivad olla seotud tervise- ja heaoluprobleemidega.

2025. aastal oli eluga rahulolevate täiskasvanud eestlaste keskmine hinnang 7,3 punkti. Võrreldes 2013. aastaga on rahulolu suurenenud 0,8 punkti võrra (Eurostat, c). Ajaline trend on positiivne ja viimastel aastatel püsinud stabiilselt hea. Seatud sihttase aastaks 2030 on 7,5 punkti. Praegusest tasemest jääb eesmärk 0,4 punkti kaugusele, mis senise trendi jätkudes on saavutatav.

Täiskasvanute hinnang eluga rahulolule, skaala



Allikas: Eurostat, Statistikaamet

Kui Eestis on viimase kümne aasta jooksul elanike rahulolu eluga suurenenud, siis rahvusvahelises võrdluses on eluga rahulolu Euroopa riikides keskmisest (7,2 punkti) veidi kõrgem, kuid mediaanist (7,4 punkti) madalam. Kõrgeim eluga rahulolu oli 2025. aastal Soomes (7,8 punkti) ja Rumeenias (7,8 punkti) ning madalaim Bulgaarias (6,3 punkti) ja Põhja-Makedoonias (6,2 punkti) (Eurostat, c).

Positiivsest trendist hoolimata jääb Eesti seega rahvusvahelises võrdluses oma eluga vähem rahulolevate riikide hulka, mistõttu on **indikaatori koondhinnang muutusteta** (skoor 5). Elanike heaolu mõjutavad jätkuvalt ebakindlus majandusliku olukorra, sõjaliste konfliktide ja tervise pärast, samuti üksildus ning raskused töö- ja eraelu tasakaalu hoidmisel (Sisask, 2023).



Seotud indikaatorid

- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus maakondades
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus sissetuleku järgi
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus haridustaseme järgi
- Viimase 30 päeva jooksul suurel määral stressi tundnud täiskasvanute osatähtsus
- Lootusrikkalt ja entusiastlikult tundvate täiskasvanute osatähtsus
- Tervise tõttu igapäevategevustes piiratud täiskasvanute osatähtsus
- Psüühika- ja käitumishäirete esinemissagedus 100 000 elaniku kohta
- Meeleolu ja ärevushäirete esinemissagedus 100 000 elaniku kohta

2.2 Tervisekaotus 1000 elaniku kohta (DALY)

Tervisekaotus 1000 elaniku kohta (DALY) on koondnäitaja, mis kirjeldab lõhet rahvastiku võimaliku parima terviseseisundi ja tegeliku terviseseisundi vahel. Näitaja koosneb kahest komponendist:

- haiguskaotusest (haiguste ja vigastuste tõttu kaotatud eluaastad) ja
- suremuskaotusest (enneaegse surma tõttu kaotatud eluaastad).

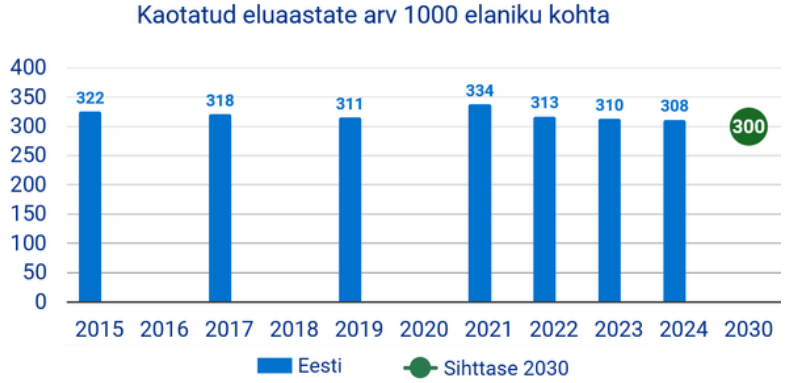
DALY-mõõdikut hakati riikide tervisepoliitika analüüsis laialdasemalt kasutama 1990. aastate teisel poolel, sest see arvestab lisaks suremusele ka krooniliste haiguste, vaimse tervise häirete, vigastuste ja teiste mitte surmaga lõppevate seisundite mõju rahvastiku toimetulekule ja elukvaliteedile (Murray ja Lopez, 1996).



7/9

Tulemus on hea

Aastal 2024 kaotas Eesti rahvastik 308 eluaastat 1000 elaniku kohta, mis on 4% vähem kui kümme aastat tagasi (TAI, a). Kaotatud eluaastate arv on viimase kümne aasta jooksul olnud languses, välja arvatud COVID-19 pandeemia aastad, kui nii haigestumus kui suremus suurenesid. Seatud sihttase 2030. aastaks on 300 DALY-t 1000 elaniku kohta, mis jääb praegusest 2,5% kaugusele ning tähendab, et olemasoleva trendi jätkudes on 2030. a eesmärk saavutatav. Rahvusvaheliste hinnangutega võrdlemisel tuleb arvestada metoodiliste erinevustega, seetõttu ei pruugi tulemused olla võrreldavad.



Allikas: TAI

Tervisekaotuse peamised põhjused on olnud aastaid vereringeelundite haigused (35%) ja kasvajad (17%), meestel lisaks vigastused ja mürgistused (10%) ning naistel lihasluukonna- ja sidekoehaigused, psüühika- ja käitumishäired ning sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused (7%) (Lepnurm 2025). Andmed viitavad mittenakkushaiguste domineerivale rollile ning soolistele erinevustele haigus- ja suremuskoormuses. Globaalsete haiguskoormuse uuringute (*Global Burden of Disease*) andmetel on suurema sissetulekuga riikides viimastel kümnenditel suremuskaotus vähenenud, kuid kroonilistest haigustesttingitud haiguskaotus on püsinud suur (Hay et al, 2025). Euroopa piirkonnas moodustavad vereringeelundite haigused ja kasvajad jätkuvalt suurima osa tervisekaotusest. Eesti tervisekaotuse struktuur on kooskõlas Euroopa mustriga, kuid vigastuste ja mürgistuste osatähtsus meeste seas on tunduvalt suurem kui mitmes Lääne-Euroopa riigis (IHME).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7), sest tervisekaotus on langustrendis ja seatud sihttase on saavutatav. Edasise paranemise eelduseks on järjepidev mittenakkushaiguste ennetamine ja vigastuste vähendamine eri valdkondade koostöös.



Selleks tuleb suunata sekkumised suurima mõjuga riskitegurite vähendamisele, nagu rangem alkoholipoliitika (alkoholist põhjustatud haigused ja suremus, vigastused), läbimõeldum toidukeskkond, et tervist toetav valik oleks inimese jaoks lihtsam ja kättesaadavam. Vigastuste ennetuses on oluline rakendada valdkondadeüleseid lahendusi liiklus- ja tööohutuse parandamiseks.

Seotud indikaatorid

- Haiguskaotus 1000 elaniku kohta (YLD)
- Suremuskaotus 1000 elaniku kohta (YLL)

2.3 Vigastuste arv 100 000 elaniku kohta

Vigastus on välistegurite mõjul tekkinud kehaline kahjustus, mis võib olla tahtmatu (nt liiklusõnnetus, kukkumine, mürgistus) või tahtlik (vägivald, enesevigastus, mürgistus). Välisteguritest põhjustatud vigastused on suures osas ennetatavad ning nende vähendamine on üks kiiremini mõõdetava mõjuga rahvatervishoiu sekkumisvaldkondi.

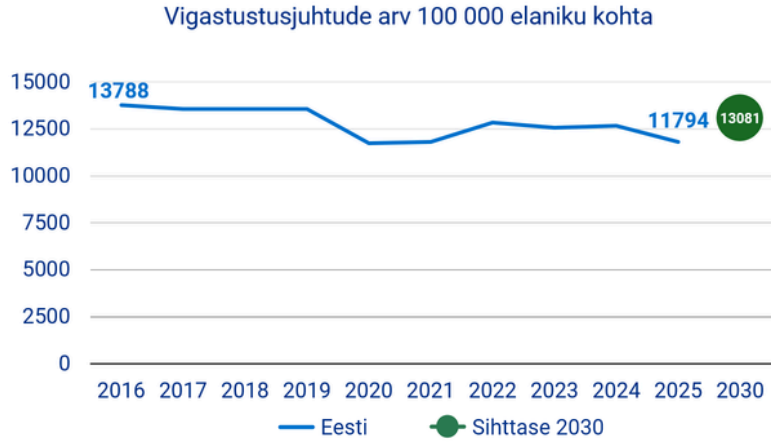
Eestis on vigastused laste ja noorte peamine surmapõhjus. Tervisekahjule lisaks kaasnevad vigastustega märkimisväärsed tervishoiukulud, töövõime langus ja sotsiaalne mõju. Vigastuste ennetamine hõlmab nii turvalise elukeskkonna kujundamist kui ka riskikäitumise vähendamist. Oluline on ka vigastuste raskusastme vähendamine, sh esmaabioskuste parandamine ja kiire abi tagamine.



9/9

Tulemus on väga hea

2025. aastal registreeriti Eestis 11 794 vigastusjuhtu 100 000 elaniku kohta (TAI, b). Võrreldes 2016. aastaga on vigastusjuhtude kordaja vähenenud 14%. Vigastusjuhtude kordaja püsis kuni 2019. aastani stabiilselt kõrge. Alates 2020. aastast, COVID-19 pandeemia alguses, vähenes vigastusjuhtude kordaja märgatavalt (-14%), mille tulemusel saavutati 2030. aastaks seatud sihttase (13 000) kümme aastat planeeritust varem.



Allikas: TAI

Rahvusvahelises kontekstis näeme, et WHO andmetel põhjustavad vigastused igal aastal üle 4 miljoni surma ning moodustavad märkimisväärse osa haiguskoormusest, eriti nooremates vanuserühmades (WHO, 2024a). Euroopa riikides on vigastushaigestumus viimastel aastatel üldiselt vähenenud, kuid erinevused riikide vahel püsivad. Pandeemia ajal vähenes mitmes riigis liiklus- ja tööõnnetuste arv, mis mõjutas ajutiselt ka üldist vigastuste taset, sarnaselt Eestile.

Indikaatori koondhinnang on väga hea (skoor 9). Vigastusjuhtude arv on langenud alla seatud sihttaseme. Edasine eesmärk on hoida vähemalt saavutatud taset ning tagada, et langustrend ei ole üksnes pandeemiaga seotud ajutine mõju.



Väga hea tulemus võib olla tingitud ka liiga madalast seatud sihttasemest, mistõttu on vigastusjuhtude esinemissageduse mõõtmine tuleviku olukorra hindamisel väga oluline. Eriti olukorras, kus teedele on tulnud uued liikumisvahendid (kergliikurid ja elektrilised tõukerattad), millega seotud vigastused on viimastel aastatel märgatavalt suurenenud, eriti nooremas vanuserühmas (Viita-Heuhaus, 2026; Taveter, 2026; Postimees, 2026). Korralik mõõtmine annab pideva ülevaate ohutuskeskkonna ja tervisekäitumise olukorrast ning võimaldab hinnata ennetusprogrammide tulemuslikkust. Näitaja on seotud nii liiklusohutuse, tööohutuse, alkoholi tarvitamise kui ka vägivalla ja enesevigastamise näitajatega.

Seotud indikaatorid

- Enesetapud 100 000 elaniku kohta
- Vigastuste tõttu ravi vajanud isikud 100 000 elaniku kohta
- Tahtlik enesevigastamine 100 000 elaniku kohta
- Suremus vigastustesse 100 000 elaniku kohta
- Tervisekaotus 1000 elaniku kohta (DALY)
- Haiguskaotus 1000 elaniku kohta (YLD)
- Suremuskaotus 1000 elaniku kohta (YLL)

2.4 Tahtlike enesekahjustamiste arv noorte hulgas

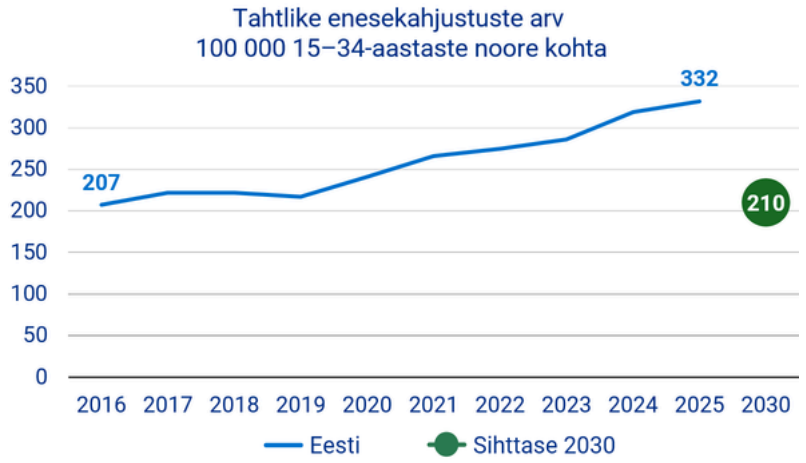
Tahtlik enesekahjustamine on käitumisviis, mille eesmärk on iseenda vigastamine või mürgistamine. See võib viia ootamatute ja raskete tagajärgedeni, sealhulgas surmani. Enesekahjustamine on sageli seotud vaimse tervise probleemidega ning kujutab endast olulist riskitegurit hilisemale suitsiidikäitumisele. Indikaator võimaldab hinnata probleemi ulatust, selgitada välja riskirühmad ning planeerida sihipäraseid ennetus- ja sekkumismeetmeid. Samuti annab see võimaluse hinnata vaimse tervise programmide ja sekkumiste tulemuslikkust.



0/9

Tulemus on väga halb

2025. aastal oli Eestis 15–34-aastaste noorte hulgas 332 tahtliku enesekahjustamise juhtu 100 000 sama vanuse elaniku kohta (TAI, c). Baasaastaga võrreldes on juhtude arv suurenenud märgatavalt ja suureneb jätkuvalt igal aastal. Alates 2020. aastast ehk COVID-19 pandeemia algusest, suurenes noorte enesekahjustamise juhtude arv hüppeliselt ning on seejärel jätkanud suurenemist. Suundumus on liikunud 2030. aastaks seatud sihttasemest (210 juhtu) vastassuunas ning eesmärk on praegusest tasemest väga kaugel. Ilma täiendavate sekkumisteta ei ole senise suuna muutumine tõenäoline.



Allikas: TAI

Riikide võrdlused enesekahjustamise kohta on keerulised, sest korralikud võrreldavad andmed puuduvad, kuid suurtest meta-analüüsidest järeldub, et ennast vigastab umbes iga kuues noor (Farkaset al, 2024). Pandeemiajärgselt on mitmes Euroopa riigis täheldatud noorte vaimse tervise halvenemist ning enesevigastamise sagenemist (WHO, 2025a).

OECD raportid viitavad samuti, et noorte psühholoogiline düstress, ärevus ja depressiivsed sümptomid kasvasid märgatavalt COVID-19 perioodil, mis on mõjutanud ka enesevigastamise juhtude arvu (OECD, 2023).

Noorte vaimset tervist mõjutavad mitmed tegurid: suhted pere ja sõpradega, koolikeskkond (kiusamine) ja õpiedukus, ärevuse ja ebakindluse foon, tulevikuväljavaadete tajumine (Zhong et al., 2026). Taustal võivad olla suured traumad, madal enesehinnang, probleemid kaaslastega, perega (lähedaste suhete puudumine, sotsiaalse toe puudumine). Uuringud näitavad, et noorte tunnetuslik heaolu on alates 2018. aastast halvenenud, seda eriti tüdrukute hulgas, kes toovad peamiselt välja üksildustunde (Cosma et al., 2024).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 0). Tahtliku enesekahjustamise juhtude arv noorte seas on kasvutrendis ja liigub seatud eesmärgist vastupidises suunas. Olukorra parandamiseks on vaja senised meetmed üle vaadata ja neid kohandada.

Eesti trend
0
Kaugus sihttasemest
0

Oluline on märgata probleeme võimalikult vara ning toetada nii vanemate oskuste arengut asjakohaste koolitustega (nt „Imelised Aastad“) kui samal ajal toetada noori (nt „*Youth Aware of Mental Health*“). Samuti tuleb luua positiivne ja turvaline koolikeskkond, muuta õpetamine kiusamisvabaks ja õpetada noori märkama oma kaaslaste käitumis-, meeleolu- ja suhtlemisviisi muutusi. Lisaks on vaja parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust. Praegu on Eestis kriitiline puudus laste- ja noortepsühhiaatritest, mistõttu tuleb suurendada riiklikku koolitustellimust ja tagada seeläbi parem ligipääs vajalikele vaimse tervise teenustele.

Seotud indikaatorid

- Enesetapud 100 000 elaniku kohta
- Vigastuste tõttu ravi vajanud isikud 100 000 elaniku kohta
- Suremus vigastustesse 100 000 elaniku kohta
- Tervisekaotus 1000 elaniku kohta (DALY)
- Haiguskaotus 1000 elaniku kohta (YLD)
- Suremuskaotus 1000 elaniku kohta (YLL)

2.5 Uued HIV nakkuse juhud 100 000 elaniku kohta

HIV (inimese immuunpuudulikkuse viirus) on krooniline ja progresseeruv nakkushaigus, mis kahjustab immuunsüsteemi ning suurendab vastuvõtlikkust teistele nakkushaigustele ja kasvajatele. Vaktsiini HIV vastu ei ole, kuid tõhus retroviirusvastane ravi võimaldab viiruse kontrolli all hoida, säilitada elukvaliteeti ning vähendada nakkuse edasikandumist. Eestis on HIV-ravi ja ravimid kõigile tasuta, sõltumata ravikindlustuse olemasolust.

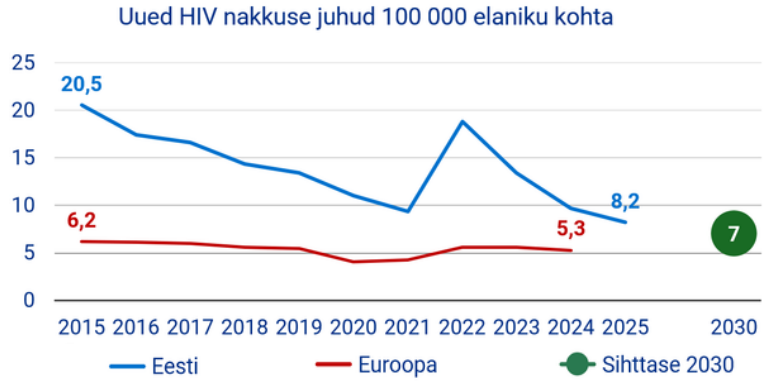
HIV diagnoos põhineb referentlabori kinnitatud positiivsel vereanalüüsil. Uute HIV nakkuse juhtude aluseks on nakkushaiguste registrile edastatud esmakordselt kinnitatud juhud, sh välisriigis diagnoosi saanud migrandid. Indikaator võimaldab hinnata uute juhtude trendi ning ravivajadusega seotud koormust.



5/9

Tulemus on muutusteta

2025. aastal registreeriti Eestis 8,2 uut HIV nakkuse juhtu 100 000 elaniku kohta (TA, a). Võrreldes 2015. aastaga on haigestumus vähenenud 20,5 juhult 8,2 juhuni 100 000 elaniku kohta. 2022.–2023. aastal suurenes juhtude arv ajutiselt seoses Vene-Ukraina sõja puhkemisega ja sõjapõgenike saabumisega. Enamikel saabunutel oli ravi juba alustatud ning otsest epidemioloogilist ohtu elanikkonnale ei tekkinud. 2024. aastal jätkus haigestumuse langus. Trend näitab, et seni rakendatud meetmed toimivad ning 2030. aastaks seatud sihttase (7 juhtu 100 000 elaniku kohta) on juba paari aasta pärast saavutatav.



Allikas: ECDC, Terviseamet

Euroopas on viimase kümnendi jooksul uute HIV nakkuste juhud üldiselt langenud, kuid erinevused riikide vahel on suured (ECDC, 2025a). Eesti on ajalooliselt kuulunud kõrgema esinemissagedusega riikide hulka, kuigi trend on olnud langussuunas. Euroopa Haiguste Ennetamise ja Tõrje Keskuse (ECDC) andmetel registreeriti 2024. aastal Euroopa Liidus ja Euroopa Majanduspiirkonnas keskmiselt ligikaudu 5,3 uut HIV-juhtu 100 000 elaniku kohta, kuid Ida-Euroopa riikides on näitajad olnud märkimisväärselt kõrgemad (ECDC, 2025).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). HIV-nakkuse uute juhtude arv püsib Eestis rahvusvahelises võrdluses kõrgel tasemel, mistõttu on vaja jätkata sihipäraste ennetusmeetmete, testimise laiendamise ja ravi kättesaadavuse tagamisega. Nakkuse leviku tõkestamine ning haavatavate rühmade toetamine on kooskõlas säästva arengu eesmärgiga 3.3 (ÜRO 2015).



HIV-haigestumus on seotud riskikäitumise, testimisvõimaluste kättesaadavuse, ravi järjepidevuse ning ennetusprogrammide tõhususega. Näitaja muutusi võivad mõjutada ka testimise intensiivsus ja migratsioon.

Seotud indikaatorid

- Juhupartneriga seksuaalvahekorras olles alati kondoomi kasutanud täiskasvanute osatähtsus

2.6 Uued kroonilise ja ägeda C-hepatiidi juhud 100 000 elaniku kohta

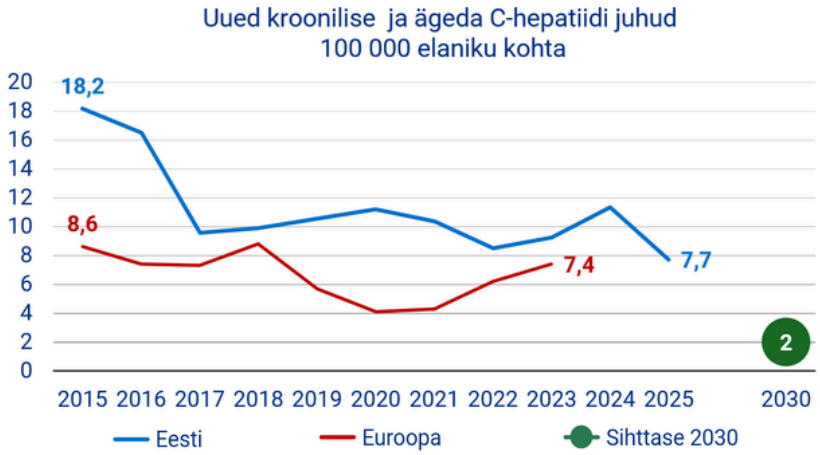
C-hepatiit on peamiselt vere kaudu leviv nakkushaigus, mida põhjustab C-hepatiidi viirus (HCV). Viirus põhjustab maksapõletikku ja võib kulgeda pikka aega sümptomiteta. Ravimata C-hepatiit võib viia raskete tüsistusteni, nagu maksatsirroos või maksavähk. Haigus mõjutab eeskätt haavatavaid ja raskesti ligipääsetavaid sihtrühmi, sealhulgas narkootikume süstivaid inimesi. Indikaator kajastab kroonilise ja ägeda C-hepatiidi uute juhtude arvu 100 000 elaniku kohta ning võimaldab hinnata nii nakkuse levikut kui ka ravivajadusega seotud koormust tervishoiusüsteemile.



5/9

Tulemus on muutusteta

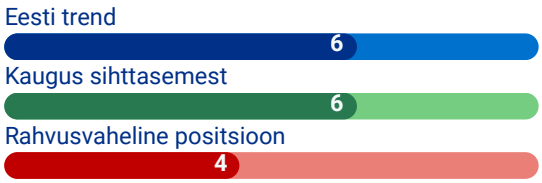
2025. aastal registreeriti Eestis 7,7 uut kroonilise ja ägeda C-hepatiidi juhtu 100 000 elaniku kohta (TA, b). Võrreldes 2015. aastaga on haigestumus vähenenud 18,2 juhult 7,7 juhuni 100 000 elaniku kohta. COVID-19 pandeemia ajal (2020–2022) vähenes testimine, eriti riskirühmades. Kui 2023. aastal tavapäraste tervishoiuteenuste pakkumine taastus, avastati korraga rohkem varem märkamata jäänud juhte. Trend näitab, et seni rakendatud meetmete korral seatud sihttase 2030. aastaks (2 juhtu 100 000 elaniku kohta) võib olla saavutatav.



Allikas: ECDC, Terviseamet

WHO hinnangul on C-hepatiit jätkuvalt oluline ülemaailmne rahvatervishoiu probleem, kuid uute juhtude arv on mitmes Euroopa riigis vähenenud tänu sihipärastele testimis- ja raviprogrammidele (WHO, 2026). Euroopa Liidus on C-hepatiidi esinemissagedus viimastel aastatel olnud langustrendis, kuigi riikidevahelised erinevused püsivad, eriti riskirühmade seas (ECDC, 2023).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Eestis peetakse C-hepatiidi likvideerimist saavutatavaks eesmärgiks, mis viitab rakendatud meetmete – testimise laiendamise, ravi kättesaadavuse ning riskirühmadele suunatud sekkumiste – tulemuslikkusele. Vaktsiini C-hepatiidi vastu ei ole, kuid olemas on tõhus viirusevastane ravi, mis võimaldab haigusest terveneda ning vähendab nii nakkuse levikut kui ka pikaajalist tervisekahju.



Hea tulemus viitab, et Eesti on liikumas kooskõlas rahvusvahelise suundumustega, kus rõhk on varajasel diagnoosimisel, ravile suunamisel ja sihtrühmade kaasamisel. Samas eeldab likvideerimiseesmärgi saavutamine jätkuvat ja sihipärast koostööd ning ressursside suunamist peamistele riskirühmadele, et vältida uute nakkuskollete teket ja tagada ravijärjepidevus.

Seotud indikaatorid

- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta

2.7 Tuberkuloosi haigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta

Tuberkuloos on peamiselt õhu teel piisknakkusena leviv nakkushaigus, mis kahjustab kõige sagedamini kopse, kuid võib haarata kogu organismi. Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse kohaselt on tuberkuloos Eestis eriti ohtlik nakkushaigus. Tuberkuloosivastane vaktsineerimine kuulub riiklikku immuniseerimiskavasse ning kaitseb eeskätt lapseeas raskete haigusvormide eest, kuid ei taga eluaegset immuunsust.

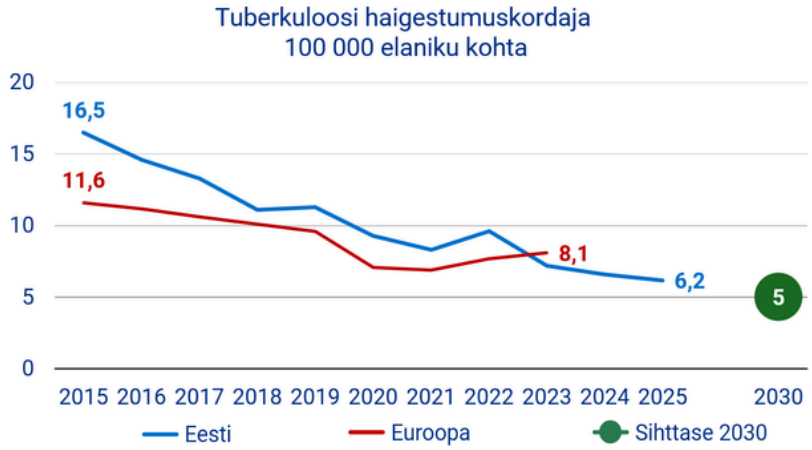
Tuberkuloosi haigestumus kasvas Eestis märgatavalt taasiseseisvumise järel, kui sotsiaal-majanduslike muutuste ja ravisüsteemi ümberkorralduste tõttu viie aastaga kolmekordistus tuberkuloosi juhtude arv. Alates 2000. aastate algusest on haigestumus vähenenud, kuid ravimresistentseid vorme esineb endiselt suhteliselt palju. Haigestumuskordaja näitab esmaseid, retsidiiv- ja korduvravi juhte 100 000 elaniku kohta. Näitaja võimaldab hinnata nakkuse levikut, ravi järjepidevust ning kontrollimeetmete tõhusust.



6/9

Tulemus on hea

2025. aastal registreeriti Eestis 6,4 tuberkuloosijuhtu 100 000 elaniku kohta (esmased, retsidiivid ja muud korduvravi juhud) (TAI, d). Võrreldes 2015. aastaga on haigestumus vähenenud 16,5 juhult 6,4 juhuni 100 000 elaniku kohta. 2022. aastal suurenes juhtude arv ajutiselt seoses Vene-Ukraina sõja puhkemisega ja sõjapõgenike saabumisega. Enamikel saabunutel oli ravi juba alustatud ning otsest epidemioloogilist ohtu elanikkonnale ei tekkinud. Haigestumus vähenes ka 2023. aastal. Senise trendi jätkudes on 2030. aastaks seatud eesmärk saavutatav juba aastaks 2027.



Allikas: ECDC, TAI

ECDCi andmetel on tuberkuloosi haigestumus Euroopa Liidus ja Euroopa Majanduspiirkonnas viimase kümnendi jooksul järk-järgult vähenenud, kuid erinevused riikide vahel püsivad (ECDC, 2025b).

Tuberkuloosi haigestumus peegeldab nii nakkuse levikut kui ka testimiste, kontaktsete jälgimise ja ravi järjepidevuse tõhusust. Näitaja on seotud sotsiaalmajanduslike tingimuste, migratsiooni, tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning riskirühmade kaasamisega ravisüsteemi.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 6). Tuberkuloosi haigestumuskordaja on olnud stabiilses langustrendis ja seatud eesmärk on realistlikult saavutatav. Samas on haigestumus Eestis endiselt veidi suurem kui Euroopa mediaan ning ravimresistentseid vorme esineb suhteliselt palju. Senised kontrollimeetmed toimivad tõhusalt ning nende järjepidev rakendamine on eesmärgi saavutamise eelduseks.



Tervishoiusüsteemis mõjutab tuberkuloosi haigestumus otseselt nakkushaiguste kontrollisüsteemi, laborivõimekust ja ravijärjepidevust. Jätkuv langus vähendab süsteemi koormust ning aitab kaasa ravimresistentsuse riski vähendamisele. Säilitamaks positiivset trendi, on vajalik jätkata riskirühmade sihitud testimist ja ravi ning tagada ravijärjepidevus ka muutuvates sotsiaalsetes ja geopoliitilistes tingimustes.

Seotud indikaatorid

- Multiresistentsete tuberkuloosihaigete (MDR-TB) osatähtsus

2.8 Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta

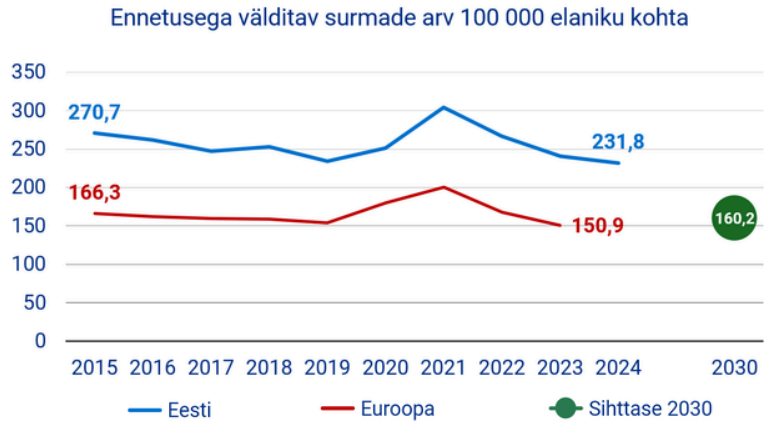
Ennetusega välditavad surmad on sellised surmapõhjused, mida on võimalik ära hoida rahvatervishoiu meetmete ja riskikäitumise vähendamise kaudu. Need surmad on suurel määral seotud selliste tervist kahjustavate harjumustega nagu tasakaalustamata toitumine, alkoholi ja tubakatoodete tarvitamine ning vähene kehaline aktiivsus. Ennetatavate surmade hulka kuuluvad aga ka õnnetussurmad ja mürgistused ning suures osas vereringeelundite haigused ja mitmed kasvajad. Samuti mõjutavad neid keskkonnategurid (nt õhusaaste, töökeskkonna riskid). Ennetusega välditav suremus peegeldab rahvastiku tervisekäitumist ja ennetusmeetmete süsteemset mõju.



3/9

Tulemus on halb

2024. aastal suri Eestis ennetusega välditavate põhjuste tagajärjel esialgsetel andmetel 232 inimest 100 000 elaniku kohta (Eurostat, d; TAI, e). Võrreldes 2015. aastaga on näitaja vähenenud 14%. Langustrend viitab, et osa ennetusmeetmeid (nt tubaka- ja alkoholipoliitika, liiklusohutus) on olnud mõjusad. Samas on paranemine olnud aeglane ning ei ole piisav, et jõuda 2030. aastaks seatud eesmärgini (160 inimest 100 000 elaniku kohta).



Allikas: Eurostat, TAI

Tegu on rahvusvaheliselt võrreldava näitajaga, mida kasutatakse laialdaselt OECD ja Euroopa Komisjoni tervisesüsteemide hindamisel (OECD, 2022). Eesti ennetusega välditava suremuse näitaja on 1,5 korda suurem kui Euroopa riikide keskmine. Kuigi enamikes Euroopa riikides on ennetatav suremus viimase kümnendi jooksul vähenenud, püsivad Kesk- ja Ida-Euroopa riikides need näitajad jätkuvalt kõrgemad kui Lääne-Euroopas.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 3). Kuigi näitaja on pikaajaliselt vähenenud, on selle tase jätkuvalt kõrge ning rahvusvaheline mahajäämus märkimisväärne. Probleem on eriti terav meeste hulgas, kelle riskikäitumine on sagedasem ning kes kasutavad rohkem alkoholi ja tubakat ning pöörduvad tervisemurede korral hiljem arsti poole.



See kõik kajastub otseselt ennetusega välditavas suremuses ning seetõttu süvenevad erinevused sugude vahel. Suur ennetusega välditav suremus viitab märkimisväärsele kaotatud eluaastate ja töövõime potentsiaalile ning koormab tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi. Olukorra parandamiseks on vaja rakendada mitmesuguseid tõhusaid meetmeid, eelkõige piirata alkoholi ja tubaka kättesaadavust, kujundada tervislikku elukeskkonda ning ennetada riskikäitumist võimalikult vara.

Seotud indikaatorid

- Suremus vigastustesse 100 000 elaniku kohta
- Enesetapud 100 000 elaniku kohta
- Suremus südame ja veresoonkonnahaigustesse 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Suremus diabeeti 100 000 elaniku kohta
- Alkoholiga otseselt seotud haiguste ja mürgistuste suremuskordaja 100 000 inimese kohta

2.9 Raviga välditav suremus 100 000 elaniku kohta

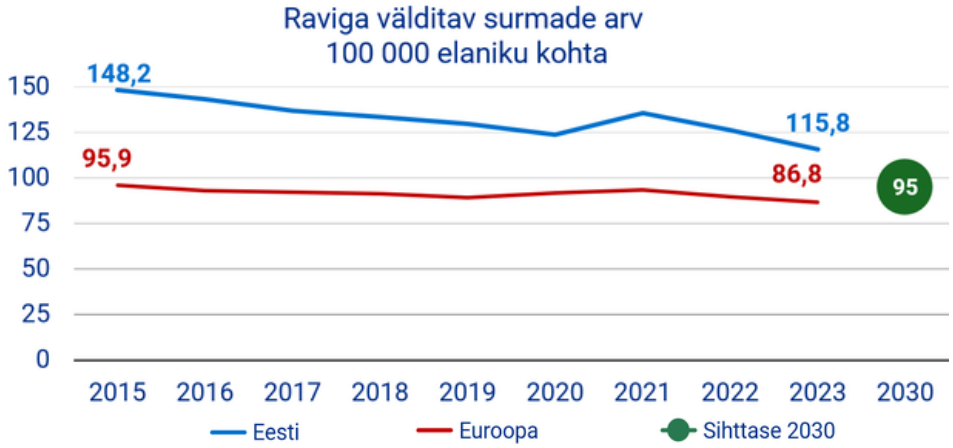
Raviga välditav suremus hõlmab surmapõhjuseid, mida on võimalik ära hoida õigeaegse ja kvaliteetse arstiabi abil. Selle eelduseks on haiguste varajane avastamine (nt sõeluuringud), kiire diagnoosimine ning tõhus konservatiivne ja/või kirurgiline ravi. Raviga välditavate surmade hulka kuuluvad muu hulgas südame isheemiatõbi, kõrgvererõhutõbi, insult, pimesoolepõletik ning mitmed pahaloomulised kasvajad. Indikaator peegeldab tervishoiusüsteemi kvaliteeti, kättesaadavust ja ravi tulemuslikkust.



5/9

Tulemus on muutusteta

2023. aastal suri Eestis raviga välditavatesse põhjustesse 116 inimest 100 000 elaniku kohta (Eurostat, d). Võrreldes 2015. aastaga on näitaja vähenenud 22%. Langustrend viitab, et tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus on paranenud, eriti südame-veresoonkonnahaiguste käsitluses. Senise langustempo juures on seatud eesmärgi (95 inimest 100 000 elaniku kohta) saavutamine 2030. aastaks saavutatav.



Allikas: Eurostat

Tegu on rahvusvaheliselt võrreldava näitajaga, mida kasutatakse laialdaselt OECD ja Euroopa Komisjoni tervisesüsteemide hindamisel (Eurostat, 2026). Eestis on raviga välditav suremus ligikaudu 1,3 korda kõrgem kui E Liidu riikide keskmine. (Eurostat, d). Kuigi enamikes Euroopa riikides on raviga välditav suremus viimase kümnendi jooksul vähenenud, püsivad Kesk- ja Ida-Euroopa riikides vastavad näitajad jätkuvalt kõrgemad kui Lääne- ja Põhja-Euroopas, kus varajane diagnoosimine ja ravikvaliteet on kõrgem (Elmadandi et al, 2022; De Angelis et al, 2013; Zielonke et al, 2020; Eniu et al, 2018).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Kuigi indikaatori pikem trend on vähenemine, on absoluutne tase kõrge ning rahvusvaheline mahajäämus märkimisväärne. Suur raviga välditav suremus võib olla seotud tervishoiuteenuste piiratud kättesaadavuse, ravikvaliteedi ja haiguste hilise avastamisega.



Olukorra parandamine eeldab investeeringuid esmatasandi arstiabisse, sh õdede rolli suurendamist krooniliste haiguste varajases avastamises ja jälgimises, süstemaatilisi riskihindamisi (nt südame-veresoonkonna haiguste risk), kiiremat diagnostikat, rohkem aega ja ressursse haiguste juhtimiseks, mitte vaid üksikute vastuvõttude suurendamist ning südame-veresoonkonnahaiguste ja kasvajate varajase avastamise tõhustamist.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Suremus vigastustesse 100 000 elaniku kohta
- Suremus südame ja veresoonkonnahaigustesse 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Suremus diabeeti 100 000 elaniku kohta

2.10 Suremus vigastuste tõttu 100 000 elaniku kohta

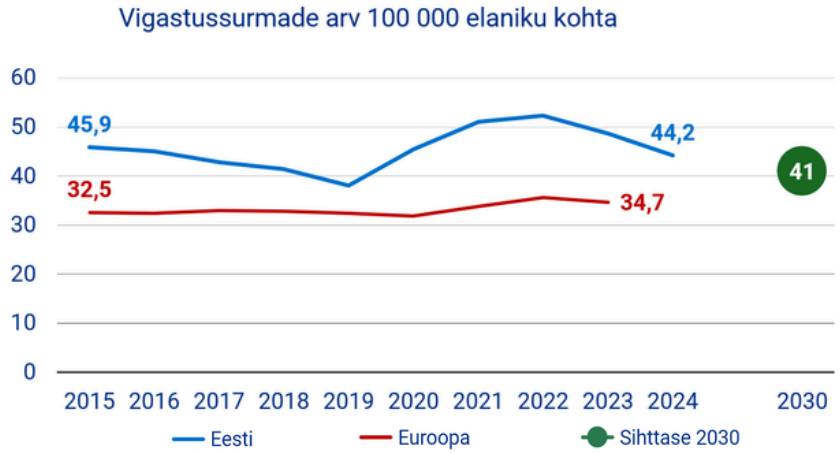
Vigastussurmad hõlmavad õnnetuste ja mürgistustega seotud surmajuhtumeid, sealhulgas liiklusõnnetused, kukkumised, uppumised, tulesurmad, külmumised, juhuslikud mürgistused. Suur osa vigastussurmadest on ennetusega välditavad. Indikaator võimaldab hinnata vigastuste koormust rahvastiku tervisele ja ühiskonnale ning toetab ennetusmeetmete (nt liiklusohutus, tööohutus, kukkumisennetamine) planeerimist ja hindamist.



1/9

Tulemus on väga halb

2024. aastal suri Eestis vigastustesse 44 inimest 100 000 elaniku kohta (TAI, f). Võrreldes 2015. aastaga on näitaja vähenenud minimaalselt. Enne COVID-19 pandeemiat vähenes suremus vigastustesse stabiilselt, 2019. aastal oli näitaja 38 vigastussurma 100 000 elaniku kohta. Aastatel 2020–2022 suurenes vigastussuremus märgatavalt. Eriolukorra ja liikumispiirangute tõttu veetsid inimesed varasemast rohkem aega kodus. Kodus juhtunud õnnetused – eriti kukkumised – olid vaneamealistel sageli fataalsete tagajärgedega. Märgatavalt suurenesid sel perioodil nii alkoholitarbimine kui ka alkoholi tarvitamisega seotud surmad – nii alkoholimürgistused kui ka riskeeriva käitumisega seotud tulesurmad, uppumised, alajahtumised.



Allikas: Eurostat, TAI

Vigastussuremus on rahvusvaheliselt võrreldav näitaja (Eurostat, e; WHO). Euroopa riikide keskmine vigastussuremus on ligikaudu 35 surma 100 000 elaniku kohta. Eesti näitaja oli 2024. aastal 44, mis ületab selgelt Euroopa keskmist ning paigutub koos Hollandi, Läti ja Sloveeniaga pingerea alumisse ossa. Ajaline trend viitab, et pandeemiaaegsed ühiskondlikud muutused suurendasid riskikäitumist ning elanikkonna haavatavust.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 1). Kuigi viimastel aastatel on märgata vigastussuremuse vähenemist, on tase endiselt kõrge ning võrreldes 2015. aastaga ei ole saavutatud püsivat paranemist. 2030. aastaks seatud sihttase (41 surma 100 000 elaniku kohta) ei ole kuigi ambitsioonikas ning seetõttu tõenäoliselt saavutatav.



Suur vigastussuremus on seotud riskikäitumise, eelkõige suure riskiga alkoholitarvitamisega, samuti ebapiisava liiklus- ja koduohutusega. Vigastussurmad mõjutavad tööealist elanikkonda väga palju ning põhjustavad märkimisväärset kaotatud eluaastate hulka. Olukorra parandamiseks on vaja rangemat alkoholipoliitikat ja vanemaealistele suunatud tõhusamat ennetustegevust eri valdkondade koostöös.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Vigastuste arv 100 000 elaniku kohta
- Tahtlike enesekahjustamiste arv 100 000 elaniku kohta
- Alkoholi tarvitamine

2.11 Suremus enesetappude tõttu 100 000 elaniku kohta

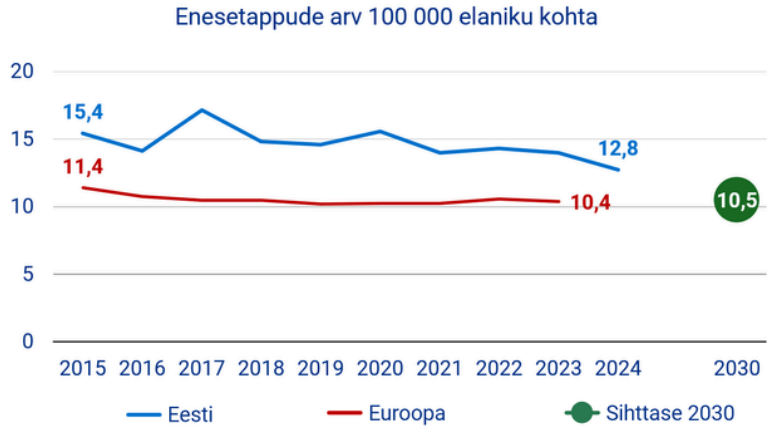
Enesetapp (suitsiid) on surmaga lõppev tegu, mille inimene algatab ja viib lõpuni, olles teadlik, et tagajärg võib olla surm. Suitsiidi käsitletakse protsessina, mis võib alata suitsiidimõtetest, jätkuda suitsiidikatse(te)ga ning lõppeda surmaga. Indikaator kajastab suitsiidide arvu 100 000 elaniku kohta ning on üks vaimse tervise olukorda kirjeldavaid näitajaid. See võimaldab tuvastada riskirühmi, jälgida ajalisi muutusi ning hinnata vaimse tervise abisüsteemi tulemuslikkust.



4/9

Tulemus on muutusteta

2024. aastal suri Eestis enesetappude tõttu 12,8 inimest 100 000 elaniku kohta (TAI, f). Võrreldes 2015. aastaga on näitaja mõnevõrra vähenenud. Enesetapud moodustasid ligi viiendiku välispõhjustest tingitud surmadest, mis viitab vaimse tervise probleemidele ja riskikäitumise olulisele mõjule (nt kõrge riskiga alkoholitarvitamine). 2024. a olid 81% enesetapu tõttu surnutest mehed (TAI). Olemasolevate ja kavandatavate meetmetega võib 2030. aastaks soovitud vähenemine (10,5 surma 100 000 elaniku kohta) olla saavutatav.



Allikas: Eurostat, TAI

Suitsiidikordaja on rahvusvaheliselt võrreldav näitaja (Eurostat, f; WHO, a). 2023. aastal oli Eesti standarditud suitsiidikordaja Euroopa riikide seas üks suuremaid ja asetus neljandale kohale. Euroopa väikseima suitsiidikordajaga riigid olid Kreeka, Küpros ja Liechtenstein (vähem kui 5 surma 100 000 elaniku kohta). Euroopa riikide standarditud kordajate keskmine vähenes samuti veidi - 11,4-lt 2015. aastal 10,4-ni 2023. aastal (Eurostat, 2026).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Trend on positiivne ja suund õige, kuid rahvusvaheline positsioon on jätkuvalt halb ning tase püsib Euroopa madalaimate näitajatega riikidest oluliselt kõrgem.



Olukorra paranemiseks on vaja järjepidevat ja terviklikku lähenemist, mis ühendab vaimse tervise edendamise, riskikäitumise vähendamise ning sotsiaalse turvalisuse tugevdamise. Praegu on Eestis kriitiline puudus eriti laste- ja noortepsühhiaatritest, mistõttu tuleb suurendada riiklikku koolitustellimust ja tagada seeläbi parem ligipääs vajalikele vaimse tervise teenustele. Haavatavad on ka mehed ja eakad, kelle puhul mängivad olulist rolli vaimse tervise murede hiline märkamine, sotsiaalne isolatsioon ja suure riskiga alkoholitarvitamine. Olukorra paranemisel on oluline roll ennetavate tegevuste edendamisel (sh lähedaste nõustamine ja toetamine), ka sotsiaalsüsteemil, kes on haavatavatele inimestele kõige lähemal ning saavad neile vajalikul hetkel tuge pakkuda.

Seotud indikaatorid

- Tahtlike enesekahjustamiste arv 100 000 elaniku kohta
- Enesetappude arv haiglaravis
- Eluga rahul olevate täiskasvanute osatähtsus
- Viimase 30 päeva jooksul suurel määral stressi tundnud täiskasvanute osatähtsus
- Lootusrikkalt ja entusiastlikult tundvate täiskasvanute osatähtsus
- Psüühika- ja käitumishäirete esinemissagedus 100 000 elaniku kohta
- Meeleolu ja ärevushäirete esinemissagedus 100 000 elaniku kohta
- Raviga välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta

2.12 Suremus alkoholi tarvitamisega seotud haigustesse ja mürgistustesse 100 000 elaniku kohta

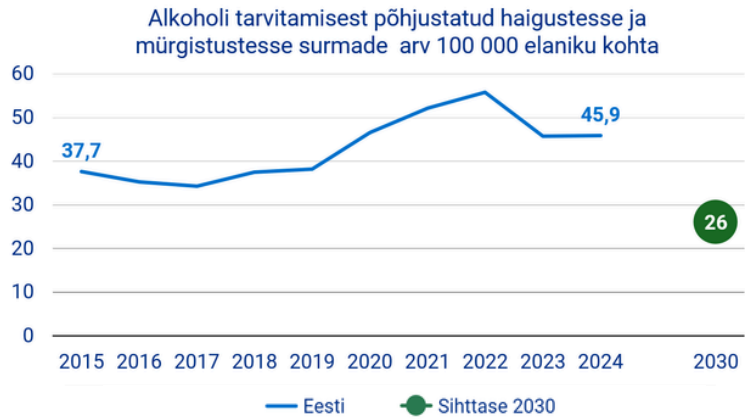
Suure riskiga alkoholitarvitamine on üks peamisi enneaegse suremuse riskitegureid ning suur osa alkoholist tingitud surmadest on ennetatavad. Indikaator kajastab otseselt alkoholitarvitamisest põhjustatud haiguste ja mürgistuste tõttu surnud inimeste arvu 100 000 elaniku kohta. Nende hulka kuuluvad muu hulgas alkohoolne maksahaigus (nt tsirroos), alkoholist põhjustatud psüühika- ja käitumishäired ning ägedad alkoholimürgistused. Indikaator peegeldab nii alkoholi kogutarvitamise taset kui ka riigi alkoholipoliitika ja ennetusmeetmete tulemuslikkust.



1/9

Tulemus on väga halb

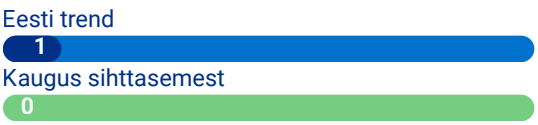
2024. aastal oli Eestis suremus alkoholiga seotud haigustesse ja mürgistustesse 45,9 surma 100 000 elaniku kohta (TAI, g). Võrreldes 2015. aastaga on näitaja suurenenud, mitte vähenenud. Aastatel 2020–2022 suurenes alkoholist põhjustatud suremus koos alkoholi kogutarbimise suurenemisega. Kasvu mõjutas alkoholi suurem taskukohasus, ehk aktsiisi langetamine 2019. aasta keskel. 2030. aastakse seatud sihttase on 26 surma 100 000 elaniku kohta. Praegune tase ületab eesmärki ligi 20 surma võrra ning seniste meetmetega ei ole sihttase saavutatav. Trend näitab, et varasemad poliitikamuudatused, näiteks aktsiisipoliitika ning alkoholi kättesaadavuse ja hinna muutused, mõjutavad suremusnäitajaid otseselt. Alkoholi tarvitamise ja suremuse vahel on tugev seos.



Allikas: TAI

WHO andmetel on Euroopa piirkond maailmas kõrgeima alkoholitarbimisega piirkond ja alkohol põhjustab märkimisväärse osa tööealiste surmadest (WHO, 2024b). OECD analüüsid näitavad, et hinnapoliitika ja kättesaadavuse piirangud on kõige tõhusamad meetmed alkoholikahjude vähendamisel (OECD, 2021).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 1). Trend on negatiivne ja suund liigub sihttasemest eemale. Rahvusvaheline kogemus näitab, et kõige tõhusamad meetmed on alkoholi kättesaadavuse piiramine (müügiajad, müügikohad), hinnapoliitika (aktsiisid, miinimumhind) ning sihitud ennetus- ja raviprogrammid. Olukorra parandamiseks on vaja jõulisemaid ja süsteemsemaid sekkumisi.



Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Alkoholi tarvitamine laste hulgas
- Alkoholi tarvitamine täiskasvanute hulgas
- Absoluutse alkoholi tarvitamine täiskasvanud elaniku kohta
- Suure terviseriskiga alkoholi tarvitamine täiskasvanute hulgas

Komponent - tervist toetavad valikud

Tervist toetavate valikute komponent hõlmab indikaatoreid, mis kirjeldavad inimese juhitavaid tervisemõjureid nagu tasakaalustatud toitumine, kehaline aktiivsus, samuti alkoholi, nikotiinitoodete või narkootikumide tarvitamine, mille kaudu saab inimene mõjutada oma tervise hoidmist, vähendada riskikäitumist ja parandada tervisenäitajaid.

2.13 Kehaline aktiivsus laste hulgas

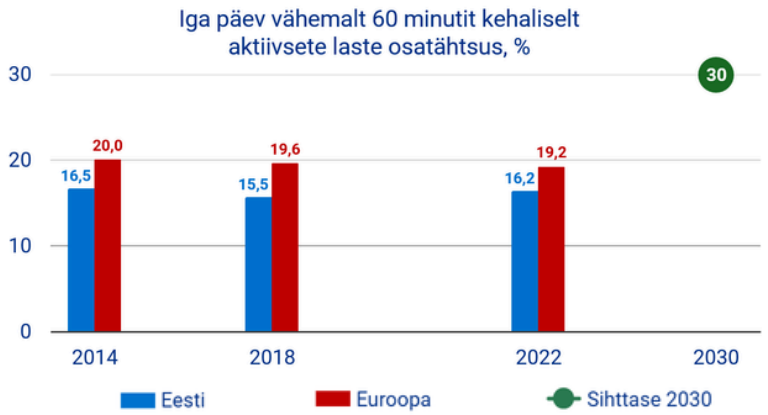
Regulaarne kehaline aktiivsus on laste ja noorte tervise ning arengu oluline eeldus. Piisav liikumine toetab luu- ja lihaskonna arengut, parandab füüsilist võimekust ning vähendab südame-veresoonkonnahaiguste riskitegurite kujunemist juba varases eas. Indikaator näitab 11- ,13- ja 15-aastaste kooliõpilaste osatähtsust, kes liiguvad kõigil seitsmel päeval nädalas vähemalt 60 minutit mõõduka või intensiivse koormusega. WHO soovituse kohaselt peaksid lapsed ja noored olema kehaliselt aktiivsed iga päev vähemalt 60 minutit. Regulaarne liikumine vähendab krooniliste haiguste riski ning toetab vaimset tervist, eluga rahulolu ja õpiedukust. HBSC 2022 andmetel on kehaliselt aktiivsete noorte hulgas rohkem väga hea enesehinnangulise tervisega õpilasi ning vähem ülekaalulisi (Piksööt jt, 2023).



3/9

Tulemus on halb

2022. aastal oli soovitatud määral kehaliselt aktiivne vaid 16% Eesti 11-, 13- ja 15-aastastest kooliõpilastest (Piksööt jt, 2023). Viimase kümnendi jooksul on näitaja püsinud üldjoontes samal tasemel. Laste kehaline aktiivsus on selgelt ebapiisav ja väheneb vanuse kasvades. Trend näitab, et olemasolevad meetmed ei ole toonud kaasa süsteemset muutust laste liikumisharjumustes ning 2030. aastaks seatud sihttase – 30% - ei ole saavutatav. Euroopa riikidega võrreldes on Eesti noorte kehaline aktiivsus vähesem – piisavalt aktiivseid on keskmiselt ligi 20% (HBSC, 2024). Suurim on kehalise aktiivsuse tase Serbias, Albaanias, Iirimaal ja Soomes, kus soovitatud taseme saavutab vähemalt 27% noortest.



Allikas: HBSC, TAI

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 3). Kehalise aktiivsuse tase on püsinud pikka aega madal, mistõttu on selle parandamiseks vaja senisest tõhusamaid meetmeid. Olukorra parandamine eeldab terviklikke meetmeid: liikumisõpetuse tugevam integreerimine õppekavasse ja igapäevased kohustuslikud liikumispausid koolis. Samuti tuleb koolide õuealad ja sisekeskkond kujundada liikumist soosivaks ning lõimida liikumine loomulikult koolipäeva tegevustesse.



Keskkonna loomisele lisaks on oluline lapsi aktiivselt liikumisse kaasata ja motiveerida, sest üksnes liikumisvõimaluste olemasolu ei pruugi tagada nende kasutamist ega suurendada laste kehalist aktiivsust.

Lastele ja noortele suunatud kehalise aktiivsuse edendamise tegevused peavad olema tagatud püsiva rahastusega igas Eesti piirkonnas, mitte sõltuma lühiajalistest projektidest. Oluline on toetada ka õpilaste iseseisvat liikumis kodu ja kooli vahel, eelkõige jalgsi ja jalgrattaga liikumist. Selleks on vaja arendada turvalist ja sidusat jalgrattataristut, eriti tiheasustusega piirkondades, kus praegune taristu ei ole piisav. Kehalise aktiivsuse edendamine eeldab eri valdkondade koostööd, sest liikumisvõimaluste loomine ei ole ainult spordivaldkonna ülesanne, vaid oluline osa ka haridus- ja kohaliku tasandi poliitikast.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus
- Kehaline aktiivsus täiskasvanute hulgas
- Ülekaalulisus ja rasvumus laste hulgas
- Ülekaalulisus ja rasvumus täiskasvanute hulgas
- Köögiviljade tarbimine laste hulgas
- Köögiviljade tarbimine täiskasvanute hulgas

2.14 Kehaline aktiivsus täiskasvanute hulgas

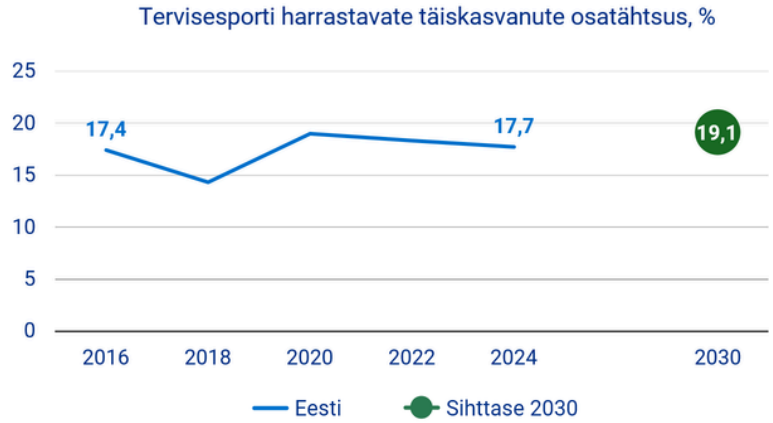
Kehaline aktiivsus on oluline käitumuslik kaitsetegur, mis aitab ennetada mittenakkushaiguste teket ja toetab nii füüsilist kui ka vaimset tervist. Regulaarne liikumine vähendab riski haigestuda südame-veresoonkonnahaigustesse, II tüüpi diabeeti, pahaloomulistesse kasvajatesse ning tugi- ja liikumiselundkonna haigustesse, mis on ühtlasi peamised tervena elatud aastate vähenemise põhjused täiskasvanueas. Indikaator näitab nende täiskasvanute osatähtsust, kes tegelevad vabal ajal vähemalt neli korda nädalas vähemalt 30 minuti jooksul tervisespordiga. Eesti riiklike liikumissoovituste kohaselt peaksid täiskasvanud liikuma regulaarselt.



4/9

Tulemus on muutusteta

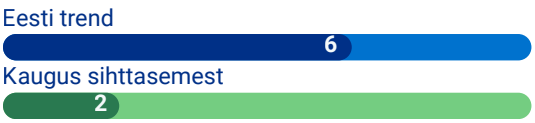
2024. aastal tegeles regulaarselt tervisespordiga 17,7% täiskasvanutest (Reile jt, 2025). Võrreldes 2016. aastaga ei ole see üldjoontes muutunud. Täiskasvanute kehaline aktiivsus on selgelt ebapiisav ja püsinud aastaid võrdlemisi muutumatuna. Trend näitab, et olemasolevad meetmed ei ole toonud kaasa süsteemset muutust inimeste liikumisharjumustes ning 2030. aastaks seatud sihttase – 19,1% - ei ole saavutatav.



Allikas: TKU, TAI

Rahvusvahelises võrdluses ei täida OECD andmetel märkimisväärne osa Euroopa täiskasvanutest kehalise aktiivsuse soovitusi ja liikumisaktiivsuse kasv on paljudes riikides aeglane (OECD, 2023b). WHO (b) hinnangul ei ole Euroopas kehaline aktiivsus piisav umbes kolmandikul täiskasvanutest ja istuv eluviis on süvenev probleem. Riikide puhul (nt Taani, Holland), kus linnaruumi planeerimine ja aktiivne liikumistaristu on süsteemselt arendatud, näitavad andmed ka kõrgemat regulaarse liikumise taset. Eesti paikneb rahvusvahelises võrdluses pigem keskmiste ja madalamate liikumistasemega riikide hulgas.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Kehalise aktiivsuse tase täiskasvanutel ei ole kriitiliselt madal, kuid areng puudub. Pikemat aega muutumatuna püsinud olukorra parandamiseks on vaja senisest tõhusamaid ja ulatuslikumaid meetmeid.



Vähene regulaarne liikumine suurendab krooniliste haiguste riski ning koormab tervishoiusüsteemi pikema aja jooksul. Liikumise edendamine on valdkondade ülene ülesanne. 2023. aastal koostati kultuuri-, sotsiaal- ning haridus- ja teadusministeeriumi eestvedamisel liikumisaktiivsuse tegevuskava, mille eesmärk on tugevdada regulaarse liikumise rolli poliitikakujundamises. Olulist rolli mängivad siinjuures nii tööandjad kui ka töötervishoiu teenuseosutajad, eriti istuva tööviisiga inimeste tervise hoidmisel. Samuti kohalikud omavalitsused, eriti linnaruumi planeerimisel. Tiheasutusaladel on määrava tähtsusega turvaline ja mitmekesine liikumistaristu.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Kehaline aktiivsus laste hulgas
- Ülekaalulisus ja rasvumus laste hulgas
- Ülekaalulisus ja rasvumus täiskasvanute hulgas
- Köögiviljade tarbimine laste hulgas
- Köögiviljade tarbimine täiskasvanute hulgas

2.15 Laste ülekaalulisus ja rasvumus

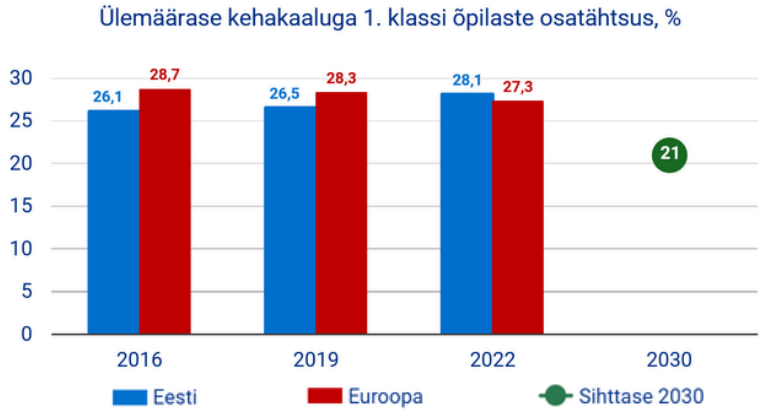
Laste ülekaalulisus ja rasvumus on üks olulisemaid rahvastiku tervise probleeme. Tasakaalustamata toitumine on üks peamine ülekaalu ja rasvumise põhjus. Ülemäärase kehakaalu kujunemise juures mängib väga olulist rolli toidukeskkond (WHO, 2025f). Tervist toetavate valikute tegemist soodustavad nende hea kättesaadavus ja teadlik toetamine, samas kui tervist mittetoetavate valikute lihtne kättesaadavus ja esiletõstmine suunavad laste valikuid vastupidises suunas. Indikaator näitab liigse kehakaaluga (ülekaal ja rasvumus) esimese klassi õpilaste osatähtsust, lähtudes kehamassiindeksist (KMI). Ülekaal lapseeas suurendab riski haigestuda mittenakkushaigustesse (nt II tüüpi diabeet, südame- ja veresoonkonnahaigused) ning suurendab tõenäosust, et liigne kehakaal püsib täiskasvanueas. Samas on ülekaal ja rasvumine suurel määral ennetatavad.



2/9

Tulemus on halb

2022. aastal oli Eestis ülemäärase kehakaaluga 28,1% esimese klassi õpilastest (TAI, h). Võrreldes 2016. aastaga, mil Eesti osales esimest korda Euroopa laste kasvuseire uuringus (COSI), ei ole osatähtsus vähenenud, vaid 2 protsendipunkti võrra suurenenud. Kui ülekaalu tase on püsinud aastate vältel stabiilne, siis rasvumise osatähtsus suureneb. Olemasolevad meetmed ei toimi ning 2030. aastaks seatud sihttaset (21%) ei ole võimalik saavutada.



Allikas: WHO, COSI, TAI

WHO Euroopa laste kasvuseire (COSI) andmetel on ülekaal ja rasvumus Euroopa riikides laialt levinud ning mitmes riigis on trend stabiliseerunud, kuid mitte selgelt vähenenud (WHO, 2025b). Eesti laste ülekaalulisuse tase on Euroopa võrdluses keskmise lähedal. Kõige madalam (alla 22%) on ülemäärase kehakaaluga laste osatähtsus Taanis, Moldovas, Tšehhis, Lätis ja Prantsusmaal (WHO, 2025b). Mitmes riigis on tõhusaks osutunud tervisliku koolitoidu poliitikad, suhkrurikaste jookide taskukohasuse piiramine ning liikumisaktiivsuse järjepidev edendamine (Wickramasinghe et al, 2021).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Laste kehakaal on ajas suurenenud ning areng liigub sihttasemest eemale. Ülekaal ja rasvumine suurendavad märkimisväärselt krooniliste haiguste riski ning toovad kaasa pikaajalise koormuse tervishoiusüsteemile ja tervishoiukuludele.



Olukorra parandamiseks on vaja pikaajalist ja terviklikku lähenemist, mis tegeleb mitte niivõrd üksikute valikute, vaid igapäevast käitumist kujundava keskkonnaga. Laste kehakaalu kujunemine on tihedalt seotud sellega, milline on nende ümbrus – millist toitu süüakse kodus, pakutakse koolis. Kui kodused toiduvalikud on ebatervislikud, võivad tervislikud valikud olla lapse jaoks vähem atraktiivsed ka koolikeskkonnas (Albardan ja Platat, 2025). Oluline on seegi, milline on toiduvalik kooli/kodulähedases kaupluses.

Seetõttu on kriitilise tähtsusega muuta toidukeskkonda nii, et tervislik valik oleks lapse jaoks loomulik ja lihtne. See tähendab kõrgema kvaliteediga koolitoitu, magustatud jookide ja energiarikaste toitude, sh näkside nähtavuse ja kättesaadavuse vähendamist ning lastele suunatud ebatervisliku toidu turunduse piiramist. Pelgalt laste teadlikkuse suurendamisest ei piisa, kui samal ajal pakub keskkond järjekindlalt vastupidiseid signaale. Samal ajal on oluline parandada ka lapsevanemate teadlikkust, lapse arengule sobivatest toitudest. Kasvõi see, et janujook on vesi, mitte aga magustatud jook.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Ülekaalulisus ja rasvumus täiskasvanute hulgas
- Kehaline aktiivsus laste hulgas
- Kehaline aktiivsus täiskasvanute hulgas
- Köögiviljade tarbimine laste hulgas
- Köögiviljade tarbimine täiskasvanute hulgas

2.16 Täiskasvanute ülekaalulisus ja rasvumus

Ülekaalulisus ja rasvumus on üks olulisemaid rahvastiku tervise probleeme. Tasakaalustamata toitumine on peamine ülekaalu ja rasvumise põhjus, mis on seotud südame- ja veresoonkonnhaiguste, II tüüpi diabeedi, lihasluukonna haiguste ja mitmete pahaloomuliste kasvajatega (WHO, 2025f). Indikaator näitab ülemäärase kehakaaluga (ülekaal ja rasvumus) täiskasvanute osatähtsust rahvastikus. Rasvumisega seotud tervisekahju avaldab pikaajalist mõju nii elukvaliteedile kui ka tervishoiukuludele. Varajane ennetus on kulutõhusam kui hilisemate tüsistuste ravi.

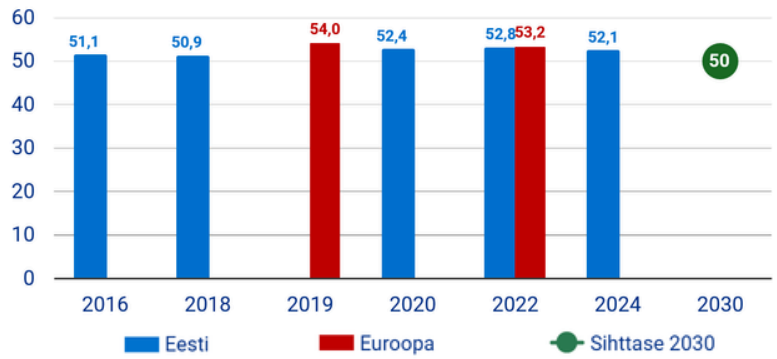


2/9

Tulemus on halb

2024. aastal oli Eestis ülemäärase kehakaaluga (≥25,0) 52% täiskasvanutest (TAI), sh meestest on ülemäärase kehakaaluga 62% ja naistest 45%. Võrreldes 2016. aastaga on osatähtsus suurenenud 1 protsendipunkti võrra, mis viitab selgelt seisakule. Ülekaalu osatähtsus on aastate jooksul püsinud vahemikus 51–53%. Olemasolevad meetmed ei toimi ning 2030. aastaks seatud sihttaset (50%) ei ole võimalik saavutada.

Täiskasvanute ülekaalu ja rasvumise osatähtsus, %



Allikas: Eurostat, TKU, TAI

OECD ja Euroopa Komisjoni andmetel on enamikus Euroopa riikides üle poole täiskasvanutest ülekaalulised või rasvunud ning levimus on mitmes riigis kasvutrendis (OECD, 2022). Eesti paikneb Euroopa võrdluses keskmiste ja kõrgemate näitajatega riikide hulgas. Kuigi mitmes Euroopa riigis, sealhulgas Itaalias, Hollandis, Šveitsis ja Prantsusmaal, jääb ülemäärase kehakaaluga täiskasvanute osatähtsus alla 50%, on ülekaal ja rasvumine jätkuvalt üks olulisemaid mittenakkushaiguste riskitegureid Euroopas(OECD, 2025). WHO hinnangul on ülekaalulisuse leviku stabiliseerimine ja vähendamine enamikus riikides olnud aeglane (WHO, 2022a).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Täiskasvanute kehakaal on püsinud stabiilselt kõrge. Ülekaal ja rasvumine suurendavad märkimisväärselt aga krooniliste haiguste riski ning toovad kaasa pikaajalise koormuse tervishoiusüsteemile ja tervishoiukuludele.



Olukorra parandamiseks on vaja eri valdkondade pikaajalist koostööd, keskendudes üksikute valikute asemel inimeste igapäevast käitumist kujundavale keskkonnale. Seetõttu on kriitilise tähtsusega muuta toidukeskkonda nii, et tervislik valik oleks kõigi jaoks loomulik ja lihtne ning kättesaadav igal pool. See tähendaks näiteks ülitöödeldud ja kõrge suhkru- ja rasvasisaldusega toidu turunduse piiramist, magustatud jookide ja energiarikaste toitude, sh näkside nähtavuse ja kättesaadavuse vähendamist, väike- ja maapoodide toiduvaliku reguleerimist. WHO (2025c) käsitleb rasvumist kui kroonilist haigust, mille kujunemist mõjutavad mitmed tegurid, mitte ainult tahtejõud. See tähendab, et ülekaalu kui terviseprobleemi ja rasvumise süstemaatiline käsitlus (nt nõustamine esmatasandil) ja ravi peavad saama tervishoiusüsteemi loomulikuks osaks.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Ülekaalulisus ja rasvumus laste hulgas
- Kehaline aktiivsus laste hulgas
- Kehaline aktiivsus täiskasvanute hulgas
- Köögiviljade tarbimine laste hulgas
- Köögiviljade tarbimine täiskasvanute hulgas

2.17 Alkoholi tarvitamine laste hulgas

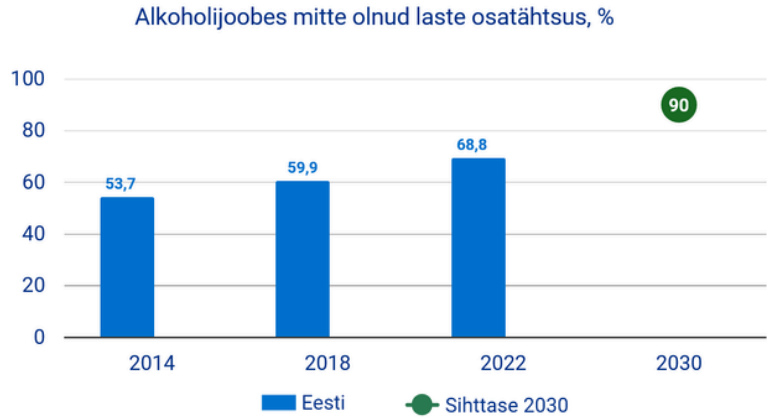
Alkoholi tarvitamine lapse- ja noorukieas on seotud oluliselt suuremate terviseriskidega kui täiskasvanueas, sest nende organism on alles arenemisjärgus. Varajane kokkupuude alkoholiga suurendab riski alkoholi regulaarseks tarvitamiseks ja sõltuvushäirete väljakujunemiseks hilisemas vanuses ning on seotud riskikäitumise, vigastuste, vaimse tervise probleemide ning kehvemate hariduslike ja sotsiaalsete tulemustega. Indikaator näitab nende 15-aastaste laste osatähtsust, kes ei ole kunagi olnud alkoholijoobes. Tegu on ühe olulisema noorte riskikäitumist kirjeldava näitajaga.



7/9

Tulemus on hea

2022. aastal ei olnud kunagi alkoholijoobes olnud ligi 70% Eestis elavatest noortest (TAI, i). Võrreldes 2014. aastaga on olukord paranenud märgatavalt ning 2030. aastaks seatud sihttase (90%) võib olla saavutatav. Alkoholipoliitika on laste vaates olnud tõhus – kättesaadavuse piiramine ja kõrgemad ühikhinnad.



Allikas: HBSC, TAI

WHO ja OECD andmetel on mitmes Euroopa riigis noorte alkoholitarvitamine viimase kümnendi jooksul vähenenud, eriti Põhja-Euroopas, kus tugevamad piirangud ja hinnapoliitika on andnud tulemusi (WHO, 2023a; OECD, 2021a). HBSC rahvusvahelised võrdlused näitavad, et noorte alkoholijoobekogemus on mitmes riigis langustrendis, kuid erinevused riikide vahel püsivad. Eesti kuulub paraneva trendiga riikide hulka.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Noorte alkoholikäitumine on liikunud positiivses suunas ja trend toetab sihttaseme saavutamist. Noorte alkoholitarvitamise vähenemine vähendab tulevikus sõltuvuse, vigastuste ja alkoholist põhjustatud haiguste riski.



Alkoholikäitumist mõjutavad eelkõige eeskujud, ühiskondlikud normid ning alkoholi kättesaadavus. Tõhus alkoholipoliitika, sealhulgas kättesaadavuse ja hinna regulatsioon, on rahvusvaheliselt tõendatud mõjuga meede ka laste alkoholitarvitamise vähendamiseks.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Suremus alkoholiga seotud haigustesse ja mürgistustesse 100 000 elaniku kohta
- Absoluutse alkoholi tarvitamine täiskasvanud elaniku kohta
- Suure terviseriskiga alkoholi tarvitamine täiskasvanute hulgas

2.18 Absoluutse alkoholi tarvitamine vähemalt 15-aastaste elanike kohta

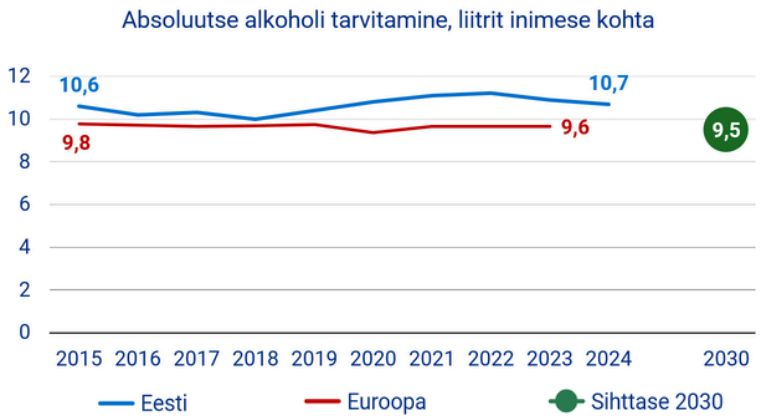
Absoluutse alkoholi tarvitamine täiskasvanud elaniku kohta näitab alkoholi kogutarbimise ulatust ühiskonnas ning on keskne näitaja alkoholist põhjustatud tervise-, sotsiaalsete ja majanduslike kahjude hindamisel. Indikaator näitab ühe vähemalt 15-aastase elaniku kohta aastas tarbitud absoluutse alkoholi kogust liitrites. Tegu on rahvusvaheliselt võrreldava näitajaga, mis kajastab alkoholi kogutarbimist ühiskonnas. Alkoholi tarvitamine on seotud paljude terviseprobleemidega, sealhulgas maksahaiguste, südame- ja veresoonkonnahaiguste ning mitme vähivormiga. Tervisekahjule lisaks mõjutab suure riskiga alkoholitarvitamine oluliselt sotsiaalset toimetulekut, töövõimet ja avalikku turvalisust.



2/9

Tulemus on halb

2024. aastal tarvitati Eestis alkoholi 10,7 liitrit absoluutset alkoholi inimese kohta (OECD, a). 2015. aastaga võrreldes ei ole olukord muutunud. Enne COVID-19 pandeemiat oli tarbimine aastati kõikuv, kuid pigem kerges langustrendis. Aastatel 2020–2022 suurenes alkoholi tarvitamine, mida mõjutas muu hulgas alkoholi suurem taskukohasus ja aktsiisi langetamine 2019 aasta keskel. 2030 seatud sihttase on 9,5 liitrit inimese kohta, mis ei ole täiendavate meetmeteta saavutatav.



Allikas: OECD, TKU, TAI*

OECD andmetel oli Euroopa riikide keskmine alkoholi tarvitamine 9,7 liitrit inimese kohta (2024). Eesti näitaja (10,7 liitrit) on sellest kõrgem. Kõige madalam (alla 8 liitri inimese kohta) on alkoholi tarvitamine näiteks Soomes, Rootsis ja Belgias (OECD). WHO (2023) rõhutab, et Euroopa piirkond on maailmas kõrgeima alkoholitarvitamisega piirkond ning hinnapoliitika ja kättesaadavuse piirangud on kõige tõhusamad meetmed tarbimise vähendamisel.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Tarbimine püsib kõrgel tasemel ja vaja on rangemat alkoholipoliitikat. Suur alkoholi kogutarbimine suurendab enneaegset suremust ja krooniliste haiguste koormust ning toob kaasa suuremaid sotsiaalseid kulusid.



Rahvusvaheline kogemus näitab, et alkoholi kättesaadavuse ja taskukohasuse piiramine, sh aktsiisipoliitika, müügipiirangud ja reklaami reguleerimine, on kõige tõhusamad meetmed tarvitamise vähendamisel. Suure riskiga alkoholi tarvitamine on sageli seotud raskustega vaimse tervise probleemidega toimetulekul, mistõttu on oluline parandada ka vaimse tervise teenuste kättesaadavust. Alkoholitarvitamise sotsiaalne ja majanduslik kahju õigustab ranget ja järjepidevat alkoholipoliitikat.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Suremus alkoholiga seotud haigustesse ja mürgistustesse 100 000 elaniku kohta
- Alkoholi tarvitamine laste hulgas
- Suure terviseriskiga alkoholi tarvitamine täiskasvanute hulgas

2.19 Igapäevaselt tubaka- või nikotiinitooteid tarvitavate täiskasvanute osatähtsus

Suitsetamine täiskasvanueas on oluline rahvastiku tervise riskitegur, mis suurendab oluliselt vähi ning südame- ja veresoonkonna haiguste tekkeriski. Lisaks traditsioonilisele sigarettide suitsetamisele on sagenenud alternatiivsete nikotiinitoodete, nagu e-sigaretid, huuletubakas ja nikotiinipadjad, kasutamine, mida peetakse sageli ekslikult vähem kahjulikeks. Need tooted hoiavad kasutajaid nikotiinisõltuvuses ja võivad normaliseerida nikotiinitarvitamist ühiskonnas, mistõttu on oluline käsitleda igapäevast nikotiinitarvitamist laiemalt ning hõlmata eri tooteid. Indikaator näitab igapäevaselt tubaka või nikotiinitooteid tarvitavate täiskasvanute (mehed ja naised) osatähtsust. Igapäevane tubaka- või nikotiinitoodete tarvitamine suurendab vähi, südame- ja veresoonkonnahaiguste ning enneaegse välditava suremuse riski. Näitaja võimaldab hinnata tervisekäitumise muutusi ning tubakapoliitika tulemuslikkust.

MEHED



4/9

Tulemus on muutusteta

2024. aastal tarvitas tubaka või nikotiinitooteid igapäevaselt ligi 29% Eesti meestest (Reile jt, 2025). Võrreldes 2016. aastaga on see osatähtsus mõnevõrra vähenenud. Kui 2016 suitsetas sigarette iga päev ligi 30% meestest ja nikotiinitooteid tarvitas 3%, siis 2024. aastaks oli nikotiinitoodete tarvitajate osatähtsus suurenenud 11%ni. Kehtivate meetmete jätkamisel ei ole 2030. aastaks seatud sihttase (15%) meeste hulgas saavutatav.



Allikas: TKU, TAI

WHO (2023b) andmetel on Euroopas täiskasvanute suitsetamise levimus viimase kümnendi jooksul vähenenud, kuid Euroopa on jätkuvalt üks kõrgema suitsetamistasemega piirkondi maailmas.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Meeste tubaka- või nikotiinitarvitamine on mõõdukas langustrendis, peamiselt sigarettidest loobumise tõttu, kuid need on asendatud alternatiividega.



Seotud indikaatorid

- Nikotiinitoodete tarvitamine laste hulgas
- Suitsetamine laste hulgas
- Suitsetamine täiskasvanute hulgas
- Kodus tubakasuitsule eksponeeritus täiskasvanute hulgas
- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Kopsuvähi patsientide viie aasta suhteline elulemus

NAISED



2/9

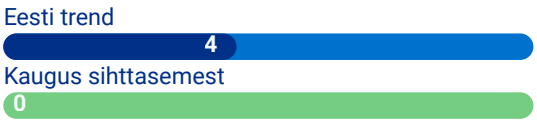
Tulemus on halb

2024. aastal tarvitas tubaka- või nikotiinitooteid igapäevaselt 17% Eesti naistest. Võrreldes 2016. aastaga on see osatähtsus mõnevõrra suurenenud. Trend oli kahanev kuni COVID-19 pandeemiani, mil tubaka- ja nikotiinitarvitamine hakkas naiste hulgas suurenema. Kui 2016 suitsetas sigarette iga päev ligi 15% naistest ja nikotiinitooteid tarvitas 1,5%, siis 2024. aastaks olid naised 50% ulatuses tubakatooted asendanud nikotiinitoodetega. Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamises sisulist muutust ei ole ning kehtivate meetmete jätkamisel ei ole 2030. aastaks seatud sihttase (10%) naiste hulgas saavutatav



Allikas: TKU, TAI

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang naiste hulgas halb (skoor 2). Igapäevasuitsetamine (tavasigarett ja e-sigarett) naiste hulgas on jäänud samaks.



Eestis on tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine viimastel aastatel muutunud pigem vormilt kui mahult. Traditsiooniliste sigarettide suitsetamine on pikaajalises vaates selgelt vähenenud ning igapäevasuitsetajate osatähtsus ajalooliselt madal, eriti naiste seas. Samal ajal ei ole nikotiinisõltuvus ühiskonnast kadumas, sest üha enam on sigarettide asemel kasutusel e-sigaretid, nikotiinipadjad ja kuumutatav tubakas.

Eriti muret tekitav on olukord noorte seas, kus nikotiinitarvitamine on viimastel aastatel suurenenud just alternatiivsete toodete tõttu ning nikotiiniga alustatakse sageli väga varases eas. Kuigi suitsetamisega seotud terviseriskidest ollakse enam teadlikumad ja regulatsioonid on ajas karmistunud, ei ole senised meetmed olnud piisavad, et vähendada nikotiinitarvitamist tervikuna.

Kuna tänapäeval ei piirdu probleem üksnes suitsetamisega, vaid hõlmab laiemalt nikotiinisõltuvust, peavad sekkumised laienema kõigile nikotiini sisaldavatele toodetele. Oluline suund on nikotiinitoodete atraktiivsuse ja kättesaadavuse tugevam piiramine. Näiteks aktsiisi järjekindel tõstmine kõigile nikotiinitoodetele. Sellega peab kaasnema rangem müügi- ja turundusregulatsioon.

Seotud indikaatorid

- Nikotiinitoodete tarvitamine laste hulgas
- Suitsetamine laste hulgas
- Suitsetamine täiskasvanute hulgas
- Kodus tubakasuitsule eksponeeritus täiskasvanute hulgas
- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Kopsuvähi patsientide viie aasta suhteline elulemus

2.20 Kodus tubakasuitsule eksponeeritud täiskasvanute osatähtsus

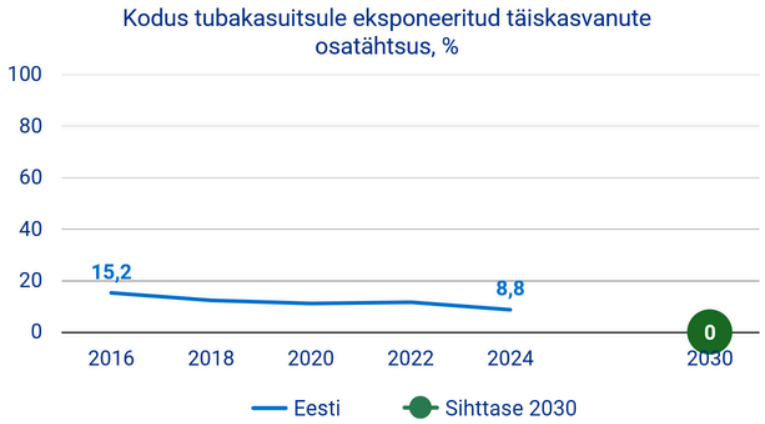
Kodus tubakasuitsule eksponeeritud täiskasvanute osatähtsus näitab, kui suur osa 16–64-aastastest täiskasvanutest puutub koduses elukeskkonnas kokku tubakasuitsuga, mis tekib suitsetamistubaka põletamisel nagu on defineeritud tubakaseaduses. Kokkupuude tubakasuitsuga suurendab haigestumuse ja suremuse riski, mõjutades eeskätt hingamisteid ja südame-veresoonkonda, mis ei sõltu inimese enda suitsetamiskäitumisest. Indikaator ei hõlma nikotiinitoodete tarvitamist ega koduses keskkonnas kokkupuudet nendega. Indikaator näitab nende täiskasvanute osatähtsust, kes puutuvad koduses keskkonnas kokku tubakasuitsuga. Näitaja võimaldab hinnata tubakatõrjemeetmete ja tervisekäitumise muutusi koduses keskkonnas.



6/9

Tulemus on hea

2024. aastal oli kodus tubakasuitsule eksponeeritud täiskasvanute osatähtsus 8,8% (TAI, j). Võrreldes 2016. aastaga on näitaja vähenenud ligikaudu 1,7 korda. Langus viitab sellele, et suitsetamise piirangud ja teadlikkuse kasv on mõjutanud kodust käitumist. 2030. aastakse seatud 0% sihttasemest jäädakse praeguse taseme juures 8,8 protsendipunkti kaugusele ning olemasoleva trendi jätkudes ei ole täieliku suitsuvaba kodu saavutamine kõigi elanike jaoks tõenäoline.



Allikas: TKU, TAI

WHO (2023b) andmetel on tubakasuitsuga kokkupuute levimus Euroopa riikides viimase kümnendi jooksul vähenenud, eriti riikides, kus on kehtestatud ranged suitsetamispiirangud ja tugev tubakapoliitika. OECD (2023b) rõhutab, et suitsetamise vähenemine avalikes kohtades ei pruugi automaatselt vähendada kokkupuudet koduses keskkonnas, mistõttu on oluline sihitud teavitustöö. Mitmes Põhja-Euroopa riigis on kodune tubakasuitsuga kokkupuude langenud alla 5%, mis näitab, et edasine langus on võimalik (sh Rootsi ja Soome) (Fohm, Sotkanet).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 6). Kodus tubakasuitsuga kokkupuutumine on selges langustrendis, kuid ligi 9% täiskasvanutest puutub sellega endiselt kokku. Olgugi, et riik ei saa reguleerida käitumist inimeste kodudes, saab keelata suitsetamise kohtades, mis on koduga funktsionaalselt seotud – trepikojad, rõdud korterelamutes, ühiskasutatavad ruumid. Samuti peab nikotiinist loobumise nõustamine saama rutiinseks osaks perearstiabis.



Seotud indikaatorid

- Nikotiinitoodete tarvitamine laste hulgas
- Suitsetamine laste hulgas
- Suitsetamine täiskasvanute hulgas
- Nikotiinitoodete tarvitamine täiskasvanute hulgas
- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Kopsuvähi patsientide viie aasta suhteline elulemus

2.21 Narkootikumide üledoosist tingitud surmajuhtude arv 1 000 000 elaniku kohta

Narkootikumide üledoosist tingitud surmad on täielikult välditavad, mistõttu on nende seire olulise tähtsusega nii rahvatervishoiu olukorra hindamiseks kui ka Eesti uimastipoliitika kujundamiseks. Indikaator näitab narkootikumide üledoosidest tingitud surmade arvu 1 000 000 elaniku kohta. Tegu on välditavate surmadega ning ühe kõige raskema narkootikumide tarvitamise tagajärjega. Näitaja võimaldab hinnata narkoturu ohtlikkust, ennetus- ja kahjude vähendamise meetmete tulemuslikkust ning tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi reageerimisvõimet.



1/9

Tulemus on väga halb

2024. aastal oli narkootikumide üledoosidest tingitud suremus 71,2 surma 1 000 000 elaniku kohta (TAI, k). 2015. aastaga võrreldes on surmade arv mõningal määral vähenenud. Aastatel 2018–2021 toimus oluline muutus: 2018. aastal vähenes üledoosisurmade arv järsult. Pärast ligi 20 aastat kestnud fentanüüliepideemiat on alates 2019. aastast turul levima hakanud uuemat tüüpi sünteetilised opioidid: nitaseenid, millega seoses hakkasid üledoosisurmad järsult suurenema 2022. aasta suvest.

Suremuse muutused näitavad tugevat seost narkoturu muutustega. Praegune tase erineb seatud eesmärgist märkimisväärselt ning senise suundumuse jätkudes ei ole sihttase saavutatav.



Allikas: EUDA, TAI

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EUDA, 2025) andmetel on opioididega seotud üledoosisurmad Euroopas viimastel aastatel taas kasvutrendis, eriti seoses uute sünteetiliste opioidide levikuga. Euroopa Liidu keskmine üledoosisuremus jääb oluliselt alla Eesti taseme, kuid riikidevahelised erinevused on suured. Kõrgeimad näitajad on riikides (nt Eesti, Läti, Soome, Norra, Iirimaa), kus sünteetilised opioidid on laialdaselt kättesaadavad.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 1). Kuigi pikemas plaanis on toimunud mõningane vähenemine, on suremus suur ning uute sünteetiliste opioidide levik on toonud kaasa olukorra halvenemise.



Probleem on kompleksne ja sõltub nii sotsiaalsetest, psühholoogilistest kui ka turu teguritest. Suur üledoosisuremus peegeldab vaimse tervise teenuste, sõltuvusravi ja kahjude vähendamise meetmete vajadust. Olukorra parandamiseks on vaja kombineerida eri meetmeid: varajast ennetust, kahjude vähendamist (nt naloksooni kättesaadavuse parandamist), sõltuvusravi paremat kättesaadavust ning sotsiaalset tuge. Narkoturu muutustele tuleb reageerida kiiresti ja süsteemselt.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Narkootikumide tarvitamine noorte hulgas
- Narkootikumide tarvitamine täiskasvanute hulgas

2.22 Juhupartneriga seksuaalvahekorras olles alati kondoomi kasutanud täiskasvanute osatähtsus

Turvaline seksuaalkäitumine on oluline nii individuaalse seksuaaltervise kui ka rahvatervishoiu seisukohalt. Kondoomi järjepidev kasutamine, eriti juhupartneriga seksuaalvahekorras, on tõhus viis vähendada seksuaalsel teel levivatesse haigustesse nakatumist ja ennetada soovimatuid rasedusi. Indikaator näitab nende täiskasvanute osatähtsust, kes kasutavad juhupartneriga seksuaalvahekorras alati kondoomi. Näitaja peegeldab teadlikkust seksuaaltervisest ja vastutustundlikku käitumist.



0/9

Tulemus on väga halb

2024. aastal kasutas juhuvahekorra ajal alati kondoomi 28% vastanutest (TAI, I). Võrreldes 2016. aastaga on alati kondoomi kasutavate täiskasvanute osatähtsus vähenenud 6 protsendipunkti võrra. See viitab sellele, et turvalist seksuaalkäitumist järgitakse vähem. 2030. aastaks seatud sihttase on 50%, mis jääb praegusest tasemest 22 protsendipunkti kaugusele ning olemasoleva trendi jätkudes ei ole sihttase saavutatav. Trend näitab, et seksuaaltervisega seotud meetmed ei ole olnud piisavad turvalise seksuaalkäitumise järjepidevaks toetamiseks.



Allikas: TKU, TAI

Euroopa Haiguste Ennetamise ja Tõrje Keskuse (ECDC, 2025c) andmetel on mitmes Euroopa riigis kondoomi kasutamise sagedus juhupartneritega viimastel aastatel vähenenud, samal ajal kui seksuaalsel teel levivate infektsioonide, eriti klamüüdia ja gonorröa, juhtude arv on kasvanud. WHO (2022) rõhutab, et seksuaaltervise alase hariduse kvaliteet ja kättesaadavus on otseselt seotud turvalise seksuaalvahekorra levikuga. Riikides, kus seksuaalharidus on süsteemne ja järjepidev, on ka kondoomi kasutamise osatähtsus kõrgem.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 0). Kondoomi kasutamine seksuaalvahekorra ajal on vähenenud ning sihttasemeni jõudmine eeldab olulist muutust ennetustegevustes.



Olukorra parandamiseks on vaja tõhustada seksuaaltervisealast haridust kõigis vanuserühmades, tagada kondoomide tasuta kättesaadavus riskirühmadele ning ka koolides, suurendada teadlikkust riskikäitumise tagajärgedest täiskasvanute seas.

Seotud indikaatorid

- Indutseeritud abortide arv 100 elussünni kohta
- Teismeliste sünnitajate arv 1000 sama vana tüdruku kohta
- Uued HIV juhud 100 000 elaniku kohta

2.23 Indutseeritud abortide arv 1000 elussünni kohta

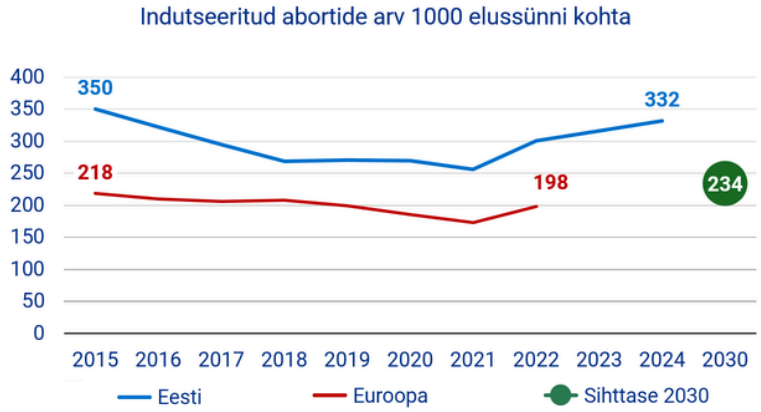
Indutseeritud abort on raseduse katkestamine, kas naise omal soovil või meditsiinilistel näidustustel. Meditsiinilistel põhjustel katkestatakse rasedus juhul, kui see ohustab naise tervist või lootel on rasked väärarengud. Naise omal soovil tehtud raseduse katkestamine on seotud seksuaalhariduse, rasestumisvastaste vahendite kasutamise, majandusliku olukorra, sotsiaalsete tegurite ja seksuaaltervise teenuste kättesaadavusega. Eestis reguleerib valdkonda raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus. Indikaator näitab abortide arvu 1000 elussünni kohta ning võimaldab hinnata seksuaaltervisealase ennetuse ja pereplaneerimise tulemuslikkust.



2/9

Tulemus on halb

2024. aastal oli Eestis 332 indutseeritud aborti 1000 elussünni kohta (TAI, m). Võrreldes 2015. aastaga on abordimäär veidi vähenenud. Aastatel 2015–2021 vähenes abordimäär järjepidevalt ja lähenes soovitud tasemele. 2022. aastal pöördus trend taas kasvusuunda ning määr suurenes. Trend viitab, et varasem positiivne areng on peatunud ning vajab täiendavat tähelepanu, sest olemasoleva trendi jätkudes ei ole sihttase saavutatav.



Allikas: WHO, TAI

WHO Euroopa regiooni andmetel on mitmes Euroopa riigis abortide arv viimase kümnendi jooksul vähenenud, eriti seal, kus rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus ja seksuaalharidus on hästi tagatud (WHO, 2022). 2024. aastal oli Eesti abordimäär Euroopa riikidega võrreldes keskmiselt kõrgem. Madalama abordimääraga riikides on tugev pereplaneerimise süsteem ja laialdaselt kasutatavad tõhusad rasestumisvastased vahendid (WHO, 2022).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Kuigi pikemas vaates on abortide arv vähenenud, on see viimastel aastatel taas suurenenud ning praegune tase erineb sihttasemest märgatavalt. Suur abordimäär võib viidata puudustele seksuaalhariduses ja rasestumisvastaste vahendite kasutamises ning olla seotud vähese sotsiaalmajandusliku turvatundega.



Raseduse katkestamise põhjused on mitmetahulised – terviseseisund, paarisuhte probleemid, majanduslik ebakindlus ja laiem ühiskondlik olukord. Olukorra parandamiseks on vaja tugevdada seksuaalharidust ning toetada noorte ja perede sotsiaalset kindlustunnet (Part jt, 2025).

Seotud indikaatorid

- Juhupartneriga seksuaalvahekorras olles alati kondoomi kasutanud täiskasvanute osatähtsus

2.24 Teismeliste sünnitanute arv 1000 sama vana tüdruku kohta

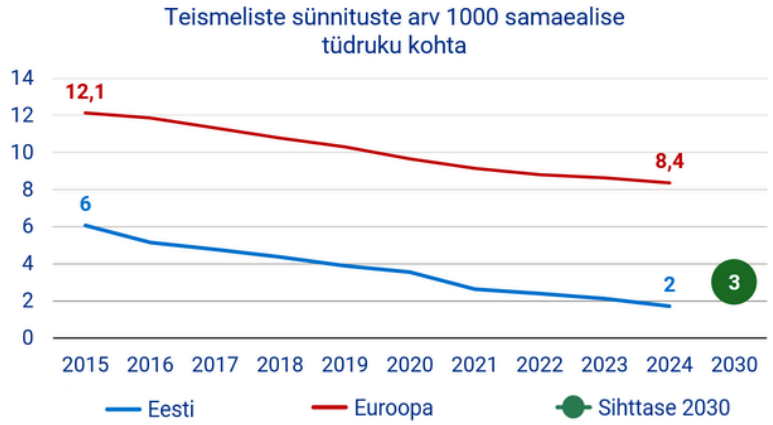
Teismeliste rasedused ja sünnid on seotud seksuaalkäitumise, rasestumisvastaste vahendite kasutamise, seksuaaltervise teenuste kättesaadavuse ning seksuaalhariduse kvaliteediga. Õiguslik raamistik, sh raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus, loob võimalused teadlikeks ja turvalisteks otsusteks. Indikaator näitab kuni 20-aastaste tüdrukute sünnitajate arvu 1000 sama vanuserühma tüdruku kohta. Indikaator peegeldab noorte seksuaaltervise olukorda ning ühiskonna suutlikkust pakkuda ennetavat haridust ja teenuseid.



8/9

Tulemus on väga hea

2024. aastal oli teismeliste sünnitanute arv 1,7 sünnitajat 1000 sama vana tüdruku kohta (TAI, n). See on Eesti kõigi aegade madalaim näitaja. 2015. aastaga võrreldes on teismeliste sünnitajate arv vähenenud märkimisväärselt. Langustrend on olnud järjepidev ning peegeldab seksuaalhariduse parandamist, sh noorte nõustamiskeskuste olemasolu ja aredamist. 2030. aastakse seatud sihttase (3 teismeliste sündi 1000 sama vana tüdruku kohta) saavutati juba 2021. aastal. Sihttaseme ületamine viitab väga heale arengule.



Allikas: World Bank, TAI

Maailma panga ja WHO andmetel on teismeliste sünnitajate määr Euroopa Liidus viimase kümnendi jooksul vähenenud, eriti Põhja- ja Lääne-Euroopa riikides, kus seksuaalharidus on süsteemne ja rasestumisvastased vahendid hästi kättesaadavad (WHO, 2025d). Eesti kuulub väga madala teismeliste sünnitajate määraga riikide hulka ning on selle näitaja järgi Euroopas heas seisus.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga hea (skoor 8). Teismeliste sünnitanute arv on ajalooliselt madalaim ning seatud sihttase on saavutatud enne tähtaega. Madal teismeliste sünnitajate määr vähendab sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi koormust ning toetab noorte naiste haridus- ja tööalaseid võimalusi. Oluline on säilitada kvaliteetne seksuaalharidus, noortesõbralikud tervishoiuteenused, sh nõustamiskeskused, et hoida saavutatud taset.



Seotud indikaatorid

- Juhupartneriga seksuaalvahekorras olles alati kondoomi kasutanud täiskasvanute osatähtsus
- Indutseeritud abortide arv 1000 elussünni kohta

2.25 Raseduse ajal suitsetanud sünnitanute osatähtsus

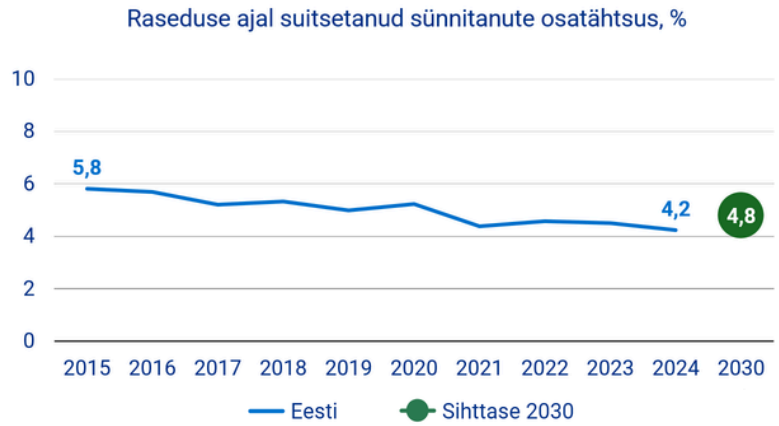
Rasedusaegne suitsetamine kahjustab loote tervist ja sündivat last, sest tubakasuitsu toksiinid läbivad platsenta ja võivad põhjustada arenguhäireid, kasvupeetust, enneaegset sünnitust, väikest sünnikaalu ning vastsündinu nõrgenenud immuunsust. Indikaator näitab nende sünnitanud naiste osatähtsust, kes suitsetasid raseduse ajal. Näitaja peegeldab naiste terviseharitust ning suitsetamisest loobumise nõustamise ja ennetustegevuste tulemuslikkust.



9/9

Tulemus on väga hea

2024. aastal oli raseduse ajal suitsetanud sünnitanute osatähtsus 4,2% (TAI, o). Võrreldes 2015. aastaga on see vähenenud 1,6 protsendipunkti võrra. Langustrend on olnud järjepidev ning viitab suitsetamisest loobumise nõustamise ja ennetustegevuste mõjule, mille tulemusel saavutati 2030. aastakse seatud sihttase (4,8%) juba 2021. aastal. Indikaator ei hõlma kõigi nikotiinitoodete (nt e-sigaretid) kasutamist raseduse ajal, mistõttu võib tegelik nikotiiniga kokkupuude olla mõnevõrra suurem.



Allikas: TAI

WHO (2023b) andmetel on rasedusaegse suitsetamise levimus Euroopas viimastel aastatel vähenenud, kuid erinevused riikide vahel on märkimisväärsed. Mitmes Lääne- ja Põhja-Euroopa riigis jääb näitaja alla 5%, samas kui mõnes Kesk- ja Ida-Euroopa riigis on see oluliselt kõrgem. Eesti tulemus 4,2% paigutub Euroopa madalama levimusega riikide hulka.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga hea (skoor 9). Rasedusaegne sigarettide suitsetamine on langenud alla seatud sihttaseme ning trend on jätkuvalt positiivne. Samas ei hõlma näitaja uute nikotiinitoodete tarvitamist, mistõttu võib tegelik nikotiiniga kokkupuude raseduse ajal olla suurem, kui andmed näitavad.



Rasedusaegse suitsetamise vähenemine parandab vastsündinute tervisetulemusi ning vähendab pikaajalist tervishoiukoormust. Seetõttu on oluline jätkata sihipärast nõustamist ning arvestada uute nikotiinitoodete levikuga ning seirata ka nende tarvitamist raseduse ajal.

Seotud indikaatorid

- Igapäevasuitsetajate osatähtsus täiskasvanute hulgas

Komponent – Tervist toetav keskkond

Komponent tervist toetav keskkond käsitleb elukeskkonda, sealhulgas kodu-, õpi-, töö- ja puhkekeskkonda, ümbritsevate tegurite kogumit, hõlmates sotsiaalmajanduslikke, psühhosotsiaalseid, looduslikke ja tehiskeskkonna tegureid, mis mõjutavad või võivad mõjutada inimese tervist ja heaolu.

Komponent koosneb kuuest alakomponendist – õhu kvaliteet, vee kvaliteet, kliima(muutused), müra, ravimid ja AMR ning muud. Nende alla kuuluvatest indikaatoritest on enamik vaja välja arendada. Seetõttu on võimalik hinnata vaid kolme indikaatorit – keskkonnast, sh töökeskkonnast tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arv 100 000 elaniku kohta, kvaliteetse ühisveevärgi joogiveega varustatud tarbijate osatähtsus, väga hea ja hea vee kvaliteediga supluskohtade osatähtsus.

2.26 Keskkonnast, sh töökeskkonnast tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arv 100 000 elaniku kohta

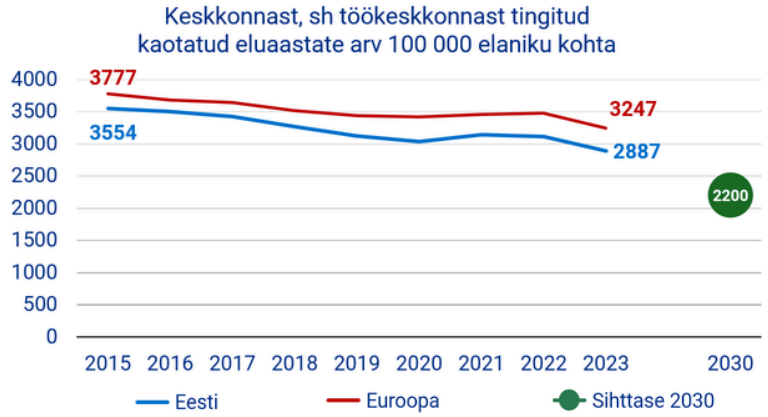
Keskkonnategurid mõjutavad otseselt nii füüsilist kui ka vaimset tervist. Õhusaaste, kemikaalid ja töökeskkonna riskid suurendavad hingamisteede ja südame-veresoonkonnahaiguste ning vaimse tervise probleemide esinemist. Samal ajal toetavad puhas õhk, kvaliteetne joogivesi ja rohealad tervist ja heaolu. Indikaator aitab hinnata keskkonnariskide koormust ning suunata ennetus- ja planeerimismeetmeid. Indikaator näitab saastunud keskkonna (õhusaaste, ebasoodsad töötingimused, kuumalained jms) tõttu kaotatud eluaastate arvu 100 000 elaniku kohta.



5/9

Tulemus on muutusteta

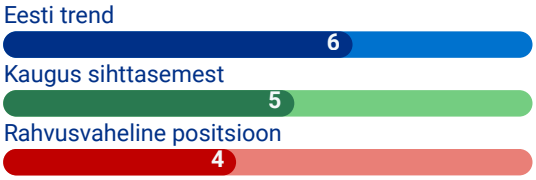
2023. aastal kaotati Eestis saastunud keskkonna tõttu ligikaudu 2900 eluaastat 100 000 elaniku kohta (IHME, 2025). Võrreldes 2015. aastaga on kaotatud eluaastate arv vähenenud ligi 19%. Langustrend viitab keskkonnapoliitika ja tööohutuse paranemisele. 2030. aastaks seatud sihttase on 2200 eluaastat 100 000 elaniku kohta. Praegusest tasemest jääb eesmärk ligikaudu 700 eluaasta kaugusele. Senise langustrendi jätkudes on sihttase saavutatav.



Allikas: Eurostat, IHME

Kuigi viimase kümnendi jooksul on toimunud märkimisväärne paranemine, püsib Eesti tase kõrgem kui riikides, kus see näitaja on alla 2000 eluaasta 100 000 elaniku kohta (nt Luksemburg, Rootsi, Iirimaa, Soome). WHO (2025e) hinnangul on keskkonnategurid seotud ligikaudu 24% ennetatavate surmadega Euroopa piirkonnas. Euroopa Keskkonnaagentuuri (EEA, 2026) andmetel on õhusaaste Euroopa Liidus jätkuvalt üks olulisemaid keskkonnariske tervisele, kuigi paljudes riikides on viimase kümnendi jooksul toimunud paranemine. Põhjamaades ja Lääne-Euroopa riikides on keskkonnast tingitud haiguskoormus väiksem, mida seostatakse rangemate õhukvaliteedi nõuete ning tervist toetava energiapoliitika ja linnaplaneerimisega.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Keskkonnast tingitud tervisekaotus on Eestis vähenenud, kuid püsib rahvusvahelises võrdluses kõrgemal tasemel kui mitmes Põhja- ja Lääne-Euroopa riigis. Keskkonnast tingitud haiguskoormus mõjutab otseselt tervishoiu- ja töövõimesüsteemi.



Paranemine eeldab jätkuvaid investeeringuid õhukvaliteedi parandamisse, töökeskkonna ohutusse (sh töö iseloomust tulenevate isikukaitsevahendite kasutamise teadlikkuse tõstmine) ning linnaruumi planeerimisse. Eriti oluline on vähendada liikluskoormust tiheasustusega aladel, parandada siseõhu kvaliteeti ning võtta arvesse kliimamuutustega seotud riske.

Seotud indikaatorid

- Suremus südame-veresoonkonna haigustesse 100 000 elaniku kohta
- Ägeda müokardiinfarkti haigestumus 100 000 elaniku kohta
- Insuldi haigestumus 100 000 elaniku kohta

2.27 Kvaliteetse ühisveevärgi joogiveega varustatud tarbijate osatähtsus

Puhta joogivee kättesaadavus on inimeste igapäevase heaolu ja tervise tagamiseks hädavajalik. Ühisveevärgist saadava joogivee kvaliteeti hinnatakse pideva seire ja järelevalve kaudu, keskendudes mikrobioloogilistele, keemilistele ja indikaatornäitajatele. Indikaator näitab nende tarbijate osatähtsust, kes saavad ühisveevärgist joogivett, mille kvaliteet vastab kehtestatud mikrobioloogilistele, keemilistele ja indikaatornäitajatele. Ebakvaliteetne vesi võib põhjustada nakkushaigusi ja pikaajalisi terviseriske ning vähendada usaldust teenuse vastu. Näitaja hõlmab riikliku järelevalve all olevaid ühisveevärgisüsteeme; erakaevude vee kvaliteet ei kuulu indikaatori alla.

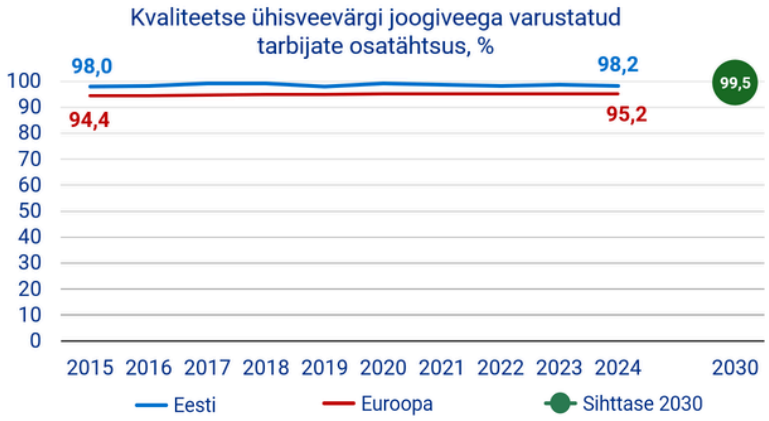


5/9

Tulemus on muutusteta

Eestis on ühisveevärgiga ühendatud ligikaudu 85–86% elanikest (Terviseamet, 2026) ning aastatel 2015–2024 tarbis neist kvaliteetset joogivett stabiilselt 98–99%. See näitab, et enamik ühisveevärgi tarbijaid saab kehtestatud nõuetele vastavat, ohutut ja kvaliteetset joogivett ning joogiveega varustamise süsteem toimib üldiselt hästi. Erakaevude vee kvaliteeti ei seirata ega tehta selle üle järelevalvet, mistõttu ei kajasta indikaator kogu elanikkonna varustatust kvaliteetse joogiveega.

Kõrge taseme juures võivad ka väikesed kõikumised mõjutada protsenti märgatavalt. Kuigi üldpilt on stabiilne, viitab viimaste aastate väike langus vajadusele jätkata süsteemset seiret ja taristute hooldust. Langus võib peegeldada ka piirkondlikke kvaliteedi- või taristuprobleeme, mis väärivad täpsemat analüüsi, eriti kui suundumus jätkub ka 2025. aastal. Kui praegune kõikumine jätkub, ei ole aastaks 2030 seatud siht (99,5%) saavutatav.



Allikas: Maailmapank, Terviseamet

UNICEFi andmetel on enamikes Euroopa riikides kvaliteetse joogiveega varustatus üle 95%, kuid riigiti esineb erinevusi, eriti väiksemates või hajutatud asustusega piirkondades EL-i joogiveedirektiiv (2020/2184) seab liikmesriikidele ranged kvaliteedinõuded ning rõhutab riskipõhist järelevalvet. Eesti näitaja on Euroopa kontekstis kõrge ja võrreldav Põhja- ja Lääne-Euroopa riikidega (UNICEF, 2025).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Joogivee kvaliteet ühisveevärgis on püsinud väga hea. Selle taseme ja taskukohase vee hinna säilitamist võivad aga raskendada Euroopa Liidu toetuste lõppemine, väikeste veevärkide suur arv ja piiratud võimekus, veetaristu suured remondi- ja hooldusvajadused ning kliimamuutuste mõju.



Nende probleemide lahendamisel on oluline veeteenuse reformi edukas elluviimine. Praegune veekvaliteet on stabiilne hea, esinevad väikesed kuid loomulikud kõikumise, mistõttu tuleb edaspidi keskenduda ennekõike kvaliteedi hoidmisele.

2.28 Väga hea ja hea vee kvaliteediga supluskohtade osatähtsus

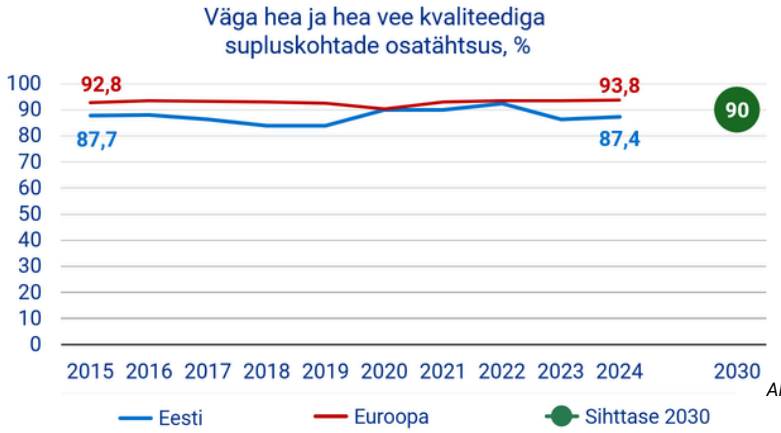
Suplusvee kvaliteet mõjutab otseselt inimeste tervist, sest suplusvee mikrobioloogiline saastatus ja sinivetikate vohamine on halvakvaliteedilistes veekogudes sagedased. Seetõttu on oluline, et võimalikult paljud supluskohad vastaksid kehtestatud nõuetele. Indikaator kajastab nende supluskohtade osatähtsust kõigist klassifitseeritud supluskohtadest ja avalikest veekogudest, mille vee kvaliteeti on olnud võimalik hinnata. Vee kvaliteeti hinnatakse Euroopa Liidu suplusvee direktiivist tuleneva metoodika alusel ning nõuded on sätestatud ka riiklikus määruses „Nõuded suplusveele ja supelrannale“.



3/9

Tulemus on halb

Supluskohtade osatähtsus, mille kvaliteet on väga hea ja hea, on aastati kõikunud vahemikus 80–92% (Terviseamet). Pärast 2017. aasta madalseisu toimus kiire paranemine ja 2022. aastal ületati 2030. aasta sihttase (90%), millele järgnes langus. Näitaja langus 2023. aastal on olulist mõju avaldanud, mistõttu trendi jätkumine pole piisav, et aastaks 2030. seatud siht saavutada.



Allikas: Euroopa Keskkonnaagentuur, Terviseamet

Euroopa Keskkonnaagentuuri (EEA, 2025) andmetel oli 2024. aastal Euroopa Liidus „hea“ ja „väga hea“ kvaliteediga supluskohtade osatähtsus ligikaudu 94%. Samal aastal oli Eestis hea või väga hea suplusveega 87% randadest ja 80% mererandadest. Euroopa riikide võrdluses on see üks väiksemaid näitajaid. Euroopa riikide näitajad erinevad märkimisväärselt ning erinevused on seotud veekogude tüübi, kliimatingimuste ning reovee- ja sademeveesüsteemide toimimisega.

Üldjuhul on rannikumeredes paiknevate supluskohtade kvaliteet parem, kui järvede ja jõgede puhul. Meri on suure mahu ja pideva veevahetuse tõttu vähem tundlik lühiajalise reostuse suhtes, samas väikse mahuga järved ja aeglase vooluga jõed reageerivad kiiresti nii sademeveele kui ka lokaalsele reostusele.

Eestis on olukord mitmes rannikupiirkonnas vastupidine. See on seotud Läänemere eripäradega – tegu on väga madala, nõrga veevahetusega ja peaaegu suletud merega. Lisaks paikneb märkimisväärne osa meresupluskohadest linnalähedastes ja tiheda asutustega piirkondades. Nendes kohtades mõjutavad suplusvett lisaks sademevesi, ülevoolavad kanalisatsioonisüsteemid ning ajalooline saaste pinnases.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 3). Suplusvee kvaliteet on kõikuv, sõltudes veekogude seisundist, haldajate seirepädevusest ja rahastusest, jäädes rahvusvahelises võrdluses tagasihoidlikuks.



Valdkonnas arendamine eeldab tihedat koostööd Kliimaministeeriumi valitsemisalaga veekogude ökoloogilise seisundi parandamiseks (veemajanduskavade kaudu), samuti kohalike omavalitsuste aktiivset suunamist ja toetamist supluskohtade seireks ja rajamiseks. Tähtis on ka elanikkonna teavitamine, et inimesed oskaksid nõuda populaarsete supluskohtade lisamist ametlikku nimekirja ja veeseire tegemist oma kodukoha supluskohtades.

Komponent – teenuste kättesaadavus

Teenuste kättesaadavus hõlmab tõenduspõhiste ja tõhusate terviseteenuste ning ravimite ja meditsiiniseadmete inimesele vajaduse korral õigeaegset ja taskukohast kättesaadavust.

2.29 Katmata tervishoiuteenuste vajadus pikkade ooteaegade tõttu

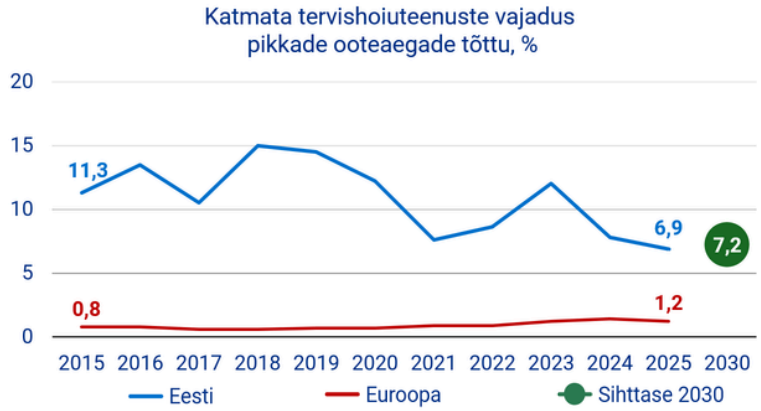
Katmata tervishoiuteenuste vajadus tähendab olukorda, kus inimesed ei saanud tervishoiuteenuseid, kuigi neil on selleks enda hinnangul vajadus. Katmata vajadus võib tuleneda mitmest tegurist: rahastuse piirangutest, teenuste nõudluse ja pakkumise tasakaalustamatusest, spetsialistide nappusest või teenusekorralduslikest takistustest. Tegu on subjektiivse hinnanguga katmata tervishoiuteenuste vajadusele ning see kajastab tervisesüsteemi kättesaadavust elanikkonna vaates. Inimesed, kellele jäävad tervishoiuteenused eri põhjustel kättesaamatuks, on teistega võrreldes ebavõrdses olukorras, sest saamata jäänud abi tõttu on nende tervis halvem ja iseseisev toimetulek raskem.



6/9

Tulemus on hea

Katmata tervishoiuteenuste vajadus pikkade ooteaegade tõttu on Eestis olnud pikemas vaates langustrendis. Kui 2015. aastal hindas pikki ooteaegu tervishoius probleemiks iga üheksas eestlane, siis 2025. aastal oli see probleemiks peaaegu poole vähematel inimestel ehk igal 14. inimesel (Eurostat, g). 2030. aastaks seatud sihttase (7,2%), mis on ELi keskmisest kuus korda kõrgem, saavutati 2025. aastal.



Allikas: Eurostat

Euroopa Liidus oli 2025. aastal pikkade ooteaegade tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadus keskmiselt 1,2% (Eurostat, g). Kõrgeimad näitaja on Soomes (7,3%), Eestis (6,9%) ja Lätis (4,8%). Valdavalt hindavad eurooplased oma katmata ravivajadust pikkade ooteaegade tõttu probleemseks 1,5%. Pandeemiajärgselt on mitmes riigis ooteajad pikenenud ning tervishoiusüsteemid seisavad silmitsi tööjõupuuduse ja kasvava nõudlusega (OECD, 2024).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 6). Kuigi hinnang on hea, on Eesti tulemus Euroopa riikide võrdluses üks kehvemaid. Eestlased on juba aastaid pidanud pikki ooteaegu üheks peamiseks probleemiks tervishoiuteenuste kättesaadavuses.



See võib ühelt poolt tähendada tervishoiupersonali puudust ja teenuste killustatust, kuid teiselt poolt ka eestlaste kõrgeid ootusi saada väga kiiret arstiabi. Pikkade ooteaegade vähendamine Eestis eeldab terviklikku lähenemist. Keskse tähtsusega on esmatasandi arstiabi tugevdamine. Oluline on tagada tervishoiuteenuste füüsiline ja digitaalne ligipääsetavus kõigile sihtrühmadele, sh puuetega inimestele. Eri sihtrühmadele tuleks pakkuda sobivaid pöördumisvõimalusi: nooremad eelistavad enamasti virtuaalseid lahendusi, vanemaealistele sobib paremini füüsiline vastuvõtt. Nende erinevustega arvestamine võimaldab teenuseid paremini sihtrühmade vajadustele kohandada. Tõhustada (nt koolitada arste, kes seda vähe kasutavad) tuleb e-konsultatsioonide kasutust patsiendi suunamisel õigele teenusele. Arendada ja juurutada enam digitaalsetelahenduste kasutuselevõttu, mis vähendab tarbetuid pöördumisi ja toetab omakorda patsiendi iseseisvat toimetulekut. Kõige selle juures on väga oluline sihtrühmapõhine kommunikatsioon.

Seotud indikaatorid

- Rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuste vajadus
- Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus
- Katmata tervishoiuteenuste vajadusega elanike osatähtsus sissetuleku järgi
- Ooteaeg digisaatekirja väljastamisest toimunud vastuvõtuni
- Aegunud digisaatekirjade osatähtsus kõigist digisaatekirjadest
- Elanike rahulolu perearstiabi kättesaadavusega

2.30 Elanike rahulolu perearstiabi kättesaadavusega

Elanike rahulolu perearstiabi kättesaadavusega näitab, kuivõrd vastavad perearstiabi saamise võimalused ja kiirus inimeste ootustele. Indikaator mõõdab nende elanike osatähtsust, kes jäid rahule perearsti või pereõe vastuvõtule pääsemise kiirusega või võimalusega nendega telefoni, e-posti või interneti teel nõu pidada. Rahulolu kättesaadavusega on tihedalt seotud esmatasandi toimimisega tervikuna. Seda mõjutavad perearstide töökoormus, perearstide ja pereõdede arv ning jaotus piirkonniti, ravikindlustuse ulatus ja elanike üldine usaldus esmatasandi vastu. Seos ilmneb ka krooniliste haiguste juhtimise indikaatoritega — kui perearstile pääsemine viibib, võib väheneda krooniliste haigustega patsientide jälgimise järjepidevus ja suureneda surve eriarstiabile.

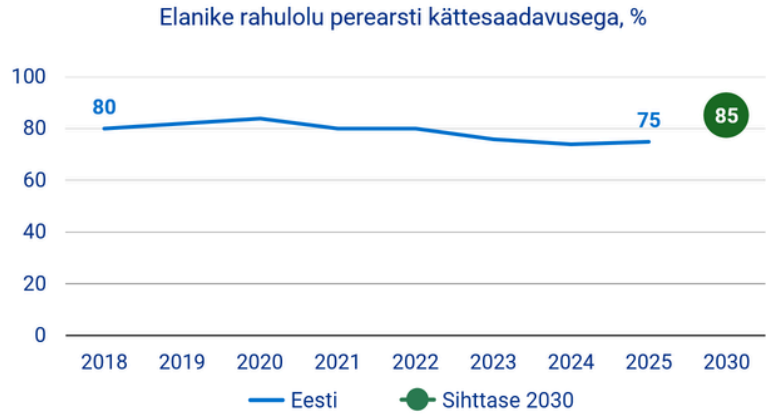


3/9

Tulemus on halb

2025. aastal jäi perearstiabi kättesaadavusega rahule 75% elanikest. Võrreldes 2020. aastaga, mil rahulolu oli kõrgeimal tasemel, on näitaja langenud 84%-lt 75%-le (Kantar Emor, 2025). Langus on olnud järjepidev, kuid aeglane. 2025. aasta tulemus (75%) viitab, et langus on pidurdumas ja trend stabiliseerub. Rahvastiku tervise arengukavas seatud sihttase aastaks 2030 on 85%. Praegune tase (75%) jääb seatud eesmärgist (85%) 10 protsendipunkti maha ning senise trajektoori jätkudes ei ole sihttase saavutatav ilma süsteemsete muudatusteta esmatasandi korralduses.

Rahvusvaheline võrdlus selle indikaatori jaoks puudub, mistõttu koondhinnang põhineb kahel kriteeriumil — aegrea trendil ja kaugusel sihttasemest.



Allikas: Tervisekassa

Absoluuttaseme ja stabiliseeruva trendi koosmõjul on indikaatori hinnanguline seisund rahuldav (skoor 3). Absoluuttase 75% näitab, et enamik elanikest hindab kättesaadavust rahuldavaks, kuid kaugus sihttasemest ja pikaajaline langustrend viitavad vajadusele tugevdada esmatasandi teenuste kättesaadavust, sh perearstide ja pereõdede arvu suurendamise, töökorralduse parandamise ja digilahenduste laiema kasutuselevõtu kaudu.

Tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada, et tegu on elanike hinnangutel põhineva indikaatoriga, mis ei pruugi peegeldada teenuse tegelikku korraldust. Inimeste vastuseid mõjutavad ootused, kogemused ja küsitluse kontekst.

Seotud indikaatorid

- Arstide ja perearstide arv 1000 elaniku kohta
- Õdede ja pereõdede arv 1000 elaniku kohta
- Elanike hinnang perearsti kättesaadavusele väljaspool tööaega
- Tervisekeskustes nimistuga töötavate perearstide osatähtsus
- Arstiõppe lõpetanutest perearstideks saanute osakaal töötavatest arstidest
- Kahe või enama pereõega töötavate nimistuga perearstide osatähtsus
- E-konsultatsiooni saatekirjade osatähtsus kõigist perearstide väljastatud saatekirjadest
- Pereõdede vastuvõttude osatähtsus perearstiabis
- 55-aastaste ja vanemate töötavate perearstide osatähtsus
- Perearstidega kaetud nimistute osatähtsus kättesaadavusega

2.31 Rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuste vajadus

Rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuste vajadus näitab nende inimeste osatähtsust, kes ei saanud vajalikke tervishoiuteenuseid rahaliste takistuste tõttu. Tervishoiuteenuste mittesaamise põhjused võivad olla tingitud sellest, et inimesel endal puuduvad vajalikud ressursid tervishoiuteenuste saamiseks, kui ka ravikindlustuse puudumisest, hõive staatusest, väiksemast sissetulekust või muudest tervisest tulenevatest teguritest. Saamata jäänud ravi aga süvendab tervisealast ebavõrdsust ning võib viia tervise halvenemise ja töövõime vähenemiseni. Indikaator aitab hinnata tervisesüsteemi rahalist kättesaadavust ja solidaarsel ravikindlustusel põhineva süsteemi toimimist.

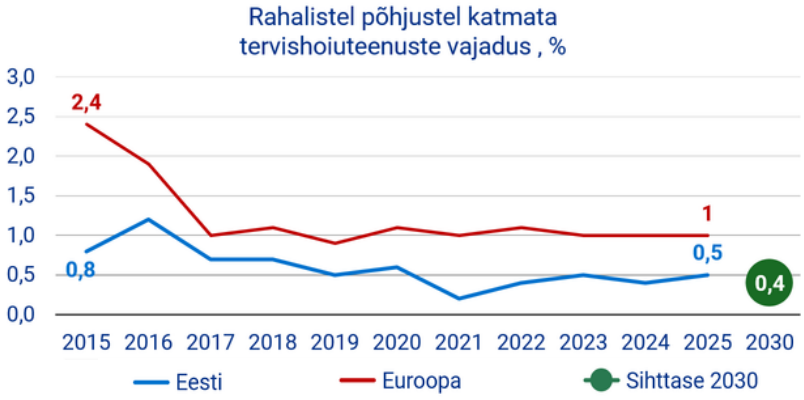


7/9

Tulemus on hea

Katmata tervishoiuteenuste vajadus rahaliste takistuste tõttu on Eestis pikemas vaates vähenenud ja puudutanud läbivalt vähem kui üht protsenti inimestest. Kui 2015. aastal olid rahalised takistused tervishoius probleemiks 0,8% inimestest, siis 2025. aastal 0,5% (Eurostat, g). 2030. aastaks seatud sihttase (0,4%), mis on ELi keskmisest madalam, saavutati korraks 2024. aastal.

Euroopa Liidus oli 2024. aastal rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuste vajadus keskmiselt 1,0% (Eurostat, g).



Allikas: Eurostat

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Langustrend ja selle stabiliseerumine viitavad sellele, et rahalised takistused tervishoiuteenuste kasutamisel on Eestis vähenenud ning ravikindlustussüsteem tagab üldiselt hea teenuste kättesaadavuse.



Edasine eesmärk on hoida näitaja püsivalt madalal tasemel ning vältida selle kasvu. Üldjuhul on riikides, kus inimeste omaosaluse koormus on madal ja ravikindlustus universaalne, ka rahalistel põhjustel katmata vajadus väiksem (OECD, 2024).

Eesti puhul ei kehti see seos siiski täielikult, sest hoolimata suhteliselt heast üldnäitajast, on Eestis märkimisväärne hulk ravikindlustuseta inimesi (Tervisekassa, a) ning omaosaluse tase tervishoiukuludes on Euroopa kontekstis pigem kõrge (OECD, 2025). See viitab olukorrale, et madalam katmata vajadus võib varjata ebavõrdsust teatud elanike rühmades ning vajab jätkuvat tähelepanu.

Seotud indikaatorid

- Katmata tervishoiuteenuste vajadus pikkade ooteaegade tõttu
- Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus
- Katmata tervishoiuteenuste vajadusega elanike osakaal sissetuleku järgi
- Ravikindlustusega kaetus

2.32 Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus

Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus näitab nende inimeste osatähtsust, kes ei saanud vajalikke hambaraviteenuseid rahaliste takistuste tõttu. Suutervis on osa üldtervisest. Alla 19-aastaste laste hambaravi eest tasub Tervisekassa, kuid täiskasvanutele on hambaraviteenused üldiselt tasulised, kuigi teatud juhtudel hüvitatakse osa kuludest. Rahalised tõkked mõjutavad eelkõige väiksema sissetulekuga inimesi ning süvendavad terviseebavõrdsust.

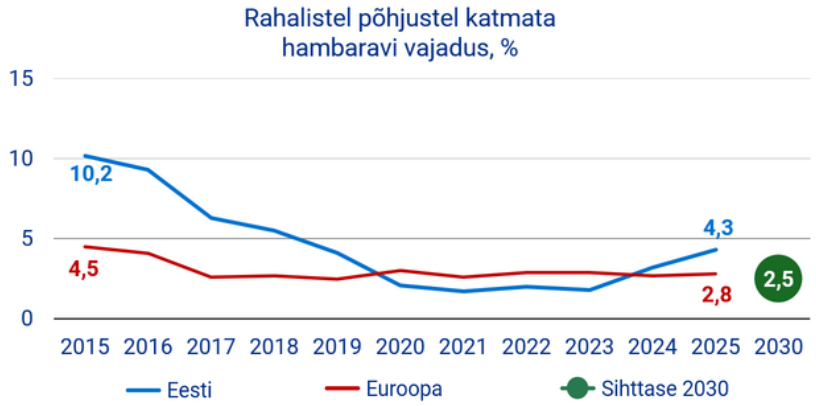


4/9

Tulemus on muutusteta

Katmata hambaraviteenuste vajadus rahaliste takistuste tõttu on Eestis pikemas vaates olnud langustrendis ja puudutab valdavalt alla viie protsendi elanikest (Eurostat, h). Kui 2015. aastal piiras hambaraviteenuse kasutamist rahaliste takistuste tõttu 10% inimestest, siis perioodil 2020.–2023. aastal oli see probleemiks 2% inimestest. See võib olla seotud pandeemia mõjuga, kui valdavalt lükati plaanilised vastuvõtud edasi, mistõttu inimesed ei püüdnudki hambaravi teenuseid kasutada.

Viimastel aastatel on aga rahaliste takistuste osatähtsus taas suurenenud, ulatudes 2025. aastal 4.3%-ni (Eurostat, h). 2030. aastaks seatud sihttase (2,5%), mis on ELi keskmisest madalam, ei ole veel saavutatud.



Allikas: Eurostat

Euroopa Liidus on hambaraviteenuse kättesaadavus jätkuvalt ebaühtlane. 2025. aastal oli rahaliste takistuste tõttu hambaraviteenuse kasutamisega probleeme keskmiselt 3,0% inimestest (Eurostat, h). Riikide vahel on suured erinevused: kahel kolmandikul riikidest oli rahalisi probleeme hambaraviteenuse kasutamisel vähem kui 3%, samas Kreekas, Lätis enam kui 8%.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Olukord on paranenud, kuid viimaste aastatel langustrend asendunud kasvutrendiga. Pikemas vaates eeldab hambaraviteenuse kättesaadavuse paranemine ennekõike omaosaluse vähendamist, sest just suur omaosalus on peamine põhjust, miks inimesed ravist loobuvad.



Edasine areng eeldab hambaraviteenuste hüvitiste süsteemi jätkuvat arendamist (nt toetada enim haavatavaid rühmi) ning tagada seeläbi sissetulekupõhise ebavõrdsuse vähendamist.

Seotud indikaatorid

- Rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuste vajadus
- Katmata tervishoiuteenuste vajadusega elanike osatähtsus sissetuleku järgi
- Täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine
- Hambaraviteenust kasutanud laste osatähtsus
- Hambaraviteenust kasutanud täiskasvanute osatähtsus

Komponent – patsiendiohutus ja teenuste kvaliteet

Patsiendiohutuse ja teenuste kvaliteedi komponent kirjeldab sihipäraseid tegevusi, millega ennetatakse tervishoiuteenuse osutamise käigus patsiendile ebavajaliku kahju tekkimist või selle riski, ning tagatakse, et patsiendi ravimisel kasutatakse tõhusaid ja tõenduspõhiseid sekkumisi.

2.33 Kõhuõõne operatsioonijärgse sepsise esinemissagedus

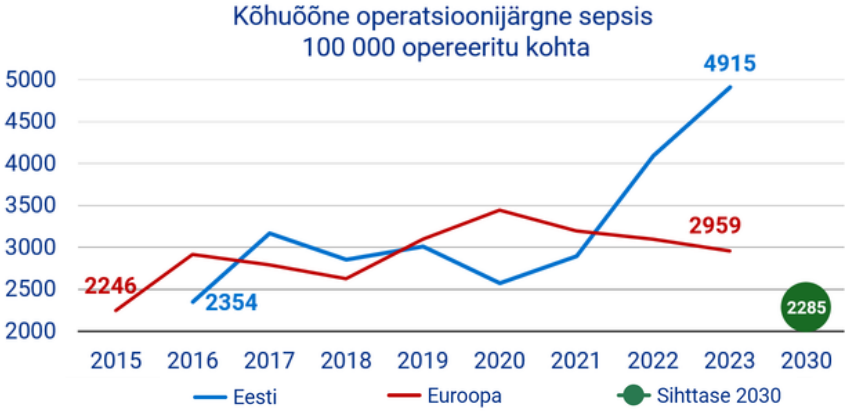
Kõhuõõne operatsioonijärgne sepsis ehk veremürgistus on eluohtlik seisund, mis tekib organismi äärmusliku reaktsioonina infektsioonile. Tavaliselt vallandavad selle bakterid, viirused või seened, mis satuvad vereringesse ja põhjustavad ulatusliku põletikureaktsiooni. Operatsioonijärgne sepsis on eluohtlik seisnud ja seetõttu oluline patsiendiohutuse ja ravikvaliteedi näitaja. See mõjutab otseselt ravitulemusi, pikendab haiglaravi ning suurendab ravikulusid. Indikaator näitab kõhuõõne operatsioonijärgse sepsise (veremürgistuse) esinemissagedust 100 000 opereeritu kohta.



1/9

Tulemus on väga halb

2023. aastal esines Eestis 4915 kõhuõõne operatsioonijärgset sepsist 100 000 opereeritu kohta (OECD, b). Perioodil 2016–2021 oli see näitaja keskmiselt 2800 juhtu 100 000 opereeritu kohta. 2023. aasta märkimisväärne tõus võib osaliselt tuleneda registreerimispraktika paranemisest ja tüsistuste paremini dokumenteerimisest. 2030 seatud sihttase on 2285 juhtu 100 000 opereeritu kohta. Praegusest tasemest erineb eesmärk 2630 juhu võrra. Trend viitab vajadusele täpsemate põhjuste analüüsimiseks ning kvaliteediparanduse meetmete hindamiseks.



Allikas: OECD

OECD tervishoiukvaliteedi indikaatorite andmetel varieerub operatsioonijärgse sepsise esinemissagedus riigiti märkimisväärselt (OECD, b). Erinevused tulenevad nii kliinilisest praktikast kui ka kodeerimis- ja registreerimismetoodikast. Mitmes riigis ei eristata, kas sepsis tekkis enne haiglasse saabumist või operatsioonijärgse tüsistusena. See piirab otsest numbrilist võrdlust. Suurem registreeritud tüsistuste arv ei pruugi tähendada halvemat ravi, vaid võib viidata paremale patsiendiohutuse seirele ja läbipaistvamale raporteerimisele.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 1). Tõenäoliselt on paranenud sepsise registreerimise praktika, mistõttu on tulemused viimastel aastal suurenenud. Operatsioonijärgne sepsis suurendab intensiivravi vajadust, pikendab haiglaravi ja tõstab ravikulusid.



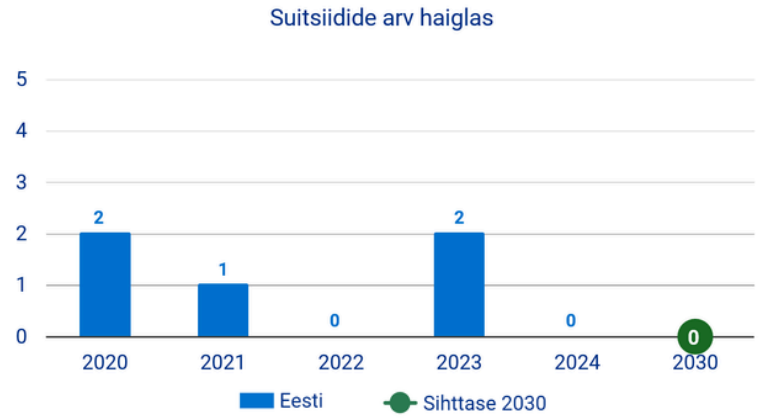
Tulemuste parandamiseks on vaja süsteemseid kvaliteedimeetmeid: infektsioonikontroll, kirurgiliste protsesside standardiseerimine, varajane sepsise tuvastamine ja ühtne dokumenteerimispraktika. Samuti vajab indikaatori metoodika koos erialaspetsialistidega täiendavat ülevaatamist.

2.34 Enesetappude arv haiglaravis

Aktiivravis toimunud enesetappude arvu jälgimine annab olulist teavet patsiendiohutuse ja tervishoiuteenuste kvaliteeti kohta. Haiglaravile pöörduvad patsiendid võivad olla haavatavas seisundis ning enesetapu mõtted ja enesetapurisk ei pruugi teiste terviseprobleemide kõrval alati avalduda. Seega on juhtumite süsteemne registreerimine ja analüüsimine vajalik, et tuvastada riskirühmad ja -mustrid ning olukorrad, kus ohte ei märgata või olemasolevad meetmed ei ole piisavad. Saadava teabe põhjal on võimalik kavandada ja ellu viia ennetus- ja parendusmeetmeid.

Aastatel 2020–2024 registreeriti Eesti aktiivravihaiglates keskmiselt üks enesetapp aastas (TAI, 2026). Väikeste arvude taga võib olla juhtude alaraporteerimine ja asjaolu, et enesetapu toimumiskoht ei ole surma põhjuse teatise täitmisel kohustuslik väli. Siht aastaks 2030 on seatud, et ühtegi juhtu ei toimu, sest iga haiglas toimunud enesetapp on kaotus, mis vajab põhjalikku juurpõhjuste analüüsi ja süsteemseid parendustegevusi. Seetõttu ei anta antud indikaatori olukorra kohta ka hinnangut.

Rahvusvahelised allikad rõhutavad, et haiglaravil ja eriti psühhiaatriaosakondades esinevad enesetapud on harvad, kuid vajavad erihoolt: risk on kõrge haiglasse saabumise esimesel nädalal ja vahetult pärast väljakirjutamist. Haiglaravis toimunud enesetapud mõjutavad otseselt patsiendiohutuse kultuuri ja usaldust tervishoiusüsteemi vastu. Oluline on süstemaatiline riskihindamine, personali koolitus, kriisiennetus ning juhtumite põhjalik analüüs, et vähendada edaspidiseid riske.



Allikas: TAI

Seotud indikaatorid

- Tahtlike enesekahjustamiste arv 100 000 elaniku kohta
- Suremus enesetappude tõttu 100 000 elaniku kohta
- Suremus vigastustesse 100 000 elaniku kohta
- Haiguskaotus 1000 elaniku kohta (YLD)
- Suremuskaotus 1000 elaniku kohta (YLL)
- Raviga välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Eluga rahul olevate täiskasvanute osatähtsus
- Viimase 30 päeva jooksul suurel määral stressi tundnud täiskasvanute osatähtsus
- Lootusrikkalt ja entusiastlikult tundvate täiskasvanute osatähtsus
- Psüühika- ja käitumishäirete esinemissagedus 100 000 elaniku kohta
- Meeleolu ja ärevushäirete esinemissagedus 100 000 elaniku kohta

2.35 Välditavad hospitaliseerimised astma tõttu

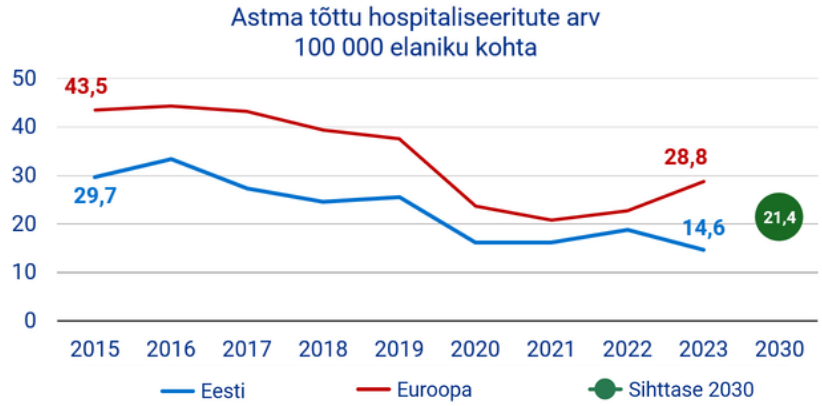
Astma on krooniline hingamisteede põletikuline haigus, mida põeb Euroopas ligikaudu 6% elanikkonnast (OECD, 2024). Astma tõenduspõhised ravimeetodid on hästi välja töötatud ja enamik neist on kättesaadavad esmatasandi tervishoius (Tervisekassa, 2020). Hästi toimiv esmatasandi tervishoid aitab vältida ägenemisi ja vähendada haiglaravi vajadust. Astma tõttu hospitaliseerimine viitab sageli puudujääkidele haiguse jälgimisel, ravi järjepidevuses või ravisoovituste järgimises. Indikaator näitab astma tõttu haiglaravile sattunute arvu 100 000 vähemalt 15-aastase elaniku kohta. Tegu on olulise tervishoiukvaliteedi indikaatoriga.



8/9

Tulemus on väga hea

2023. aastal vajas astma tõttu haiglaravi ligikaudu 15 inimest 100 000 vähemalt 15-aastase elaniku kohta (OECD, c). Võrreldes 2015. aastaga on astma tõttu haiglaravile sattunute arv vähenenud ligikaudu poole võrra, mis viitab järjepidevale ja paremale haiguse kontrollile perearstiabis. 2030 sihttase on 21,4 juhtu 100 000 elaniku kohta, mis saavutati juba 2020. aastal. Praegune tase on sihttasemest märkimisväärselt parem.



Allikas: OECD

OECD (2023) andmetel on välditavad hospitaliseerimised astma tõttu Euroopa riikides viimastel aastatel üldiselt langustrendis, mis viitab esmatasandi ravi paranemisele. Eesti näitaja (15 juhtu 100 000 elaniku kohta) on Euroopa keskmisest madalam ning paigutub paremate tulemuste hulka. Üldjuhul satub astma tõttu haiglaravile vähem inimesi riikides, kus õhukvaliteet on hea, esmatasandi arstiabi toimib tõhusalt ning astmat põdevate inimeste seisund on hästi kontrolli. Seda toetavad ravijuhiste järjepidev järgimine ja haiguse õigeaegne jälgimine ja ravi.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga hea (skoor 8). Astma tõttu hospitaliseerimiste arv on vähenenud ning sihttase saavutati planeeritust oluliselt varem. Eesti tulemus on rahvusvahelises võrdluses hea.



Madal hospitaliseerimiste arv viitab tõhusale esmatasandi ravile ja paremale haiguskontrollile, mis vähendab tervishoiukulusid ja parandab patsientide elukvaliteeti. Oluline on jätkata kvaliteetse esmatasandi arstiabi, ravijuhiste järgimise ja keskkonnariskide vähendamisega, et hoida saavutatud taset.

Seotud indikaatorid

- Raviga välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Enneaegsed surmad, mis on tingitud tahkete osakeste saastest välisõhus (suremuskordaja 100 000 elaniku kohta)
- Õhukvaliteedist tingitud astmaepisoodide arv
- Inimeste osakaal, kes elavad linnades, kus on erinevad PM10 tasemed (µg/m3)
- Inimeste osakaal, kes elavad linnades, kus on erinevad PM2.5 tasemed (µg/m3)

2.36 Välditavad hospitaliseerimised diabeedi tõttu

Diabeet on krooniline ainevahetushaigus, mida põeb Euroopas ligikaudu 10% elanikkonnast (Genitsaridi et al, 2025). Haigestumine on viimastel aastatel Eestis suurenenud. Hästi toimiv esmatasandi tervishoid peaks tagama diabeedi järjepideva jälgimise ja ravi, vältides ägedaid seisundeid ja tüsistusi. Hospitaliseerimine viitab sageli puudujääkidele haiguse kontrollis, raviskeemide järgimises või ravi kättesaadavuses. Indikaator näitab diabeedi (suhkurtõve) tõttu haiglaravile sattunute arvu 100 000 elaniku kohta.

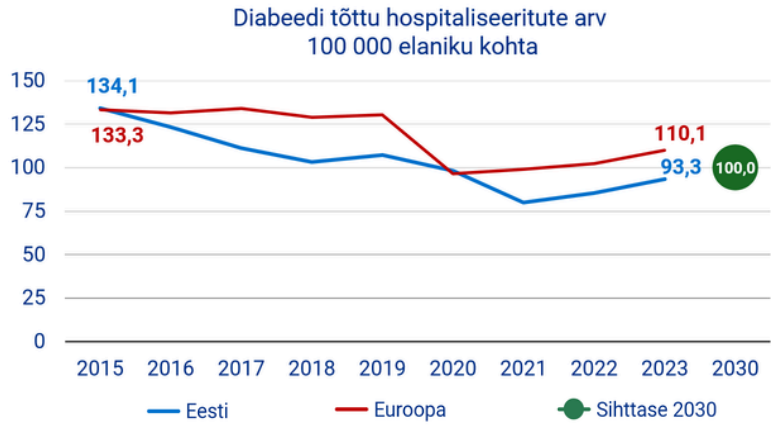


7/9

Tulemus on hea

2023. aastal vajas diabeedi tõttu haiglaravi 93 inimest 100 000 elaniku kohta (OECD, d). Võrreldes 2015. aastaga on hospitaliseerimiste arv vähenenud ligikaudu 1,4 korda, mis viitab paremale haiguskontrollile ja esmatasandi arstiabi tõhusamale toimimisele.

2030. aastaks seatud sihttase, 100 juhtu 100 000 elaniku kohta, saavutati juba 2020. aastal ning praegune tase jääb sellest madalamaks. See näitab, et diabeediravi kvaliteet ja ennetustegevused on viimastel aastatel paranenud.



Allikas: OECD

OECD (2023) andmetel esineb Euroopa riikide vahel märkimisväärne varieeruvus diabeediga seotud hospitaliseerimise määrades, mis peegeldab erinevusi esmatasandi tervishoiu kättesaadavuses ja selle haiguse juhtimises. Eesti näitaja (93 juhtu 100 000 elaniku kohta) on Euroopa keskmisest madalam ning kuulub paremate hulka, olles ligi kaks korda madalam kui näiteks Rumeenias ja Leedus, samas kolm korda kõrgem, kui kõige paremate tulemustega riikides (Itaalia, Island). Eestis on diabeedi tõttu hospitaliseeritute arv vähenenud, kuid diabeedipatsientidel on alajäsemeid keskmisest enam amputeeritud ja aastate jooksul ei ole tulemused paranenud (OECD, 2021b; OECD, 2023). See viitab puudujääkidele haiguse pikaajalises kontrollis ja tüsistuste ennetamises.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Diabeediga seotud haiglaravi vajadus on vähenenud ning seatud eesmärk on saavutatud ennetähtaegselt. Edasine areng eeldab siiski paremat esmatasandi diabeedikontrolli, riskitegurite (nt ülekaal ja vähene kehaline aktiivsus) vähendamist, igapäevast hooldust ning varajast sekkumist, et ennetada raskeid tüsistusi.



Seotud indikaatorid

- Diabeedi esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus diabeeti 100 000 elaniku kohta
- Diabeediga inimeste alajäsemete amputatsioonid
- Diabeediga inimeste osakaal, kellele on vastavalt ravijuhendile välja kirjutatud esimese rea ravimid
- Välditavad spetsialistide vastuvõtud diabeedi tõttu

2.37 Ägeda müokardiinfarkti tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva järgne suremus

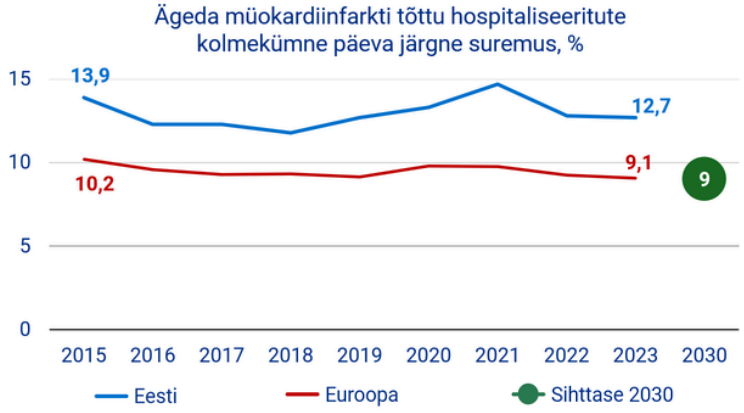
Äge müokardiinfarkt (ÄMI) on seisund, mille korral südamelihase verevarustus katkeb või väheneb järsult, tavaliselt südame pärgarteri ummistuse tõttu. Riskiteguriteks on muu hulgas suitsetamine, kõrge vererõhk, düslipideemia, diabeet, ülekaalulisus ja vähene füüsiline aktiivsus. Indikaator näitab vähemalt 45-aastaste ÄMI tõttu erakorraliselt hospitaliseeritud patsientide osatähtsust, kes surevad 30 päeva jooksul pärast haiglasse saabumist. Indikaator peegeldab nii esmatasandi ennetuse, kontrolli (nt riskitegurite ennetamine, riskikäitumise vähendamine) ja elanikkonna teadlikkuse taset kui ka patsiendi seisundi raskust erakorralisel hospitaliseerimisel, samuti järelravi toimimist ehk kogu raviteekonna kvaliteeti. Indikaator näitab nende patsientide arvu 100 000 elaniku kohta, kes surevad 30 päeva jooksul pärast ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) tõttu haiglaravile sattumist.



2/9

Tulemus on halb

2023. aastal suri Eestis 30 päeva jooksul pärast ägeda müokardiinfarkti tõttu haiglaravile sattumist ligikaudu 13 patsienti 100 hospitaliseeritud patsiendi kohta (OECD, e). Võrreldes 2015. aastaga on vähenemine olnud minimaalne, mis viitab jätkuvale vajadusele parandada nii ennetust kui ka varajast diagnoosimist. 2030. aastaks eesmärgiks seatud vähenemine (sihttase 9) on praegusest tasemest 3,7 protsendipunkti võrra madalam. Selle saavutamine eeldaks aastatel 2023–2030 keskmiselt ligikaudu 0,53 protsendipunkti suurust vähenemist aastas.



Allikas: OECD

OECD (2023) andmetel on ägeda müokardiinfarkti 30 päeva suremus Euroopa Liidu riikides viimase kümnendi jooksul üldiselt vähenenud tänu varasemale sekkumisele ja paremale erakorralisele ravile. OECD 2023. aasta sama meetodi andmetel oli 15 valitud riigi (sama meetod, 2023 andmed olemas) kaalumata keskmine 8,9%. Eesti näitaja 12,7% ületas seda 3,8 protsendipunkti ning oli selles valimis suuruselt kolmas, Leedu ja Rumeenia 13,1% järel.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Kuigi 30 päeva suremus on viimase kümnendi jooksul mõnevõrra vähenenud, on paranemine olnud väga aeglane ning Eesti tulemus on rahvusvahelises võrdluses endiselt üks halvimaid.



Olukorra parandamiseks on vaja terviklikku lähenemist: tugevdada andmepõhist juhtimist ja kvaliteedi hindamist, siduda raviteekonna eri etapid (perearstiabi, kiirabi, haiglaravi, järelravi ja taastusravi) ühtseks tervikuks ning hoida tuvastatud riskitegurid paremini kontrolli all (Jug et al, 2024; NHN, 2026; Hassani et al, 2015). Lisaks tuleb jälgida ravile jõudmise aega, akuutravi kvaliteeti ja haiglast väljakirjutamise järgset ravi. Meetmete mõju hindamine nõuab suremusnäitaja kõrval protsessiandmeid ja patsiendi riskiga kohandatud analüüsi.

Seotud indikaatorid

- Ägeda müokardiinfarkti esinemissagedus 100 000 elaniku kohta
- Suremus südame-veresoonkonna haigustesse 100 000 elaniku kohta
- ST segmendi elevatsioonita müokardiinfarkti (NSTEMI) haigete osatähtsus, kellele tehti koronaarangiograafia 24 tunni jooksul esmasest hospitaliseerimisest
- Reperfusioonravi osakaal ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkti (STEMI) haigetel, kellel haiglaeelne viivitus on < 12 tunni (sümptomite algusest hospitaliseerimiseni)
- Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist ägeda müokardiinfarkti tõttu
- Ägeda müokardiinfarkti puhul statiinide välja kirjutamine haiglast lahkumisel

2.38 Isheemilise insuldi tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva järgne suremus

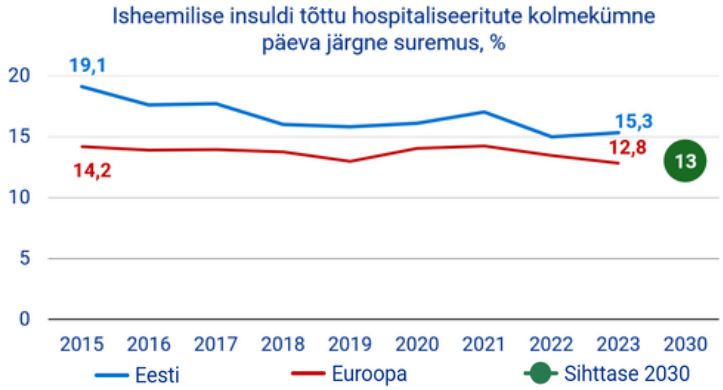
Isheemiline insult ehk ajuinfarkt tekib aju verevarustuse katkemisel verehüübe või muu takistuse tõttu. Hapnikupuudus põhjustab ajurakkude kiire kahjustuse ning ravi tuleb alustada võimalikult kiiresti, et vähendada püsiva ajukahjustuse ja surma riski. Peamised riskitegurid on kõrge vererõhk, suitsetamine, diabeet, düslipideemia, ülekaalulisus ja vähene füüsiline aktiivsus. Indikaator näitab vähemalt 45-aastaste isheemilise insuldi tõttu erakorraliselt hospitaliseeritud patsientide osatähtsust, kes surid 30 päeva jooksul pärast haiglasse saabumist. Kasutatakse vanuse ja soo järgi standarditud protsenti. Näitaja peegeldab haiglasse jõudnud patsientide lühiajalist ravitulemust, sealhulgas erakorralise ravi kiirust ja haiglasisese ning -järgse ravi toimimist, kuid sõltub ka insuldi raskusest ja patsientide kaasuvatest haigustest



4/9

Tulemus on muutusteta

2023. aastal suri 30 päeva jooksul pärast isheemilise insuldi tõttu haiglaravile sattumist 15 patsienti 100 elaniku kohta (OECD, f). Langustrend on mõõdukas, kuid paranemise tempo on aeglane. 2030. aastaks seatud soovitud vähenemine (sihttase 13) on 2023. aasta tasemest 2,3 protsendipunkti madalam. Sihini jõudmiseks oleks aastatel 2023–2030 vaja keskmiselt ligikaudu 0,33 protsendipunkti suurust vähenemist aastas, tulemuste senised kõikumised ei võimalda kinnitada ega ka välistada selle eesmärgi saavutamist.



Allikas: OECD

OECD (2023) andmetel on isheemilise insuldi 30 päeva suremus Euroopa riikides viimase kümnendi jooksul vähenenud tänu trombolüüsi ja trombektoomia paremale kättesaadavusele ning patsientide kiiremale hospitaliseerimisele. OECD 2023. a andmetel oli valitud Euroopa riikide keskmine 12,8%. Eesti näitaja 15,3% ületas seda 2,5 protsendipunkti ning oli selles valimis suuruselt neljas, Läti 22,2%, Leedu 17,2% ja Horvaatia 16,8% järel. Euroopa riikide parimad tulemused (vähem kui 9%) on Norras, Taanis ja Šveitsis.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Isheemilise insuldi 30 päeva suremus on võrreldes 2015. aastaga küll langenud, kuid 2023. aastal suurenes see eelneva aastaga võrreldes ning rahvusvahelises võrdluses püsib näitaja kõrge.



Insuldisuremuse vähendamiseks tuleb tugevdada insuldiüksuste tööd, kiiret diagnostikat, sobivate patsientide trombolüüsi ja trombektoomiat ning järjepidevat järelravi. Selle kõrval on oluline vähendada peamiste riskitegurite, nagu kõrge vererõhu, suitsetamise, diabeedi, düslipideemia ja ülekaalulisuse levikut ning suurendada inimeste teadlikkust insuldi sümptomitest ja kiire abi otsimise vajadusest.

Samuti on väga oluline jälgida riskitegureid esmatasandil süsteemselt, et need varakult avastada ja ennetada nendega seotud terviseprobleeme. Eestis esineb neid riskitegureid sagedamini ning need avalduvad tihti juba nooremas eas, mis suurendab nii haigestumuse kui ka raskete haigusjuhtude osatähtsust. Alates 01.04.2026 on Eestis rakendatud uuendatud isheemilise insuldi raviteekonna standard koos tulemuspõhise tasustamisega. Selle eesmärk on tagada patsiendi terviklikum ja koordineeritum käsitlus ning sujuv liikumine eri ravietappide vahel. See peaks võimaldama patsientidel liikuda eri ravietappide vahel süsteemsemalt ja tõhusamalt (Tervisekassa, 2026a)

Seotud indikaatorid

- Insuldi esinemissagedus 100 000 elaniku kohta
- Südame ja veresoonkonna haiguste suremus
- Isheemilise insuldi juhtud ja patsiente arv, kellele on tehtud revaskularisatsiooni protseduur (trombolüüs või trombektoomia)
- Hemorraagilise insuldi tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva suremus
- Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist insuldi tõttu
- Suremus või rehospitaliseerimine – Isheemiline insult
- Insuldiga patsientide taastusravile suunatute osatähtsus
- Insuldi tõttu pikaleveninud haiglas viibimise aeg

2.39 Keisrilõigete osatähtsus esmassünnitajate üksiksünnituse korral

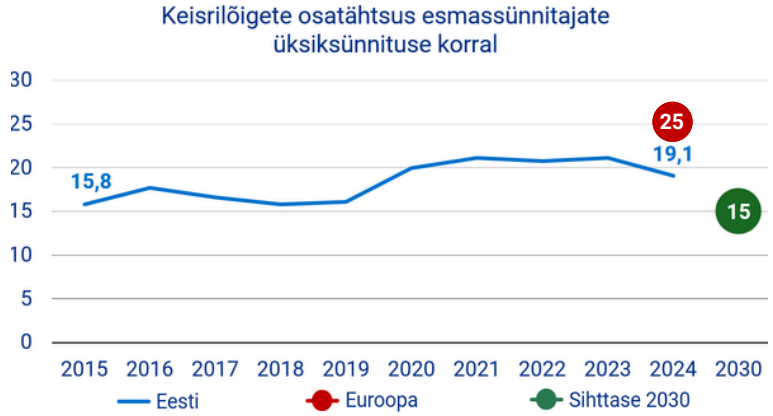
Keisrilõige on suur operatsioon ja seda peaks tegema sünnitusel ainult meditsiinilisel näidustusel. Indikaator näitab keisrilõigete osatähtsust madala riskiga esmassünnitajate hulgas, kellel on ajaline üksiksünnitus (Robsoni klassifikatsiooni rühmad 1 ja 2). Robsoni klassifikatsioon võimaldab rahvusvaheliselt võrreldaval viisil hinnata keisrilõigete kasutamist eri riskirühmades. Madala riskiga esmassünnitajate rühmas on keisrilõige enamasti välditav ning näitaja peegeldab sünnitusabi kliinilist otsustuspraktikat ja kvaliteedijuhtimist. Kõrge keisrilõigete osatähtsus võib olla seotud patsiendiohutuse riskide, pikema taastumise ja suuremate kuludega.



4/9

Tulemus on muutusteta

2024. aastal oli Eestis keisrilõigete osatähtsus Robson 1+2 rühmas 19,1%. Kuni aastani 2020 püsis näitaja 16%, kuid suurenes aastatel 2020–2023 20–21%-ni (Tervisekassa, 2025b). Selle peamiseks põhjuseks olid COVID-19 pandeemia ajal kehtestatud mitmesugused piirangud tervishoiusüsteemides. Piiratud tingimustes ja turvalisuse kaalutlustel eelistati sagedamini planeeritavaid ja paremini kontrollitavaid sünnitusviise, milleks on ka keisrilõige. Lisaks on viimasel aastakümnel märgatavalt suurenenud nii Euroopas kui ka Eestis esmasünnitaja keskmine vanus. See on omakorda seotud suurema keisrilõike tõenäosusega, sest kõrgemas eas suureneb nii rasedus- kui ka sünnitustüsistuste risk. Pärast pandeemia lõppu on näitaja langenud kahe protsendipunkti võrra ning järgnevad aastad näitavad, kas langustrend on püsiv.



Allikas: Tervisekassa, TAI

Euro-Peristati (2022) andmetel on keisrilõigete osatähtsus väikseim Põhja- ja Baltimaades, suurem aga Lõuna- ja Ida-Euroopas. Põhjamaades jääb keisrilõigete osatähtsus madala riskiga esmassünnitajate hulgas tavaliselt vahemikku 17–21%, mis on veidi kõrgem kui WHO soovitus (10–15%), kuid sarnane Euroopa praktikaga, kus populatsioonipõhiselt ei ole põhjendatud keisrilõigete osatähtsus üle 15–20%. Eesti paikneb Euroopa keskmisest paremal positsioonil, kuid jääb Põhjamaadest veidi kõrgemale tasemele.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Positiivne on 2024. aastal toimunud langus ja Euroopa keskmisest parem rahvusvaheline positsioon. Samas püsib näitaja sihttasemest kõrgemal ning ühe aasta paranemine ei kinnita veel püsivat muutust.



Edasine paranemine eeldab kliinilise praktika järjepidevat seiret tervishoiuteenuse osutaja tasandil, regulaarseid auditiprotsesse ning põhjendamata keisrilõigete vähendamist toetavate praktikate rakendamist (Sildver, 2025).

Seotud indikaatorid

- Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osatähtsus
- Perineaalsete ja emaka rebendite osakaal sünnitusel kõigist sünnitustest
- Raseduse ajal suitsetanud sünnitajate osatähtsus

2.40 Vähipatsientide viie aasta suhteline elulemus

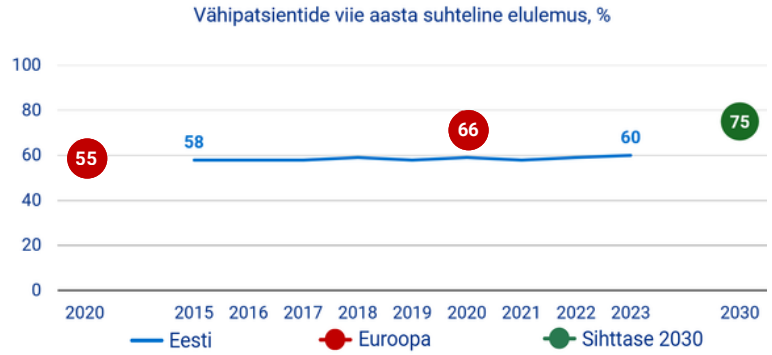
Viie aasta suhteline elulemus näitab, kui suur osa vähipatsientidest on elus viis aastat pärast diagnoosi saamist, võrreldes samas vanuses ja soost üldrahvastikuga, kellel vähidiagnoosi ei ole. Indikaator peegeldab vähipatsientide ellujäämist ning annab ülevaate vähi varajase avastamise, ravi kvaliteedi ja tervishoiusüsteemi toimimise tulemuslikkusest. Elulemust mõjutavad rahvatervishoiu sekkumised, sõeluuringute kättesaadavus, tänapäevased ravimeetodid ning patsiendikeskne järelravi. Kuigi koondnäitaja annab üldpildi, võimaldavad paikmepõhised näitajad täpsemalt hinnata, mis toimib süsteemis hästi ja mis valdkondades esineb puudujääke.



3/9

Tulemus on halb

2023. aastal oli vähipaikmete (v.a naha mittemelanoom) viie aasta suhteline elulemus Eestis 60% (TAI, 2026). Võrreldes 2015. aastaga on elulemus suurenenud 4 protsendipunkti võrra. Viimase kaheksa aasta jooksul on näitaja püsinud stabiilne ning märkimisväärset edasist paranemist ei ole toimunud. 2030. aastakse seatud sihttase on 75%. Praegusest tasemest jääb eesmärk 15 protsendipunkti kaugusele. Senise aeglase paranemise juures ei ole sihttase aastaks 2030 saavutatav. Trend viitab, et senised ravivõimalused ja korraldus on toonud mõõdukat paranemist, kuid süsteem vajab täiendavaid arenguid.



Allikas: EFPIA, TAI

Vähielulemus on viimase kümne aasta jooksul Euroopas paranenud, kuid erinevused riikide vahel püsivad (Manzano et al, 2025). Mitmes Põhja- ja Lääne-Euroopa riigis ületab viie aasta suhteline elulemus 70% taseme. Eesti näitaja jääb Euroopa keskmisest madalamaks, mis viitab vähi hilinenud avastamisele, mitte piisavale osalemisele sõeluuringutes (eriti meeste hulgas), eluviisist tulenevatele riskitegurite ja nendega seotud kasvajate suurele osatähtsusele rahvastikus. Rahvusvahelised uuringud näitavad, et elulemuse kasv on seotud ka sõeluuringute laiendamise, täppismeditsiini arengu ning multidistsiplinaarse ravikorraldusega (Ahmad, 2024).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 3). Vähipatsientide ellujäämine on mõnevõrra paranenud, kuid areng on aeglane ning sihttasemeni jõudmine eeldab süsteemseid muutusi.



Muutuste elluviimiseks on koostatud Vähitõrje tegevuskava aastani 2030, mis vajab selgeid ressursse ja rollijaotust. Vaja on edendada tervislikku eluviisi (toidukeskkonna ja toitumise parandamine, rangem alkoholipoliitika), suurendada sõeluuringutes osalejate hulka ja laiendada sõeluuringuid (teatud vähipaikmete puhul tuua riskipõhiselt sõeluuringu vanus allapoole). Vähi varajasele avastamisele lisaks on oluline tagada terviklik raviteekond ning sujuv liikumine perearstiabist eriarstiabisse, järelravisse ja taastusravisse. Vähipatsientide elulemuse parandamiseks on vaja terviklikult tegeleda ennetuse, varajase diagnoosimise, ravi ja taastusraviga ning tagada ravi kestlik rahastamine.

Seotud indikaatorid

- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Aeg esmasest vähikahtlusest vähikeskusesse või vähispetsialisti vastuvõtuni
- Ooteaeg digisaatekirja väljastamisest toimunud vastuvõtuni
- Keskkonnast, sh töökeskkonnast tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arv 100 000 elaniku kohta
- Kodus tubakasuitsule eksponeeritud täiskasvanute osatähtsus
- Igapäevaselt tubaka- või nikotiinitooteid tarvitavate täiskasvanute osatähtsus
- Tubaka- või nikotiinitooteid mittetarvitavate laste osatähtsus

2.41 Kopsuvähi patsientide viie aasta suhteline elulemus

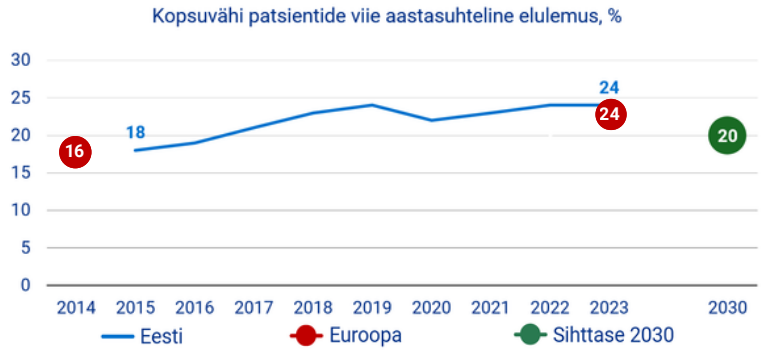
Kopsuvähk on Eestis üks sagedamini diagnoositud pahaloomulisi kasvajaid – esinemissageduselt kolmandal kohal meeste ja neljandal kohal naiste hulgas (TAI, q). Viie aasta suhteline elulemus näitab, kui suur osa kopsuvähipatsientidest on elus viis aastat pärast diagnoosi saamist, võrreldes samas vanuses ja soost üldrahvastikuga, kellel vähidiagnoosi ei ole. Enamik juhtumeid avastatakse kaugelearenenud staadiumis, mis piirab ravivõimalusi. Näitaja peegeldab varajase avastamise, ravikvaliteedi ja tervishoiusüsteemi toimimise tulemuslikkust.



7/9

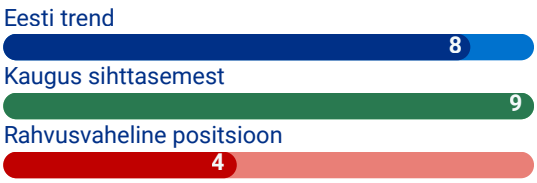
Tulemus on hea

2023. aastal oli kopsuvähi viie aasta suhteline elulemus Eestis 24% (TAI, q). Võrreldes 2016. aastaga on elulemus suurenenud ligikaudu 1,3 korda, mis viitab nii ravivõimaluste kui ka diagnostika paranemisele. 2030. seatud sihttase (20%) saavutati juba 2020. aastal. Praegune tulemus ületab seatud eesmärgi ning on püsinud viimastel aastatel stabiilselt vahemikus 23–24%.



Allikas: OECD, NORDCAN, TAI

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Elulemus on märkimisväärselt paranenud ning seatud sihttase saavutati ennetähtaegselt. Kopsuvähi elulemuse parandamine eeldab terviklikku käsitlust, mis hõlmab nii ennetust (rangem tubakapoliitika), varast avastamist, kiiret diagnostikat kui ka tõhusat ravi.



Enamik kopsuvähi juhtudest diagnoositakse üldjuhul hilisemas staadiumis, mistõttu on ka elulemus madal. Seetõttu peetakse kõige olulisemaks varajast diagnoosimist, sh sõeluuringu rakendamist riskirühmades. 2021. aastal alustati Eestis kopsuvähi sõeluuringu teostatavuse uuringuga, mille eesmärk oli tuvastada sihtrühma kuuluvatel inimestel kopsuvähk varases staadiumis. Aastal 2022 jätkus tegevus pilootprojektina, mille eesmärk on välja töötada riikliku kopsuvähi sõeluuringu rakendamiseks vajalikud kaasamise kriteeriumid.

Seotud indikaatorid

- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Aeg esmasest vähikahtlusest vähikeskusesse või vähispetsialisti vastuvõtuni – Kopsuvähk
- Vähihaigete multidistsiplinaarsed konsiiliumid
- Ooteaeg digisaatekirja väljastamisest toimunud vastuvõtuni
- Keskkonnast, sh töökeskkonnast tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arv 100 000 elaniku kohta
- Kodus tubakasuitsule eksponeeritud täiskasvanute osatähtsus
- Igapäevaselt tubaka- või nikotiinitooteid tarvitavate täiskasvanute osatähtsus
- Tubaka- või nikotiinitooteid mittetarvitavate laste osatähtsus

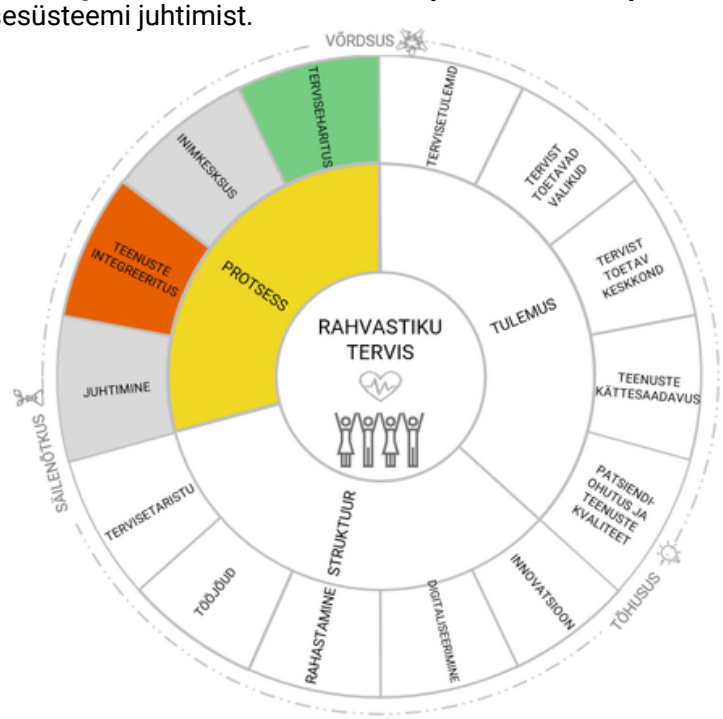
3 Indikaatorite valdkond – protsess

Protsess on indikaatorite valdkond, mis keskendub sellele, kuidas inimene terviseteavet mõistab ja kasutab, kuidas ja kui sujuvalt on ta tervisesüsteemis toetatud ning milline on suhtlus inimese ja teenuseosutaja vahel. Samuti hõlmab see teenuste integreeritust ja tervisesüsteemi juhtimist.

Indikaatori valdkond koosneb terviseharituse, inimkesksuse, teenuste integreerituse ja süsteemi juhtimise komponendist.

Protsessi valdkonda hinnati peamiselt terviseharituse komponendi põhjal (heleroheline) ning osaliselt käsitleti ka teenuste integreeritust (oranž). Komponendi inimkesksus alla kuuluvad alakomponendid patsiendi teenusekogemus (PREM, hall) ja patsiendi hinnang tervisetulemile (PROM, hall), ja süsteemi juhtimine on hindamisest ja analüüsist väljas, sest indikaatorid vajavad alles väljaarendamist.

Eesti tervishoiu protsessinäitajate üldpilt on mitmekesine: mitmes ennetusvaldkonnas on toimunud märkimisväärne areng, samal ajal on mõned kliiniliselt olulised raviteekonna etapid jätkuvalt nõrgad.



Vähi sõeluuringute osalusmäärad (emakakael, rind, jämesool) on viimastel aastatel järjepidevalt suurenenud ning paiknevad Euroopa võrdluses soodsas positsioonis. Siiski jätab ligi kolmandik sihtrühmast uuringutel osalemata, mis piirab varajase avastamise mõju. HPV-vaktsineerimise hõlmatus on tüdrukutel mõõdukas, jäädes tuntavalt alla riiklikele ja rahvusvahelistele sihttasemetele. Poiste HPV vastane vaktsineerimine on alles algusjärgus. Madal hõlmatus ohustab emakakaelavähi elimineerimise eesmärkide täitmist.

Suutervise valdkonnas on laste hambaraviteenuste kasutamine heal tasemel, kuid täiskasvanute külastused ning hambaravihüvitise kasutus jäävad sihttasemest märkimisväärselt madalamaks. See viitab nii rahalistele kui ka kättesaadavusega seotud takistustele.

Kõige nõrgemad näitajad ilmnevad haiglaravilt esmatasandile suunamises. Perearsti vastuvõtule jõuab 30 päeva jooksul pärast ägedat müokardiinfarkti vaid 29% ja pärast insulti ligikaudu 20% patsientidest. Need tulemused on stabiilselt madalal tasemel ja trend ei näita paranemist, mis viitab tõsistele lünkadele raviteekonna järjepidevuses, andmevahetuses ja haige koordineerimises. Olukord mõjutab otseselt tüsistuste, rehospitaliseerimise ja suremuse riski.



5/9

Tulemus on muutusteta

Tervishoiu protsessinäitajate parandamine eeldab koordineeritud ja sihitud tegevusi, mis toetavad nii ennetust, ravi järjepidevust kui ka teenuste kättesaadavust.

Sõeluuringutes osalemist saab suurendada veelgi, parandades teenuste kättesaadavust näiteks mobiilsete lahenduste, koduste testide ja automaatsete meeldetuletuste abil. HPV-vaktsineerimise hõlmatuse suurendamiseks tuleks tugevdada koolipõhist vaktsineerimist, lihtsustada vanemate nõusolekute andmist ning pakkuda selget ja usaldusväärset infot nii noortele kui ka lapsevanematele. Kordusvõimalused perearsti juures aitavad hõlmatusel suureneda ühtlasemalt. Suutervise parandamiseks on oluline laiendada ennetustööd ja parandada teenuste kättesaadavust. Laste suutervist aitavad toetada koolipõhised programmid, suuhügienistide suurem kaasamine ja regulaarne teavitustöö. Täiskasvanute puhul suurendab regulaarset külastamist hambaravihüvitise paindlikum kasutamine ja rahaliste takistuste vähendamine. Kõige kriitilisem valdkond on järelravi korraldus pärast haiglaravi. Automaatne perearsti vastuvõtu broneerimine haiglast väljakirjutamisel, parem digitaalse info liikumine (n-ö vaheepikriisi kiiremaks info vahetuseks) ning pereõdede rolli laiendamine aitaksid tagada ravi järjepidevust ja vähendada tüsistusi. Järelkontakt tuleks siduda kvaliteedi- ja tulemusnäitajatega.

Need sammud toetavad raviteekondade järjepidevust, ennetuse laiapõhjalisust ja tervisesüsteemi paremat toimivust tervikuna.

Komponent – terviseharitus

Terviseharitus hõlmab inimese üldise tervisehariuse ja infopädevusega seotud teadmisi (nt väärinfo tuvastamine või väärinfole vastupidavus), motivatsiooni ja oskusi otsida, mõista, hinnata ja kasutada tervisealast teavet, et teha teadlikke otsuseid tervise edendamise, hoidmise, haiguste ennetamise ja terviseteenuste kasutamise kohta ning säilitada või parandada elukvaliteeti kogu elu jooksul.

3.1 Emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär

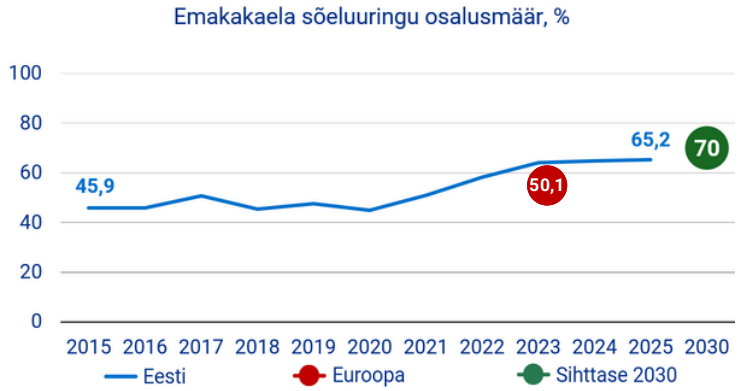
Emakakaelavähi sõeluuringu eesmärk on avastada vähieelsed muutused ja varajases staadiumis vähk, et ennetada haiguse kujunemist või parandada ravitulemusi. Eestis kutsutakse sõeluuringule 30–65-aastaseid naisi iga viie aasta järel. Uuring põhineb HPV-testimisel ning sõeluuringusse kutsutakse Eestis elavad naised sõltumata ravikindlustuse olemasolust. Suurem osalusmäär on otseselt seotud emakakaelavähi haigestumuse ja suremuse vähenemisega.



7/9

Tulemus on hea

2025. aastal oli emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär 65,2% (TAI, r). Viimase kümne aasta jooksul on osalusmäär suurenenud märkimisväärselt. Selle kasv langeb ajaliselt kokku HPV-testile üleminekuga. Paranemine on olnud järjepidev ning viitab nii teavitustöö kui ka korralduslike (HPV test alates 2021. aastast, ka kodutest) muudatuste mõjule. 2030. aastaks seatud sihttase on praegusest kõrgem (70%). 2025. aasta tulemus jääb seatud eesmärgist allapoole, kuid senise kasvutempo juures on sihttaseme saavutamine realistlik.



Allikas: Eurostat, TAI

Eurostati andmetel varieerub emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär Euroopa riikides märkimisväärselt. Suur osalusmäär (üle 70%) on näiteks Soomes, Norras, Sloveenias, Iirimaal, Tšehhis ja Rootsis. Eesti paikneb Euroopa võrdluses keskmisest kõrgemal tasemel, kuid jääb mõnest Põhja- ja Lääne-Euroopa riigist maha. OECD (2023) hinnangul on riikides, kus sõeluuringud on hästi korraldatud ja hõlpsasti kättesaadavad, ka emakakaelavähi suremus oluliselt väiksem.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Kuigi osalusmäär on viimase kümnendi jooksul kasvanud märkimisväärselt, jääb siiski ligi kolmandik kutsututest uuringule minemata. Suurem osalemine sõeluuringus aitab avastada vähieelseid muutusi varakult ning vähendada hilisemaid ravikulusid ja suremust.



Edasine paranemine eeldab sihtrühmade teadlikkuse suurendamist (nii inimese papiloomviirusest (HPV), mis on peamine emakakaelavähi tekitaja) nendele sobivaid kommunikatsiooniviise kasutades kui ka osalemise lihtsustamist (nt kodutestid, mobiilsed teenused, digimeeldetuletused) ning sõeluuringu järjepidevat kvaliteedikontrolli. Emakakaelavähi peamine tekitaja on inimese papiloomviirus (HPV), seetõttu on väga oluline just noores eas HPV vastane vaktsineerimine, sest vaktsiini mõju on siis suurim ja pikaajalisem.

Seotud indikaatorid

- Aeg esmasest vähikahtlusest vähikeskusesse või vähispetsialisti vastuvõtuni – Emakakaelavähk
- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Emakakaelavähi viie aasta suhteline elulemus
- Vähipatsientide viie aasta suhteline eluluemus
- Vähihaigete multidistsiplinaarsed konsiiliumid

3.2 Rinnavähi sõeluuringu osalusmäär

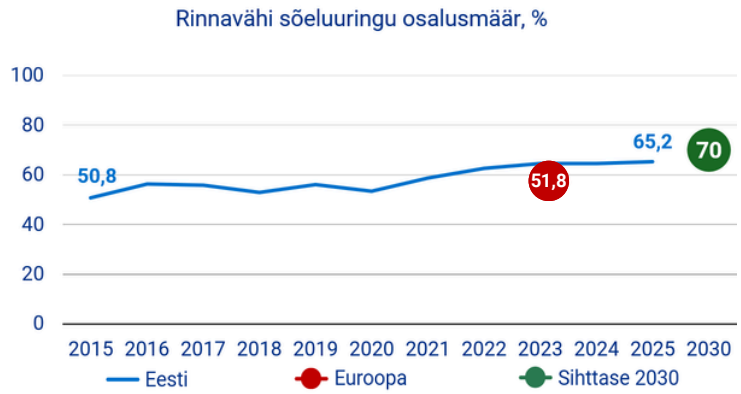
Rinnavähi sõeluuringu eesmärk on avastada vähk varajases staadiumis, et parandada ravitulemusi ja vähendada suremust. Eestis kutsutakse rinnavähi sõeluuringule 50–74-aastaseid naisi iga kahe aasta järel, sõltumata ravikindlustuse olemasolust. Sõeluuringus osalemiseks loetakse mammograafilise uuringu läbimist. Varajases staadiumis avastatud rinnavähk vajab vähem agressiivset ravi ning on seotud parema elulemuse ja väiksemate ravikuludega.



7/9

Tulemus on hea

2025. aastal oli rinnavähi sõeluuringu osalusmäär 65,2% (TAI, s). 2015. aastaga võrreldes on osalusmäär suurenenud järjepidevalt. Viimastel aastatel on sõeluuringu sihtrühmi laiendatud kooskõlas rahvusvaheliste soovitustega. Viimane suurem muudatus enne 2024. aastat toimus 2022. aastal, kui sõeluuringusse kaasati 69-aastased naised. 2024. aastal laiendati sihtrühma 74-aastastele naistele (Tervisekassa, 2023). Paranemine viitab paremale teavitustööle ja sõeluuringu kättesaadavusele (mammograafiabussid, piirkondlik teenus). 2025. aasta tase jääb seatud eesmärgist (70%) allapoole, kuid senise kasvutempo juures on sihttaseme saavutamine realistlik.



Allikas: Eurostat, TAI

Eurostati andmetel varieerub rinnavähi sõeluuringu osalusmäär Euroopa riikides märkimisväärselt. Suur osalusmäär (üle 70%) on näiteks Taanis, Rootsis, Soomes, Sloveenias, Norras ja Hollandis. Eesti paikneb Euroopa võrdluses keskmisest kõrgemal tasemel, kuid jääb mitmest Põhjamaast maha. OECD (2023) hinnangul on suur osalusmäär otseselt seotud rinnavähi suremuse vähenemisega ning elulemuse suurenemisega.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Osalusmäär on suurenenud, ometi jätab ligi kolmandik kutsututest uuringule minemata. Suurem osalemine sõeluuringus aitab avastada rinnavähki varakult, parandada elulemust ning vähendada ravikulusid.



Edasine paranemine eeldab teadlikkuse suurendamist (sh perearstide aktiivsemat soovitamist), sõeluuringus osalemise lihtsustamist (nt mobiilsete mammograafiabusside, digimeeldetuletuste ja lihtsama aja broneerimise abil) ning järjepidevat kvaliteedijuhtimist (kiire tagasiside, lühikesed ooteajad ja patsiendisõbralik teenindus).

Parema ja tõhusama teenuse pakkumiseks on oluline üle vaadata rinnavähi sõeluuringu teekond. Pikemat aega sõeluuringus mitteosalenud inimestele on vaja välja töötada sobivad meetmed.

Seotud indikaatorid

- Aeg esmasest vähikahtlusest vähikeskusesse või vähispetsialisti vastuvõtuni – rinnavähk
- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Rinnavähi viie aasta suhteline elulemus
- Vähipatsientide viie aasta suhteline eluluemus
- Vähihaigete multidistsiplinaarsed konsiiliumid

3.3 Jämesoolevähi sõeluuringu osalusmäär

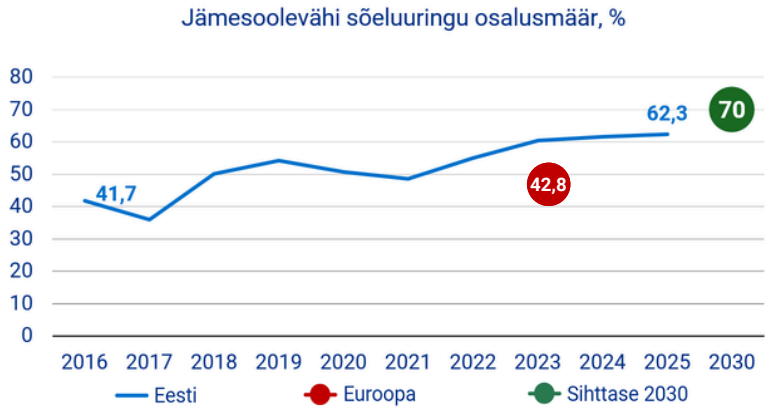
Jämesoolevähi sõeluuringu eesmärk on avastada vähieelsed muutused ja varajases staadiumis vähk, et ennetada haiguse teket või parandada ravitulemusi. Eestis kutsutakse sõeluuringule 56–68-aastaseid mehi ja naisi iga kahe aasta järel, sõltumata ravikindlustuse olemasolust. Sõeluuringus osalemiseks loetakse kutsutud isiku peitvere analüüsi tegemist. Varajases staadiumis avastatud jämesoolevähk on paremini ravitav ning seotud väiksemate ravikulude ja parema elulemusega.



7/9

Tulemus on hea

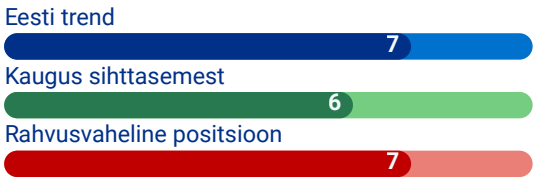
2025. aastal oli jämesoolevähi sõeluuringu osalusmäär 62,3% (TAI, t). Viimase üheksa aasta jooksul on osalusmäär märkimisväärselt suurenenud. COVID-19 pandeemia ajal (2020–2021) osalusmäär ajutiselt vähenes, kuid alates 2023. aastast on see taas suurenenud. 2030. aastaks seatud sihttase on 70%, seega jääb 2025. aasta tase seatud eesmärgist madalamaks, kuid kasvutrendi jätkudes on sihttase realistlikult saavutatav.



Allikas: Eurostat, TAI

Euroopa riikides varieerub jämesoolevähi sõeluuringu osalusmäär märkimisväärselt (Eurostat, 2025). Suurem osalusmäär on saavutatud eelkõige riikides, kus sõeluuring on hästi korraldatud ja teavitustöö on järjepidev. Eesti paikneb Euroopa võrdluses keskmisest paremate riikide hulgas ning soovituslikku taset ületab praegu selgelt vaid Soome. OECD (2023) hinnangul on sõeluuringu osalusmäär otseselt seotud jämesoolevähi suremuse vähenemisega.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Osalusmäär on suurenenud ja Eesti paikneb Euroopa võrdluses parimate hulgas. Samas jätab üle kolmandiku kutsututest uuringule minemata (meestest veidi vähem kui pooled), mistõttu jääb kasutamata võimalus avastada haigus varases staadiumis või ennetada selle teket.



Sõeluuringu peamine eesmärk on tuvastada vähieelsed muutused ja varajased kasvajad enne sümptomite ilmnemist, sest just algfaasis on haigus sageli täiesti ravitav ning ka ravikulud väiksemad. Alates 2025. aastast kutsutakse jämesoolevähi sõeluuringule 58–68-aastaseid inimesi ning 2026. aastast alates 56-aastaseid (Tervisekassa, 2025c). Üldjuhul osaleb inimene sõeluuringus siis, kui see on talle lihtne, arusaadav ja usaldusväärne. Kui süsteem teeb osalemise mugavaks (testikomplekt saadetakse koju või saab kätte apteegist) ja lihtsaks (ei pea kuhugi kohale minema, eraldi aega broneerima), suureneb ka sõeluuringus osalemine.

Seotud indikaatorid

- Aeg esmasest vähikahtlusest vähikeskusesse või vähispetsialisti vastuvõtuni – jämesoolevähk
- Pahaloomuliste kasvajate esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta
- Suremus pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta
- Jämesoolevähi viie aasta suhteline elulemus
- Vähipatsientide viie aasta suhteline elulemus
- Vähihaigete multidistsiplinaarsed konsiiliumid

3.4 Tüdrukute HPV vastase vaktsineerimisega hõlmatus

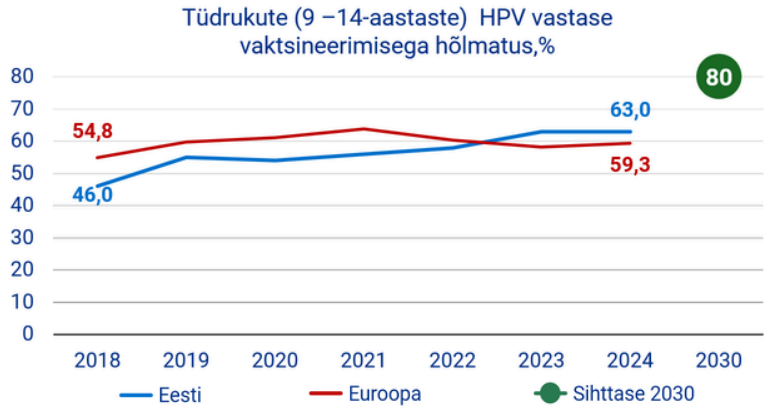
HPV vastane vaktsineerimine on tõhus, ohutu ja kulutõhus ennetusmeede, mis vähendab emakakaelavähi ning teiste HPV-ga seotud vähivormide riski (Terviseamet). Indikaator näitab 14-aastaste tüdrukute osatähtsust, kes on täielikult vaktsineeritud inimese papilloomiviiruse (HPV) vastu vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale. Eestis pakutakse HPV-vastast vaktsineerimist riikliku programmi raames alates 2018. aastast. Põhisihtrühm on 12–14-aastased, laiendatud sihtrühm on 15–18-aastased, kes ei ole varem vaktsineeritud. Vaktsineerimine toimub koolide kaudu ja on tasuta. Vaktsineerida saab ka pärast täisealiseks saamist. Suurem hõlmatus on oluline nii individuaalse kaitse kui ka rahvastiku tasandi immuunsuse saavutamiseks. Rahvusvaheliselt mõõdetakse HPV-hõlmatust enamasti 15-aastaste tüdrukute või noorte kohordi (15+) lõikes, sest see võimaldab võrrelda riike omavahel (WHO, ECDC).



5/9

Tulemus on muutusteta

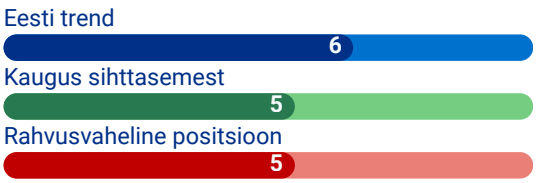
Eestis on HPV-vaktsineerimisega hõlmatus pärast vaktsineerimisprogrammi alustamist 2018. aastal järk-järgult suurenenud, jõudes 2024. aastal 63%-ni (WHO, c). Viimase kahe aasta jooksul on hõlmatus suurenenud mõõdukalt, kuid erinevus seatud eesmärgiga (80%) on endiselt märkimisväärne. Kui varem vaktsineeriti mitme doosiga, siis alates 2024. aastast lihtsustati vaktsineerimiseskeemi ja enamik noori saab ühe doosi.



Allikas: Eurostat, TAI

WHO eesmärk emakakaelavähi elimineerimiseks näeb ette, et vähemalt 90% tüdrukutest oleksid HPV vastu vaktsineeritud enne 15. eluaastat (WHO, 2020). Euroopa riikide vahel on erinevused märkimisväärsed. Mõnes riigis (nt Portugal, Norra, Island), kus HPV vastane vaktsineerimine on olnud riiklikus immuniseerimiskavas juba alates 2008. aastast, ületab hõlmatus 80–90%, samas kui mitmes Kesk- ja Ida-Euroopa riigis jääb see alla 60% (WHO, c). Eesti paikneb Euroopa võrdluses keskmise vaktsineerimise hõlmatusega riikide hulgas, mis viitab vajadusele tugevdada teavitust.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Kuigi HPV-vaktsineerimise hõlmatus on suurenenud, jääb see oluliselt alla nii riiklikule kui ka rahvusvahelisele eesmärgile. Ebapiisava hõlmatuse tõttu jääb emakakaelavähi ennetuse mõju soovitust väiksemaks ning haigestumus ei pruugi tulevikus väheneda piisavalt.



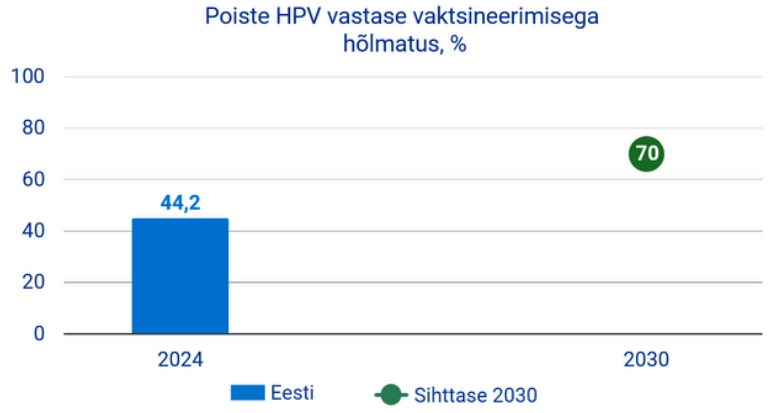
Olukorra parandamiseks on vaja suurendada sihtrühmade teadlikkust vaktsineerimise vajalikkusest nendele sobivaid kommunikatsiooniviise kasutades, tugevdada koolipõhist vaktsineerimist ning vähendada vaktsiinikõhklusi (sh väärinfo tõrjumine).

Seotud indikaatorid

- Poiste HPV vastase vaktsineerimisega hõlmatus
- Emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär
- Emakakaelavähi patsientide viie aasta suhteline elulemus

3.5 Poiste HPV vastase vaktsineerimisega hõlmatus

HPV-vaktsineerimine kaitseb indiviidi (nt päraku- ja peenisevähk, suu- ja neeluvähk, suguelundite tüükad) ja vähendab viiruse ringlust rahvastikus, toetades sel viisil ka emakakaelavähi ennetust. Poiste kaasamine immuniseerimiskavasse tugevdab karjaimmuunsust (herd protection) ning on osa tänapäevasest rahvatervishoiu strateegiatest HPV-haiguste vähendamiseks. Indikaator näitab 14-aastaste poiste (%) osatähtsust, kes on saanud kogu vaktsineerimiskuuri (vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale) HPV vastu.



Allikas: Terviseamet

2024. aastal oli Eestis poistele suunatud vaktsineerimisprogramm ning selle rakendamine alles algusfaasis. Esimesel aastal saavutati 44% hõlmatus, mis oli ootuspärane ja seotud programmi algusperioodi korralduslike raskustega, sealhulgas vajadusega teavitada vanemaid ja koguda nõusolekuid.
Vaktsineerimishõlmatuse suurendamiseks on edaspidi oluline tõhustada vanemate teavitamise ja nõusoleku küsimise protsesse ning tugevdada järelkutsesüsteemi ja korralist immuniseerimist toetavaid tegevusi. 2030. aastaks seatud sihttase on 70%.

Mitmes Euroopa riigis, kus poiste vaktsineerimist on rakendatud juba pikemat aega, näiteks Ühendkuningriigis, Taanis ja Norras, on koolipõhiste programmide abil saavutatud üle 70–80% hõlmatus. Eestis kasutatakse samuti koolipõhist programmi. Aastatel 2023–2024 alustatud programmides on esimese aasta hõlmatus olnud väiksem (ECDC, 2026).

Soovitused: jätkata koolipõhise programmiga, sh kaasneva selgitustööga, parandada vanemate teavitamist ja nõusoleku protsessi (digilahendused, meeldetuletused), võimaldada järelvaktsineerimist ja lülitada perearstid/õed aktiivsesse kaasamisse, analüüsida piirkondlikku katvust ja koolipõhiseid takistusi. Ka rahvusvaheline parim praktika näitab, et koolipõhine riigieelarvest rahastatud programm suurendab hõlmatust kiiresti.

Seotud indikaatorid

- Tüdrukute HPV vastase vaktsineerimisega hõlmatus
- Emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär
- Emakakaelavähi patsientide viie aasta suhteline elulemus

3.6 Hambaraviteenust kasutanud laste osatähtsus

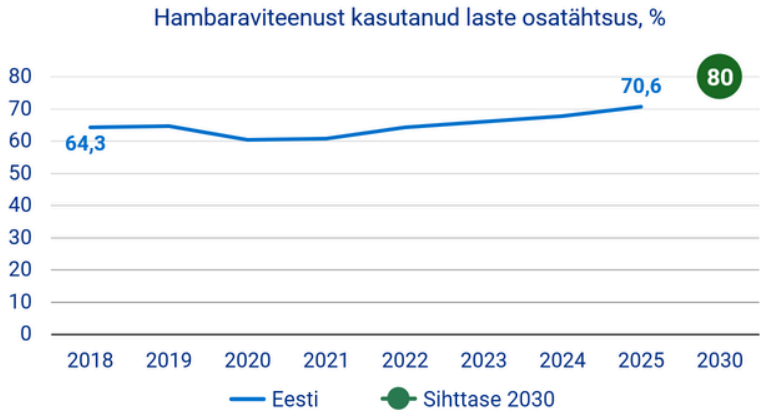
Laste suutervis mõjutab üldist tervist ja elukvaliteeti; regulaarne hambaarsti külastus toetab kaariese varajast avastamist ja ennetust ning aitab kujundada püsivaid suuhügieeni harjumusi. Indikaator mõõdab 3–18-aastaste osatähtsust, kes on kasutanud hambaraviteenust (sh profülaktiline kontroll või ravi) kindlal ajaperioodil.



6/9

Tulemus on hea

2025. aastal külastas hambaarsti 70% 3–18-aastastest lastest (Tervisekassa, b). Viimase 5–10 aasta jooksul on osalus laste hambaraviteenuste kasutamises üldiselt suurenenud, kuid esineb mõningaid kõikumisi (nt COVID-19 pandeemia mõjud). Kõige suurem hambaraviteenust kasutanute osatähtsus on 7–8-aastaste hulgas, mis viitab toimivatele kooli minekuga seotud tervisekontrollidele. Liiga hilja jõuavad hambaarsti juurde eelkooliealised ja samuti on suured puudujäägid teismeliste hambaarstiteenuse kasutamises. 2030. aastaks seatud sihttase 80% ei ole täiendavate sekkumisteta saavutatav.

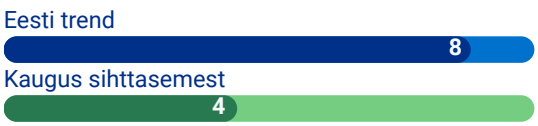


Allikas: Tervisekassa

Hambaravikülastuste sagedus ja teenuste kättesaadavus erinevad Euroopa riikides (Eurostat, 2025). Mõnes riigis korraldatakse suur osa laste regulaarsetest ennetavatest hambaravikülastustest kooli- või rahvatervishoiuprogrammide raames, teistes sõltub hambaraviteenuste kasutamine rohkem nende kättesaadavusest ja rahastamisest. Tulenevalt metoodilistest erinevustest ei kajasta hinnang rahvusvahelist võrdlust.

Samuti mõõdetakse Euroopa statistikas sageli katmata vajadusi hambaravi järele, mis annavad täiendava info kättesaadavuse ja taskukohasuse probleemidest. Rahvusvaheliste suundumuste hindamisel tuleb arvestada, et riikidevahelist võrdlust mõjutab oluliselt see, kuidas andmed on määratletud, näiteks milliseid vanuserühmi ja ajavahemikke käsitletakse ning kas arvesse võetakse ainult ennetavaid või kõiki hambaravikülastusi. Seetõttu tuleb riikide tulemusi võrrelda ettevaatlikult ja lähtuda kasutatud allikate metoodikast.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 6). Eesti andmed näitavad, et laste hambaarstikülastuste osatähtsus on viimastel aastatel suurenenud, kuid vaja oleks suurendada profülaktilise hambaravi ulatust ja tuua hammaste kontroll lastele lähemale, et hambaarsti juures käimine ei sõltuks piirkonnast, kus laps elab ega vanemate sissetulekust.



Kindlasti aitab, kui nii kooliõde kui ka perearst/õde külastuse ajal küsivad, millal toimus viimane hambaarsti külastus. Säilitada ja tugevdada tuleb profülaktilisi hambaraviteenuseid lastele (nt varajane harimine, kooliprogrammid, mobiilsed teenused), suunata lisaressursse riskirühmadele (teadlikkuse suurendamine näiteks puudespetsiifikast tulenevalt) ning parandada andmete järjepidevust, et jälgida muutusi ja sekkuda sihipäraselt.

Seotud indikaatorid

- Vähemalt korra päevas hambaid pesevate laste osatähtsus
- Vähemalt kaks korda päevas hambaid pesevate täiskasvanute osatähtsus
- Täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine
- Leibkondade omaosalus hambaravile
- Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus
- Hambaarstide arv 1000 elaniku kohta
- Ortodontide arv 1000 elaniku kohta
- Suuhügienistide arv 1000 elaniku kohta

3.7 Hambaraviteenust kasutanud täiskasvanute osatähtsus

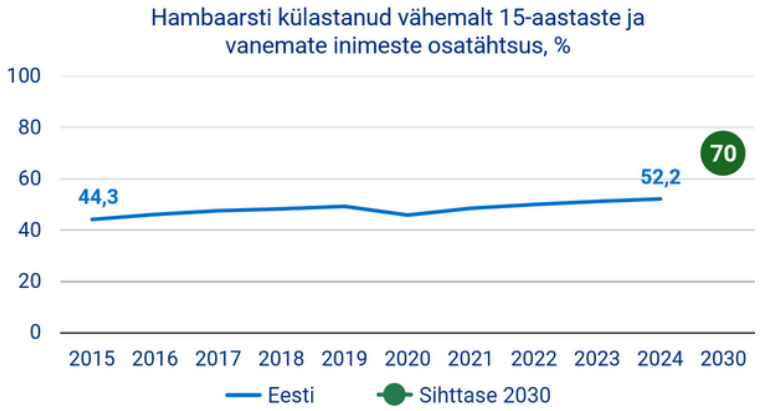
Suutervise haigused mõjutavad üldist tervist ning võivad põhjustada nii funktsionaalseid kui ka esteetilisi probleeme, mis vähendavad elukvaliteeti. Regulaarne hambaarsti külastamine võimaldab ennetada kaariest ja igemehaigusi ning avastada probleemid varajases staadiumis. Eestis on täiskasvanute hambaraviteenus üldjuhul tasuline. Ravikindlustatud täiskasvanud saavad kasutada hambaravihüvitist hambaraviasutuses, mis on sõlminud Tervisekassaga lepingu. Indikaator näitab nende täiskasvanute osatähtsust, kes on kasutanud hambaraviteenust vaadeldaval perioodil.



4/9

Tulemus on muutusteta

2024. aastal külastas hambaarsti 52,2% vähemalt 15-aastastest elanikest (TAI, u). Võrreldes 2015. aastaga on hambaraviteenuse kasutamine täiskasvanute hulgas mõõdukalt suurenenud, kuid kasv ei ole olnud kiire. COVID-19 pandeemia esimesel aastal vähenes külastuste arv ajutiselt, kuid alates 2022. aastast on teenuse kasutamine taastunud. Üha rohkem kasutatakse ka Tervisekassa hambaravihüvitist. 2030. aastaks seatud sihttase, 70%, on kõrgem kui praegune tulemus. 2024. aasta näitaja jääb seatud eesmärgist allapoole ning sihttasemeni jõudmine eeldab hambaraviteenuse kasutamise järjepidevat kasvu.



Allikas: TAI

Eurostati andmetel külastab Euroopa Liidus hambaarsti viimase aasta jooksul keskmiselt ligikaudu 60–70% täiskasvanutest, kuid erinevused riikide vahel on suured (Eurostat, i). Üksühele rahvusvahelisi võrreldavaid andmeid ei ole, seetõttu ei kajastu need ka hindamises. Põhjamaades ja riikides, kus hambaravi on hüvitatud suuremas ulatuses, on üldjuhul ka teenuse kasutamine suurem. Hambaraviteenuste kasutamist mõjutab suurel määral see, kui suur osa kuludest jääb patsiendi kanda (OECD, 2023). Riikides, kus suurem osa hambaravikuludest kaetakse avalikest vahenditest, kasutatakse hambaraviteenuseid regulaarsemalt.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Hambaraviteenuse kasutamine täiskasvanute seas on pärast pandeemiat taastunud, kuid jääb rahvusvaheliste parimate praktikate tasemest madalamaks (Ceoworld, 2025).



Hambaraviteenuste vähene kasutamine võib aga suurendada hilisemat ravivajadust ja tervishoiukulusid. Olgugi, et hambaravi on Eestis osaliselt hüvitatud, siis kasutavad seda vähem kui pooled (Tervisekassa, b). Mis viitab selle, et inimesed, kas ei ole teadlikud hüvitisest, hindavad seda liiga väikseks, et oma suurt probleemi lahendama minna või ei ole enam harjunud profülaktiliselt hambaarsti juures käima, sest teenus on olnud enamikele inimestele rahaliselt kättesaamatu. Hambaravi teenuse kasutamine on paljuski seotud ka inimeste teadlikkusega oma tervisest, sh sellega seotud finantsilistest valikutest. Regulaarse profülaktilise hambaravi kättesaadavuse parandamine aitab vähendada tüsistusi ning tervise ebavõrdsust. Teenuste kasutamise suurendamiseks on vaja tugevdada hüvitissüsteemi, suurendada teadlikkust ning tagada teenuse piirkondlik kättesaadavus ja ligipääsetavus (sh puuetega inimestele).

Seotud indikaatorid

- Vähemalt korra päevas hambaid pesevate laste osatähtsus
- Vähemalt kaks korda päevas hambaid pesevate täiskasvanute osatähtsus
- Hambaraviteenust kasutanud laste osatähtsus
- Täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine
- Leibkondade omaosalus hambaravile
- Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus
- Hambaarstide arv 1000 elaniku kohta
- Ortodontide arv 1000 elaniku kohta
- Suuhügienistide arv 1000 elaniku kohta

3.8 Täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine

Hambaravihüvitise eesmärk on vähendada omaosalust ning parandada hambaraviteenuse kättesaadavust. Eestis saavad ravikindlustatud täiskasvanud kasutada hambaravihüvitist 60 euro ulatuses aastas, suurema hambaravivajadusega inimesed (nt rasedad, alla 1-aastase lapse emad, vanaduspensionärid, osalise või puuduva töövõimega inimesed) 105 eurot aastas (Tervisekassa). Hüvitist saab kasutada Tervisekassaga lepingu sõlminud hambaraviasutustes. Indikaator näitab ravikindlustatud täiskasvanute osatähtsust, kes kasutavad riiklikku hambaravihüvitist ja peegeldab nii teenuse kättesaadavust kui ka elanikkonna teadlikkust ja valmisolekut suutervise eest hoolitseda.



5/9

Tulemus on muutusteta

Täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine on viimastel aastatel märgatavalt suurenenud. 2018. aastal kasutas hüvitist ligikaudu 25% sihtrühmast, 2024. aastaks oli see suurenenud 42%-ni (Tervisekassa, b). Hüvitist on kasutatud aasta-aastalt rohkem, mis võib viidata suuremale teadlikkusele hüvitise võimalustest ja usaldusele süsteemi vastu. 2030. aastaks seatud sihttase on 70%. 2024. aasta tulemus jääb sihttasemest 28,1 protsendipunkti võrra madalamaks. Senise kasvutempo jätkudes on eesmärk saavutatav, kuid eeldab jätkuvat rahastuse stabiilsust ja hüvitise tingimuste paindlikkust.



Allikas: Tervisekassa

OECD andmetel mõjutab hambaraviteenuse kasutamist otseselt omaosaluse suurus ja avaliku rahastuse ulatus (OECD, 2023). Riikides, kus hambaravi kulud on suuremas osas kaetud avaliku süsteemi kaudu, on teenuse kasutamine ja ennetav hambaravi sagedasem ning ebavõrdsus väiksem. Eurostati andmetel oli 2023. aastal Euroopa Liidus rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus keskmiselt veidi üle 4%, mis näitab, et rahaline ligipääs on jätkuvalt osaline takistus (Eurostat, j).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Positiivne on hambaravihüvitise kasutuse stabiilne suurenemine ning süsteemi toimimine. Samas jääb kasutus veel sihttasemest selgelt madalamaks.



Parem teadlikkus hambaravihüvitisest ja selle kasutamine võib aidata vähendada rahalisi takistusi hambaraviteenuse kasutamisel ja toetada seeläbi suutervise parandamist. Indikaatori tõlgendamisel tuleb siiski arvestada, et see ei kajasta kogu täiskasvanute hambaraviteenuse kasutust, vaid hambaravihüvitise kasutamist ravikindlustatud täiskasvanute seas.

Edasine areng sõltub nii hüvitise tingimustest, Tervisekassa lepingupartnerite kättesaadavusest kui ka elanike teadlikkusest. Täiendav tähelepanu peaks olema suunatud sellele, et hambaravihüvitis jõuaks suurema osani sihtrühmast ning toetaks võimalikult tõhusalt hambaraviteenuse kasutamist.

Seotud indikaatorid

- Hambaraviteenust kasutanud täiskasvanute osatähtsus
- Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus
- Leibkondade omaosalus hambaravis

3.9 Tahteavalduse esitamine elundite, kudede või rakkude annetamiseks

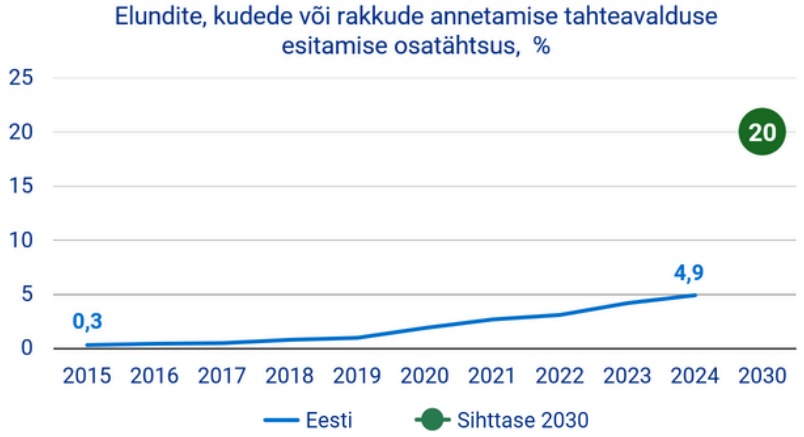
Tahteavalduse olemasolu võimaldab kriitilisel hetkel teha patsiendi soovidega kooskõlas otsuseid ning vähendada lähedaste emotsionaalset koormust. Elundite siirdamine võib päästa elusid või oluliselt parandada elukvaliteeti, kuid siirdamiseks sobivate elundite nappus on probleemiks kogu maailmas. Indikaator näitab nende täiskasvanute osatähtsust, kes on esitanud Terviseportaalis dokumenteeritud tahteavalduse elundite, kudede või rakkude annetamiseks pärast surma (olenemata sellest, kas otsus on nõusolek või keeldumine). Indikaator peegeldab elanikkonna teadlikkust, hoiakuid ning usaldust tervishoiusüsteemi ja elundidoonorluse eetilise korralduse vastu.



4/9

Tulemus on muutusteta

Täiskasvanud elanikkonnast on tahteavalduse elundite, kudede või rakkude annetamiseks esitanud 4,9% (Tervisekassa). Enamiku dokumenteeritud otsustest on esitanud naised. Tahteavalduse esitamist mõjutavad elanike teadlikkus nii elundidoonorlusest kui ka Terviseportaali kasutamisest. Praegune tase näitab, et kriitilistel juhtudel saab patsiendi tahet arvestada vaid vähestes olukordades. 2030. aastaks seatud sihttase on 20% täiskasvanutest. Praegusest tasemest jääb eesmärk 15,1 protsendipunkti kaugusele. Olemasoleva trendi juures ei ole sihttase saavutatav ilma märkimisväärselt intensiivsemate ja sihitud teavitustegevusteta.



Allikas: Tervisekassa

Euroopa riikides varieerub elundidoonorluse korraldus ning tahteavalduse süsteemid (opt-in vs. opt-out). Mitmes riigis, kus kasutatakse eeldatava nõusoleku (opt-out) süsteemi ja kus teavitustöö on järjepidev, on doonorite arv suurem (Euroopa Komisjon). WHO andmetel on elundidoonorluse puudujääk globaalne probleem ning doonorite arv ei kata vajadusi. Üksühele rahvusvahelisi võrreldavaid andmeid ei ole, seetõttu ei kajastu need ka hindamises. Eurobaromeetri (2010) uuringu järgi on üle poole eurooplastest valmis oma elundeid annetama.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Tahteavalduse esitamine on võimalik ja süsteem toimib, kuid dokumenteeritud otsuse teinud inimeste osatähtsus on väga madal ning sihttasemest kaugel.



Madala osalusmäära tõttu jääb potentsiaalsete doonorite arv piiratuks, mis mõjutab siirdamiste arvu ja ravitulemusi. Edasine paranemine eeldab sihitud teavituskampaaniaid, Terviseportaali kasutajasõbralikkuse parandamist ehk info leitavust ning elanike teadlikkuse suurendamist elundidoonorluse võimalustest ja mõjust (päästab elusid, vähendab siirdamist vajavate patsientide ootejärjekordi.

Komponent – teenuste integreeritus

Teenuste integreeritus tähendab, et terviseteenuseid osutatakse koordineeritult nii tervisesüsteemi tasandite ja raviasutuste vahel kui ka koostöös partneritega väljaspool tervisesüsteemi, võttes arvesse inimese vajadusi kogu elukaare jooksul, ning hõlmates järjepidevat tervise edendamist, haiguste ennetamist, diagnoosimist, ravi, haiguste käsitlust ning rehabilitatsiooni- ja palliatiivteenuste osutamist vajaduse alusel.

3.10 Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist ägeda müokardiinfarkti tõttu

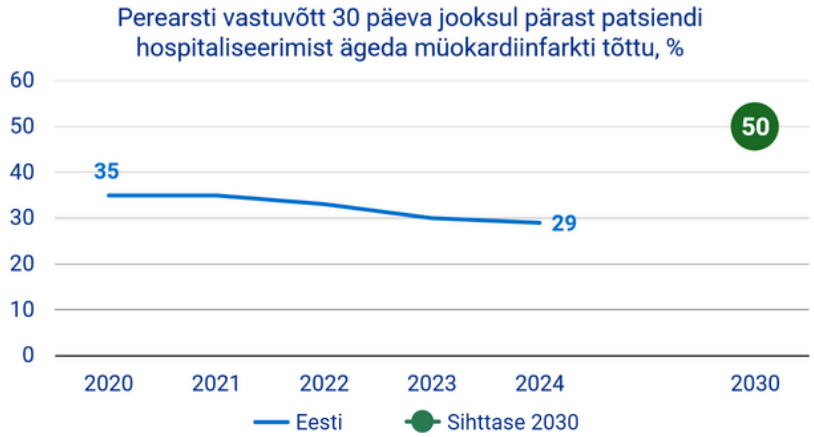
Indikaator näitab patsientide osatähtsust, kes on külastanud perearsti 30 päeva jooksul pärast ägeda müokardiinfarkti tõttu haiglaravil viibimist. Varajane kontakt esmatasandiga pärast haiglaravi on oluline, et tagada raviplaani järjepidevus, toetada aktiivravi järgset jälgimist ja ennetada tüsistusi. Äge müokardiinfarkt on üks peamisi südame-veresoonkonnahaiguste ägedaid tüsistusi, mille järel on oluline, et haiglaravi ja esmatasandi tervishoid oleksid omavahel seotud ning patsiendi seisundi jälgimine pärast aktiivravi oleks järjepidev. Perearsti vastuvõtt võimaldab kontrollida ravimite kasutamist, hinnata riskitegureid ja vajaduse korral kohandada ravi.



2/9

Tulemus on halb

Perearsti vastuvõtul käinud patsientide osatähtsus 30 päeva jooksul pärast ägeda müokardiinfarkti tõttu hospitaliseerimist on viimastel aastatel vähenenud 35%-lt 29%-ni (Tervisekassa). See negatiivne trend viitab, et aktiivravi järgne jälgimine ei ole piisavalt järjepidev ning kontakt perearstiga pärast haiglaravi ei ole tagatud piisavalt süsteemselt. 2030. aastaks seatud sihttase on 50%, mis jääb praegusest tasemest 21 protsendipunkti võrra kõrgemaks ning senise arengutempo jätkudes ei ole sihttase saavutatav.



Allikas: Tervisekassa

OECD andmetel on südame-veresoonkonnahaiguste ravi tulemused tihedalt seotud ravi järjepidevuse ning esmatasandi rolliga krooniliste haiguste juhtimisel (OECD, 2023). Riikides, kus patsiendi edasine jälgimine on pärast haiglaravi süsteemselt korraldatud ja kontakt perearstiga toimub kiiresti, on rehospitaliseerimise ja suremuse risk väiksem. Ka rahvusvaheline teaduskirjandus osutab, et varajane kontakt tervishoiusüsteemiga pärast ägedat müokardiinfarkti toetab paremaid ravitulemusi, eriti juhul, kui see toimub koordineeritud raviteekonna raames (European Society of Cardiology, 2023).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Tulemus on madal, trend negatiivne ning sihttase jääb praegusest tasemest kaugele. Varajane perearsti kontakt pärast haiglaravi ei ole praegu tagatud piisavalt süsteemselt.



Ebapiisav aktiivravijärgne jälgimine võib suurendada raviplaani järgimata jätmise, tüsistuste ja korduva hospitaliseerimise riski. Paranemine eeldab kiiremat andmevahetust haigla ja perearsti vahel, patsiendi järjepidevat suunamist esmatasandile pärast haiglaravi ning selgemat raviteekonna korraldust.

Seotud indikaatorid

- Ägeda müokardiinfarkti puhul statiinide välja kirjutamine haiglast lahkumisel
- Ägeda müokardiinfarkti esinemissagedus 100 000 elaniku kohta
- Kolmekümne päeva suremus – Äge müokardiinfarkt
- ST segmendi elevatsioonita müokardiinfarkti (NSTEMI) haigete osakaal, kellele tehti koronaarangiograafia 24 tunni jooksul esmasest hospitaliseerimisest
- Reperfusioonravi osakaal ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkti (STEMI) haigetel, kellel haiglaeelne viivitus on < 12 tunni (sümptomite algusest hospitaliseerimiseni)
- Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist insuldi tõttu

3.11 Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist insuldi tõttu

Indikaator näitab patsientide osatähtsust, kes on külastanud perearsti 30 päeva jooksul pärast insuldi tõttu haiglaravil viibimist. Varajane kontakt esmatasandiga pärast haiglaravi on oluline, et tagada ravi järjepidevus, toetada aktiivravi järgset jälgimist ja vähendada tüsistuste ning korduva hospitaliseerimise riski. Insult on üks sagedasemaid funktsioneerimisvõime languse ja suremuse põhjuseid. Pärast haiglaravi vajavad patsiendid sageli seisundi jälgimist, ravimite kohandamist ja taastusravi. Perearsti roll on toetada edasist jälgimist pärast haiglaravi ning aidata tagada, et raviplaan jätkub ka pärast haiglast väljakirjutamist.



2/9

Tulemus on halb

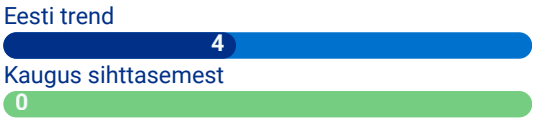
Perearsti vastuvõtul käinud patsientide osatähtsus 30 päeva jooksul pärast insuldi tõttu hospitaliseerimist on viimastel aastatel püsinud madalal tasemel. Aastatel 2020–2023 oli tulemus 21%, 2024. aastal langes see 19%-ni (Tervisekassa). See viitab, et kontakt perearstiga pärast haiglaravi ei ole piisavalt järjepidevalt tagatud ning aktiivravi järgse jälgimise korraldus vajab parandamist. Rahvastiku tervise arengukava 2030 sihttase on 45%. Praegune tase jääb sihttasemest 26 punkti madalamaks ning senise arengutempo jätkudes ei ole sihttase saavutatav.



Allikas: Tervisekassa

Rahvusvahelised ravijuhised rõhutavad, et varajane ambulatoorne järelkontakt pärast insulti on oluline sekundaarse ennetuse osa. European Stroke Organisation'i ja Euroopa Kardioloogia Seltsi juhistes rõhutatakse, et patsiendi edasine jälgimine peab olema kavandatud juba haiglast väljakirjutamisel, et tagada riskitegurite kontroll ja raviplaani järjepidevus (ESO, 2021). OECD analüüsid näitavad, et riikides, kus esmatasandi ja haiglaravi koostöö on hästi koordineeritud, on väiksem rehospitaliseerimise risk ja paremad taastumistulemused (OECD, 2023).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Teenuse vajadus ja kliiniline olulisus on hästi teada, kuid praktikas rakendatakse seda veel ebapiisavalt ning senine suundumus paranemist ei näita.



Pärast haiglaravi jõuab perearsti vastuvõtule liiga väike osa patsientidest, mistõttu ei ole patsiendi sujuv liikumine haiglaravilt esmatasandi arstiabisse piisavalt tagatud. See võib suurendada tüsistuste, korduva hospitaliseerimise ja pikaajalise funktsioneerimisvõime languse riski. Paranemine eeldab selgemat töökorraldust haiglate ja perearstide vahel, kiiremat andmevahetust haiglast väljakirjutamisel, kohest ja proaktiivselt kättesaadavaid taastusraviteenuseid.

Seotud indikaatorid

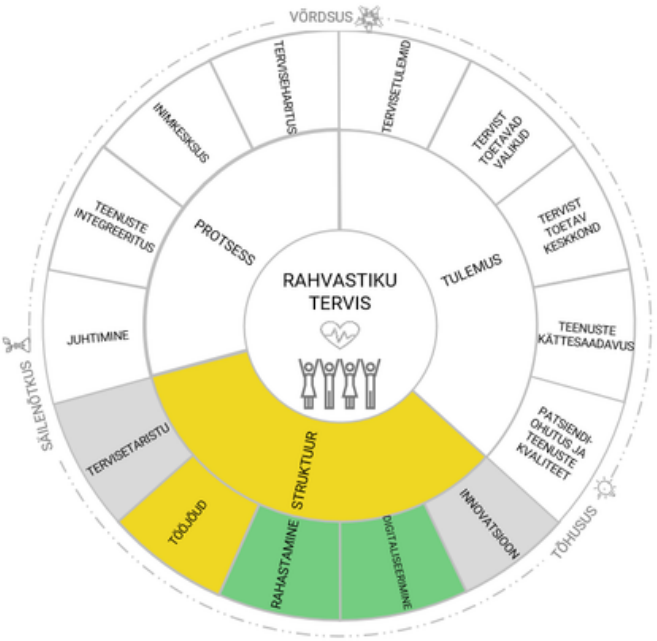
- Kolmekümne päeva suremus – Isheemiline insult
- Kolmekümne päeva suremus – Hemorraagiline insult
- Suremus või rehospitaliseerimine – Isheemiline insult
- Taastusravile suunatud patsientide osakaal – Insult
- Pikaleveninud haiglas viibimise aeg – Insult
- Perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist ägeda müokardiinfarkti tõttu

4 Indikaatorite valdkond – struktuur

Struktuur on indikaatorite valdkond, mis keskendub sellele, kas ja mil määral on inimesele tagatud tervishoiusüsteemi baasressursid. Kas olemas on piisavalt tööjõudu, rahastust, teenuste pakkumisega seotud taristu ning seda kõike toetavad tänapäevased tehnoloogilised vahendid.

Indikaatorite valdkond koosneb tervisetaristu, tööjõu, rahastamise, digitaliseerimise ja innovatsiooni komponendist.

Struktuuri valdkonda hinnati peamiselt tööjõu (oranž) ja rahastamise (heleroheline) komponentide ning osaliselt digitaliseerimise (heleroheline) komponendi põhjal. Hindamisest jäid välja tervisetaristu (hall) ja innovatsiooniga (hall) seotud indikaatorid, sest need puuduvad või vajavad väljaarendamist.





5/9

Tulemus on muutusteta

Eesti tervishoiusüsteemi struktuuri hetkeseis on tervikuna muutusteta, kuid mitmed arengud viitavad kasvavatele riskidele teenuste kättesaadavuses ja süsteemi jätkusuutlikkuses. Suurimad probleemid on seotud tervishoiutöötajate puuduse ning rahastamise ebapiisavusega struktuursete vajaduste katmiseks ning digilahenduste osalise ja ebaühtlase rakendumisega.

Tervishoiutöötajate näitajad (arstid, õed, vaimse tervise spetsialistid ja proviisorid) on valdavalt sihttasemetest madalamal ning jäävad rahvusvahelises võrdluses maha. Eriti kriitiline on olukord vaimse tervise teenustes ja osaliselt apteegisektoris, kus kasvutempo ei vasta suurenevale nõudlusele. Samal ajal viitavad töökoormuse ja vanusstruktuuri näitajad suurenenud läbipõlemise ja teenusekatkestuste riskile.

Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus SKTst on küll suurenenud ja ületab riikliku sihttaseme, kuid jääb Euroopa keskmisest madalamaks. Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes on vähenenud, ent püsib endiselt suur, eriti ravimite, hambaravi ja pikaajalise hoolduse valdkonnas, süvendades ebavõrdsust ja vaesusriski.

Digitaliseerimise baas on Eestis tugev ning e-tervise teenuste kasutus suureneb, kuid mitmete lahenduste (nt e-konsultatsioonid) potentsiaal on alarakendatud. Samuti püsib digilõhe elanikkonnarühmade vahel, mis piirab teenuste võrdset kättesaadavust.

Olukorra parandamiseks on vaja mitut omavahel seotud sammu: parandada tervishoiutöötajate koolitamise ja tööjõu hoidmise võimalusi, suurendada ennetustegevuste rahastamist, suunata vahendeid süsteemi toimimist takistavate probleemide lahendamiseks, vähendada haavatavate sihtrühmade omaosalust ning lõimida digilahendused paremini igapäevastesse raviprotsessidesse.

Komponent – tööjõud

Tööjõu komponent kirjeldab kvalifitseeritud ja eriharidusega terviseteenuseid osutavate ning teenuste osutamises osalevate spetsialistide, nagu arstide, õdede, ämmaemandate, hambaarstide, proviisorite, radioloogiatehnikute, logopeedide jt olemasolu, koolitamist, töökoormust ja rännet.

4.1 Arstide arv 1000 elaniku kohta

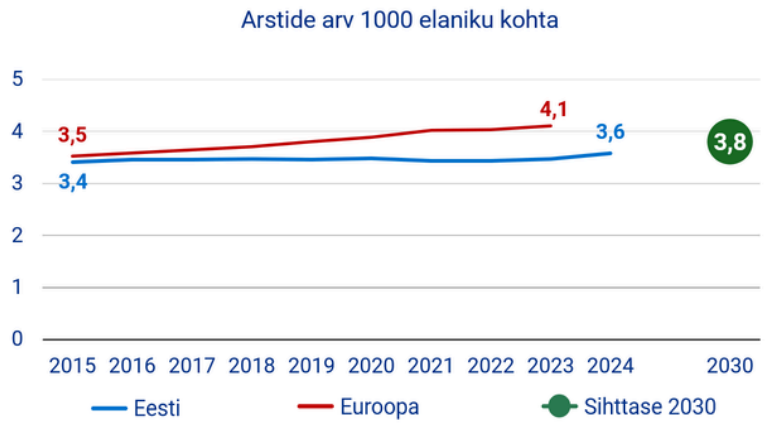
Arstide arv on üks olulisemaid tervishoiusüsteemi ressursinäitajaid, mida kasutatakse nii tööjõuvajaduse planeerimisel kui ka tervishoiupoliitika kujundamisel. Rahvusvahelises statistikas lähtutakse ISCO ametite klassifikaatorist, mille järgi arvestatakse arstide hulka ilma hambaarstideta, sest hambaarste käsitletakse eraldi kutsealana. Selline eristus võimaldab võrrelda riikide tervishoiusüsteeme ühtse metoodika alusel. Indikaator näitab töötavate arstide arvu 1000 elaniku kohta ning annab ülevaate tervishoiusüsteemi suutlikkusest pakkuda arstiabi ja tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus.



4/9

Tulemus on muutusteta

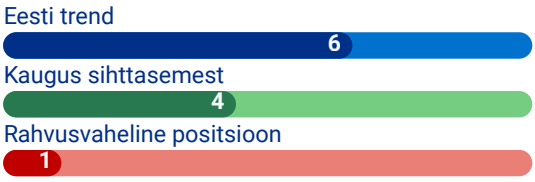
2024. aastal töötas Eestis ligikaudu 3,6 arsti 1000 elaniku kohta (TAI, v). Viimase kümne aasta jooksul on arstide arv suurenenud ligikaudu 5%. Aastatel 2015–2023 püsis see suhteliselt stabiilsena, kuid 2024. aastal suurenes arstide arv varasemast kiiremini, peamiselt tänu Eestis koolitatud arstide järelkasvule ja pensioniealiste arstide töö jätkamisele. 2030. aastaks seatud sihttase (3,8) on mõnevõrra kõrgem kui praegune tulemus ja senise kasvutempo juures ei ole sihttase veel saavutatud.



Allikas: OECD, TAI

OECD andmetel oli Euroopas 2023. aastal keskmiselt 4,1 arsti 1000 elaniku kohta (OECD, g). Eesti näitaja 3,6 arsti 1000 elaniku kohta jääb sellest keskmisest veidi madalamaks. Mitmes Euroopa riigis, näiteks Saksamaal ja Austrias, ületab arstide arv 4,5 arsti 1000 elaniku kohta, samas kui mitmes Kesk- ja Ida-Euroopa riigis jääb näitaja alla 3,5. Rahvusvaheline võrdlus näitab, et arstide arv on üldiselt kasvutrendis, kuid paljud riigid seisavad silmitsi tööjõupuuduse ja vananeva arstkonnaga (OECD, 2023).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Arstide arv on viimase kümnendi jooksul veidi suurenenud, kuid jääb rahvusvahelises võrdluses keskmisest madalamaks. Arstide arv 1000 elaniku kohta annab ülevaate tervishoiutööjõu olemasolust, kuid ei kajasta arstide tegelikku töökoormust, erialast ja piirkondlikku jaotust ega teenuste kättesaadavust. Seetõttu tuleb näitajat tõlgendada koos teiste tervishoiutööjõu ja teenuste kättesaadavuse näitajatega.



Madalam suhtarv ei tähenda tingimata kriitilist puudujääki, vaid võib viidata mõõdukale riskile. Tervishoius loeb ka efektiivsus ning rollide ümberjagamine – õdede ja teiste spetsialistide suurem roll ja vastutus patsiendi käsitluses, samuti abistavad töökoormuse normaliseerimisel kasutusele võetavad digilahendused.

Seotud indikaatorid

- Katmata tervishoiuteenuste vajadus
- Tervishoiutöötajate töökoormus ja rahulolu
- Õdede ja arstide suhe
- 55-aastaste ja vanemate töötavate arstide osakaal
- Arsti põhiõppe lõpetanute arv 100 000 elaniku kohta
- Arstiõppe lõpetanutest perearstideks saanute osakaal töötavatest arstidest
- Rohkem kui ühe lepingulise täistööaja koormusega töötavate tervishoiutöötajate (õed ja arstid) osakaal
- Välismaal koolitatud tervishoiutöötajate osakaal – arstid

4.2 Psühhiaatrite arv 1000 elaniku kohta

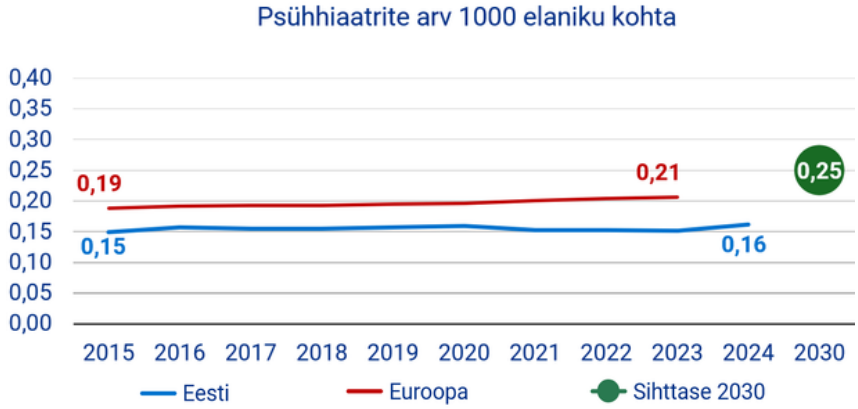
Psühhiaatritel on oluline roll psüühikahäirete diagnoosimisel ja ravis ning nende arv mõjutab vaimse tervise teenuste kättesaadavust. Psühhiaatrite nappus võib põhjustada pikemaid ooteaegu, piirata ravi kättesaadavust ning suurendada koormust teistele tervishoiutöötajatele. Indikaator näitab töötavate psühhiaatrite arvu 1000 elaniku kohta ning peegeldab tervishoiusüsteemi suutlikkust pakkuda vaimse tervise abi ja psühhiaatriateenuseid. Seetõttu on psühhiaatrite arvu jälgimine oluline tervishoiutööjõu planeerimisel ja vaimse tervise poliitikate kujundamisel.



4/9

Tulemus on muutusteta

2024. aastal töötas Eestis ligikaudu 0,16 psühhiaatrit 1000 elaniku kohta (TAI, v). Viimase kümne aasta jooksul on psühhiaatrite arv suurenenud ligikaudu 8%. Suurenemine on olnud aeglane ning ei ole oluliselt parandanud teenuse kättesaadavust. 2030. aastaks seatud sihttase (0,25) on praegusest tasemest oluliselt kõrgem ning olemasoleva trendi jätkudes ei ole sihttase tõenäoliselt saavutatav.



Allikas: OECD, TAI

OECD andmetel oli Euroopa riikides keskmiselt ligikaudu 0,21 psühhiaatrit 1000 elaniku kohta (OECD, h). Eesti näitaja 0,16 jääb Euroopa keskmisest madalamaks. Mitmes Euroopa riigis, näiteks Šveitsis, Saksamaal, Hollandis, Leedus, ületab psühhiaatrite arv 0,26 psühhiaatrit 1000 elaniku kohta. See näitaja on väiksem kui 0,14 psühhiaatrit 1000 elaniku kohta Soomes, Bulgaarias ja Hispaanias. Rahvusvahelised analüüsid näitavad, et paljud riigid seisavad silmitsi vaimse tervise spetsialistide puudusega ning vaimse tervise teenuste nõudlus on viimastel aastatel märgatavalt kasvanud (OECD, 2023; WHO, 2024c).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Psühhiaatrite arv on viimase kümnendi jooksul mõnevõrra suurenenud, kuid jääb seatud sihttasemest madalamaks. Teenuste kättesaadavuse hindamisel tuleb lisaks spetsialistide arvule arvestada nende töökoormust, piirkondlikku jaotust ning tegelikku teenuseosutamise mahtu, sealhulgas laste- ja noortepsühhiaatrias.



Psühhiaatrite nappus koos teiste vaimse tervise valdkonna pädevustega tervishoiuspetsialistide vähesusega on üks peamisi vaimse tervise raviteenuste kitsaskohti (Sisask et al, 2023). See võib pikendada ravijärjekordi ja vähendada abi kättesaadavust. Seetõttu on oluline vaimse tervise olukorra parandamiseks keskenduda süsteemi ümberkorraldamisele ja olemasolevate ressursside targemale kasutamisele. Rõhk tuleb tugevalt suunata ennetusele (eneseabi ja vanemluse programmide suurem toetamine), teenuste arendamisele ja nende kättesaadavuse ja ligipääsetavuse tagamisele, varajasele sekkumisele ja esmatasandi tugevdamisele. Oluline on arendada vaimse tervise astmelist abi, mis on Eestis praegu piloteerimisel. Suurendada on vaja ka teiste spetsialistide (psühholoogid, vaimse tervise õed, koolipsühholoogid, sõltuvusnõustajad) rolli, kes saavad lahendada kergemaid vaimse tervise probleeme, mistõttu saavad psühhiaatrid keskenduda eelkõige raskematele juhtumitele.

Seotud indikaatorid

- Vaimse tervise valdkonnas töötavate õdede arv 1000 elaniku kohta
- Kliiniliste psühholoogide arv 1000 elaniku kohta
- Katmata tervishoiuteenuste vajadus

4.3 Õdede arv 1000 elaniku kohta

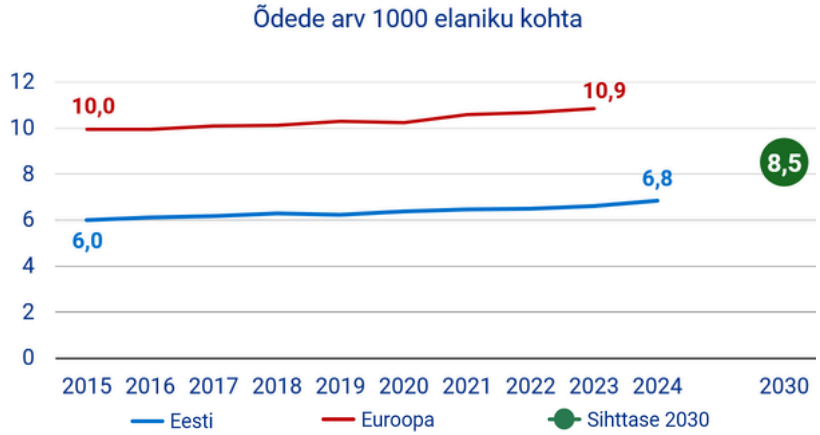
Õed moodustavad tervishoiusüsteemi suurima tervishoiutöötajate rühma ning nende roll on keskne nii patsiendi ravis, rehabilitatsioonis kui ka krooniliste haiguste jälgimises. Õdede arv mõjutab otseselt teenuste kättesaadavust ja ravi kvaliteeti. Indikaator näitab töötavate õdede arvu 1000 elaniku kohta ning peegeldab tervishoiusüsteemi suutlikkust pakkuda terviseabi ja tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus. Õdede ebapiisav arv võib suurendada arstide töökoormust, pikendada ootejärjekordi ning suurendada patsiendiohutusega seotud riske.



4/9

Tulemus on muutusteta

2024. aastal töötas Eestis ligikaudu 6,8 õde 1000 elaniku kohta (TAI, v). Viimase kümne aasta jooksul on õdede arv suurenenud ligikaudu 14%. Kasv on olnud järkjärguline, kuid mitte piisav, et oluliselt vähendada õdede puudust. 2010. aastatel suurenes õdede arv peamiselt pensioniealiste jätkuva töötamise ning vahepeal mujal töötanud õdede naasmise tõttu (Kiivet et al., 2022). Alates 2022. aastast on vastavalt konsensusleppele õdede põhiõppe koolitustellimus 700 õde aastas. 2030. aastakse seatud sihttase (8,5) on kõrgem kui praegune tulemus ning olemasoleva trendi juures ei ole sihttase tõenäoliselt saavutatav.



Allikas: OECD, TAI

OECD andmetel oli Euroopa riikides 2023. aastal keskmiselt ligikaudu 10,9 õde 1000 elaniku kohta (OECD, i). Eesti näitaja 6,8 õde 1000 elaniku kohta jääb sellest keskmisest madalamaks. Norras, Soomes, Iirimaal ja Islandil on vähemalt 15 õde 1000 elaniku kohta, samas kui Lätis, Slovakkias ja Poolas on see väiksem kui 6 õde 1000 elaniku kohta. OECD hinnangul on õdede puudus tervishoiusüsteemides üks peamisi probleeme ning elanikkonna vananedes suureneb vajadus õendusabi järele (OECD, 2023).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Õdede arv on viimase kümnendi jooksul suurenenud, kuid jääb rahvusvahelises võrdluses keskmisest väiksemaks ning ei kata täielikult tervishoiuteenuste vajadust. Õdede puudus mõjutab otseselt tervishoiuteenuste kättesaadavust, pikendab ravijärjekordi ning suurendab teiste tervishoiutöötajate töökoormust.



Olukorra parandamiseks on suurendatud koolitustellimust, kuid vaja on tagada, et lõpetajad ka jõuavad tervishoiusüsteemi ja püsivad selles. Lisaks on oluline parandada olemasolevaid töötingimusi (töökoormuse vähendamine, töötasu siduda vastutuse ja töö keerukusega) ning toetada õenduspersonali püsimist tervishoiusüsteemis (asutustes töökultuuri parandamine – toetav juhtimine, piisav puhkeaeg, paindlik töökorraldus) (Kõrgemaa, 2025).

Seotud indikaatorid

- Õdede ja arstide suhe
- 55-aastaste ja vanemate töötavate õdede osakaal
- Pereõdede arv 1000 elaniku kohta
- Vaimse tervise valdkonnas töötavate õdede arv 1000 elaniku kohta
- Õe põhiõppe lõpetanute arv 100 000 elaniku kohta
- Rohkem kui ühe lepingulise täistööaja koormusega töötavate tervishoiutöötajate (õed ja arstid) osakaal
- Välismaal koolitatud tervishoiutöötajate osakaal – õed
- Kahe pereõega töötavate perearstide (nimistuga) osakaal

4.4 Proviisorite arv 1000 elaniku kohta

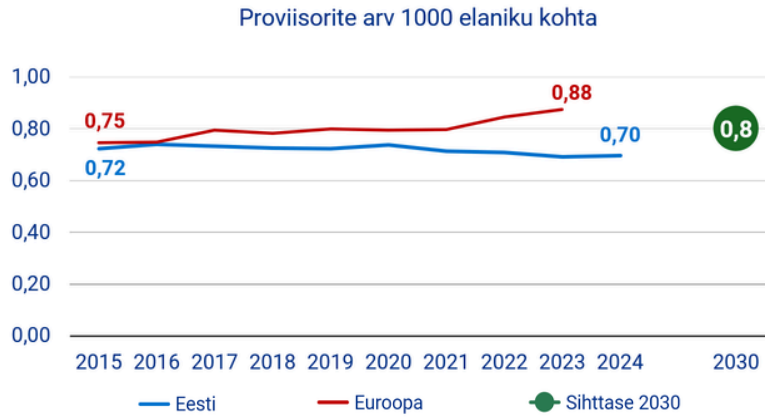
Proviisor on tervishoiutöötaja, kellel on oluline roll ravimite ohutu ja eesmärgipärase kasutamise tagamisel, patsientide nõustamisel ning haiguste ennetamisel. Apteegiteenuse kvaliteet sõltub suuresti kvalifitseeritud personali olemasolust. Indikaator näitab proviisorite arvu 1000 elaniku kohta üld- ja haiglaapteekides ning peegeldab apteegiteenuse kättesaadavust tööjõu vaates. Proviisorite nappus võib vähendada teenuse kättesaadavust, suurendada töökoormust ning mõjutada ravimite kasutamise ohutust ja kvaliteeti.



4/9

Tulemus on muutusteta

Eestis on proviisorite arv viimastel aastatel 1000 elaniku kohta püsinud suhteliselt stabiilsena, kerge langustrendina. 2025. aastal oli Eestis 0,7 proviisorit 1000 elaniku kohta (Ravimiamet). 2030. aasta sihttase on 0,8, mis tähendab, et senise trendi jätkudes ei saavutata sihttaset.



Allikas: OECD, Ravimiamet

OECD andmetel varieerub proviisorite arv Euroopa riikides märkimisväärselt ning sõltub apteegivõrgu korraldusest, proviisorite ja teiste apteegis töötavate isikute rollijaotusest ning tervishoiusüsteemi ülesehitusest (OECD, 2023). Näiteks Itaalias ja Hispaanias on tiheda apteegivõrgu tõttu rohkem proviisoreid, samas kui Põhja-Euroopa riikides on apteeke vähem ja teenuste osutamine rohkem koondunud. Siiski on EL-i keskmine (0,88) kõrgem Eesti keskmisest.

Oluline on märkida, et OECD statistikas defineeritakse praktiseerivate proviisoritena neid, kellel on litsents praktiseerimiseks ning patsientidele teenuste osutamiseks, seejuures farmatseudid on üldjuhul andmetest välistatud (v.a Läti puhul). Eestis täidavad farmatseudid proviisoritega sarnaseid ülesandeid ehk osutavad apteegiteenust inimestele, mistõttu ei pruugi Eestis ainult proviisorite arvu võrdlemine anda adekvaatset hinnangut tööjõu olukorrale. Oluline on hinnata tööjõuvajadust apteekrite ja farmatseutide vaatest ühe tervikuna. Seda ilmestab ka asjaolu, et Eestis on 100 000 elaniku kohta apteeke OECD keskmisest oluliselt rohkem (36 vs. 28).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Proviisorite arv on püsinud võrdlemisi stabiilne, kerges langustrendis, mis ei vasta kasvavale vajadusele tervishoiusüsteemis (rahvastiku vananemine, ravimite suurem kasutamine, sh nõustamine). Proviisorite piisav arv tagab ravimite ohutu kasutamise ja kvaliteetse nõustamise.



Olukorra parandamiseks on vaja tagada proviisorite piisav järelkasv, hinnates seejuures regulaarselt koolitusmahu vastavust tööjõuvajadusele. Lisaks tuleb võtta kasutusele apteegiteenust toetavaid digilahendusi, mis võimaldavad olemasolevat tööjõuressurssi targalt kasutada (nt ligipääs ravimiskeemile, mis võimaldaks senisest paremat infovahetust raviarstiga, digitaalsed otsustustoed ravimiskeemi kaudu, apteegiautomaadid piirkondades, kus füüsilist apteeki ei ole, ravimite valmistamiskohustuse täitmine koostöös teise apteegiga jne).

Seotud indikaatorid

- Farmatseutide arv 1000 elaniku kohta

4.5 Farmatseutide arv 1000 elaniku kohta

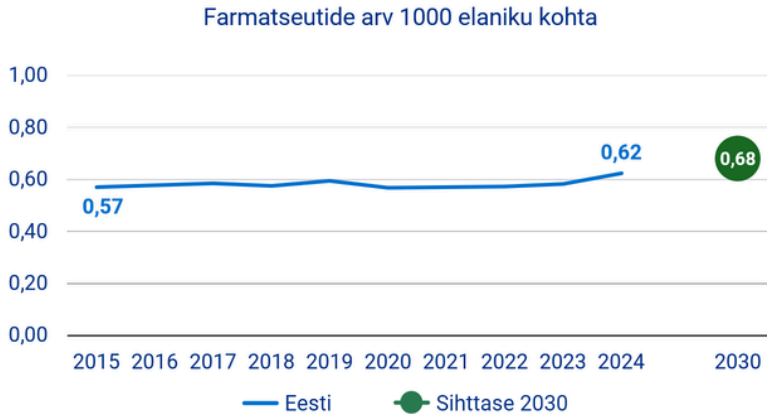
Farmatseut on tervishoiutöötaja, kellel on koos proviisorite ja teiste spetsialistidega oluline roll ravimite ohutu ja eesmärgipärase kasutamise tagamisel, patsientide nõustamisel ning haiguste ennetamisel. Indikaator näitab farmatseutide arvu 1000 elaniku kohta üld- ja haiglaapteekides ning peegeldab apteegiteenuse kättesaadavust tööjõu vaates. Apteegiteenuse kvaliteet sõltub kvalifitseeritud personali olemasolust ning farmatseutide nappus võib vähendada teenuse kättesaadavust ja suurendada töökoormust.



8/9

Tulemus on väga hea

Eestis püsis aastatel 2015–2023 farmatseutide arv 1000 elaniku kohta suhteliselt stabiilsena. Alates 2024. aastast on farmatseutide arv suurenenud ja 2025. aastal oli see Eestis ligikaudu 0,65 farmatseuti 1000 elaniku kohta (Ravimiamet). 2015. aastaga võrreldes on farmatseutide arv suurenenud, mis viitab tööjõu järkjärgulisele tugevnemisele apteegisektoris. 2030. aastaks seatud sihttase on 0,68 ning senise kasvutempo juures on sihttase saavutatav. Üksühele rahvusvahelisi võrreldavaid andmeid ei ole, seetõttu ei kajastu need ka hindamises.



Allikas: Ravimiamet

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga hea (skoor 8). Farmatseutide arv on viimastel aastatel suurenenud, mis aitab toetada apteegiteenuse toimimist. Rahvastiku vananemise tõttu suureneb ravimite kasutamine, mistõttu suureneb ka vajadus farmatseutide järele tulevikus.



Oluline on tagada apteegiteenuse integreeritus esmatasandiga ning teenuse hea kättesaadavus kogu riigis, sealhulgas maapiirkondades, kus tööjõupuuduse mõju võib olla suurem. Seega on apteegisektori jätkusuutlikkuse tagamiseks oluline hoida olemasolevaid koolitusmahte ning võtta kasutusele apteegiteenust toetavaid digilahendusi, mis võimaldavad olemasolevat tööjõuressurssi targalt kasutada.

Seotud indikaatorid

- Proviisorite arv 1000 elaniku kohta

Komponent – rahastamine

Rahastamine kirjeldab, kui palju rahalisi vahendeid suunatakse eri tasanditel terviseteenuste osutamiseks ja tervist toetavate toodete kasutamiseks ning seeläbi rahvastiku tervise ja heaolu toetamiseks. Samuti kajastab komponent valitsemissektori, elanike ja erasektori tehtud kulutusi.

4.6 Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus SKTst

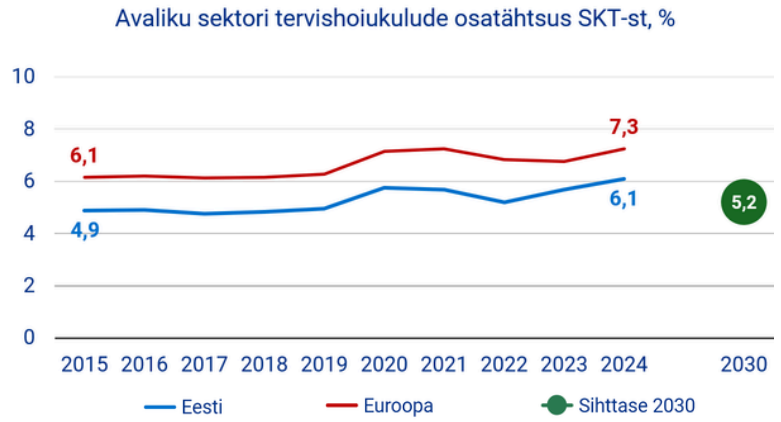
Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus sisemajanduse kogutoodangust (SKT) näitab, kui suur osa riigi SKTst kulutatakse avaliku sektori kaudu tervishoiuteenustele ja -kaupadele. See näitab riigi prioriteete ja poliitilist tahet. Kõrgem osatähtsus viitab suuremale avalikule rahastamisele, paremale kättesaadavusele tervishoiuteenustele ja väiksemale omaosaluse koormusele. Madalam osatähtsus võib viidata suuremale erarahastamisele ja suuremale ebavõrdsusele tervishoiuteenuste kasutamisel. Tervishoiukulud hõlmavad kulutusi tervishoiuteenustele ja -kaupadele, ennetusprogrammidele ning tervishoiusüsteemi haldamisele. Indikaator näitab avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsust sisemajanduse kogutoodangust (SKT) ning peegeldab riigi panust tervishoiu rahastamisse ja prioriteetide seadmisse.



7/9

Tulemus on hea

Perioodi esimestel aastatel püsis avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus SKTst võrdlemisi stabiilsena, keskmiselt 4,9% (TAI, w). COVID-19 pandeemia mõjul suurenes riigi panus tervishoidu ning 2020. aastal tõusis näitaja 5,8%-ni. Järgnevatel aastatel on näitaja vaatamata vahepealsele langusele üldjoontes suurenenud, ulatudes 2024. aastaks 6,1%-ni. Olgugi, et 2030. aastaks seatud sihttase (5,2%) saavutati juba 2020. aastal, oli see määratud sihttase väga madal võrreldes Euroopa riikide avaliku sektori tervishoiukulude keskmisega – ligikaudu 7% SKTst (OECD, 2025).



Allikas: OECD, TAI

Euroopa riikidest panustavad kõige enam (vähemalt 9%) Saksamaa, Prantsusmaa, Rootsi, Ühendkuningriik, Austria, kellele on tervishoid poliitiliselt prioriteetne avalik teenus. Rahvusvahelised võrdlused näitavad, et suurema avaliku rahastusega riikides on parem teenuste kättesaadavus ja väiksem rahaline barjäär tervishoiuteenuste kasutamisel.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus SKTst on suurenenud ning seatud sihttase on saavutatud, kuid Eesti jääb rahvusvahelises võrdluses Euroopa keskmisest madlamale. Suurem avalik rahastus toetab tervisehoiuteenuste paremat kättesaadavust, vähendab ebavõrdsust, kuid selle mõju sõltub ka sellest, kuidas täiendavaid vahendeid kasutatakse ja milliste probleemide lahendamiseks need suunatakse.



Seotud indikaatorid

- Tervishoiukulude osakaal SKTst
- Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes
- Leibkondade omaosalus ravimitele
- Leibkondade omaosalus hambaravile
- Leibkondade omaosalus pikaajalisele hooldusele
- Leibkondade omaosalus vaimse tervise teenustele ja ravimitele

4.7 Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes

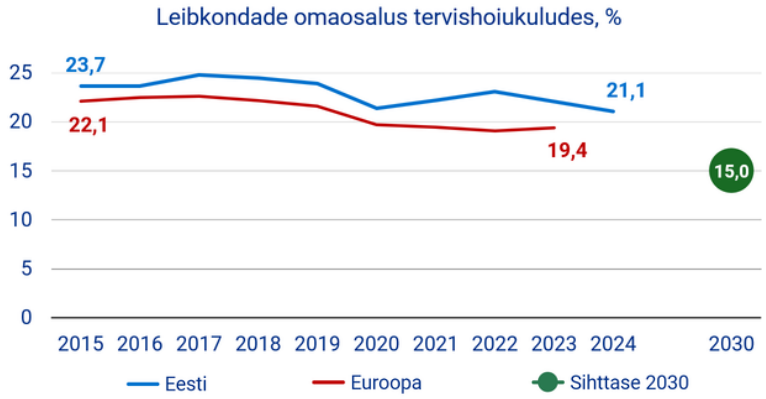
Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes näitab kulude osa, mida inimesed tasuvad tervishoiuteenuste eest oma vahenditest. Eesti tervishoiusüsteem põhineb solidaarse ravikindlustuse põhimõttel, kuid kõik teenused ei ole täielikult kaetud. Seetõttu tuleb teatud juhtudel (nt ravimid, hambaravi, õendusabi, taastusravi) osa kuludest ise kanda. WHO (2023b) hinnangul võib üle 15% omaosalus piirata tervishoiuteenuste kättesaadavust ning suurendada tervise ebavõrdsust ja vaesusriskis elavate inimeste arvu.



4/9

Tulemus on muutusteta

Perioodi esimeses pooles moodustas leibkondade omaosalus tervishoiukuludest ligikaudu 24–25% (TAI, w). COVID-19 pandeemia ajal suurenes riigi panus tervishoidu ning samal ajal vähenes teenuste kasutamine, mille tulemusel vähenes omaosaluse osatähtsus, ulatudes 2024. aastal 21%-ni (TAI, w). 2030. aastaks seatud sihttase on 15%, millest praegune tase jääb ligikaudu 6 protsendipunkti võrra kõrgemale. Senise aeglase langustrendi juures ei ole sihttase saavutatav.



Allikas: OECD, TAI

Euroopa riikide lõikes on omaosaluse tase väga erinev. OECD andmetel jääb omaosalus alla soovitusliku maksimaalse piiri (15%) 14 riigis. Leibkondade omaosalus on madalaim Luksemburgis (8,5%), Prantsusmaal (9,2%) ja Horvaatias (9,4%) ning kõrgeim Bulgaarias (35,5%), Lätis (35,1%) ja Kreekas (34,3%) (OECD, 2025). Eesti näitaja paikneb nende äärmuste vahel, kuid ületab Euroopa keskmist, mis viitab elanike suhteliselt suurele rahalisele panusele tervishoidu.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Kuigi riigi panus tervishoidu on viimastel aastatel suurenenud ja omaosaluse osatähtsus mõnevõrra vähenenud, on areng aeglane ning omaosaluse tase püsib rahvusvahelises võrdluses suhteliselt kõrge. Samuti on sihttase seatud kõrgemale kui WHO soovituslik piir, mis võib jätta olukorrast tegelikkusest parema mulje.



Suhteliselt kõrget omaosalust mõjutavad Eestis eeskätt kulutused ravimitele, hambaravile ja pikaajalisele hooldusele (TAI, w). Kui suur osa ravikuludest jääb inimese enda kanda, võib see piirata teenuste, näiteks hambaravi kättesaadavust ning suurendada majanduslikku haavatavust, eriti ravimite ostmisel. Leibkondade omaosaluskoormuse vähendamiseks on vaja seada tervishoid poliitiliselt prioriteetseks avalikuks teenuseks ning suunata sellesse enam riiklikku rahastust.

Seotud indikaatorid

- Katmata ravivajadus majanduslike põhjuste tõttu
- Leibkondade omaosalus hambaravile
- Leibkondade omaosalus ravimitele
- Leibkondade omaosalus pikaajalisele õendus- ja hooldusabile
- Leibkondade omaosalus vaimse tervise teenustele ja ravimitele

4.8 Leibkondade omaosalus ravimitele

Leibkondade omaosalus ravimitele näitab, millise osa leibkondade tervishoiukulude omaosalusest moodustavad kulutused ravimitele (nii retsepti- kui ka käsimüügiravimid) võrreldes teiste tervishoiukulutustega (nt hambaravi, ambulatoorsed teenused, voodipäevatasud, analüüsid ja meditsiiniseadmed). Suur omaosalus ravimitele võib viidata ravimite piiratud kättesaadavusele või ebapiisavale hüvitamissüsteemile. Samuti võib see peegeldada patsientide eelistusi valida kallimaid ravimeid, mis ületavad hüvitatava piirhinna. Suur omaosalus võib viia selleni, et inimesed jätavad ravimid ostmata või ei kasuta neid regulaarselt. See võib katkestada ravi järjepidevuse, vähendada ravi tulemuslikkust ning pikemas vaates suurendada tervishoiukulusid ja tervise ebavõrdsust.

Leibkondade omaosalus ravimitele, hambaravile ning pikaajalisele õendus- ja hooldusabile on omavahel seotud. Kui ühe näitaja osatähtsus väheneb, siis teistel see omakorda suureneb. Seetõttu on eesmärk hoida näitaja seatud sihttaseme lähedal.



6/9

Tulemus on hea

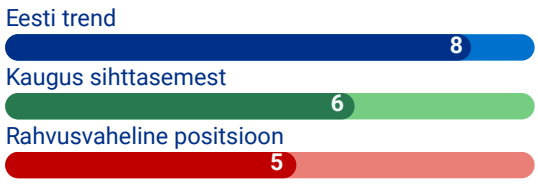
Aastal 2024 moodustas leibkondade omaosalus ravimitele 26,3% tervishoiukulude omaosalusest (TAI, x). Viimase kümne aasta jooksul on elanike poolt ravimitele tehtavad kulutused vähenenud ligikaudu 8 protsendipunkti võrra. Alates 2021. aastast on näitaja püsinud suhteliselt stabiilsena, tasemel ligikaudu 26,5%. 2030. aastaks seatud sihttase on 25,5%, mis on kokkuleppeline piir, millest suuremaks ei tohiks ravimitele tehtavate kulutuste osatähtsus kujuneda. Praegune tase jääb sihttasemest veidi kõrgemale, kuid erinevus on väike.



Allikas: OECD, TAI

Ravimite omaosalus erineb riigiti märkimisväärselt ning sõltub ravimite hüvitamise korraldusest ja ravimipoliitikast. OECD andmetel on omaosalus väiksem ja ravi järjepidevus parem riikides, kus ravimeid hüvitatakse suuremas ulatuses ning patsientide omaosalusele on seatud rangemad piirid (OECD, 2023). Leibkondade omaosalus ravimitele on madalaim Lichtensteinis (9,8%), Šveitsis (10,4%), Belgias (12,7%) ja Prantsusmaal (12,8%) ning kõrgeim (enam kui 50%) Rumeenias (55,5%), Moldovas (55,4%) ja Montenegros (54%) (OECD, j). Eesti näitaja on Euroopa riikide keskmisest madalam. Riikides, kus on väiksem omaosalus ravimitele, on üldjuhul teistele tervishoiuteenustele omaosalus suurem ja vastupidi. Samal ajal on riikides, kus omaosalus ravimitele on väiksem, on väiksem ka risk, et patsiendid loobuvad ravist rahalistel põhjustel.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 6). Eestis on ravimite omaosaluse vähendamine olnud järk-järguline protsess, mis on toimunud pikema aja jooksul ja mitmete meetme kaudu. Üheks keskseks meetmeks on Tervisekassa hüvitissüsteem, mille raames kompenseeritakse retseptiravimeid 50–100% ulatuses sõltuvalt haigusest ja patsiendirühmast.



Olulist mõju on avaldanud täiendava ravimihüvitise automaatne rakendumine apteegis ravimi ostmisel alates 2018. aastast senise eraldi taotlemise asemel (alates 2025. a on süsteemi hõlmatud ka meditsiiniseadmed). Olukorra hoidmiseks on oluline jätkata seniste meetmetega ja seeläbi vältida omaosaluse kasvu. Samuti on patsiendi vaatest oluline, et uued ravimid jõuaksid kiiremini hüvitatavate ravimite hulka.

Seotud indikaatorid

- Tervishoiukulude osakaal SKTst
- Avaliku sektori tervishoiukulude osakaal SKTst
- Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes
- Leibkondade omaosalus hambaravile
- Leibkondade omaosalus vaimse tervise teenustele ja ravimitele
- Leibkondade omaosalus pikaajalisele õendus- ja hooldusabile

4.9 Leibkondade omaosalus hambaravile

Leibkondade omaosalus hambaravile näitab, millise osa leibkondade tervishoiukulude omaosalusest moodustavad kulutused hambaravile võrreldes teiste tervishoiukulutustega (nt ravimid, ambulatoorsed teenused, voodipäevatasud, analüüsid ja meditsiiniseadmed). Näitaja peegeldab hambaravi taskukohasust ning tervishoiusüsteemi võimet tagada taskukohane hambaravi riikliku rahastamise kaudu. Suur omaosalus hambaravile võib viidata teenuse piiratud kättesaadavusele või ebapiisavale hüvitamissüsteemile.

Eestis on hambaravi alla 19-aastastele tasuta, kulud kaetakse riiklikust ravikindlustussüsteemist. Samas ortodontia kulud kaetakse vaid teatud juhtudel. Täiskasvanutele on hambaraviteenus peaaegu täielikult omaosalusega. Riiklikust ravikindlustussüsteemist on võimalik saada hüvitist piiratud mahus (hambaravi ja hambaproteeside hüvitis jt). See aitab vähendada omaosaluskoormust hambaraviteenuse kasutamisel ja parandab seeläbi hambaraviteenuse kättesaadavust. Samas toob leibkondade suhteliselt suur omaosalus kaasa olukorra, kus hambaraviteenuse kasutamine jäetakse sageli ära või lükatakse edasi, mis omakorda süvendab terviseprobleemide teket.

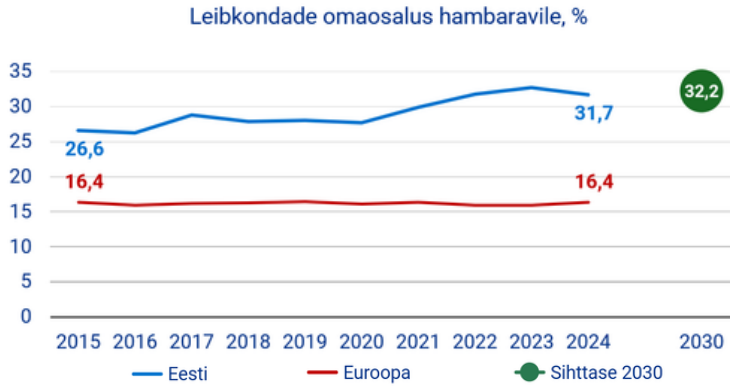
Leibkondade omaosalus hambaravile, ravimitele ning pikaajalisele õendus- ja hooldusabile on omavahel sõltuvad. Kui ühe näitaja osatähtsus väheneb, siis teistel see omakorda suureneb. Seetõttu on eesmärk hoida näitaja seatud sihttaseme lähedal.



5/9

Tulemus on muutusteta

Aastal 2024 moodustas leibkondade omaosalus hambaravile 32% tervishoiukulude omaosalusest. Viimase kümne aasta jooksul on hambaravile tehtavad kulutused suurenenud ligikaudu 5 protsendipunkti võrra. Alates 2022. aastast on näitaja püsinud suhteliselt stabiilsena tasemel ligikaudu 32%. 2030. aastaks seatud sihttase on 32,2%, mis on kokkuleppeline piir, millest suuremaks ei tohiks hambaravile tehtavate kulutuste osatähtsus kujuneda.



Allikas: OECD, TAI

Rahvusvaheliselt varieerub hambaravile tehtav omaosalus märkimisväärselt sõltuvalt hüvitamissüsteemist ja tervishoiuteenuste korraldamisest. Mitmes riigis, kus on hambaraviteenuste omaosalus väiksem võrreldes teiste riikidega, on samal ajal suurem omaosalus ambulatoorsele ravile (OECD, 2023). Leibkondade omaosalus hambaravile on väikseim Hollandis (4,3%), Moldovas (6,3%) ja Prantsusmaal (6,6%) ning suurim Hispaanias (32%), Eestis (32%) ja Leedus (32%) (OECD, k).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Näitaja on viimastel aastatel püsinud kokkuleppelise taseme lähedal. Samas ei võimalda hambaravikulude osatähtsus kogu tervishoiu omaosalusest eraldi hinnata hambaravi tegelikku rahalist kättesaadavust, sest näitajat mõjutavad ka muutused teiste tervishoiuteenuste omaosaluses.



Täiskasvanud elanike suutervise parandamiseks on vaja kindlasti muuta süsteemi, kus näiteks ennetus (kontroll iga paari aasta järel, hambakivi eemaldamine) on tasuta või piisavalt odav, et inimestel ei jää rahalistel põhjustel hambaarst külastamata. Enam tähelepanu tuleb pöörata eakatele, madala sissetulekuga inimestele, puudega inimestele, krooniliste haigustega patsientidele.

Seotud indikaatorid

- Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes
- Leibkondade omaosalus ravimitele
- Leibkondade omaosalus pikaajalisele õendus- ja hooldusabile
- Leibkondade omaosalus vaimse tervise teenustele ja ravimitele
- Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus
- Hambaraviteenust kasutanud laste osatähtsus
- Hambaraviteenust kasutanud täiskasvanute osatähtsus
- Täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine
- Vähemalt korra päevas hambaid pesevate laste osatähtsus
- Vähemalt kaks korda päevas hambaid pesevate täiskasvanute osatähtsus
- Hambaarstide arv 1000 elaniku kohta
- Suuhügienistide arv 1000 elaniku kohta
- Ortodontide arv 1000 elaniku kohta

4.10 Leibkondade omaosalus pikaajalisele õendus- ja hooldusabile

Leibkondade omaosalus pikaajalisele õendus- ja hooldusabile ehk pikaajalisele hooldusele näitab, millise osa leibkondade tervishoiukulude omaosalusest moodustavad kulutused pikaajalisele hooldusele võrreldes teiste tervishoiukulutustega (nt ambulatoorsed vastuvõtud, analüüsid, ravimid ja meditsiiniseadmed). Pikaajaline hooldus hõlmab teenuseid inimestele, kes vajavad igapäevaelus püsivat abi ning kelle hooldusvajadus on seotud vanuse, haiguse või puude tõttu vähenenud toimetulekuga. Tervishoiuteenustele lisaks sisaldab pikaajaline õendus- ja hooldusabi (HC.3) ka sotsiaalhoolekande teenuste tervishoiu osa (Long Term Care – LTC health).

Leibkondade suur omaosalus pikaajalisele hooldusele näitab halba teenuse kättesaadavust, suurendab vaesusesse sattumise riski ning süvendab majanduslikku ja tervise ebavõrdsust. Eestis kehtib statsionaarses õendusabis omaosaluse määr, mille kohaselt tasub ravikindlustatud isik kuni 10% voodipäeva maksumusest ning ülejäänud osa kaetakse ravikindlustuse kaudu. See aitab vähendada omaosaluskoormust ja parandada teenuse kättesaadavust, kuid ei kata kõiki pikaajalise hoolduse vajadusi.

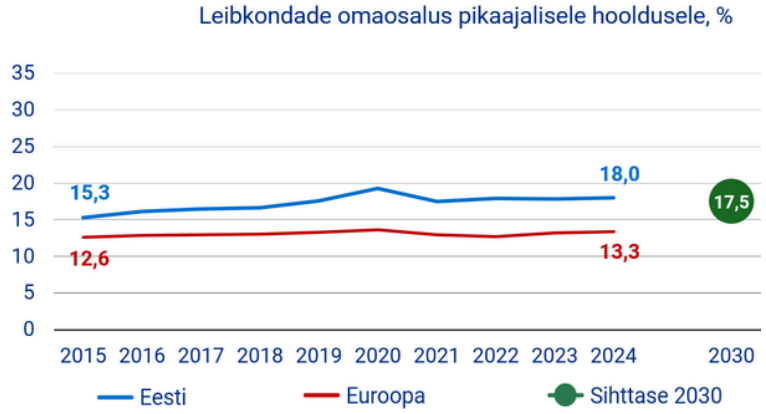
Leibkondade omaosalus pikaajalisele õendus- ja hooldusabile, hambaravile ning ravimitele on omavahel seotud. Kui ühe näitaja osatähtsus väheneb, siis teistel see omakorda suureneb. Seetõttu on eesmärk hoida näitaja seatud sihttaseme lähedal.



5/9

Tulemus on muutusteta

Leibkondade omaosalus pikaajalisele õendus- ja hooldusabile oli 2024. aastal Eestis 18% (TAI, x). Viimase kümne aasta jooksul on kulutused suurenenud ligikaudu 3 protsendipunkti võrra. Alates 2021. aastast on näitaja püsinud vahemikus 17–18%. 2030. aastaks seatud maksimaalne sihttase on 17,5%, millest suuremaks ei tohiks kulutused kujuneda. Praegune tase on sihttasemele väga lähedal ning on sisuliselt selle piiri saavutanud.



Allikas: OECD, TAI

Rahvusvaheliselt on pikaajalise hoolduse rahastamine Euroopa riikides väga erisugune – Poolas, Bulgaarias, Horvaatias ja Tšehhis vähem kui 1%. Samal ajal Saksamaal, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis enam kui 40% (OECD, I). Rahvusvahelises võrdluses paikneb Eesti keskmisest kõrgemal tasemel. Riikides, kus on suurim omaosalus pikaajalisele hooldusele, on teistele tervishoiuteenustele omaosalus väiksem ja vastupidi. Samas, mida suuremas osas on pikaajaline hooldus riiklikult rahastatud, on leibkondade omaosalus väiksem ning teenuste kättesaadavus parem. Ning riikides, kus omaosalus on suurem, on suurem ka risk, et inimesed loobuvad teenuse kasutamisest või kannavad hoolduskoormuse pereliikmed (OECD, 2023).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Näitaja on viimastel aastatel püsinud suhteliselt stabiilsena, kuid ületab mõnevõrra 2030. aastaks seatud maksimaalset sihttaset. Suur omaosalus võib suurendada leibkondade rahalist koormust ning piirata pikaajalise õendus- ja hooldusabi kättesaadavust, eriti väiksema sissetulekuga inimeste jaoks. Samas ei võimalda omaosaluskulude osatähtsus üksi hinnata teenuste tegelikku rahalist kättesaadavust ega leibkondade kulukoormust.



Seotud indikaatorid

- Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes
- Leibkondade omaosalus ravimitele
- Leibkondade omaosalus hambaravile
- Leibkondade omaosalus vaimse tervise teenustele ja ravimitele

Komponent – digitaliseerimine

Digitaliseerimine tervisesüsteemis keskendub kasutajakesksete digiteenuste, tarkvaralahenduste ja koosvõimeliste infosüsteemide arendamisele, toetades nii inimesi, tervisevõrgustiku liikmeid (sealhulgas tervishoiutöötajaid ja teisi spetsialiste) kui ka andmekasutajaid. Digitaliseerimise ja andmete valdkonna arendamisel lähtutakse Eestis e-tervise ja andmepoliitika strateegilistest eesmärkidest, kuid edenemine on ebaühtlane – digiteenuste kasutus kasvab kiiresti, samal ajal ei arene andmete kvaliteet, taaskasutusvõime ja analüütiline suutlikkus sama tempoga. Valdkonna arengut mõjutavad ka süsteemsed tegurid, sealhulgas killustunud rahastus, piiratud tööjõuressurss ning analüüsivõime, mis võivad pikemas plaanis ohustada senise edu jätkusuutlikkust.

Rahvusvahelises võrdluses on digiteenuste pakkumine Eestis heal tasemel, kuid andmete sisulise kasutamise võimekus jääb pigem keskmisele tasemele. Üldiselt on praegune seis positiivne – suund on õige, kuid vajab süsteemset tugevdamist, eriti andmekvaliteedi, taaskasutuse, kompetentsi ja stabiilse rahastuse tagamisel. Strateegiliselt on oluline hoida kasutajakesksust (sh ligipääsetavust), vähendada arenduste killustatust, tugevdada andmehalduse võimekust ning tagada, et digitaliseerimise areng oleks jätkusuutlik ja toetaks tervisesüsteemi eesmärke terviklikult.

4.11 Terviseportaali kasutatavus elanikkonnas ja kasutajate rahulolu portaaliga

Terviseportaali kasutajate osatähtsus elanikkonnas ja kasutajate tagasiside annavad ülevaate digitaalse terviseteenuse kasutuse levikust ja kasutajakogemusest. Terviseportaal võeti laiemalt kasutusele alles 2024. aasta sügisel, mistõttu saab praegu kirjeldada eelkõige lähteolukorda. Suundumuste hindamiseks ja sihttaseme seadmiseks ei ole veel piisavalt andmeid.

Baastaseme andmed näitavad, et 69,4% elanikkonnast on Terviseportaali kasutanud ja kasutajate rahulolu viiepallisüsteemis on 4,1 (Tervisekassa, c). See viitab heale kasutuskogemusele ja teenuse laialdasele omaksvõtule nende seas, kes portaali juba kasutavad. Samas ei kasuta portaali ligi kolmandik elanikest. Kasutust toetavad digiteenuste laialdane levik, terviseinfo koondamine ühte keskkonda ning teenuse praktiline väärtus kasutajale. Kasutuse laienemist võivad aga piirata inimese üldine tervisekirjaoskus ja huvi oma tervise vastu, erinev digipädevus, vähene teadlikkus, ligipääsuprobleemid ning see, kui vajalikuks inimesed portaali kasutamist peavad.

Terviseportaali kasutajad rahvastikust 2025. aastal, %



Allikas: Tervisekassa

Teenuse kasutamine ja kasutajate rahulolu on omavahel seotud näitajad, mis annavad ülevaate nii teenuse kasutamise ulatusest kui ka selle kvaliteedist.

Suur rahulolu koos piiratud kasutusega võib viidata sellele, et teenus toimib kasutajate jaoks hästi, kuid ei ole veel jõudnud kogu sihtrühmani. Indikaatoreid mõjutavad ka laiemad tervisesüsteemi tegurid, sealhulgas terviseharitus, digiteenuste kättesaadavus ja regionaalne ligipääs.

Edasine andmekogumine ja jälgimine võimaldavad tulevikus hinnata teenuse kasutuse ja kasutajakogemuse muutust ajas. Praegu näitavad andmed, et Terviseportaal on kasutajatele arusaadav ja positiivselt hinnatud, kuid kasutuse laiendamiseks suuremale osale elanikkonnast on vaja jätkuvalt teha arendustöid (sealhulgas testida ligipääsetavust puudespetsiifikast lähtudes).

Seotud indikaatorid

- Teenuste osatähtsus, mida inimene saab terviseportaalis algatada
- Üleriigilise digiregistratuuri kasutamine vastuvõtuaja broneerimiseks
- Turvaliste asünkroonsete suhtluskanalite kasutamine patsientide ja tervishoiuteenuse osutajate vahel
- Tervishoiutöötajate ja -spetsialistide rahulolu andmete kättesaadavuse ja kvaliteediga

4.12 E-konsultatsiooni saatekirjade osatähtsus kõigist perearstide väljastatud saatekirjadest

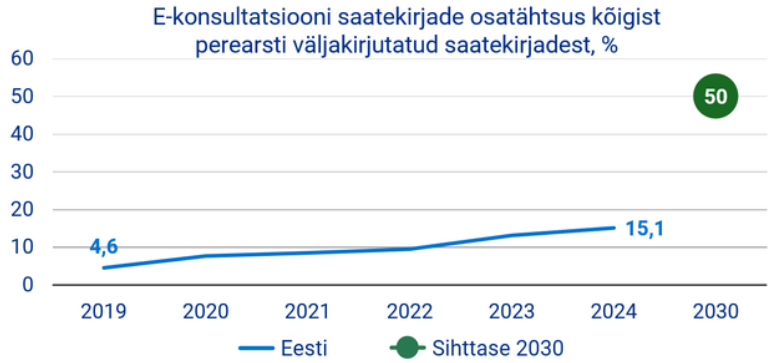
E-konsultatsioonide kasutus mõjutab tervishoiuteenuste õigeaegsust, sest digitaalse kanali kaudu suhtlemine võimaldab perearstidel eriarstidega kiiremini konsulteerida, raviplaani täpsustada ja seeläbi vähendada tarbetuid eriarstide vastuvõtte. Seetõttu on oluline, et e-konsultatsioone kasutataks saatekirjade puhul üha rohkem ja need toimiksid esmase suunamise kanalina. Indikaator peegeldab ka digitaalsete töövahendite kasutust ning esmatasandi ja eriarstiabi vahelise koostöö sujuvust.



4/9

Tulemus on muutusteta

E-konsultatsioonide kasutus on olnud heas kasvutrendis – 2019. aasta 4,6%-lt on jõutud 2024. aastaks 15%-ni (Tervisekassa, d). Trend näitab, et teenuse kasutus on laienenud ja digitaalsed lahendused on muutunud tavapäraseks töövahendiks. Samas moodustab praegune tase 2030. aastaks seatud ambitsioonikast eesmärgist (50%) vaid kolmandiku. Erinevus sihttasemega on suur ning senise suundumuse jätkudes ei pruugi eesmärk olla saavutatav. Praegust kasvu on toetanud digiplatvormide ühtlustumine ja vastamisaja standardite juurutamine. Samas on kasvu pidurdanud erialade erisugune praktika, ebaühtlased motivatsioonimehhanismid ja mitmel erialal teenuse süsteemse kasutuse puudumine.



Allikas: Tervisekassa

Teenuse kasutuse suurendamiseks ja oluliseks tõukeks sihi saavutamisel tuleks rakendada e-konsultatsiooni kohustuslikkust ja teenust laiendada. Lisaks on vaja perearste kaasata järjepidevalt, tasakaalustada töökoormust ning suurendada kliinilist väärtust ja digitaalsete süsteemide kasutajamugavust. Indikaator seostub ka teiste kvaliteedi ja teenuste kättesaadavuse näitajatega, nagu elanike rahulolu perearstiabi kättesaadavusega, esmatasandi kontaktide arv ja e-teenuste kasutus krooniliste haiguste jälgimisel. Kuigi suurem e-konsultatsioonide kasutus võib lühendada ooteaegu ja muuta raviteekonna sujuvamaks, tuleb vältida olukordi, kus digitaalne suhtlus asendab vajalikku kliinilist kontakti, mõjutades kliinilise hindamise põhjalikkust ja kvaliteeti. E-konsultatsioonid on tõhusad kui need toetavad terviklikku patsiendi käsitlust, mitte ei asenda vahetut kliinilist kontakti seal, kus see on vajalik.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Positiivsest trendist hoolimata jääb seatud siht kaugeks. Seega ei ole teenuse potentsiaal tervishoius täielikult rakendunud.



Edasine areng sõltub e-konsultatsioonide kasutuse ühtlustamisest eri erialadel, töövoogude ja dokumenteerimise põhimõtete standardiseerimisest ning kohustuslikuks muutmine. Samuti on oluline järjepidevalt toetada pere- ja eriarstide motivatsiooni ning pakkuda neile vajalikke koolitusvõimalusi, säilitades samal ajal tasakaalu kvaliteedi, töökoormuse ja patsiendiohutuse vahel.

Seotud indikaatorid

- Elanike rahulolu perearstiabi kättesaadavusega
- Katmata ravivajadus pikkade ooteaegade tõttu
- E-konsultatsioonid 100 000 elaniku kohta

4.13 Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse Teabekeskuse kasutatavus ja rahulolu Teabekeskusega

Teabekeskuse kasutatavus ja rahulolu annab ülevaate sellest, kui hästi on täidetud siseriiklik ja piiriülene kohustus tagada kogutavate terviseandmete leitavus ning kättesaadavus. Teabekeskuse teenused on kasutusel alates 2024. aasta algusest, mistõttu võimaldavad 2025. aasta mõõtmised hinnata üksnes baastaset. Suundumuste hindamiseks ja sihttasemete seadmiseks ei ole veel piisavalt andmeid.

Baastaseme andmed näitavad, et Teabekeskust kasutas üle 19 000 unikaalse külastaja ja rahulolu teenusega viiepallisüsteemis oli 4,08, viidates heale kasutajakogemusele nende hulgas, kes teenust juba kasutavad (TEHIK).

Kasutatavus peegeldab teenuse ulatust ja seda kui laialdaselt tervishoiuteenuse osutajad ja teised kasutajad Teabekeskuse teenuseid leiavad ja kasutavad. Samas kui rahulolu kajastab teenuse kvaliteeti, selgust ja toimimise sujuvust. Väike kasutatavus võib viidata juhendmaterjalide kehvale leitavusele ja mõjutada terviseteenustes vahetatavate andmete kvaliteeti, samal ajal kui rahulolu kajastab kasutajate subjektiivset hinnangut teenuse toimivusele, kiirusele, abistavusele, usaldusväärsusele ja muudele teguritele.



Edasine andmekogumine võimaldab hinnata, kas kasutus ja kasutajakogemus ajas paranevad ning kuidas arendused ja kasutajaskonna laienemine mõjutavad terviseandmete paremat leitavust ja kättesaadavust tervisevaldkonnas.

Seotud indikaatorid

- Tervise infosüsteemi teise andmekasutaja andmepäringutele vastamiseks kulunud aeg
- Tervishoiutöötajate ja -spetsialistide rahulolu andmete kättesaadavuse ja kvaliteediga

4.14 Tervise infosüsteemi teisese andmekasutaja andmepäringutele vastamiseks kulunud aeg

Tervise infosüsteemist (TIS) andmete ühekordse väljastamise kiirus pakub teavet selle kohta, kui tõhusalt TEHIK täidab kohustust võimaldada terviseandmete kasutamist teadustööks ja statistiliseks analüüsiks. Indikaator näitab kaalutud keskmist tööpäevade arvu taotluse või loa saabumisest kuni andmete väljastamiseni ning annab seeläbi ülevaate kogu andmeväljastusprotsessi toimivusest. Päringutele vastamise aeg sõltub töömahust, mistõttu kasutatakse neljapallilist skaalat. Väikeste tööde tegemiseks kulub alla nelja tunni (4), väga suurte XML-põhiste väljastuste (HL7 CDA tervisedokumendid) tegemiseks aga kuni kuus kuud. (1).



9/9

Tulemus on väga hea

Andmeväljastustele kulunud aja andmeid hakati koguma 2023. aastal, mil selleks kulus 11,8 tööpäeva. Tegu oli COVID-19 pandeemia ajaga, esmajärjekorras teenindati kriisijuhtimise andmevajadusi ning teadus- ja statistikapäringuid olid järjekorra lõpus. 2023. aastal tehti kokku 37 päringut, 2024. aastal 44 ning 2025. aastal 68 päringut. Töömahukamate ehk kaaluga 1 ja 2 päringute hulk kasvas vastavalt 7, 13 ja 6-le, kuid kaalutud keskmine täitmisaeg lühenes samal ajal, mis viitab ressursi paremale planeerimisele ja töövoo sujuvamale korraldamisele. Kuigi vaatlusaeg on olnud lühike, on trend olnud väga hea ning seatud siht (alla7 tööpäeva) on juba saavutatud. Indikaatori põhjal on andmeväljastuse olukord teisese andmekasutuse eesmärgil väga hea hinnanguga.



Suurima mõjuga on suure töömahuga päringud, mis nõuavad ressursiplaneerimist ja sõltuvad TEHIKu tehnilisest võimekusest. Seega pakub indikaator teavet TEHIKu andmeväljastusprotsessi toimivuse hindamiseks ning paranduste ja ressursivajaduse planeerimiseks. Edasine andmekogumine aitab hinnata, kas päringute täitmise aeg ja kasutajakogemus paranevad ning kuidas Euroopa terviseandmeruumi (EHDS – European Health Data Space) nõuete jõustumine mõjutab protsessi tõhusust. EHDS kohustused tuleb täita juba enne 2030. aastat, seetõttu on vaja tugevdada andmekvaliteedi ja andmeväljastuse meeskondaja arendada taristut. Rahvusvaheline võrdlusbaas praegu puudub, kuid eeldatavasti tekib EHDS-i rakendamisel tulevikus võimalus riikidevaheliseks võrdluseks.

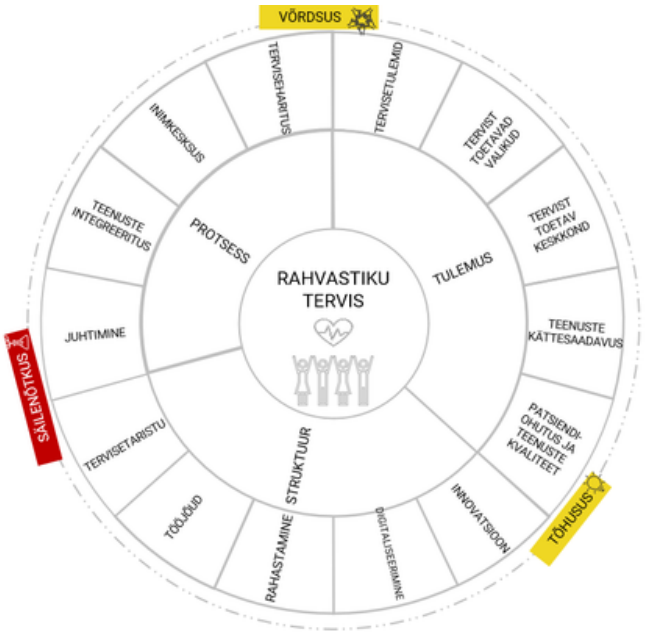
Seotud indikaatorid

- Tervise infosüsteemi teisese andmekasutaja rahulolu andmete väljastamise protsessiga
- Tervise infosüsteemi teisese andmekasutaja rahulolu väljastatud andmete kvaliteediga

5 Indikaatorite valdkond – läbivad tegurid

Läbivad tegurid on indikaatorite valdkond, mis kirjeldab võrdsuse, tõhususe ja säilenõtkuse komponentide kaudu sotsiaalmajanduslikke tegureid, ressursikasutust tervisesüsteemi eri tasanditel ning süsteemi võimekust ja paindlikkust, pakkudes ülevaadet teenuste järjepidevuse ja kvaliteedi tagamisest.

Läbivate tegurite valdkonda on hinnatud peamiselt tervise võrdsuse (piirkondlik, majanduslik, hariduslik) ning säilenõtkuse (vaktsineerimine) komponendi kaudu. Spetsialiseeritud abi kaudu on osaliselt kaetud ka tõhususe komponent.



Tervisesüsteemi toimivuse läbivate tegurite areng on ebaühtlane. Olgugi, et mitme põhinäitaja üldine suund on positiivne, siis süsteemi toimivust ja eesmärkide saavutamist takistavad püsiv tervisealane ebavõrdsus, ennetuse nõrgenemine ja jätkusuutlikkuse riskid.

Kõige kriitilisem probleem ilmneb tervisealases ebavõrdsuses. Hariduse, sissetuleku ja elukoha lõikes püsivad väga suured terviseerinevused ning mitmel juhul on need süvenenud. Eriti terav on hariduslik lõhe: madalama haridustasemega inimeste oodatav eluiga jääb kõrgema haridusega inimestest maha üle kümne aasta. Samuti jäävad mitmed maakonnad (Ida-Viru, Valga, Võru, Põlva, Jõgeva) püsivalt alla nii tervena elada jäänud aastates kui ka positiivse enesehinnanguga tervisenäitajates. Selline ebavõrdsus piirab kogu süsteemi toimivust ja suurendab ravivajadust tulevikus.



3/9

Tulemus on halb

Kõige kriitilisem probleem ilmneb tervisealases ebavõrdsuses. Hariduse, sissetuleku ja elukoha lõikes püsivad väga suured terviseerinevused ning mitmel juhul on need süvenenud. Eriti terav on hariduslik lõhe: madalama haridustasemega inimeste oodatav eluiga jääb kõrgema haridusega inimestest maha üle kümne aasta. Samuti jäävad mitmed maakonnad (Ida-Viru, Valga, Võru, Põlva, Jõgeva) püsivalt alla nii tervena elada jäänud aastates kui ka positiivse enesehinnanguga tervisenäitajates. Selline ebavõrdsus piirab kogu süsteemi toimivust ja suurendab ravivajadust tulevikus.

Nakkushaiguste ennetuse valdkonnas on ilmnenud selge tagasilöök. Laste ja noorte vaktsineerimise hõlmatus ning vanemaealiste gripivaktsineerimine jäävad alla nii riiklikele kui ka rahvusvahelistele soovitustele ning trend on valdavalt langev. See võib viidata nii usalduse kui ka teadlikkuse probleemidele ja võib suurendada nakkushaiguste puhangute riski.

Süsteemi tõhususe vaates on olukord vastandlik. Pereõdede rolli kasv ja geneeriliste ravimite kasutamine toetavad süsteemi, kuid haiglaravi korraldus ja taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuste vähene integreeritus viitavad ebaefektiivsele ressursikasutusele. Süsteemi pikaajalist toimimist ohustab lisaks perearstide vananemine ja ebapiisav järelkasv.

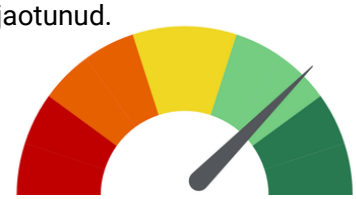
Olukorra parandamine eeldab, et tervisepoliitikas seatakse kesksele kohale ebavõrdsuse vähendamine ja ennetuse tugevdamine, arendatakse terviklikke raviteekondi ja tagatakse esmatasandi ja tööjõu jätkusuutlikkus

Komponent – võrdsus

Võrdsuse komponendi alla kuuluvad indikaatorid kirjeldavad terviseerinevusi, mis tulenevad sotsiaalmajanduslikest teguritest, nagu elukoha piirkond, sissetulek või haridustase, mida peetakse mitte ainult ebavajalikeks ja välditavateks, vaid ka ebaõiglasteks.

5.1 Tervena elada jäänud aastad maakondades

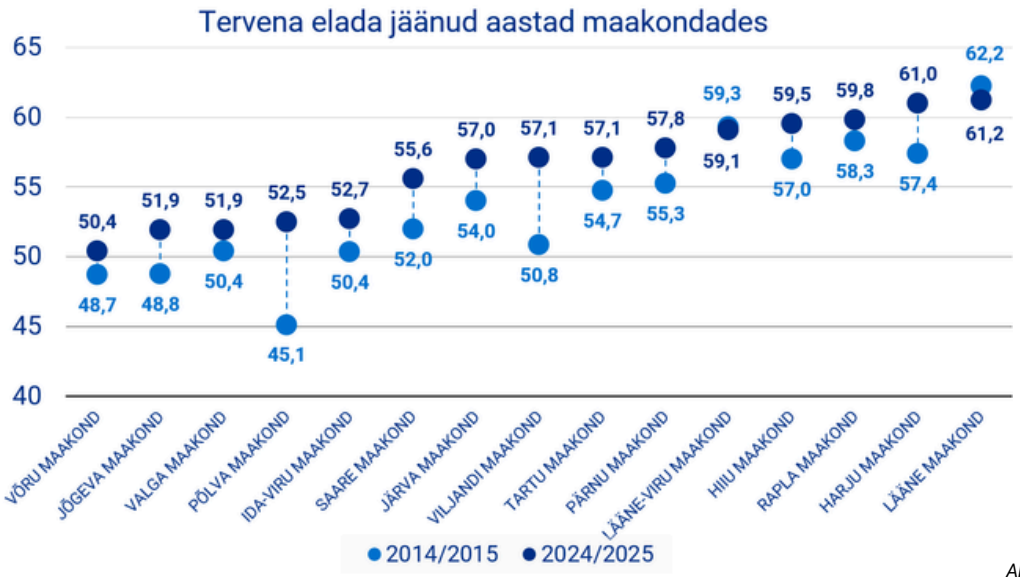
Indikaator näitab tervena elada jäänud eluaastate arvu maakondade lõikes ning peegeldab keskmist aastate arvu, mille jooksul inimene elab ilma tervisest tulenevate piiranguteta või neid tajumata, eeldusel, et suremus ja tervisepiirangute esinemine jäävad samaks. Näitaja ühendab nii objektiivsed tervisenäitajad kui ka inimeste subjektiivse hinnangu oma tervisele ja tegevuspiirangutele ning annab tervikliku pildi elanikkonna terviseseisundist. Indikaator peegeldab tervisevaldkonna tegevuste tulemuslikkust, kuid on tugevalt mõjutatud ka teistest valdkondadest, sealhulgas sotsiaalmajanduslikest tingimustest, haridusest, tööhõivest ja elukeskkonnast. Maakondlikud erinevused näitavad, kuivõrd ühtlaselt on tervise paranemine ühiskonnas jaotunud.



7/9

Tulemus on hea

2024/2025. aastal oli Eesti maakondades keskmine tervena elada jäänud aastate arv 58 eluaastat (Statistikaamet, d) ning 2030. aasta eesmärgina elavad inimesed kõigis maakondades kauem tervena. Alates 2015 aastast on näitaja suurenenud peaaegu kõigis maakondades (v.a Lääne ja Lään-Viru maakonnas), kuid kasvutempo on olnud erinev. Kõige väiksem kasv on olnud Valga, Võru ja Rapla maakonnas (3%). Suurim kasv on aset leidnud Põlvamaal (16%), kus kümme aastat tagasi elati tervena vaid 45 eluaastat, 2025. aastal aga 53 eluaastat. Selle aja jooksul on Viljandi maakonna elanikele lisandunud kuus tervena elada jäänud aastat. Kõige suurem tervena elada jäänud aastate arv oli 2025. aastal Läänemaal (61,2 aastat) ja Harjumaal (61 aastat). Väikseim näitaja Võru (50,4 aastat), Jõgeva ja Põlva maakonnas (ligi 52 aastat). Olgugi, et näitaja on Läänemaal langenud, elavad seal inimesed kauem tervemana kui mujal Eestis.



Allikas: Statistikaamet

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Kuigi üldine suund rahvastiku tervise paranemisel on positiivne, püsivad maakondade vahel märkimisväärsed erinevused. 2025. aastal oli parima ja halvima näitajaga maakonna vahe ligi 11 aastat. Võru, Valga, Põlva, Ida-Viru ja Jõgeva maakondades on tervisenäitajad olnud aastaid kehvemad ning seotud väiksema sotsiaalmajandusliku heaoluga. Nende piirkondade arengu toetamiseks on vaja pikaajalist koostööd eri valdkondade vahel ning meetmeid, mis hõlmavad lisaks tervishoiule haridust, tööhõivet ja elukeskkonda ning aitavad tagada kohalike omavalitsuste tugiteenuste kättesaadavuse.

Seotud indikaatorid

- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel
- Tervena elada jäänud aastad 65-aasta vanuses
- Tervena elada jäänud aastad haridustaseme järgi
- Enesehinnanguline tervis

5.2 Oodatav eluiga maakondades

Indikaator näitab oodatavat eluiga sünnihetkel maakondade kaupa ehk keskmist aastate arvu, mille vastsündinu eeldatavasti elab, kui vaatlusaasta suremusnäitajad püsivad muutumatuna. Tegu on rahvastiku tervise põhinäitajaga, mis koondab eri tegurite mõju, sealhulgas elatustaseme, hariduse, tervisekäitumise, haiguste levimuse ning tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi. Oodatav eluiga peegeldab nii tervishoiusüsteemi toimimist kui ka laiemat sotsiaalmajanduslikku keskkonda. Maakondade lõikes näitab see, kui ühtlaselt on tervise paranemine ühiskonnas jaotunud ning mis piirkondades esinevad püsivad terviseerinevused.

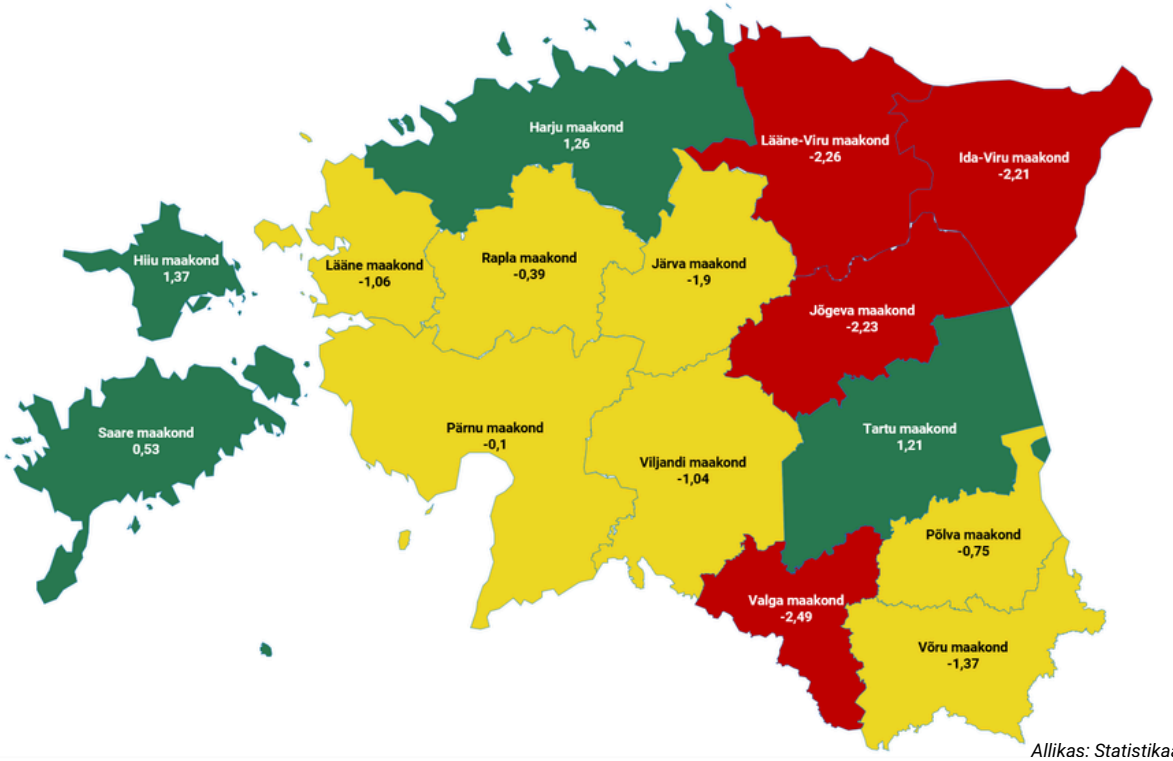


6/9

Tulemus on hea

2025. aastal oli keskmine oodatav eluiga Eestis 79,8 aastat (Statistikaamet, e). 2030. aastaks seatud sihttase on sellest kõrgem – vähemalt 82 eluaastat ning mitmes maakonnas jääb oodatav eluiga sihttasemest märkimisväärselt allapoole. Enam kui kaks aastat jäävad sihttasemest maha Valga, Ida-Viru, Lääne-Viru ja Jõgeva maakond. Järva maakonnas on oodatav eluiga madalam 1,9 aastat, Lääne ja Viljandi maakonnas aga umbes üks aasta. Teistes maakondades jääb erinevus alla ühe aasta. Keskmisest paremad tulemused on Hiiu, Harju, Tartu ja Saare maakonnas.

Oodatav eluiga maakondades 2025;
Sihttase: näitaja ei ole Eesti keskmisest (79,8 aastat) väiksem kui kaks aastat



Allikas: Statistikaamet

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 6). Oodatav eluiga on üldiselt pikenenud, kuid piirkondlikud erinevused püsivad.

Eesti trend
6
Kaugus sihttasemest
6

Ida-Viru, Lääne-Viru, Jõgeva ja Valga maakonnas on oodatav eluiga olnud aastaid lühem ning seotud muu hulgas ebasoodsama sotsiaalmajandusliku olukorra ja demograafiliste teguritega. Nende piirkondade järele aitamiseks on vaja rakendada valdkondadeüleseid ja pikaajalisi meetmeid, mis hõlmavad lisaks tervishoiule ka haridust, tööhõivet ja elukeskkonda.

Seotud indikaatorid

- Oodatav eluiga sünnihetkel
- Oodatav eluiga 65-aasta vanuses
- Oodatav eluiga haridustasemete järgi

5.3 Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus maakondades

Indikaator näitab nende täiskasvanute osatähtsust, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks maakondade lõikes. Enesehinnanguline tervis peegeldab inimese üldist taju oma tervisest ning on oluline näitaja elanikkonna heaolu, tervisevajaduste ja tulevase haigestumuse prognoosimisel. Elukoht on üks olulisemaid tervisemõjureid koos sotsiaaldemograafiliste teguritega, nagu sissetulek ja haridustase. Piirkondlikud erinevused võivad mõjutada tervishoiuteenuste kättesaadavust, tervisekäitumist ja elukeskkonda, mis omakorda kujundavad inimeste hinnangut oma tervisele.

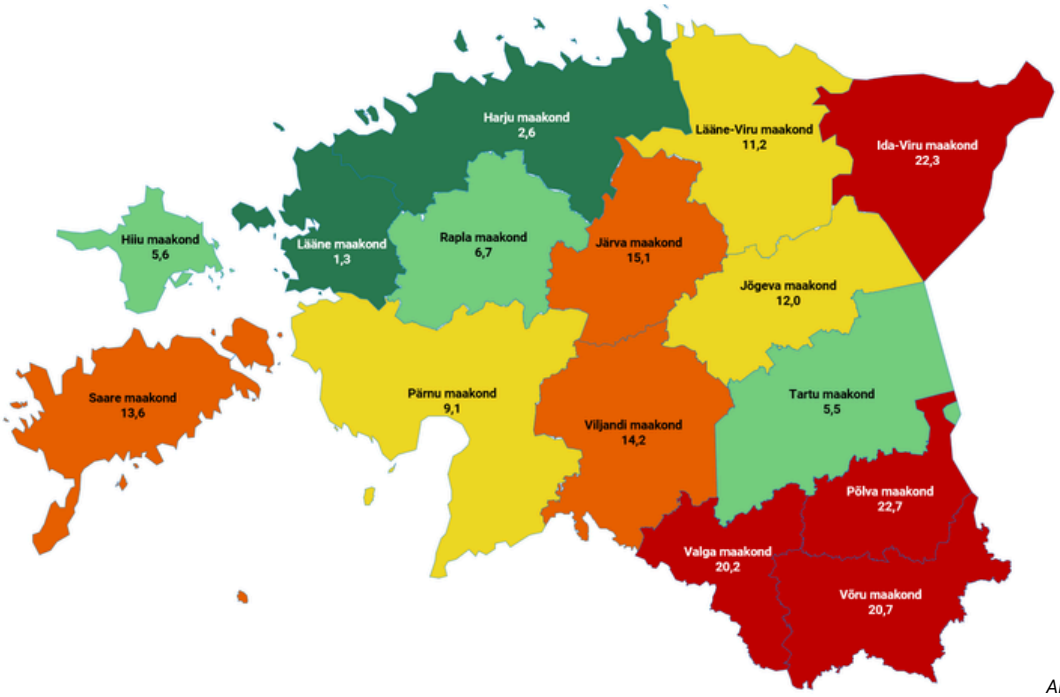


3/9

Tulemus on halb

2025. aastal hindas Eestis oma tervist heaks või väga heaks 58% täiskasvanutest (Statistikaamet, f). Võrreldes 2015. aastaga on positiivselt oma tervist hindavate inimeste osatähtsus suurenenud ligikaudu 4 protsendipunkti. Maakondade lõikes esinevad suured erinevused. Eesti keskmisest kõrgemalt hindavad oma tervist Lääne, Harju, Tartu, Hiiu ja Rapla maakonna elanikud. Põlva, Ida-Viru, Võru ja Valga maakondades hindab oma tervist heaks või väga heaks vähem kui pooled elanikud. Parima ja halvima tulemusega maakondade vahe ulatub 21 protsendipunktini, mis viitab märkimisväärsele regionaalsele ebavõrdsusele.

Maakondade erisus sihttasemest (66%) tervist heaks või väga heaks hindavate täiskasvanute osatähtsuses, protsendipunkti



Allikas: Statistikaamet

2030. aastaks seatud sihttase on 66% ning selle saavutamine eeldab enesehinnangulise tervise jätkuvat paranemist. Senise aeglase kasvutempo juures ei ole sihttaseme saavutamine realistlik ilma täiendavate meetmeteta.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 3). Kuigi enesehinnanguline tervis on aja jooksul paranenud, on paranemine aeglustunud ning piirkondlikud erinevused püsivad suured.

Eesti trend

4

Kaugus sihttasemest

2

Olukorra parandamiseks on vaja senisest enam panustada tervisedendusse ning vähendada sissetulekust, haridusest ja elukohast tulenevaid erinevusi, mis mõjutavad inimeste võimalusi oma tervise eest hoolitseda.

Seotud indikaatorid

- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel ja 65-aasta vanuses
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus
- Oma tervist heaks hindavate vanemaealiste osatähtsus
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus haridustaseme järgi
- Oma tervist heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus sissetuleku järgi

5.4 Ravikindlustusega kaetus

Ravikindlustusega kaetus näitab, kui suur osa Eesti elanikkonnast on kaetud solidaarse ravikindlustussüsteemiga. Indikaator peegeldab tervishoiusüsteemi võimet tagada elanikele finantsiline kaitse ja ligipääs tervishoiuteenustele. Mida suurem osa elanikkonnast on ravikindlustusega kaetud, seda väiksem on risk, et inimesed jäävad rahalistel põhjustel tervishoiuteenustest ilma, ning seda võrdsem on teenuste kättesaadavus.

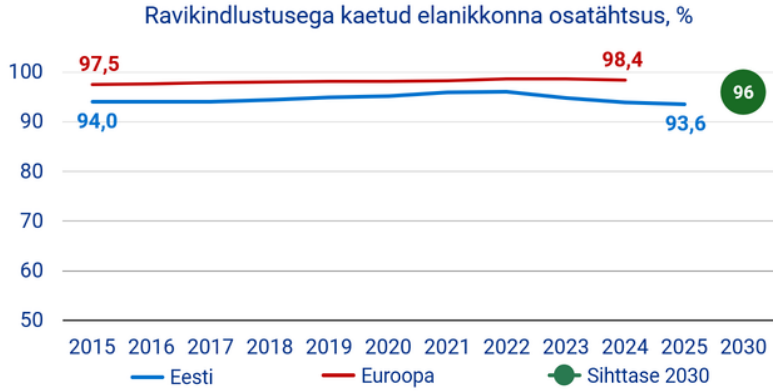


0/9

Tulemus on väga halb

Ravikindlustusega kaetus suurenes Eestis kuni 2022. aastani, kuid on seejärel vähenenud. 2025. aastal oli ravikindlustusega kaetud 93,6% elanikkonnast, mis on 0,4 protsendipunkti vähem kui 2015. aastal ning 2,4 protsendipunkti alla 2030. aastaks seatud sihttaseme (96%). Sihttaseme saavutamiseks on vaja suurendada ravikindlustusega hõlmatud elanike osatähtsust ning vähendada kindlustuskaitse katkemist. (Tervisekassa).

Rahvusvaheliselt on enamikes Euroopa riikides saavutatud universaalne ravikindlustuskatvus, kus kaetus ulatub praktiliselt 100%-ni (nt Põhjamaad ja mitmed Lääne-Euroopa riigid), EL-i keskmine on 98% (OECD, m).



OECD järgi on Euroopas vaid kuus riiki, kus ravikindlustusega on kaetud vähem kui 99% elanikkonnast – Rumeenia, Poola, Eesti, Bulgaaria, Slovakkia, Ungari. Kuna Eestis jääb osa elanikkonnast endiselt kindlustamata, mistõttu paikneb Eesti rahvusvahelises võrdluses viimaste riikide hulgas. OECD andmetel on universaalse katvusega riikides väiksem katmata ravivajadus ning suurem võrdne ligipääs tervishoiuteenustele.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 0). Kuigi ravikindlustusega kaetus on Eestis kõrge, on see viimastel aastatel vähenenud ning jääb alla nii 2030. aastaks seatud sihttasemele kui ka Euroopa keskmisele. Ravikindlustuskaitse parandamiseks on oluline suurendada kindlustatud elanike osatähtsust ja vähendada kindlustuskatkestusi.



Indikaatori tõlgendamisel tuleb arvestada metoodiliste piirangutega, kuna registriandmed ei võimalda usaldusväärselt hinnata ravikindlustamata isikute tegelikku arvu ning võivad hõlmata nii Eestis mittepüsivalt elavaid inimesi kui ka isikuid, kelle ravikindlustus on tagatud teises riigis.

Seetõttu tuleks näitajat käsitleda hinnangulisena ning kaaluda selle edasiarendamist, keskendudes edaspidi eelkõige tööealise elanikkonna ravikindlustusega kaetuse hindamisele, kuna ravikindlustamata jäämine puudutab peamiselt seda rahvastikurühma.

Seotud indikaatorid

- Tervishoiukulude osatähtsus SKTst
- Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus SKTst
- Tervishoiu rahastamise jaotus tervisedendusele
- Tervishoiu rahastamise jaotus tervishoiuteenuste tasandite kaupa
- Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes
- Rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuste vajadus
- Rahalistel põhjustel katmata hambaravi vajadus
- Pikaajalise terviseprobleemiga elanike osatähtsus sissetulekukvintiili järgi
- Katmata tervishoiuteenuste vajadusega elanike osatähtsus sissetulekukvintiili järgi
- Katastroofiliste tervishoiukulutustega leibkondade osatähtsus

5.5 Katmata tervishoiuteenuste vajadusega elanike osatähtsus sissetuleku järgi

Indikaator näitab nende vähemalt 16-aastaste elanike osatähtsust, kelle hinnangul on vajaduse korral perearsti-, eriarsti- või hambaarstiabi jäänud kättesaamatuks kõrge hinna, pika ravijärjekorra või kauge vahemaa tõttu, eristatuna sissetulekukvintiilide kaupa. Erisus madalaima ja kõrgeima sissetulekukvintiili kuuluvate elanike (16- aastased ja vanemad) osatähtsuste (%) vahel, kes ei ole vajaduse korral saanud tervishoiuteenuseid (liiga kallis, liiga kaugel ja pikk ooteaeg). Näitaja võimaldab hinnata tervishoiusüsteemi kooskõla elanikkonna vajadustega ning tervisealase võrdsuse taset, tuues esile erinevused erisuguse sissetulekutasemega inimeste vahel.

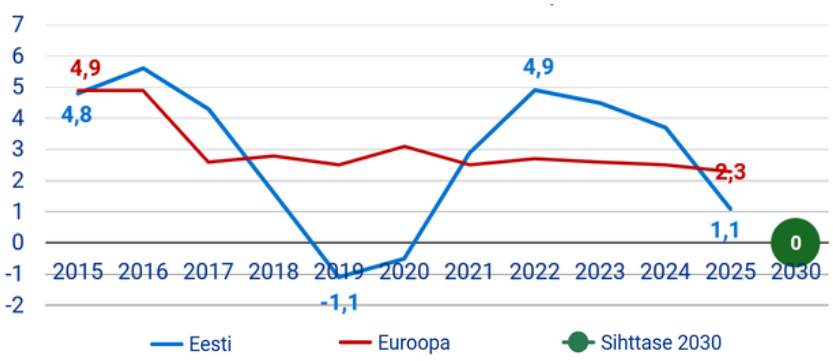


5/9

Tulemus on muutusteta

2025. aastal oli katmata tervishoiuteenuste vajadus väikseima sissetulekuga inimeste hulgas 8,3% ning suurima sissetulekuga inimeste hulgas 7,2% – erisus 1,1protsendipunkti (Eurostat, g). 2030. aastaks seatud sihttase eeldab katmata vajaduse edasist vähenemist ning seda, et erinevused sissetulekurühmade vahel kaovad. Aastate lõikes on erisus sissetulekurühmade vahel varieerunud vahemikus +5,6–-1,1 protsendipunkti. Aastatel 2019–2020 hindasid suurema sissetulekuga elanikud oma katmata tervishoiuteenuse vajadusi suuremalt kui väiksema sissetulekuga inimesed.

Katmata tervishoiuteenuste vajaduse osatähtsuse erinevus kõrgeima ja madalaima sissetulekurühma vahel, protsendipunkti



Rahvusvahelises võrdluses on katmata tervishoiuteenuste vajaduse erinevus madalaima ja kõrgeima sissetulekuga elanike vahel Eestis suhteliselt väike. 2025. aastal oli erinevus Eestis 1,1 protsendipunkti ja Euroopa keskmine 2,3 protsendipunkti (Eurostat, g). Riikidevahelised erinevused on siiski suured. Kõige suurem oli sissetulekurühmade vaheline erinevus Kreekas (14 protsendipunkti), Albaanias (12 protsendipunkti) ja Lätis (10 protsendipunkti) (Eurostat, g). Veidi rohkem kui pooltes riikides on erisus sissetulekurühmade vahel vähem kui kaks protsendipunkti. OECD andmetel on suuremad erinevused riikides, kus omaosalus on suurem ja teenuste kättesaadavus ebaühtlane (OECD, 2023).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 5). Rahvusvahelises võrdluses on katmata tervishoiuteenuste vajaduse erinevus madalaima ja kõrgeima sissetulekuga elanike vahel Eestis suhteliselt väike. 2025. aastal oli erinevus Eestis 1,1 protsendipunkti ja Euroopa keskmine 2,3 protsendipunkti (Eurostat, g). Riikidevahelised erinevused on siiski suured. Kõige suurem oli sissetulekurühmade vaheline erinevus Kreekas (14 protsendipunkti), Albaanias (12 protsendipunkti) ja Lätis (10 protsendipunkti).



Seotud indikaatorid

- Katmata tervishoiuteenuste vajadus
- Leibkondade omaosalus ravimitele
- Leibkondade omaosalus tervishoiukuludes
- Leibkondade omaosalus hambaravile
- Leibkondade omaosalus pikaajalisele hooldusele
- Ravimite eest tasumise raskustega leibkondade osakaal
- Ravikindlustusega kaetus

5.6 Oma tervist heaks hindavate inimeste osatähtsus sissetuleku järgi

Enesehinnanguline tervis peegeldab inimese üldist taju oma tervisest ning annab olulist teavet elanikkonna heaolu, tervisevajaduste ja tervishoiuteenuste kasutamise kohta. Sissetulek on oluline tervisemõjur, mis on seotud tööturul osalemise, elukvaliteedi ja ravikindlustusega. Väiksem sissetulek võib piirata juurdepääsu tervishoiuteenustele, suurendada omaosaluse koormust ning viia terviseprobleemide süvenemiseni. Seetõttu on sissetulekute lõikes esinevad erinevused enesehinnangulises tervises oluline tervise ebavõrdsuse näitaja. Indikaator näitab erisust madalamasse (esimesse) ja kõrgemasse (viiendasse) sissetulekukvintiili kuuluvate elanike (16-aastased ja vanemad) osatähtsuste (%) vahel, kes hindavad oma tervist heaks ja väga heaks

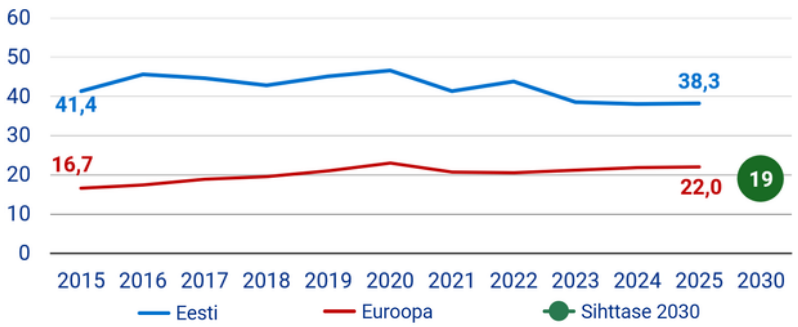


4/9

Tulemus on muutusteta

2025. aastal hindas Eestis kõige madalama sissetulekukvintiili hulgas oma tervist heaks või väga heaks ligikaudu 39% inimestest, samas kui kõrgeima sissetulekukvintiili hulgas oli vastav näitaja 77% (Eurostat, b). Võrreldes 2015. aastaga on osatähtsus suurenenud vastavalt kuue ja kahe protsendipunkti võrra. Kui 2015. aastal oli sissetuleku rühmade vahe 41 protsendipunkti, siis 2025. aastaks on see vähenenud 38 protsendipunktini. 2030. aastaks seatud sihttase on vähendada madalaima ja kõrgeima sissetulekukvintiili erinevus 19 protsendipunktini. Praegune erinevus on 38 protsendipunkti, mis tähendab, et sihttaseme saavutamiseks peaks sissetulekurühmade vaheline lõhe vähenema praegusega võrreldes poole võrra.. Senise aeglase trendi jätkudes ei ole sihttaseme saavutamine realistlik ilma märkimisväärsete ja sihipäraste sekkumisteta.

Oma tervist heaks või väga heaks hindavate inimeste osatähtsuse erinevus kõrgeima ja madalaima sissetulekurühma vahel, protsendipunkti



Allikas: Eurostat

Rahvusvaheliselt on Euroopa riikides madalaima sissetulekuga elanike seas oma tervist heaks või väga heaks hindavate inimeste osatähtsus keskmiselt 57–58% (Eurostat, b), mis on oluliselt kõrgem kui Eestis (~38%). Samal ajal on Eesti suurima sissetulekuga inimeste näitajad sarnased Euroopa keskmisega. Eesti madalaima sissetulekukvintiili näitaja viitab rahvusvahelise võrdluse kontekstis suurele sissetulekupõhisele tervise ebavõrdsusele. OECD andmetel on sellised erinevused seotud nii tervisekäitumise, elutingimuste kui ka tervishoiuteenuste kättesaadavusega (OECD, 2025).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Väikseima sissetulekuga elanike tervisehinnang on viimase kümnendi jooksul küll mõnevõrra paranenud, kuid erinevus võrreldes suurema sissetulekuga rühmade ja Euroopa keskmisega püsib suur.



Eriti halb on olukord naiste hulgas, kus oma tervist heaks või väga heaks hindavate naiste osatähtsuste erinevus sissetulekurühmade vahel ulatus 2025. aastal 45 protsendipunktini. Sissetulekust tulenevate terviseerinevuste vähendamine eeldab tervise-, sotsiaal- ja majanduspoliitika koostoimet. Oluline on parandada väiksema sissetulekuga inimeste võimalusi kasutada vajalikke tervishoiu- ja ennetusteenuseid, vähendada rahalisi takistusi ning tugevdada esmatasandi arstiabi ja kogukonnapõhiseid teenuseid. Samuti tuleb pöörata tähelepanu tervist mõjutavatele laiematele teguritele, sealhulgas elutingimustele, töötingimustele ja tervisekäitumisele. Ennetustegevuste kavandamisel tuleb arvestada erinevate sissetulekurühmade vajadustega, et tervise paranemisest saaksid rohkem osa ka väiksema sissetulekuga inimesed.

Seotud indikaatorid

- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel
- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel 65-aasta vanuses
- Oma tervist heaks ja väga heaks hindavate täiskasvanute osatähtsus
- Oma tervist heaks ja väga heaks hindavate vanemaealiste osatähtsus
- Oma tervist heaks ja väga heaks hindavate osatähtsus maakondades
- Oma tervist heaks ja väga heaks hindavate osatähtsus haridustaseme järgi

5.7 Tervena elada jäänud aastad haridustaseme järgi

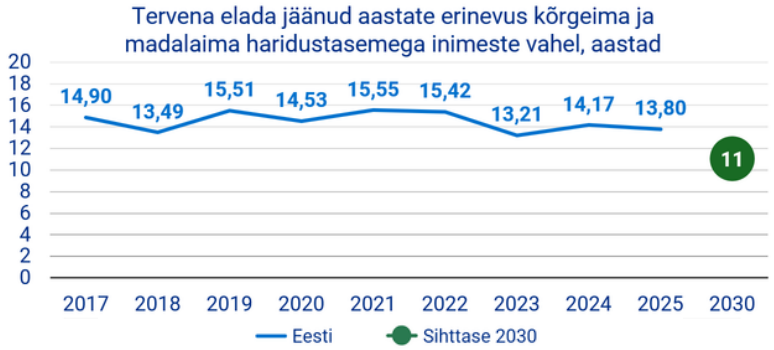
Indikaator näitab tervena elada jäänud eluaastate arvu erinevust sünnihetkel kõrgeima ja madalaima haridustasemega inimeste vahel. Näitaja ühendab objektiivsed tervisenäitajad ja subjektiivse tervisetaju ning annab ülevaate tervise ja heaolu jaotusest ühiskonnas. Haridustase on üks olulisemaid sotsiaalmajanduslikke tervisemõjureid, mis mõjutab nii sissetulekut, töötingimusi kui ka tervisekäitumist. Seetõttu peegeldab indikaator tervishoiusüsteemi toimimisele lisaks ka laiemat sotsiaalset ebavõrdsust.



4/9

Tulemus on muutusteta

2025. aastal jäi Eestis põhi- või madalama haridusega inimestel tervena elada ligikaudu 50 aastat (suurenemine 4 aastat) ning kõrgharidusega inimestel ligi 64 aastat (suurenemine ligi 3 aastat) ehk erinevus oli ligi 14 aastat (Statistikaamet, g). Tervena elada jäänud aastate arv on suurenenud kõigis haridusrühmades, kuid kõrgeima ja madalaima haridustasemega inimeste erinevus on püsinud ligikaudu 13–15,5 aasta vahemikus. Võrreldes 2017. aastaga on erinevus vähenenud vaid ligikaudu ühe aasta võrra. Seega ei ole rahvastiku tervise üldine paranemine seni kaasa toonud märkimisväärset haridusliku terviseebavõrdsuse vähenemist.



Allikas: Statistikaamet

Haridustasemega seotud terviseerinevused on laialdaselt levinud kogu Euroopas (Sauerberget al., 2021). Kõrgema haridustasemega inimesed elavad Euroopa riikides keskmiselt mitmeid aastaid kauem ja tervemana kui madalama haridusega inimesed. 2017. aasta andmetel oli haridusrühmade vahe tervena elada jäänud aastates väikseim Itaalias, Portugalis ja Rootsis (u 8 aastat), suurim aga Eestis, Slovakkias ja Soomes (enam kui 11 aastat). Mitmes Euroopa riigis ületab kõrgeima ja madalaima haridustasemega inimeste erinevus tervena elada jäänud aastates 10 aastat, mis näitab, et tegu on struktuurse ja püsiva probleemiga kogu Euroopas (Solé-Auró et al., 2025). Kuna rahvusvahelised võrdlusandmed pärinevad 2017. aastast ning metoodilised erinevused piiravad nende otsest võrreldavust Eesti uuemate näitajatega, ei ole käesolevas hinnangus rahvusvahelist võrdlust esitatud.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Kuigi tervena elada jäänud aastate arv on suurenenud kõigis haridusrühmades, püsib hariduslik ebavõrdsus väga suur. Madalama haridustasemega inimesed elavad tervena ligi 14 aastat vähem kui kõrgema haridusega inimesed.



Sihttase eeldas tervena elada jäänud aastate arvu suurenemist ning haridustasemete vahelise erinevuse vähenemist. Hariduslikud erinevused tervena elada jäänud aastates peegeldavad laiemat sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust (Statistikaamet, h). Ebavõrdsuse vähendamine eeldab haridus-, sotsiaal- ja tervisevaldkonna koordineeritud koostööd. Madalama haridustasemega inimestele on vaja luua paremad võimalused sotsiaalmajanduslike ja hariduslike takistuste ületamiseks. Selleks on oluline tagada lisaks tasuta haridusele ka parem huvihariduse kättesaadavus ning pakkuda enesejuhtimisoskuste õpet ja nõustamist. Puuetega inimestele ja omastehooldajatele tuleb tagada piisav toetuste süsteem, mis võimaldab väärikat toimetulekut.

Seotud indikaatorid

- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel
- Tervena elada jäänud aastad 65-aasta vanuses
- Tervena elada jäänud aastad maakondades

5.8 Oodatav eluiga haridustaseme järgi

Oodatav eluiga on rahvastiku tervise üks olulisemaid koondnäitajaid ning peegeldab nii tervishoiusüsteemi toimimist kui ka laiemat sotsiaalmajanduslikku keskkonda. Haridustase on oluline tervisemõjur, mis mõjutab sissetulekut, töötingimusi, tervisekäitumist ning ligipääsu tervishoiuteenustele. Seetõttu peegeldab oodatava eluea erinevus haridusrühmade vahel tervisealast ebavõrdsust ühiskonnas. Indikaator näitab oodatava eluea erinevust sünnihetkel kõrgeima ja madalaima haridustasemega inimeste vahel ning peegeldab keskmist aastate arvu, mille vastsündinu eeldatavasti elab, kui vaatlusaasta suremusnäitajad püsivad muutumatuna.



2/9

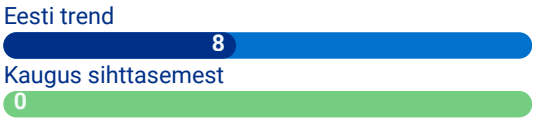
Tulemus on halb

2025. aastal oli Eestis oodatav eluiga sünnihetkel põhikooli või madalama haridusega inimeste hulgas ligikaudu 72 aastat, samal ajal kui kõrgema haridustasemega elanike hulgas ulatus see 83 aastani (Statistikaamet, i). See tähendab, et erinevus madalaima ja kõrgeima haridustaseme vahel on 11 aastat. Võrreldes 2017. aastaga on see lõhe suurenenud 9,7 aastalt 10,6 aastani. 2030. aastaks seatud sihttase eeldab, et oodatava eluea erinevus haridusrühmade vahel väheneb ja oleks vähem kui 8 aasta. Praegune erinevus ületab sihttaset enam kui 2,6 aasta võrra ning senise trendi jätkudes ei ole eesmärgi saavutamine realistlik.



Allikas: Statistikaamet

Rahvusvaheliselt on haridustasemega seotud eluea erinevused levinud kõigis Euroopa riikides. OECD andmetel elavad kõrgema haridusega inimesed Euroopas keskmiselt mitmeid aastaid kauem kui madalama haridusega inimesed ning erinevus ulatub sageli 5–10 aastani (OECD, 2023). Eesti näitaja ületab seda vahemikku, mis viitab sügavamale sotsiaalmajanduslikule ebavõrdsusele. Suurem hariduslik ebavõrdsus on seotud eelkõige tervisekäitumise (suurem suitsetamine), töötingimuste ja sissetulekute erinevustega (väiksemad sissetulekud) (Tillmann et al., 2026).



Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Kuigi oodatav eluiga on pikenenud, on hariduslik ebavõrdsus süvenenud. Madalama haridusega inimesed elavad keskmiselt üle kümne aasta vähem kui kõrgema haridusega inimesed.

Erinevus on seotud muu hulgas majanduslike ja elukeskkonna teguritega ning osutab vajadusele haridus-, sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostöö järele.

Tervise ebavõrdsuse vähendamiseks on oluline edendada tervisekirjaoskust, parandada hariduse ja huvihariduse kättesaadavust ning toetada tööturul osalemist. Samuti aitavad terviseriske vähendada tubaka- ja toidupoliitika meetmed, energiatiheda toidu tarbimist mõjutavad hinnameetmed, lastele suunatud energiatiheda toidu reklaami piiramine ning toidu tervislikkust kajastav märgistus. Tuleb arendada ennetusteenuseid, mis võtavad arvesse ka madalama haridustasemega inimeste vajadusi ja arvamust.

Seotud indikaatorid

- Oodatav eluiga sünnihetkel
- Oodatav eluiga 65-aasta vanuses
- Oodatav eluiga maakondades

5.9 Oma tervist heaks hindavate inimeste osatähtsus haridustaseme järgi

Enesehinnanguline tervis peegeldab inimese üldist taju oma tervisest ning annab olulist teavet elanikkonna heaolu, tervisevajaduste ja tulevase haigestumuse kohta. Haridus on oluline sotsiaaldemograafiline tervisemõjur, mis mõjutab nii terviseharitust, tervisekäitumist kui ka tööturul osalemist ja sissetulekut. Seetõttu peegeldab indikaator tervise ebavõrdsust ning aitab hinnata, kui ühtlaselt on tervise paranemine ühiskonnas jaotunud. Indikaator näitab nende inimeste (vähemalt 16-aastased) osatähtsust, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, eristatuna haridustaseme järgi.

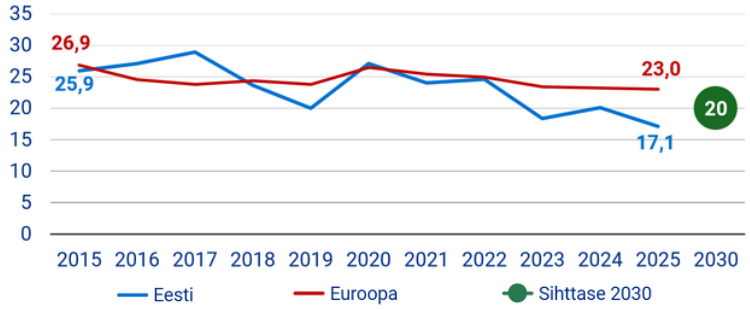


8/9

Tulemus on väga hea

2025. aastal hindas Eestis oma tervist heaks või väga heaks ligi 70% kõrgema haridustasemega inimestest, samal ajal kui põhihariduse või madalama haridusega inimeste hulgas oli see näitaja ligikaudu 53% (Eurostat, k). 2015. aastaga võrreldes on madalama haridustasemega elanike hulgas positiivse tervisehinnanguga inimeste osatähtsus suurenenud 16,5 protsendipunkti, kõrgema haridustasemega inimeste hulgas 8 protsendipunkti. Enesehinnanguline hea tervis on Eestis madalama haridustasemega inimeste seas 2025. aastal vaid natuke madalam kui sama haridusrühma Euroopa keskmine (56%). Aastaks 2030. seatud sihttaseme kohaselt peaks madalaima ja kõrgeima haridusega inimeste vahe olema maksimaalselt 20 protsendipunkti. Kui 2015. aastal oli haridusrühmade vahe ligi 26 protsendipunkti, siis 2025. aastaks on vahe vähenenud 17 protsendipunktini.

Oma tervist heaks või väga heaks hindavate inimeste osatähtsuse erinevus kõrgeima ja madalaima haridustasemete vahel, protsendipunkti



Allikas: Statistikaamet

Rahvusvaheliselt esineb sarnane muster ka teistes Euroopa riikides, kus kõrgema haridusega inimesed hindavad oma tervist oluliselt paremaks (79%) kui madalama haridusega inimesed (56%). Eurostati andmetel on see erinevus Euroopa Liidus keskmiselt 23 protsendipunkti, samas kui Eestis on vastav lõhe väiksem (Eurostat, k). Kõige suurem lõhe on Portugalis (43 protsendipunkti), Horvaatias (42 protsendipunkti) ja Küprosel (40 protsendipunkti) ja kõige väiksem lõhe Rootsis (10 protsendipunkti), Lätis (10 protsendipunkti) ja Norras (14 protsendipunkti). OECD analüüsid näitavad, et erinevused on seotud sissetuleku, tervisekäitumise ja tervishoiuteenuste kättesaadavusega (OECD, 2023).

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga hea (skoor 8).Positiivselt oma tervist hindavate inimeste osatähtsus on suurenenud kõigis haridusrühmades, kuid kasv on olnud suurem madalama haridustasemega inimeste seas. Selle tulemusena on haridusrühmadevaheline erinevus vähenenud ning 2030. aastaks seatud sihttase juba saavutatud.



Samas hindavad madalama haridustasemega inimesed oma tervist jätkuvalt halvemaks, mistõttu on oluline jätkata haridusliku terviseebavõrdsuse vähendamisele suunatud tegevustega. Madalam haridustase on sageli seotud väiksema sissetuleku ja ebasoodsamate töö- ning elutingimustega, mis võivad mõjutada nii terviseseisundit kui ka tervishoiuteenuste kasutamise võimalusi. Samuti võivad haridustasemega seotud erinevused terviseharituses ja tervisekäitumises mõjutada inimeste hinnanguid oma tervisele. Seetõttu on oluline, et tervisedendus- ja ennetustegevused arvestaksid erineva haridustasemega inimeste vajaduste ja võimalustega.

Seotud indikaatorid

- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel
- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel 65-aasta vanuses osatähtsus
- Oma tervist heaks ja väga heaks hindavate vanemaealiste osatähtsus
- Oma tervist heaks ja väga heaks hindavate osatähtsus maakondades
- Oma tervist heaks ja väga heaks hindavate osatähtsus sissetuleku järgi

Komponent – tõhusus

Tõhususe komponent näitab, mil määral saavutatakse terviseteenuste osutamisel ja olemasolevate ressursside, nii tööjõu kui ka rahaliste vahendite, kasutamisel parim võimalik väärtus.

5.10 Pereõdede vastuvõttude osatähtsus perearstiabis

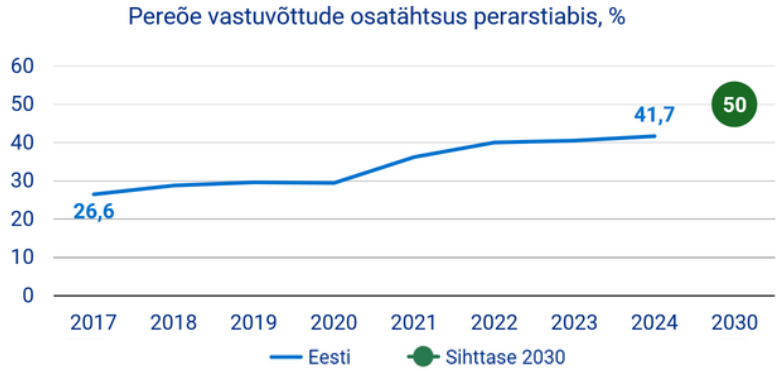
Pereõdede rolli tugevdamine on oluline tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse vaatest, sest see aitab vähendada perearstide töökoormust, parandada teenuste kättesaadavust ning võimaldab keskenduda rohkem ennetusele ja krooniliste haiguste juhtimisele. Eestis rahastab Tervisekassa nimistuga töötava perearsti juures kuni nelja pereõde, kelle tööaeg moodustab vähemalt kaks täistöökohta. Indikaator näitab pereõdede vastuvõttude osatähtsust perearstiabis ning peegeldab õdede rolli suurenemist ja iseseisvumist esmatasandi tervishoiuteenuste osutamisel. Pereõe töövaldkonda kuuluvad tervisedendus, haiguste ennetus, terviseriskide hindamine, krooniliste haigustega patsientide jälgimine ja nõustamine ning õendusteenuste osutamine vastavalt pädevusele.



7/9

Tulemus on hea

Aastatel 2017–2024 suurenes Eestis pereõe vastuvõttude osatähtsus märgatavalt, suurenedes 27%-lt 42%-ni. Kasv on olnud eriti kiire pärast kaugvastuvõttude laiemat kasutuselevõttu 2021. aastal COVID-19 pandeemia ajal (TAI, y). 2030. aastaks seatud sihttase on 50%, mis on praegusest tasemest ligikaudu 8 protsendipunkti kõrgem. Senise arengutempo juures on sihttaseme saavutamine realistlik.



Allikas: TAI

Rahvusvaheliselt on õdede rolli laiendamine esmatasandi tervishoius laialt levinud suund. OECD andmetel on mitmes riigis (nt Suurbritannia, Holland, Soome) õdede iseseisev roll krooniliste haiguste juhtimisel ja ennetuses oluliselt suurenenud, mis on aidanud parandada teenuste kättesaadavust ja efektiivsust (OECD, 2025). Eesti areng liigub samas suunas ning pereõdede suurem kaasatus on kooskõlas rahvusvaheliste parimate praktikatega.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang hea (skoor 7). Pereõdede rolli suurenemine esmatasandi arstiabis on strateegiliselt vajalik ja positiivne suund, mis toetab tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkust ning parandab teenuste kättesaadavust. Sihttaseme saavutamine eeldab jätkuvat süsteemset arendamist, sh pereõdede pädevuste laiendamist ja töökorralduse kohandamist.



Seotud indikaatorid

- Õdede arv 1000 elaniku kohta
- Pereõdede arv 1000 elaniku kohta
- Õe põhiõppe lõpetanute arv 100 000 elaniku kohta
- Teise pereõega töötavate praksiste osatähtsus
- Katmata tervishoiuteenuste vajadus pikkade ooteaegade tõttu
- Tervishoiutöötajate rahulolu töökoormusega
- Täistööajast suurema koormusega töötavate tervishoiutöötajate osatähtsus

5.11 Aktiivravi voodihõive

Voodihõive on oluline tervishoiusüsteemi toimimise näitaja, mis annab ülevaate haiglate suutlikkusest patsiente vastu võtta ning ressursside kasutamise tõhususest. Indikaator näitab aktiivravi voodikohtade täituvust ning peegeldab tasakaalu tervishoiuteenuste nõudluse ja olemasolevate voodikohtade arvu vahel.

Suur voodihõive võib viidata süsteemi ülekoormusele, sest patsientide arvu ootamatu suurenemise korral ei pruugi vabu voodikohti olla piisavalt ning patsientide õigeaegne ravile pääsemine võib olla raskendatud. Samuti võib see suurendada riski, et patsiendid kirjutatakse haiglast välja liiga vara, mis võib omakorda suurendada rehospitaliseerimise tõenäosust. Väiksem voodihõive võib seevastu viidata sellele, et olemasolevaid ressursse ei kasutata täielikult, ning osutada ebatõhusale töökorraldusele või vähesele nõudlusele.

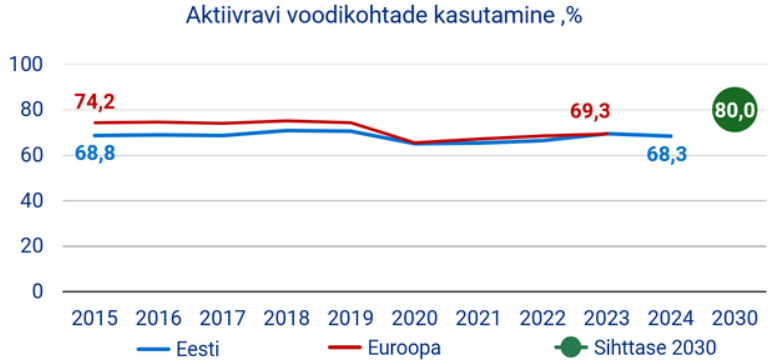


3/9

Tulemus on halb

Eestis on aktiivravi voodihõive viimastel aastatel olnud mõõdukas (68%) ning jäänud alla taseme, mida peetakse optimaalseks ressursikasutuseks (TAI, z). OECD andmetel peetakse haiglate voodihõive optimaalseks tasemeks ligikaudu 75–85%. 2023. aastal olid selles vahemikus Itaalia, Luksemburg, Norra, Šveits ja Portugal (OECD, n). Antud voodihõive vahemik võimaldab süsteemil toimida efektiivselt ja samas säilitada valmisoleku ootamatuteks olukordadeks (OECD, 2025). Eesti näitaja (68%) on püsinud sellest madalamal tasemel, mis viitab teatavale alakasutusele.

2030. aasta sihttase (80%) on seatud selliselt, et voodihõive oleks optimaalses vahemikus ning tagaks nii ressursside tõhusa kasutamise kui ka piisava valmisoleku. Praegune tase jääb sellest optimaalsest vahemikust enam kui kümme protsendipunkti allapoole.



Allikas: OECD, TAI

Rahvusvaheliselt on voodihõive näitajad riigiti erinevad, kuid trendina on paljudes Euroopa riikides haiglavõrku optimeeritud ning voodikohtade arvu vähendatud, suurendades samal ajal ambulatoorsete ja päevakirurgiliste teenuste osatähtsust (OECD, 2025). See tähendab, et väiksem voodihõive ei pruugi alati viidata probleemile, vaid võib peegeldada ka tervishoiusüsteemi struktuurimuutusi.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 3). Voodihõive viitab reserviga süsteemile, mis tähendab, et olemasolevaid ressursse ei pruugita kasutada maksimaalselt tõhusalt. Edasine areng eeldab haiglavõrgu ja teenusekorralduse ülevaatamist ning paremat tasakaalu statsionaarse, päeva- ja ambulatoorse ravi vahel, nt vähem aktiivravivoodeid ja enam õendus- ja järelravivoodeid.



Seotud indikaatorid

- Keskmine haiglaravil viibimise aeg
- Aktiivravivoodite arv 100 000 elaniku kohta
- Päevaravi voodite arv 100 000 elaniku kohta

5.12 Iseseisva statsionaarse õendusabi voodihõive

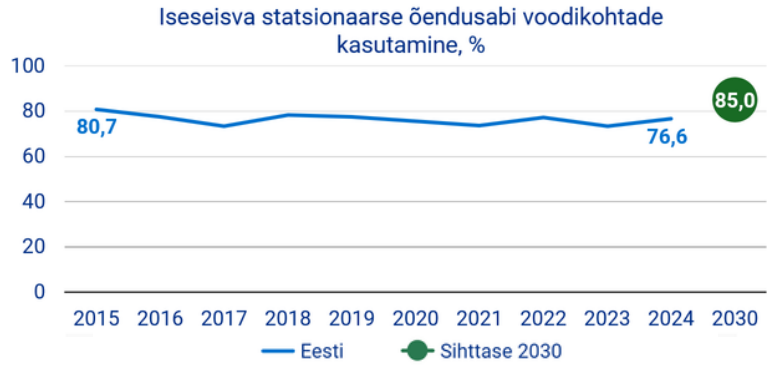
Iseseisev statsionaarne õendusabi on suunatud patsientidele, kes vajavad pidevat õendusabi, kuid ei vaja enam aktiivravi. Voodihõive annab ülevaate sellest, kui hästi on teenuse maht kooskõlas tegeliku vajadusega ning kas olemasolevaid ressursse kasutatakse optimaalselt. Suur voodihõive viitab sellele, et olemasolevaid voodikohti kasutatakse järjepidevalt ja sihipäraselt, mis aitab maksimeerida teenuse kättesaadavust. Samas võib väga suur täituvus viidata piiratud ligipääsule ja pikematele ooteaegadele. Väike voodihõive osutab seevastu ressursside alakasutusele ning võib viidata ebatõhusale töökorraldusele või teenuse vähesele nõudlusele. Indikaator näitab iseseisva statsionaarse õendusabi voodikohtade täituvust ning peegeldab teenuseosutajate töökorralduse ja ressursside (voodikohtade) kasutamise tõhusust.



4/9

Tulemus on muutusteta

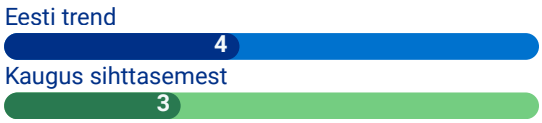
Eestis on iseseisva statsionaarse õendusabi voodihõive viimastel aastatel püsinud ligikaudu 77% (TAI, aa), mis viitab teenuse pidevale nõudlusele ja voodikohtade stabiilsele kasutamisele. 2030. aastaks seatud sihttase (85%) eeldab aga efektiivsemat kasutatavust kui see on praegu.



Allikas: OECD, TAI

Rahvusvaheliselt on pikaajalise õendus- ja hooldusabi voodihõive näitajad seotud eelkõige elanikkonna vananemise ja hooldusvajaduse kasvuga. Euroopa riikides, kus pikaajalise hoolduse teenused on hästi arenenud ja integreeritud, on voodihõive suur ning teenuse nõudlus suurenemas (European Commission, 2021). Samas rõhutavad rahvusvahelised analüüsid, et voodihõive optimaalsus sõltub ka koduhoolduse ja ambulatoorsete teenuste kättesaadavusest. Rahvusvaheliste definitsioonide erisuse tõttu ei kajastu rahvusvaheline võrdlus hindamises.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Voodihõive viitab ressursside suhteliselt tõhusale kasutamisele.



Edasine areng eeldab tasakaalu leidmist statsionaarse õendusabi, koduhoolduse ja ambulatoorsete teenuste vahel. Voodihõive ei kajasta aga järjekordi ega patsientide tegelikku vajadust (nt võis inimene vajada hoopis hooldekodu või koduteenust). Stabiliseerumise põhjuseks võib olla muude teenuste areng või ka patsientide kiirem liikumine süsteemis.

Seotud indikaatorid

- Õdede arv 1000 elaniku kohta
- Leibkondade omaosalus pikaajalisele hooldusele
- Rahalistel põhjustel katmata tervishoiuteenuste vajadus
- Oodatav eluiga sünnihetkel
- Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel

5.13 Keskmine haiglaravil viibimise aeg

Keskmine haiglas viibimise aeg on tasakaalu näitaja: lühem haiglas aktiivravil viibimine aitab vähendada ravikulusid ja suunata patsiendid kiiremini vähem ressursimahukatele teenustele, nagu järelravi või taastusravi. Samas võib liiga lühike haiglas viibimine suurendada rehospitaliseerimise riski, kui patsient kirjutatakse välja enne, kui tema seisund on piisavalt stabiliseerunud. Pikem aktiivravil viibimine võib viidata ravi puudulikule koordineerimisele või viivitustele patsiendi järgmisse ravietappi suunamisel. Indikaator näitab keskmist haiglas aktiivravil viibimise aega ning peegeldab haiglaravi tõhusust ja ravikorralduse kvaliteeti. Tegu on tervishoiusüsteemi toimimise olulise näitajaga, mis aitab hinnata ressursside kasutamist ja patsientide raviteekonna sujuvust.



4/9

Tulemus on muutusteta

Eestis on haiglas keskmine aktiivravil viibimise aeg viimastel aastatel püsinud keskmiselt 5,8 päeva pikkusena (TAI, ab). Aastatel 2015–2019 oli sama näitaja 5,5 päeva. COVID-19 pandeemia ajal pikenes aktiivravil viibimise aeg mõnevõrra ning on seejärel stabiliseerunud praegusele tasemele. Aastaks 2030 seatud sihttaseme (5,4 päeva) saavutamine eeldab aktiivravi keskmise kestuse mõõdukat lühenemist, et tagada optimaalne tasakaal ravi kvaliteedi, patsiendikäsitluse ja tervishoiuressursside tõhusa kasutamise vahel.



Allikas: TAI

Rahvusvaheliselt on keskmine haiglas viibimise aeg Euroopa riikides viimastel aastatel vähenenud, ulatudes keskmiselt ligikaudu 6,2 päevani (erineb riiklikust definitsioonist) (OECD, 2025). Riikides, kus on tugev ambulatoorseabi ja järelravi süsteem, on haiglas viibimise aeg üldjuhul lühem. Samas riikides, kus järelravi võimalused on piiratumad, võib haiglas viibimine olla pikem. Eesti näitaja paikneb rahvusvahelises võrdluses keskmisest veidi madalamal tasemel. Rootsis, Poolas ja Hollandis viibitakse üks päev vähem, samal ajal Itaalias ja Saksamaal ligi üks päev kauem ning Portugalis ja Liechtensteinis kolm päeva kauem.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Haiglaravi kestus on viimastel aastatel püsinud võrdlemisi stabiilne, kuid edasine areng eeldab raviteekonna paremat koordineerimist ning järelravi ja taastusravi teenuste kättesaadavuse parandamist.



Haiglaravikestust mõjutavad mitmed tegurid, sh rahvastiku vananemine, seetõttu on järjest enam patsiente vähemalt 65-aastased, kelle ravi on sageli keerukam ja ajamahukam. Seetõttu on vaja tugevdada nii ennetust kui ka järelravi. Kriitiliselt tähtis on suurendada esmatasandi arstiabi rolli, et pakkuda inimestele vajalikke teenuseid võimalikult kodu lähedal. Lisaks on vaja laiendada õendus-hooldusteenuseid ja arendada integreeritud raviteenuseid.

Seotud indikaatorid

- Haiglavoodite koguarv 100 000 elaniku kohta
- Aktiivravivoodite arv 100 000 elaniku kohta
- Insuldi tõttu pikaleveninud haiglas viibimise aeg
- Reieluukaela murru tõttu pikaleveninud haiglas viibimise aeg
- Operatsioonijärgselt 30 päeva jooksul erakorralised rehospitaliseerimised – valitud protseduuride/operatsioonide kaupa
- Suremus või rehospitaliseerimine isheemilise insuldi tõttu
- Suremus või rehospitaliseerimine südamepuudulikkuse tõttu
- Insuldiga patsientide taastusravile suunatute osatähtsus
- Välditavad hospitaliseerimised astma tõttu
- Välditavad hospitaliseerimised diabeedi tõttu
- Välditavad hospitaliseerimised kõrgvererõhktõve tõttu
- Välditavad hospitaliseerimised kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse tõttu
- Välditavad hospitaliseerimised südamepuudulikkuse tõttu
- Ägeda müokardiinfarkti tõttu kolmekümne päeva suremus
- Isheemilise insuldi tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva suremus
- Hemorraagilise insuldi tõttu hospitaliseeritute kolmekümne päeva suremus

5.14 Geneeriliste ravimite kasutamise osatähtsus ravimite kogumahust

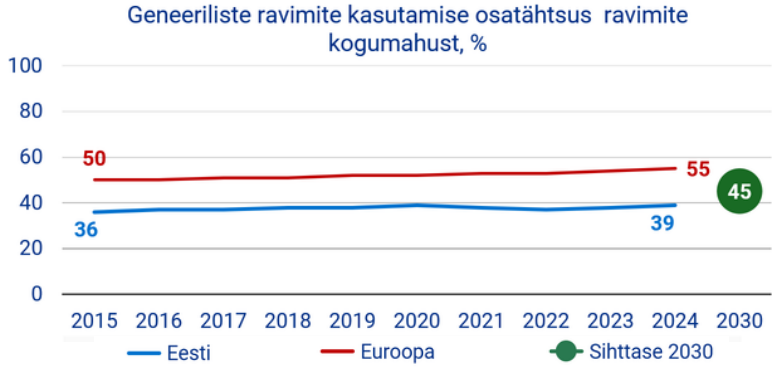
Geneeriline ravim on originaalravimiga sama toimeainet sisaldav ravim, mille toime, ohutus ja kvaliteet on võrreldavad originaalravimiga. Geneerilised ravimid on üldjuhul odavamad ja nende kasutamine aitab vähendada nii patsientide omaosalust kui ka tervishoiusüsteemi kogukulusid. Indikaator näitab geneeriliste ravimite osatähtsust ravimite kogumahust, mis on väljendatud pakendites ning peegeldab ravimite kasutamise ratsionaalsust ja kulutõhusust tervishoiusüsteemis.



4/9

Tulemus on muutusteta

Geneeriliste ravimite kasutamise osatähtsus on Eestis viimastel aastatel olnud suhteliselt stabiilne, ulatudes 2024. aastal 39%-ni (OECD, o). Eesti ravimipoliitika, sh toimeainepõhine retsept, piirhinnasüsteem ja apteekides rakendatav põhimõte soovitada soodsaimat ravimit, on soodustanud geneeriliste ravimite laialdast kasutamist. See viitab ravimikasutuse ratsionaalsuse ja kulutõhususe kasvule. Samal ajal tulevad turule uued ravimid, millel ei ole geneerilist konkurentsi ning inimestel ja riigil ei ole võimalik teha valikut soodsama koopiaravimi kasuks. Mida rohkem tuleb turule uusi innovaatilisi ravimeid, seda väiksemaks muutub paratamatult geneeriliste ravimite osatähtsus ravimimahust. 2030. aastaks seatud sihttase (45%) eeldab geneeriliste ravimite kõrge kasutuse säilimist või suurenemist, et tagada ravimite parem kättesaadavus ja vähendada omaosaluse koormust, eriti väiksema sissetulekuga inimeste hulgas.



Allikas: OECD

Rahvusvaheliselt on geneeriliste ravimite kasutamise osatähtsus riigiti väga erinev. OECD andmetel moodustavad geneerilised ravimid mahuliselt keskmiselt ligikaudu 50–60% ravimite kogutarbimisest, kuid mõnes riigis, näiteks Ühendkuningriigis ja Lätis ületab see 70% ning Itaalias ja Šveitsis vähem kui 30% (OECD, 2025). Eesti kuulub riikide hulka, kus geneeriliste ravimite kasutamine on keskmisest väiksem ning paikneb Euroopa keskmisest madalamal tasemel. Seejuures tuleb arvesse võtta, et Eesti ravimipoliitika võimaldab valida raviks ka originaalravimi, mille hind geneeriliste ravimite turule tulekul samuti langeb, sageli geneeriliste ravimite hinnatasemele.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang muutusteta (skoor 4). Geneeriliste ravimite kasutamise soodustamine aitab tugevdada Eesti tervishoiusüsteemi kulutõhusust ja parandada ravimite kättesaadavust.



Kuigi Eestis juba kasutatakse toimeainepõhist retseptide väljakirjutamist, püsib inimestes endiselt skepsis geneeriliste ravimite suhtes. Seetõttu on oluline suurendada inimeste teadlikkust ja usaldust geneeriliste ravimite osas. Olulist rolli mängivad tervishoiutöötajad, kellel on otsene mõju inimeste ravivalikutele. Seetõttu on oluline arstide, õdede ja apteekrite järjepidev selgitustöö, et patsiendid saaksid selget ja usaldusväärset teavet.

Seotud indikaatorid

- Leibkondade omaosaluse osatähtsus ravimitele
- Ravimite eest tasumise raskustega leibkondade osatähtsus
- Välja ostetud retseptiravimite osatähtsus kõigist välja kirjutatud retseptidest

Komponent – säilenõtkus

Säilenõtkus on tervisesüsteemi, asutuste, üksuste, meeskondade ja töötajate proaktiivne suutlikkus olla muutusteks valmis ning kohaneda kiiresti võimalike probleemidega, mitte neile vastu seista. Samal ajal tagades vastupanuvõime ning teenuste osutamise järjepidevuse ja kvaliteedi. Selle komponendi alla kuuluvad alakomponendid valmisolek ja vaktsineerimine, millest viimane on oluline osa ennetustegevusest, aidates vähendada nakkushaiguste levikut ja toetades tervisesüsteemi võimet kriisidele tõhusalt reageerida.

5.15 55-aastaste ja vanemate töötavate perearstide osatähtsus

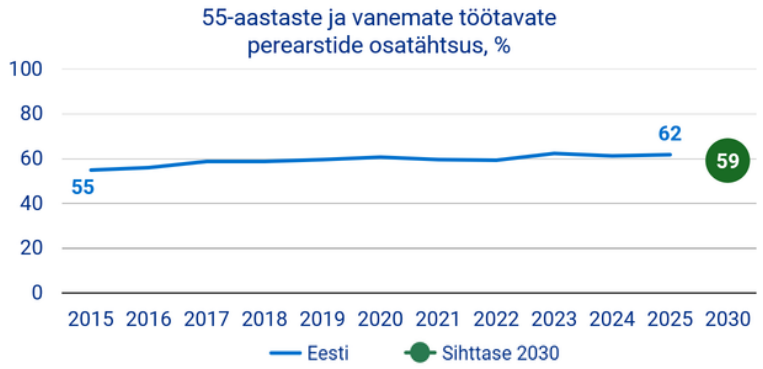
Perearstide vanuseline jaotus on oluline tervishoiusüsteemi toimimise vaates, sest suur eakamate arstide osatähtsus viitab võimalikule tööjõupuudusele lähitulevikus. Näitaja võimaldab hinnata nii lähiaastatel pensionile jäävate perearstide osatähtsust kui ka nooremate arstide tööle asumist ning seeläbi tulevast asendusvajadust. Kuigi osa arste jätkab tööd ka pärast pensioniiga, on süsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks vajalik nooremate perearstide järjepidev lisandumine. Indikaator näitab 55-aastaste ja vanemate töötavate perearstide osatähtsust kõigist töötavatest perearstidest ning peegeldab perearstide vanuselist struktuuri ja tööjõu jätkusuutlikkust esmatasandi tervishoius.



1/9

Tulemus on väga halb

2025. aastal oli Eestis 55-aastaste ja vanemate töötavate perearstide osatähtsus kõigist töötavatest perearstidest 62%. Näitaja on püsinud kõrgel tasemel ning viitab perearstide vananevale koosseisule. 2030. aastaks seatud sihttase on 59%, mis tähendab, et nooremate arstide osatähtsust tuleb suurendada oluliselt. Praegune näitaja ületab sihttaset kolme protsendipunkti võrra ning senise trendi juures ei ole sihttaseme saavutamine realistlik ilma täiendavate meetmeteta.



Allikas: TAI

Rahvusvaheliselt on arstide vananemine laialt levinud probleem. Eurostati andmetel on paljudes riikides üle kolmandiku arstidest vähemalt 55-aastased ning mitmes riigis ulatub nende osatähtsus üle 40% (nt Bulgaaria, Itaalia, Läti, Eesti) (Eurostat, 2025). Rahvusvaheliselt perearste eraldi ei hinnata ja seetõttu ei kajastu rahvusvaheline võrdlus hindamises.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 1). Perearstide vanuseline struktuur viitab lähiaastatel selgele riskile tööjõupuuduse süvenemiseks esmatasandi tervishoius.

Eesti trend

1

Kaugus sihttasemest

0

Olukorra parandamiseks on vaja suurendada perearstide järelkasvu. See tähendab nii peremeditsiini residentuurikohtade täitmist kui ka eriala muutmist arstide jaoks atraktiivsemaks. Kindlasti on vaja toetada noorte perearstide tööle asumist esmatasandil ning tagada töötingimused, mis soodustavad perearstide püsimist süsteemis. Vaja oleks ümber vaadata ka perearstiabi mudel, kus võiks rakendada enam meeskonnapõhist lähenemist – suurem roll nii pereõdedel, kliinilistel assistentidel ja teistel tervishoiutöötajatel, mis annaks omakorda perearstile võimaluse keskenduda keerulisemate juhtumite lahendamisele.

Seotud indikaatorid

- Arstide arv 1000 elaniku kohta
- Õdede ja arstide suhe
- Arsti põhiõppe lõpetanute arv 100 000 elaniku kohta
- Täistööajast suurema koormusega töötavate tervishoiutöötajate osatähtsus
- Välismaal põhiõppe lõpetanud arstide osatähtsus

5.16 Laste vaktsineerimisega hõlmatus difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi, Haemophilus influenzae tüüp b (Hib) ja B-viirushepatiidi vastu

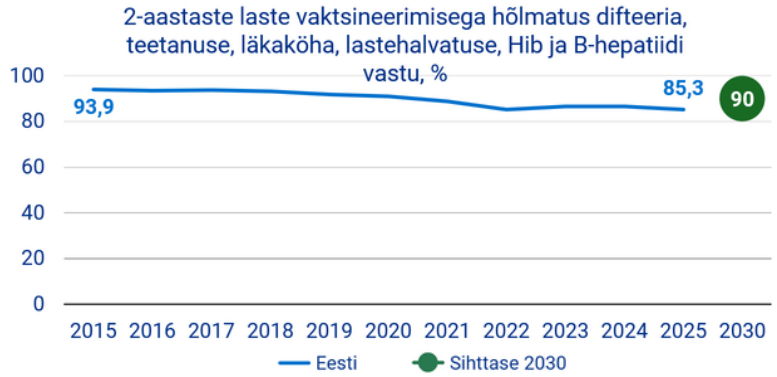
Vaktsineerimine on üks ohutumaid, tõhusamaid ja kulutõhusamaid nakkushaiguste ennetamise meetmeid, pakkudes nii individuaalset kui ka kollektiivset kaitset. Laialdane vaktsineerimisega hõlmatus on oluline haiguspuhangute ennetamiseks ning nende inimeste kaitsmiseks, keda ei saa meditsiinilistel põhjustel vaktsineerida. Seetõttu kasutatakse vaktsineerimisega hõlmatust rahvatervishoiu seires ühe olulisema näitajana. Indikaator näitab 2-aastaste laste osatähtsust kes on täielikult vaktsineeritud difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi, Hib-infektsiooni ja B-viirushepatiidi vastu (DTPa-IPV-Hib-HepB3) vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale.



0/9

Tulemus on väga halb

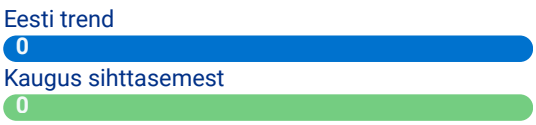
Eestis on näitaja viimase kuue aasta jooksul olnud üldiselt langustrendis. Viimased neli aastat on vaktsineerimisega hõlmatus jäänud alla sihttaseme. 2023. ja 2024. aastal oli hõlmatus ligikaudu 87% ning langenud 2025. aastaks 85%ni, mis on madalam kui sihttase (90%) (Terviseamet, c). 2022. aasta tulemust tuleb tõlgendada ettevaatusega, sest näitaja väiksem väärtus võis tuleneda andmekogumise meetodi muutusest ja sellega kaasnenud alaraporteerimisest. 2030. aastaks seatud sihttase on 90%. Praegune tase jääb sihttasemest ligikaudu 5 protsendipunkti väiksemaks ning senise langustrendi juures ei ole eesmärgi saavutamine realistlik ilma täiendavate meetmeteta.



Allikas: Terviseamet

Rahvusvahelises võrdluses kasutatakse sarnaste vaktsiinide hõlmatuse hindamisel WHO ja UNICEF-i andmeid, mille kohaselt peaks difteeria, teetanuse ja läkaköha vastu vaktsineerimise hõlmatus olema vähemalt 95%, et tagada kollektiivne immuunsus (WHO, 2023). Kasutatavate andmete erinevuste tõttu ei ole rahvusvahelised andmed Eesti andmetega üksüheselt võrreldavad ning neid ei ole seetõttu hindamisel arvesse võetud. Paljudes Euroopa riikides ületab hõlmatus selle taseme, kuid mitmes riigis on täheldatud langustrendi, mis on seotud vaktsineerimiskõhkluse ja COVID-19 pandeemia mõjudega (ECDC, 2023). Eesti näitaja jääb nii WHO soovitusest kui ka mitme Euroopa riigi tasemest madalamaks.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 0). Vaktsineerimisega hõlmatus on vähenenud ning püsib nii alla riikliku sihttaseme kui ka rahvusvahelise soovituse.



Vaktsineerimisega hõlmatuse suurendamiseks ei piisa üksnes lastevanemate teadlikkuse parandamisest, vaid vaja on tervishoiusüsteemi aktiivset rolli, vaktsineerimise head kättesaadavust ja toetavaid tehnilisi lahendusi. Oluline on kasutada ennetavat kutsesüsteemi ja meeldetuletusi, mis teavitavad lähenevast või möödunud vaktsineerimisajast. Samuti on oluline roll eeskätt perearstidel ja -õdedel. Näiteks olenemata külastuse põhjusest, kontrollida üle ka vaktsineerimise staatus ja vajaduse korral pakkuda kohest vaktsineerimist. Samuti on oluline parandada lapsevanemate teadlikkust ja riskitaju. Meetmete kavandamisel tuleks lähtuda andmetest ning suunata täiendavaid ressursse piirkondadesse, kus vaktsineerimiskõhklus on rohkem levinud.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta

5.17 Laste vaktsineerimisega hõlmatus leetrite, mumpsi ja punetiste vastu

Indikaator näitab 2-aastaste laste osatähtsust, kes on saanud MMR1 vaktsiini (leetrid, mumps, punetised) vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale. Vaktsineerimine on kõige tõhusam viis nende haiguste vältimiseks ning tagab nii individuaalse kui ka kollektiivse kaitse. Kõrge hõlmatus on eriti oluline leetrite ja punetiste leviku tõkestamiseks. Eesti osaleb WHO leetrite ja punetiste elimineerimise programmis, mille eesmärk on katkestada haiguste kohalik levik. Selle saavutamiseks peab võimalikult suur osa lastest olema vaktsineeritud juba varases lapseeas.



2/9

Tulemus on halb

MMR1 vaktsiiniga hõlmatus on viimase seitsme aasta jooksul olnud langustrendis ning viimased neli aastat on näitaja püsinud alla sihttaseme. Alates 2022. aastast, kui vaktsineerimise seireks hakati kasutama tervise infosüsteemi andmeid, on hõlmatus püsinud 81–83% vahel. See on selgelt madalam, kui 2030. aastaks seatud sihttase 90%. 2022. aasta järsk madal tulemus võis olla seotud tervise Infosüsteemi andmetele üleminekuga ja andmete alaraporteerimisega, mistõttu ei ole tulemus varasemate aastatega täielikult võrreldav. Praegune tase jääb sellegipoolest sihttasemest ligikaudu 7 protsendipunkti võrra madalamaks.



Allikas: Terviseamet

WHO soovituste kohaselt on leetrite ja punetiste elimineerimiseks vajalik vähemalt 95% vaktsineerimisega hõlmatus (WHO, 2022b). Euroopa Haiguste Ennetamise ja Tõrje Keskuse andmetel on mitmes Euroopa riigis hõlmatus langenud alla soovitusliku taseme ning 2023. aastal jäi alla 95% kaetuse ligikaudu kolmandik riikidest (ECDC, 2025d). Eesti kuulub nende riikide hulka, kus hõlmatus on madalam ning risk haiguspuhanguteks suurem. Kasutatavate andmete erinevuste tõttu ei ole rahvusvahelised andmed Eesti andmetega üksüheselt võrreldavad ning neid ei ole seetõttu hindamisel arvesse võetud.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Vaktsineerimisega hõlmatus on vähenenud ning jääb nii alla riikliku sihttaseme kui ka WHO soovituse.



Vaktsineerimisega hõlmatuse suurendamiseks ei piisa üksnes lastevanemate teadlikkuse parandamisest, vaid vaja on tervishoiusüsteemi aktiivset rolli, vaktsineerimise head kättesaadavust ja toetavaid tehnilisi lahendusi. Oluline on kasutada ennetavat kutsesüsteemi ja meeldetuletusi, mis teavitavad lähenevast või möödunud vaktsineerimisajast. Samuti on oluline roll eeskätt perearstidel ja -õdedel. Olenemata külastuse põhjusest võiks üle kontrollida ka vaktsineerimise staatuse ja vajaduse korral pakkuda kohest vaktsineerimist. Samuti on oluline parandada lapsevanemate teadlikkust ja riskitaju. Meetmete kavandamisel tuleks lähtuda andmetest ning suunata täiendavaid ressursse piirkondadesse, kus vaktsineerimiskõhklus on rohkem levinud ja suhelda kõhklejatega argumenteeritult.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Vaktsiinvälditavate haiguste esinemissagedus 100 000 elaniku kohta – Leetrid

5.18 Laste revaktsineerimisega hõlmatus leetrite, mumpsi ja punetiste vastu

Pikaajalise immuunsuse tagamiseks ja haiguspuhangute vältimiseks on vajalik 14-aastaste hulgas revaktsineerimine. Leetrite, mumpsi ja punetiste vastase vaktsiiniga (MMR2) hõlmatus on oluline näitaja, mis peegeldab nii vaktsineerimissüsteemi toimimist kui ka elanikkonna usaldust vaktsineerimise vastu. Ebapiisav hõlmatus suurendab leetrite ja teiste nakkushaiguste leviku riski ning ohustab kollektiivset immuunsust. Indikaator näitab 14-aastaste laste osatähtsust, kes on saanud leetrite, mumpsi ja punetiste vastase vaktsiini kordusdoosi (MMR2) vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale.



0/9

Tulemus on väga halb

Alates 2015. aastast on MMR2 vaktsiiniga vaktsineerimise hõlmatus Eestis olnud langustrendis (Terviseamet, d). Viimase kolme aasta andmed põhinevad tervise infosüsteemi andmetel ning võivad olla mõnevõrra alaraporteeritud, kuid üldine suund on selgelt kahanev. Kuigi 2025. aastal suurenes MMR2 vaktsineerimisega hõlmatus võrreldes eelneva aastaga veidi, ulatus see siiski vaid 75%-ni ning jäi märkimisväärselt alla varasemate aastate tasemele. 2030. aastaks seatud sihttase on 80%, kuid ka see jääb praeguste tulemuste põhjal saavutamata. Samal ajal soovitab WHO leetrite, mumpsi ja punetiste tõhusaks tõrjeks ja karjaimmuunsuse saavutamiseks vähemalt 95% vaktsineerimisega hõlmatust, mis tähendab, et ka seatud sihttase jääb rahvusvahelistest soovitustest oluliselt madalamaks.



Allikas: Terviseamet

Rahvusvahelises võrdluses on MMR2 vaktsiiniga hõlmatus viimastel aastatel vähenenud paljudes Euroopa riikides. Kuigi rahvusvaheliselt on andmed olemas, ei sisalda käesolev hinnang rahvusvahelist võrdlust, sest vaktsineerimiskavad ja -korraldus on riigiti erinevad. 2024. aastal ei saavutanud üle poole Euroopa riikidest WHO soovitatud 95% taset ning ligi kolmandikus riikides jäi hõlmatus alla 90% (ECDC, 2025d). See viitab laiemale probleemile, kus vaktsineerimiskõhklus ja teenuste kättesaadavus on vähendanud vaktsineerimisega hõlmatust. Eesti paikneb nende riikide hulgas, kus hõlmatus on ebapiisav.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang väga halb (skoor 0). Kuigi 2025. aastal on näha väikest paranemist, püsib hõlmatus nii alla riikliku sihttaseme kui ka rahvusvahelise soovituse.



Keskse tähtsusega võiks olla kooliõe selgitustöö vaktsineerimise tähtsusest oma tervise hoidmisel. Samuti on oluline roll perearstidel ja -õdedel. Nt olenemata külastuse põhjusest kontrollida üle ka vaktsineerimise staatus ja vajaduse korral pakkuda kohest vaktsineerimist. Kindlasti on oluline ka üldise teadlikkuse ja riskitaju suurendamine nii noortel kui nende vanematel.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta
- Vaktsiinvälditavate haiguste esinemissagedus 100 000 elaniku kohta – Leetrid

5.19 Vanemaealiste vaktsineerimisega hõlmatus hooajalise gripi vastu

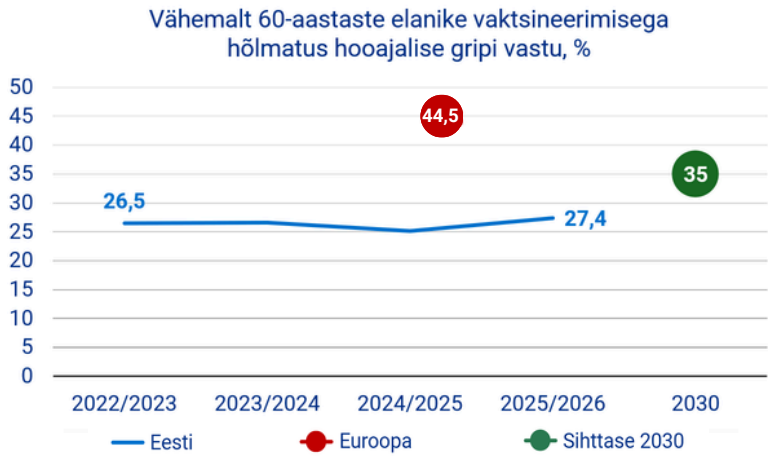
Indikaator näitab vähemalt 60-aastaste inimeste osatähtsust, kes on vaktsineeritud hooajalise gripi vastu. Tegu on prioriteetse sihtrühmaga, sest vanemaealistel on suurem risk raskete gripitüsistuste tekkeks, suurem hospitaliseerimise vajadus ning suurem gripiga seotud suremus võrreldes nooremate vanuserühmadega. Eestis vaktsineeritakse vähemalt 60-aastaste vanuserühma gripi vastu ravikindlustuse eelarvest ja omaosaluseta, eesmärgiga vähendada haiguskoormust ning suurendada riskirühmade hõlmatust. Kuni 2022. aastani hinnati hõlmatust vähemalt 65-aastaste vanuserühmas, alates 2023. aastast hinnatakse seda vähemalt 60-aasaste vanuserühmas ning gripihooaegade lõikes (nt 2024/2025).



2/9

Tulemus on halb

Vaktsineerimisega hõlmatus on Eestis püsinud stabiilselt madalal tasemel. Pärast vaktsiini hüvitamise laiendamist nooremale vanuserühmale on hõlmatus suurenenud 0,9 protsendipunkti. 2030. aastaks seatud sihttase on 35%, mis on peaaegu poole väiksem kui rahvusvaheline soovitus, et vaktsineerimiseprogramm oleks epidemioloogiliselt tõhus. Rahvusvaheliselt soovitab WHO ning Euroopa Liit, et riskirühmades (vähemalt 65-aastaste vanuserühmas) peaks gripivastase vaktsineerimisega hõlmatus olema vähemalt 75% (ECDC, b).



Allikas: ECDC, Terviseamet

Euroopa riikides on hooajalise gripivastase vaktsineerimisega hõlmatus väga erinev: mõnes riigis (nt Taani, Ühendkuningriik) läheneb see soovituslikule tasemele, samas kui mitmes riigis (nt Lätis, Eestis, Horvaatias) jääb hõlmatus oluliselt madalamaks (ECDC, 2025e). See viitab probleemidele nii teadlikkuses kui ka teenuse kasutamises.

Kokkuvõttes on indikaatori hinnang halb (skoor 2). Hõlmatus on väike ja jääb märkimisväärselt alla nii riiklikule sihttasemele kui ka rahvusvahelistele soovitustele.



Olukorra parandamiseks on vaja suurendada riskirühma teadlikkust nii vaktsineerimise tähtsusest kui ka erinevatest vaktsineerimisvõimalustest, näiteks apteekides. Samuti on oluline perearstikeskuste aktiivsem kaasamine vaktsineerimise korraldamisse. Lisaks tuleb parandada vaktsineerimisandmete hõivet ja kvaliteeti, et tagada seireks vajalikud andmed.

Seotud indikaatorid

- Ennetusega välditav suremus 100 000 elaniku kohta

Kasutatud kirjandus

Ahmad, I., Jasim, S.A., Sharma, M.K., et al. (2024). New paradigms to break barriers in early cancer detection for improved prognosis and treatment outcomes. J Gene Med. 2024; 26(8):e3730. DOI: 10.1002/jgm.3730.

Albardan, L., Platat, C. (2025). A holistic exploration of the psychosocial, environmental, neurobiological, and individual factors influencing children's food choices: A narrative review. *Frontiers in Nutrition*, 12, 1645293.

Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., et al. (2018) Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. The Lancet, 2018; 391, 1023-1075. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3.

Betran, A.P., Torloni, M.R., Zhang, J.J., Gülmezoglu, A.M. for the WHO Working Group on Caesarean Section*. (2016) WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG 2016; 123: 667–670. DOI: https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526

Cosma, A., Molcho, M., and Pickett, W. (2024). A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey: volume 2. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1d8d101a-e414-4635-a1dc-5cb50ed2b5da/content.

De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., Trama, A., Visser, O., Brenner, H., Ardanaz, E., Bielska-Lasota, M., Engholm, G., Nennecke, A., Siesling, S., Berrino, F., & Capocaccia, R. (2013). Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE--5-a population-based study. The Lancet. Oncology, 15 1, 23-34 . https://doi.org/10.1016/s1470-2045(13)70546-1.

Elmadani, M., Mokaya, P.O., Omer, A.A.A. et al. Cancer burden in Europe: a systematic analysis of the GLOBOCAN database (2022). BMC Cancer 25, 447 (2025). https://doi.org/10.1186/s12885-025-13862-1

Eniu, A., & Antone, N. (2018). Access to Affordable Breast Cancer Care in Eastern Europe. Current Breast Cancer Reports, 10, 170-178. DOI: https://doi.org/10.1007/s12609-018-0285-8.

ECDC. (2023). Seasonal influenza vaccination strategies. Kasutatud 07.06.2026.

ECDC. (2023b). Childhood vaccination coverage in Europe.

ECDC. (2025a). HIV/AIDS surveillance in Europe 2025 report. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e58c9bc0-7c5b-4002-90b7-08cc07c62427/content

ECDC. (2025b).Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2025 report. SURVEILLANCE REPORT. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2018

ECDC. (2025c). A mapping and review of sexual behaviour survey data for the prevention of sexually transmitted infections in the EU/EEA, 2019–2024. Stockholm: ECDC; 2025.

ECDC. (2025d). Measles Annual Epidemiological Report for 2024. Stockholm: ECDC; 2025.

ECDC. (2025e). Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries, 2024/25. Stockholm: ECDC; 2025.

ECDC. (2026). ECDC highlights HPV vaccination for European Immunisation Week.

EEA. (2025). European bathing water quality in 2024.

EEA. (2026). Air pollution.

Eesti Koostöö Kogu.

EUDA. (2025). Drug-induced deaths situation (FAQ drug-induced deaths in Europe)

Eurobaromeeter. (2010). Organ donation and transplantation. Kasutatud 05.03.2026.

European Commission. (2021). Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles, Publications Office, 2021. DOI: 10.2767/183997

Euroopa Komisjon. Elundid. Kasutatud 05.03.2026.

European Society of Cardiology. (2023). Ravijuhend. 2023 Acute Coronary Syndromes.

European Stroke Organisation. Ravijuhendid.

Euro-Peristat. (2022). European perinatal health report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019.

Eurostat. (2025). Statistics Explained. Unmet health care needs statistics. Kasutatud 08.03.2026

Eurostat. EU-Statistics on Income and Living Conditions overview. Overview - Income and living conditions - Eurostat. Kasutatud 25.03.2026.

Eurostat. (2026). Statistics Explained. Preventable and treatable mortality statistics. Kasutatud 08.06.2026

Eurostat. (2026). News articles. Deaths by suicide in the EU: a slight decline in 2023 . Kasutatud 27.09.2026

Eurostat. Statistics Explained. Preventable and treatable mortality statistics. Kasutatud 08.06.2026

Eurostat. Cancer screening statistics. Kasutatud 08.06.2026.

Eurostat. (2025). Medical workforce in the EU: an ageing profession. Kasutatud 04.06.2026.

Eurostat, a. Statistika andmebaas. Healthy life years by sex statistics. DOI:10.2908/hlth_hlye. Kasutatud 06.04.2026.

Eurostat, b. Statistika andmebaas. Self-perceived health by sex, age and income quintile. DOI: 10.2908/hlth_silc_10. Kasutatud 06.04.2026.

Eurostat, c. Statistika andmebaas. Overall life satisfaction by sex, age and educational attainment. DOI: 10.2908/ilc_pw01. Kasutatud 07.05.2026.

Eurostat, d. Statistika andmebaas. Standardised preventable and treatable mortality. DOI: 10.2908/sdg_03_42. Kasutatud 06.04.2026.

Eurostat, e. Statistika andmebaas. Death due to accidents, by sex. DOI: 10.2908/tps00125 . Kasutatud 06.04.2026.

Eurostat, f. Statistika andmebaas. Death due to suicide, by sex. DOI: 10.2908/tps00122 . Kasutatud 06.04.2026.

Eurostat, g. Statistika andmebaas. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile. DOI:10.2908/hlth_silc_08. Kasutatud 06.06.2026.

Eurostat, h. Statistika andmebaas. Self-reported unmet needs for dental examination by sex, age, main reason declared and income quintile. DOI: 10.2908/hlth_silc_09. Kasutatud 06.04.2026

Eurostat, i. Statistika andmebaas. Persons visiting a doctor in the last 12 months by sex, age, level of disability (activity limitation), medical specialty and number of visits. DOI: 10.2908/ilc_hch20 . Kasutatud 11.05.2026.

Eurostat, j. Statistika andmebaas. Self-reported unmet needs for dental examination by sex, age, main reason declared and groups of country of birth. DOI: 10.2908/hlth_silc_31. Kasutatud 11.05.2026.

Eurostat, k. Statistika andmebaas. Self-perceived health by sex, age and educational attainment level. DOI: https://doi.org/10.2908/HLTH_SILC_02. Kasutatud 11.06.2026.

Farkas, B.F., Takacs, Z.K., Kollárovics, N., Balázs, J. (2024) The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Oct;33(10):3439-3458. DOI: 10.1007/s00787-023-02264-y.

Folkhäsomundigheten (Fohm). Statistika andmebaas. Utsätts för andras tobaksrök på olika platser, vuxna efter ålder, kön och år. Andel (procent). Kasutatud 10.07.2026.

Genitsaridi I, Salpea P, Salim A et al. (2025). 11th edition of the IDF Diabetes Atlas: global, regional, and national diabetes prevalence estimates for 2024 and projections for 2050
The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2025; 14, 149-156. DOI: https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00299-2**.**

Geoworld. (2025). The World's Most Diligent Dental Visitors, 2025 (Ranking Dental Visits by Country). Kasutatud 17.06.2026.

Hassani, S., Lindman, A.S., Kristoffersen, D.T., Tomic, O., Helgeland, J. (2015). 30-Day Survival Probabilities as a Quality Indicator for Norwegian Hospitals: Data Management and Analysis. PLoS One. 2015 Sep 9;10(9): e0136547. DOI: 10.1371/journal.pone.0136547. PMID: 26352600; PMCID: PMC4564217.

Hay S, Ong K, Santomauro D et al. (2025). Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023
The Lancet, 406, 1873-1922. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01637-X.

HBSC. (2023). Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): https://data-browser.hbsc.org.

IHME. GBD Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. VizHub - GBD Results. Kasutatud 07.03.2026.

Jug, B., Furlan, T., Ravnikar, T., Farkas Lainscak, J., Lainscak, M., Novakovic, M., Dosenovic Bonca, P., Fras, Z. (2024). Increased nation-wide uptake after establishment of comprehensive outpatient cardiac centres in Slovenia: an interrupted time-series, European Journal of Preventive Cardiology, Volume 31, Issue Supplement_1, June 2024, zwae175.220, DOI: https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwae175.220.

Karaman S, Ürek D, Bilgin Demir İ, Uğurluoğlu Ö, Işık O. (2020) The Impacts of Healthcare Spending on Health Outcomes: New Evidence from OECD Countries. Erciyes Med Journal 42(2): 218–22. DOI: 10.14744/etd.2020.80393.

Kantar Emor. (2025). Eesti elanike hinnangud arstiabile 2025. Tervisekassa.

Kiivet, R-A., Raag, M. (2022). Eestis töötavad õed ja arstid vananevad. Eesti Arst 101(3):153–160.

Kõrgemaa, U. (2025). Eesti haiglaõdede tagasivaade hariduse, töökeskkonna ja õenduse arengule läbi kolme aastakümne. Tallinna Ülikool, Tallinn. DOI: https://doi.org/10.60518/etera/94.

Lepnurm, M. (2025). Eesti rahvastiku haiguskoormus 2023. aastal. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Manzano, A., Svedman, C., Hofmarcher, T., Wilking, N. (2025). Comparator Report on Cancer in Europe 2025 - Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostics. IHE REPORT 2025:2. IHE: Lund, Sweden.

Murray, C.J.L, Lopez, A.D, World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health (1996). The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 / edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. Boston: Harvard School of Public Health. https://iris.who.int/handle/10665/41842.

NORDCAN. Data visualization. Survival – Trends.

NHN. (2026).https://vbhcprize.com/netherlands-heart-network/

OECD, a. OECD Data explorer. Alcohol consumption. Kasutatud 15.06.2026.

OECD, b. OECD Data explorer. Patient Safety. Kasutatud 15.06.2026.

OECD, c. OECD Data explorer. Primary care. Asthma hospital admission.Kasutatud 06.05.2026.

OECD, d. OECD Data explorer. Primary care. Diabetes hospital admission. Kasutatud 06.05.2026.

OECD, e. OECD Data explorer. Acute care. Acute my ocardial infarction 30-day mortality . Kasutatud 06.05.2026.

OECD, f. OECD Data explorer. Acute care. Ischaemic stroke 30-day mortality. Kasutatud 06.05.2026.

OECD, g. OECD Data explorer. Physicians. Practicing physicians. Kasutatud 29.04.2026.

OECD, h. OECD Data explorer. Physicians. Physicians by categories. Kasutatud 29.04.2026.

OECD, i. OECD Data explorer. Nurses. Professionally active. Kasutatud 29.04.2026.

OECD, j. OECD Data explorer. Health expenditure and financing. Household out-of-pocket payments Kasutatud 15.07.2026.

OECD, k. OECD Data explorer. Health expenditure and financing. Household out-of-pocket payments. Dental curative care. Kasutatud 15.07.2026.

OECD, l. OECD Data explorer. Health expenditure and financing. Household out-of-pocket payments. Long-term care (health). Kasutatud 15.07.2026.

OECD, m. OECD Data explorer. Healthcare coverage. Kasutatud 15.07.2026.

OECD, n. OECD Data explorer. Healthcare utilisation. Kasutatud 08.05.2026.

OECD, o. OECD Data explorer. Generic market. Kasutatud 12.05.2026.

OECD. (2021a). Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. DOI: https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

OECD. (2021b). *Health at a Glance 2021*: *OECD Indicators*. Pariis: OECD Publishing, 2021. DOI: https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en.

OECD. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*: *State of Health in the EU Cycle*. Pariis: OECD Publishing, 2022. DOI: https://doi.org/10.1787/507433b0-en

OECD. (2023a). Eesti tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistik. Pariis: OECD Publishing, 2023

OECD. (2023b). *Health at a Glance 2023*: *OECD Indicators*. Pariis: OECD Publishing, 2021. DOI: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.

OECD. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024*. Pariis: OECD Publishing, 2024. DOI: https://doi.org/10.1787/23056088.

OECD. (2025a). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Pariis: OECD Publishing, 2025.DOI: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

OECD. (2025b). EU Country Cancer Profiles. DOI: https://doi.org/10.1787/55f07000-en.

OECD. (2026). *Learning through national Health System Performance Assessment (HSPA): Emerging findings from OECD countries. s.l.* : Paris, OECD. DOI: https://doi.org/10.1787/2fa1314a-en

Part K, Laanpere M, Ringmets I, Eltermaa M, Hein M, Kond K, Tõniste G, Alafrange M, Paju K, Lõhmus L, Karro H. Eesti naiste tervis 2024: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Uurimisaruanne. Tartu: Tartu Ülikooli naistekliinik ja seksuaaltervise uuringute keskus, 2025.

Piksööt, J., Oja, L. (2023). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2021/2022 õppeaasta tabelid. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2023.

Postimees. (2026). Dr Villem Teder hoiatab: tõukerattaga kukkumine lõpeb üllatavalt sageli luumurruga. Kasutatud 25.05.2026.

Ravimiamet. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. THT030: Apteekide töötajad apteegi liigi ja maakonna järgi. Kasutatud 14.05.2026.

Reile, R., Põlajev, A., Saavaste, J. (2025) Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2024. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Sildver, K. (2025). Operative deliveries in Estonia and Finland, 1992–2023. Doktoritöö. Tartu Ülikooli kirjastus.

Sisask, M. (toim). (2023). Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu. Tallinn: SA Eesti Koostöö Kogu. 2023.

Solé-Auró, A., Permanyer, I., Luy M., et al. (2025). Promoting healthy ageing in the EU: unravelling the interplay between health and socio-demographic factors. European Parliamentary Research Service; 2025.
Sotkanet. Statistika andmebaas. Non-smoking persons aged 15 - 64 exposed daily to tobacco smoke at workplace, as % of total population of same age (up to 2014)

Statistikaamet, a. Statistika andmebaas. TH75: Tervena elada jäänud aastad soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 15.02.2026.

Statistikaamet, b. Statistika andmebaas. RV045: Oodatav eluiga sünnimomendil ja elada jäänud aastad soo ja vanuse järgi. Kasutatud 15.02.2026.

Statistikaamet, c. Statistika andmebaas. TH77: 16-aastasted ja vanemad soo, vanuserühma ja terviseseisundi järgi. Kasutatud 15.02.2026.

Statistikaamet, d. Statistika andmebaas. TH753: TERVENA ELADA JÄÄNUD AASTAD | Aasta, Maakond, Vanus ning Sugu. Kasutatud 15.07.2026.

Statistikaamet, e. Statistika andmebaas.RV0452: OODATAV ELUIGA SÜNNIMOMENDIL JA ELADA JÄÄNUD AASTAD MAAKONNA, SOO JA VANUSERÜHMA JÄRGI. Kasutatud 15.07.2026.

Statistikaamet, f. Statistika andmebaas.TH79: 16-AASTASED JA VANEMAD | Näitaja, Elukoht, Terviseseisund ning Vaatlusperiood. Kasutatud 15.07.2026.

Statistikaamet, g. Statistika andmebaas. TH754: TERVENA ELADA JÄÄNUD AASTAD HARIDUSE, SOO JA VANUSE JÄRGI. Kasutatud 10.06.2026

Statistikaamet, h. Statistika andmebaas. LES21: 16-AASTASTE JA VANEMATE VAESUSE JA ILMAJÄETUSE MÄÄR HARIDUSTASEME, VANUSERÜHMA JA SOO JÄRGI. Kasutatud 10.06.2026

Statistikaamet, i. Statistika andmebaas. RV0454: OODATAV ELUIGA SÜNNIMOMENDIL JA ELADA JÄÄNUD AASTAD HARIDUSE, SOO JA VANUSRÜHMA JÄRGI. Kasutatud 11.06.2026.

Zhong, Y., Zhang, Z.W., Ding, J.H. et al. What are the correlates of non-suicidal self-injury in children and adolescents? An umbrella systematic review of global evidence. (2026) Mol Psychiatry 31, 5135–5144. DOI: https://doi.org/10.1038/s41380-026-03605-4

Zielonke, N., Gini, A., Jansen, E., Anttila, A., Segnan, N., Ponti, A., Veerus, P., De Koning, H., Van Ravesteyn, N., & Heijnsdijk, E. (2020). Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: A systematic review. *European journal of cancer.* DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.12.010.

Zimmermann, M-L., Innos, K., Baburin, A., Paapsi, K., Mägi, M. (2026). Vähk Eestis: haigestumus 2023 ja elulemus 2019–2023. Fookusteema: staadiumispetsiifiline haigestumus 2012–2023. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2026.

TAI, a. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. TER01: Rahvastiku tervisekaotus, suremuskaotus ja haiguskaotus soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 19.03.2026.

TAI, b. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. VIG11: Vigastuste välispõhjused 100 000 elaniku kohta soo, vanuserühma ja elukoha järgi. Kasutatud 22.06.2026.

TAI, c. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. VIG10: Vigastuste välispõhjused soo, vanuserühma ja elukoha järgi. Kasutatud 22.06.2026.

TAI, d. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. TB11: Tuberkuloosi haigestumuskordajad 100 000 inimese kohta soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 22.06.2026.

TAI, e. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. SD61: Ennetusega välditavad surmad surma põhjuse, soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 02.06.2026.

TAI, f. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. SD22: Surmad 100 000 elaniku kohta põhjuse, soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 15.02.2026.

TAI, g. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. SD40: Surmad alkoholi tarvitamisest põhjustatud haigustesse soo ja maakonna järgi. Kasutatud 15.02.2026.

TAI, h. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. COSI01: 1., 4. ja 7. klassi laste kehamassiindeksi kategooriad erinevate meetodite, vanuse ja soo järgi. Kasutatud 15.02.2026.

TAI, i. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. KU54: Purjus oldud korrad soo ja vanuse järgi. Kasutatud 17.03.2026.

TAI, j. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. TKU57: Tubakasuitsule eksponeeritus kodus soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 17.03.2026.

TAI, k. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. SD41: Narkootiliste ainete kasutamisest otseselt tingitud surmad soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 16.06.2026.

TAI, l. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. TKU60: Juhupartneriga seksuaalvahekorras olles kondoomi kasutamine soo järgi. Kasutatud 07.04.2026.

TAI, m. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. RK20: Indutseeritud abordi kordajad naise elukoha järgi. Kasutatud 04.05.2026.

TAI, n. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. SR54: Sünnitajad vanuse ja elukoha järgi. Kasutatud 04.05.2026.

TAI, o. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. SR41: Sünnitajate suitsetamine raseduse ajal naise elukoha ja vanuserühma järgi. Kasutatud 17.04.2026.

TAI, p. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. SR41: Sünnitajate suitsetamine raseduse ajal naise elukoha ja vanuserühma järgi. Kasutatud 17.04.2026.

TAI, q. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. PK10: Pahaloomuliste kasvajate esmasjuhud paikme, soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 17.03.2026.

TAI, r. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. VSR14: Emakakaelavähi sõeluuringule kutsutavate naiste osalusmäär sõeluuringul ravikindlustuse olemasolu ja vanuse järgi. Kasutatud 17.06.2026.

TAI, s. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. VSR04: Rinnavähi sõeluuringule kutsutavate naiste osalusmäär sõeluuringul ravikindlustuse olemasolu ja vanuse järgi. Kasutatud 17.06.2026.

TAI, t. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.VSR24: Soolevähi sõeluuringule kutsutavate osalusmäär sõeluuringul ravikindlustuse olemasolu, vanuse ja soo järgi. Kasutatud 17.06.2026.

TAI, u. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.AV50: Hambaarsti vastuvõtud ja töö vanuserühma ja maakonna järgi. Kasutatud 21.04.2026.

TAI, v. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. THT001: Tervishoiutöötajad, täidetud ametikohad ja ületunnid ameti järgi. Kasutatud 29.04.2026.

TAI, w. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. KK05: Tervishoiukulude näitajad. Kasutatud 29.04.2026.

TAI, x. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. KK01: Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (tuhat eurot). Kasutatud 06.05.2026.

TAI, y. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Ambulatoorsed vastuvõtud ja koduvisiidid. Kasutatud 06.05.2026.

TAI, z. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. RV31: Aktiiv- ja pikaravivoodid, hospitaliseeritud, haiglast lahkunud, voodipäevad ja kordaja 100 000 elaniku kohta. Kasutatud 06.05.2026.

TAI, aa. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. RV401: Voodikoormus, voodihõive, voodikäive ja keskmine ravikestus voodiprofiili järgi (kehtiva voodiprofiilide klassifikaatori järgi). Kasutatud 06.05.2026.

TAI, ab. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. RV21: Haigla ravivoodite kasutamine haigla omaniku liigi järgi. Kasutatud 06.05.2026.

TAI, ac. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. THT002: Tervishoiutöötajad soo, vanuse ja ameti järgi. Kasutatud 06.06.2026.

TAI. (2025). Eesti riiklikud toitumise, liikumise ja uneaja soovitused. Tervise Arengu Instituut; Tallinn.

TAI. (2026). Surma põhjuste register.

TAI. (2026). Vähiregister.

Taveter, S.S. (2026). Elektritõukerataste õnnetuste arv on Tartus viimase aasta jooksul kahekordistunud. Tartu Ülikool.

TEHIK. Teabekeskuse info.

Terviseamet, a. Statistika. HIV-nakkus – statistika. Kasutatud 14.04.2026

Terviseamet, b. Statistika. Nakkushaigustesse haigestumise statistika. Kasutatud 20.05.2026.

Terviseamet, c. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. NH11: 2-aastaste laste immuniseerimisega hõlmatus haiguse ja maakonna järgi (%). 05.06.2026.

Terviseamet, d. Statistika. Vaktsineerimise statistika. Kasutatud 09.08.2026.

Terviseamet. (2026). Joogivee kvaliteet 2025. aastal. Kasutatud 20.05.2026.

Tervisekassa. (2020).Täiskasvanute astma käsitlus esmatasandil. (RJ-2020).

Tervisekassa. (2023). Rahvastikupõhise rinnavähi mammograafilise sõeluuringu tegevusjuhend. Tervisekassa.

Tervisekassa. (2025a). Insuldipatsiendi raviteekonna standard.

Tervisekassa. (2025b). Kliinilised indikaatorid.

Tervisekassa. (2025c). Jämesoolevähi sõeluuringu korraldusjuhend. Tervisekassa.

Tervisekassa, a. Andmed. Ravikindlustatud inimesed. Kasutatud 19.05.2026.

Tervisekassa, b. Andmed. Hambaravi. Kasutatud 14.04.2026.

Tervisekassa, c. Terviseportaal.

Tillmann, T., Leinsalu, M., Reile, R. (2026). Hariduslik ebavõrdsus oodatavas elueas ning viisid selle vähendamiseks. – E. Kindsiko (toim), Eesti inimarengu aruanne 2026. Haridus ühiskonna peeglis (lk 193–203). Eesti Koostöö Kogu.

UNICEF. (2025). Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2024: Specia.l focus on inequalities. Geneva: World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations. https://files.acquia.undp.org/public/migration/ua/Agenda2030-eng.pdf

Viita-Heuhaus, A. (2026). Elektritõukerataste reeglid muudetakse karmimaks. Postimees.

WHO. (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva, 1948 (https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being), kasutatud 10.02.2026.

WHO. (2008). *Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks.* 2008. a. (Microsoft Word - Tallinna harta Tervises\374steemid tervise ja j\365ukuse heaks.doc)

WHO. (2010). *Estonia: Health System Performance Assessment 2009 snapshot*. s.l.: WHO Regional Office for Europe, 2010. Estonia health system performance assessment, 2009 snapshot

WHO. (2012). *Health systems performance assessment: A tool for health governance in the 21st century*. Regional Office for Europe. https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/euro-health-topics/governance/hspa_a-tool-for-health-governance-in-the-21st-century.pdf?sfvrsn=91d32163_1&download=true

WHO. (2020a). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. (2020b). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health probleem. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. (2022). Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. (2022b). Nearly 40 million children are dangerously susceptible to growing measles threat. Kasutatud 06.06.2026.

WHO. (2023a). WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. (2023b). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Licence: CC BY-NC SA 3.0 IGO.

WHO. (2023b). Immunization coverage.

WHO. (2024a). Injuries and violence. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence

WHO. (2024b). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. (2024c). Mental Health Atlas 2024. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. (2025a). Mental health of adolescents

WHO. (2025b). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): Report on the sixth round of data collection, 2022–2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2025c). Fact Sheets. Obesity and overweight.

WHO. (2025d). Adolescent sexual and reproductive health and rights.

WHO. (2025e). Environmental health

WHO. (2025f). Global nutrition targets 2030. Childhood overweight brief.

WHO. (2026). Hepatitis C

WHO, a.Mental Health, Brain Health and Substance Use. Suicide data

WHO, b. The Global Health Observatory. Physical activity, insufficient, among adults aged 18+ years (crude estimate), prevalence (%).

WHO, c. The Global Health Observatory. HPV immunization coverage estimates among primary target cohort (9-14 years old girls) (%).

WHO. Global Obesrvatory on Donation and Transplantation. 06.03.2026.

Wickramasinghe, K., Chatterjee, S., Williams, J., Weber, M., Rito, A., Rippin, H., & Breda, J. (2021). Childhood overweight and obesity abatement policies in Europe. Obesity Reviews, 22. DOI: https://doi.org/10.1111/obr.13300

ÜRO. (2015). Säästva arengu tegevuskava 2030.