

Eesti 2007. aasta tervisestatistikast

Kuulo Kutsar – Terviseamet

Tervise Arengu Instituudi värske statistikakogumik „Tervisestatistika Eestis ja Euroopas 2007” on igati kiiduväärne samm meie väga hõredavõitu tervisestatistika maastikul. Kogumikus esitatud andmestik on jagatud kahte kategooriasse: Euroopa Liidu riikide võrdlev tervisestatistika ja Eesti enda tervisestatistika. Andmeallikana on Euroopa Liidu (EL) kohta kasutatud üldtuntud andmekogu Eurostat ja Eesti andmete allikana Tervise Arengu Instituudi andmekogu. Sellise kogumiku probleemiks on siiski tervishoiustatistiliste andmekogude moodustamise ja avaldamise kiirus, sest 2010. aastal on 2007. aasta andmed operatiivsuse ja otsuste tegemise eesmärgil kasutamiseks aegunud ning Eesti kohta on olemas juba ka värskem teave. Euroopa Liidu tervisestatistika andmestik on ometi väärtuslik selle poolest, et selle abil on võimalik mitmete tervisenäitajate alusel kindlaks määrata Eesti koht Euroopa Liidu liikmesriikide seas ning luua rahvusvaheline kontekst meie riigi tervisepoliitikale. Kogumiku andmete konkreetset kasutamist raskendab paraku ka nende esitamine jämeda mõõtkavaga graafikutel, mistõttu ei ole kuigi lihtne leida joonistelt näitajate täpseid arvulisi väärtusi ning selleski artiklis on näitajad esitatud enamasti ligikaudsena.

Mis pälvib rohkem tähelepanu esitatud andmestikus? Eesti ja Euroopa Liidu liikmesriikide tervisenäitajate võrdlevast esita-

misest selgub, et esimese lapse sünnil oli ema keskmine vanus Eestis fertiilsuse optimaalses perioodis 25. eluaasta piires, kuid erinevate sotsiaal-majanduslike tegurite mõjul on see lääneriikides nihkunud naise 29.–30. eluaastale. Imikusuremuskordaja 1000 elussünni kohta oli Eestis 2007. aastal ligikaudu 5, mis jääb ELi keskmise näitaja lähedusse (Rootsis oli see 2,5). Eesti suremuskordaja 100 000 inimese kohta on mõtlemapanev: meestel oli see 1400 ja naistel 600, mis on ühed suuremad näitajad Euroopa Liidus. Sama hinnang tuleb anda Eesti südame isheemiatõve suremuskordajale 100 000 inimese kohta, mis meestel oli 350 ja naistel 160, ning pahaloomuliste kasvajate suremuskordajale 100 000 inimese kohta, mis meestel oli 300 ja naistel 140. Eesti on absoluutses esirinnas pikaajaliste ehk tõenäoliselt kroonilise iseloomuga haiguste esinemise poolest, mis 2007. a moodustasid 40% kõikidest haigustest. Eesti on drastiliselt madalal tasemel võrreldes EL keskmise näitajaga tervena elada jäänud aastate ja keskmise eeldatava eluea poolest vanuses 65 eluaastat: Eesti 65 a vanustel meestel oli 2007. aastal tervena elada jäänud 4 aastat, naistel 4,5 aastat ja keskmine eeldatav eluiga oli 65aastastel meestel 13 aastat ja naistel 18 aastat. Võrdluseks olgu lisatud, et 2007. aastal oli sünnil Eesti meestel tervena elada jäänud 49 ja naistel 55 aastat ning keskmine eeldatav eluiga oli meestel 67 ja naistel 78 aastat.

Tõsine probleem oli 2007. aastal Eestis viimase 12 kuu jooksul arstiabi mittesaanu-

tega, kes moodustasid 13% kõikidest abivajajatest (Euroopa Liidus keskmiselt 7% ja Soomes 1%). See peaks kindlasti olema mõtlemapanev näitaja meie arstiabi korraldajatele. Tervishoiu kogukulude osakaalu poolest SKTst oli Eesti 2006. aastal oma 5% Euroopa Liidu maade absoluutses lõpus, seevastu Prantsusmaal oli see näitaja 11% ja Rootsis 9%. Tervishoiu kogukulud ühe inimese kohta olid Eestis 500 eurot aastas, kuid Luxembourgis 5000, Rootsis 3200 ja Soomes 2600 eurot. Need on väga mõtlemapanevad näitajad meie eurole ülemineku perioodil. Kõik viimati nimetatud näitajad on aga omavahel selges sõltuvuses, mis ilma põhjalikuma analüüsita viitavad meie rahvastiku kehvale tervislikule seisundile ning arstiabi, eeskätt eriarstiabi nigelale ja hilinevad kättesaadavusele. Paradoksaalselt on sellel masendaval sotsiaal-tervishoiulisel foonil võetud ette pensionivanuse nihutamise vanemale eale.

Eesti tervishoiutöötajate arvu kohta tooksin kogumiku näitajate asemel värsked



Foto. Kuido Kutsar, Tervisemeti epidemiooloog.

andmed seisuga 1. jaanuar 2010, kui meil oli registreeritud 5749 arsti, 1515 hambaarsti ja 11 152 õde, kellest Terviseameti tervishoiuosakonna andmetel töötas tegelikult Eestis umbes 75%. Mõtlemapanev on viimase kuue aasta jooksul väljapoole Eestit tööle siirdunud tervishoiutöötajate arv: 759 arsti, 180 hambaarsti ja 583 õde. Nendes arvudes ei kajastu ajutiselt või perioodiliselt välismaal töötamine, mis tegelikkuses suurendab siiski Eestis töötavate arstide-õdede tööhõivet. Neid arve vaadates kerkib esimesena üles küsimus, kas TÜ arstiteaduskond ja tervishoiu kõrgkoolid töötavad selle nimel, et teisi riike varustada meditsiinilistega. Euroopa Liidus kehtiva tööjõu vaba liikumise põhimõtte tõttu ei saa me ometi Eesti tervishoiutöötajate välismaale tööle siirdumist kuidagi vaidlustada.

Kogumiku teises osas on antud ülevaade Eesti tervisestatistika näitajatest 2007. aasta andmete põhjal. Esitatud esmashaigestumust erinevatesse haigusrühmadesse vanuse järgi on ülimalt keerukas tõlgendada, sest haigusrühmad on esitatud RHK-10 kõikehõlmavate rühmadena. Näiteks ei ole kuigi korrektne esitada nakkushaigestumust A00–B99 rühma summaarse näitajaga, sest see ei kajasta tegelikku nakkushaigestumist Eestis, kuna nende hulgas on arvukalt nakkushaigusi, mille seiret Eestis ei korraldata ja seega andmed nende esinemise kohta puuduvad. Sama märkus käib ka J00–J99 hingamisteede haiguste kohta, mille hulgas on mitmeid nakkushaigusi. Psüühika- ja käitumishäirete näitajad 100 000 inimese kohta viitavad sagedale psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud häirete, laste käitumis- ja psühholoogilise arengu häirete esinemisele – need näitajad kinnitavad, et meil on endiselt suureks probleemiks narkomaania ja laste-noorukite kasvatusprobleemid. Kuigi sündide arv 1000 naise kohta on meil kiiduväärselt suurenenud, püsivad parimas sünnituseas naistel endiselt kõrgel ka abortide ja tehisabortide näitajad. Kahetsusväär-

selt sageli esines vastsündinute haigestumist 1000 elussünni kohta: näiteks 2007. a esines perinataalperioodi nakkusi 65 juhul 1000 vastsündinust.

Kui psüühika- ja käitumishäirete keskmine ravikestus on teadaolevalt pikk, siis täiskasvanud haigete pikk ravikestus (17 päeva) nakkushaiguste korral viitab vajadusele pöörata oluliselt rohkem tähelepanu nakkushaiguste ennetamisele, mis on oluliselt kulutõhusam võrreldes nende ravimisega. Kui perearstide ambulatoorsete vastuvõttude näitaja 1000 inimese kohta (lastel 4000 ja täiskasvanutel 3100) oli teadaolevalt suur, siis eriarstide ambulatoorsete vastuvõttude väikesed näitajad on ilmselt tingitud mittetasulisele vastuvõtule pääsemise raskusest ja eriarstide vähesusest. Statistilised näitajad keskmise ravikestuse kohta haigla liigi järgi ei ütle sisuliselt kuigi palju, sest ravikestus on sageli ette ära määratud haigekassapoolse tasumise alusel, näiteks kompenseerib kardioloogilist taastusravi haigekassa ainult 14 päeva ulatuses.

Mis puudutab andmeid arstide arvu kohta, siis kindlasti vääriks edaspidi esitamist ka nende jaotus erialade kaupa. Ülevaade tervishoiu kogukulude rahastamise allikatest viitab selgelt alternatiivsete allikate (omavalitsused, eraettevõtted, erakindlustus) vähesele kaasamisele vahendite või huvi puudumise või töötajate terviseprobleemide mittemõistmise tõttu.

Kokkuvõttena tuleb märkida, et Eesti tervishoiu statistiliste andmete perioodiline avaldamine on vajalik ja tänuväärt ettevõtmine. Soovitatavalt tuleks seda teha näitajate tendentside esitamise ja nende analüüsi ning põhjalikuma struktureerituse alusel, tehniliselt selgemas vormis ning lühema ajalise hilinemisega. See annaks kokkuvõttes arstile, tervishoiujuhile või uurijale väärtusliku lähtematerjali eeskätt tervishoiuvaldkonna riskianalüüsi tegemiseks ning optimaalsete ja kõige kulutõhusamate lahenduste leidmiseks.

kuulo.kutsar@terviseamet.ee