

Eesti Euroopa Liidus. Missugused oleme võrreldes teiste liikmesriikidega?

Külvar Mand¹, Väino Sinisalu² – ¹Sotsiaalministeerium, ²Eesti Arst

1. mail 2004 liitus senise Euroopa Liidu 15 liikmesriigi- ga (edaspidi EL 15) 10 uut liikmesmaad: Eesti, Küpros, Leedu, Läti, Malta, Poola, Slovakkia, Sloveenia, Tšehhi ja Ungari. Laienenud Euroopa liidus elab 425 miljonit inimest ja selle pindala on 3,9 mln km².

Uute riikide liitumiseks ettevalmistuste ajal tutvuti põhjalikult iga kandidaatriigi majanduse, seaduste, sotsiaalsete tagatiste ning tervishoiusüsteemiga. Tervishoiuvaldkonna analüüsimisel kandidaatriikides tegi Euroopa Komisjon tihedat koostööd Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa osakonnaga.

WHO avaldas 2004. a raamatu "10 Health Questions about the 10", kus on ära toodud uute liikmesriikide tervishoiuvaldkonda puudutavad statistilised näitajad ja võrreldud neid EL 15 vastavate andmetega. Iga riik esitas oma andmed kehtiva ametliku statistika kohaselt. Eesti kohta esitatud andmed pärinevad Sotsiaalministeeriumist, Riigikogust, Riigi Infosüsteemide Arenduskeskusest, Keskhaigekassast, Euroopa Komisjoni Eesti delegatsioonilt ning Eesti EL teabekeskusest. Andmed on esitatud 2002. a näitajate alusel.

Üldandmed (vt tabel 1)

Eesti kuulub nii elanike arvult kui pindalalt väiksemate Euroopa maade hulka. Paraku kuulume ka euroliidu vaesemate riikide hulka koos Balti naabritega: kolmes Balti riigis on rahvuslik koguprodukt *per capita* hädavaevu viiendik EL 15 riikide keskmisest, madal on nende riikide inimarengu indeks võrreldes EL 15-ga. Inimarengu indeks arvutatakse riigi inimarengu kolme peamise näitaja alusel: eeldatav eluiga sünnist alates, elanikkonna kirjaoskuse ja hariduse tase ning rahvuslik koguprodukt *per capita* USA dollarites. Indeksi väiksem väärtus näitab riigi madalamat arengutaset.

Demograafiline olukord (vt tabel 2, 3)

Eestit iseloomustab väike sündimus, mis ei taga rahvastiku taastootmist, ja seetõttu väheneb rahvaarv pidevalt. Suur on meeste suremus vanuses 15–60 a. Eesti meeste eeldatav eluiga sünnimomendist alates on 10 aasta võrra lühem kui EL 15-s keskmiselt. Analoogne on demograafiline olukord ka Lätis ja Leedus. Tervena elatud elu eeldatav kestus on Eesti meestel 8 aastat ja naistel 2 aastat lühem võrreldes EL 15 vastava väikseima näitajaga.

Tabel 1. 10 uue Euroopa Liidu liikmesriigi üldandmed võrdluses senise 15 liikmesriigi andmetega (EL 15)

	Eesti	Küpros	Läti	Leedu	Malta	Poola	Slovakkia	Sloveenia	Tšehhi	Ungari	EL 15	
Rahvuslik koguprodukt												
<i>per capita</i> (eurodes)	4 500	15 198	3 700	3 800	10 085	5 300	4 300	10 900	6 200	5 700	23 750	
% EL 15 keskmisest	19,5	63	15,7	16,4	44	23	18	47	27	24	100	
Standarditud ostujõud												
<i>per capita</i> (eurodes)	7 700	17 400	8 500	6 200	11 900	7 800	10 300	15 000	12 500	10 700		
% EL 15 keskmisest	34	67	35	27	53	35	45	66	55	47,5		
Inimarengu indeks	0,81	0,89	0,79	0,82	0,86	0,82	0,84	0,87	0,84	0,89	0,89 - 0,94	
Töötuse tase	%	6	3,50	7	10	6,50	20	17	6	9	6	9
Rahvaarv	(mln)	1,4	0,7	2,4	3,7	0,4	38,6	5,4	2,0	10,3	10,1	
% EL 25		0,3	0,17	0,5	0,8		9	1,2	0,5	2	2,4	
Pindala	(km ²)	45 227	9 521	64 600	65 000	300	312 677	49 000	20 000	79 000	93 000	
% EL 25		1,1		1,6	1,6		8	1,2	0,5	2	2,4	

Tabel 2. Demograafilised näitajad 10 uue Euroopa Liidu liikmesriigi andmed võrdluses EL 15 andmetega

	Eesti	Küpros	Läti	Leedu	Malta	Poola	Slovakkia	Sloveenia	Tšehhi	Ungari	EL 15
Elanikkonna ealine struktuur											
0–14 a (%)	18	21	17	19,50	20	19	19	16	16	17	18
> 65 a (%)	15	12	15	14	12	13	12	14	14	15	17
Rahvastiku kasv aastas (%)	-1,40	1,40	-1,40	-0,60	0,60	0,10	0,20	-0,20	-0,10	-0,40	
Sündimus (elussünnid 1000 el kohta)	9,3	11,1	8,3	9,1	11,6	9,5	9,5	8,8	8,8	9,3	10,7
Eeldatav eluiga sünnist alates (aastates)											
kogu rahvastik	71	79	70	72	78	75	74	77	76	73	79
mehed	65	76	65	66	76	71	70	73	72	68	75,5
naised	77	81	76	78	80	79	78	80,5	79	77	82
Töenäosus surra (1000 el kohta)											
mehed enne 5. eluaastat	10	7	15	11	7	9	9	5	5	10	4–8
naised enne 5. eluaastat	6	5	12	9	6	8	7	4	4	8	3–6
mehed vanuses 15–60 a	322	102	327	303	87	204	206	163	163	256	83–164
naised vanuses 15–60 a	112	48	118	103	51	82	79	71	72	112	47–76

Tabel 3. Eeldatav tervena elatud elu kestus (aastates)

	Eesti	Küpros	Läti	Leedu	Malta	Poola	Slovakkia	Sloveenia	Tšehhi	Ungari	EL 15 kõrgeim	EL 15 madalaim
Sünnist alates												
kokku	64	68	63	63	77	66	66	69,5	68	65	73	69
mehed	59	67	58	59	70	63	63	67	66	61,5	72	67
naised	69	69	67,5	68	72	69	69	72	71	68	75	71
Alates 60. eluaastast												
mehed	12	14	11	12	15	13	12	14	13,5	12	17	15
naised	16,5	15	16	16	18	16	16	18	17	16	20	17

Tervena elatud keskmise eluea arvutamisel arvestatakse peale suremuse ka halva tervise tõttu kaotatud eluaastaid.

Haigestumus ja suremus (vt tabel 4)

Eestis on südame-veresoonkonnahaigused peamine surmapõhjus: 54% kõigist surmajuhitudest. Sealjuures moodustab südame isheemiatõbi 14% kogu haiguskoormusest ja 32,5% kõigist surmajuhitudest.

Suremus südame isheemiatõve tagajärjel on Eestis märkimisväärselt suur: 336 juhtu 100 000 inimese kohta; EL 15 sama näitaja 97 juhtu 100 000 inimese kohta. Aju veresoonte haigused moodustavad meil 9% kogu haiguskoormusest ja 20% kõigist surmajuhitudest.

Tabel 4. Suremus sagedamini esinevatesse haigustesse (100 000 inimese kohta)

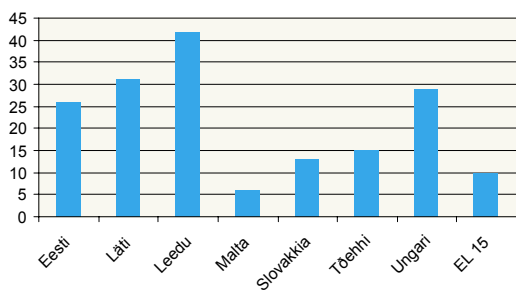
	Eesti	Küpros	Läti	Leedu	Malta	Poola	Slovakkia	Sloveenia	Tšehhi	Ungari	15 EL
Suremus aju vaskulaarsetesse haigustesse	163	0	117	172	130	103	85	85	136	142	61
Suremus südame isheemiatõppe	336		320	305	172	141	290	150	187	227	97
Suremus pahaloomulistes kasvajatesse	202		192	198		216	226	204	238	286	183
Suremus vigastustesse ja mürgitustesse	147		152	146	25,5	63	58	70	62	82	39,5
Suremus hingamisteede haigustesse	38		31	74	82	46	54	61	40	40	57

Võrreldes EL 15-ga on Eestis suremus ajuinsulti oluliselt suurem: 163 juhtu 100 000 inimese kohta; EL 15 sama näitaja on 61 juhtu 100 000 inimese kohta.

Pahaloomulised kasvaja on teine suurem surmapõhjus Eestis, moodustades 19% surmadest. Suremus pahaloomulistes kasvajatesse on Eestis mõnevõrra suurem kui EL 15 maades – vastavalt 202 ja 183 juhtu 100 000 inimese kohta.

Vigastused ja mürgistused põhjustavad meil 11% kõigest surmadest. Võrreldes EL 15 maadega on välistest põhjustest tingitud surmade osakaal Eestis 3,6 korda suurem. Vastavad suremuse näitajad on Eestis 147 ja EL 15-s 39,5 juhtu 100 000 inimese kohta. Eraldi on ära märgitud, et aastal 2000 moodustas liiklusõnnetustes surnute ja vigastatute arv Eestis ühe kolmandiku EL 15 vastavast keskmisest.

Ülisuur on Eestis ka suitsiidide osakaal surmapõhjuste hulgas: Eestis on suremus suitsiidide tagajärjel 26 juhtu, EL 15 keskmine näitaja on peaaegu kolm korda väiksem: 10 juhtu 100 000 inimese kohta (vt jn 1).



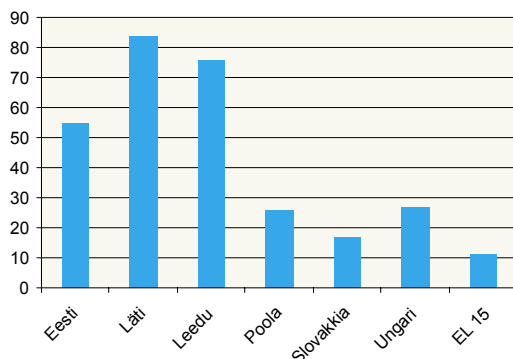
Joonis 1. Suitsiidide esinemissagedus 100 000 inimese kohta aastas.

Võrreldes EL 15 maadega on Eestis mõnevõrra suurem suremus ka infektsioon- ja parasitaarhaiguste tagajärjel: Eestis 10,5 ning EL 15-s 7,3 juhtu 100 000 inimese kohta.

Tuberkuloosi haigestutakse Eestis 5 korda sagedamini kui EL-15 maades (keskmiselt vastavalt 55 ja 5,5). Lätis ja Leedus on vastavad näitajad 83,5 ja 76 (vt jn 2).

Plahvatuslik on Eestis olnud HIV-infektsiooni levik: 2002. a registreeriti 66 uut nakatumisjuhtu 100 000 inimese kohta! EL 15 keskmine näitaja on 4. Eestis on suurim HIV-infektsiooni levimus Baltimaades – 1%. Vanglates kinnipeetavate hulgas oli 2001. a HIV-positiivseid isikuid 23%.

Analüüsid esinevat haiguskoormust ja surmapõhjust, on WHO jaotanud maailma riigid erinevatesse rühmadesse, võttes aluseks alla 5 a laste ja 15–59 a meeste suremuse. Selle alusel on kogu Euroopa arvestatud arenevate riikide hulka. Siiski on WHO eespool toodud kriteeriumide alusel jaotanud kõik Euroopa riigid 3 eri-



Joonis 2. Haigestumus tuberkuloosi 100 000 inimese kohta aastas.

Tabel 5. Erinevatest haigustest põhjustatud haiguskoormus ja suremus Euroopa Liidu maades

	EL 15, Malta, Sloveenia, Tšehhi		Poola, Slovakkia		Eesti, Läti, Leedu, Ungari	
	% surmapõhjustest	% haiguskoormusest	% surmapõhjustest	% haiguskoormusest	% surmapõhjustest	% haiguskoormusest
Südame-veresoonkonna haigused	41	17	56	21	59	28
Neuropsüühilised häired	4,7	27	1,3	19	1	14
Pahaloomulised kasvaja	27	17	16	8,7	13	8,5
Mittesihilikud vigastused	3,4	5,8	3,3	8,3	9	14
Hingamiselundite haigused	5,6	6,5	3,8	4,1	3	3
Infektsioon- ja parasitaarhaigused	1,2	1,7	3,3	5,6	2,7	5,2
Hingamisteede infektsioonid	4,4	1,3	3,2	3,8	1	1
Perinataalsed kahjustused	<1	<1	2	4,2	<1	1
Sihilikud vigastused	1,3	2	1,7	<1	4,6	7,4
Meeleelundite haigused	0	4,7	0	4,2	0	3,6
Mittenakkuslikud haigused	6	5	9	16	4	9
Kokku mittenakkushaigused	89	87	85	73	82	69
Vigastused kokku	5	8	6	11	14	22
Diabeet	2,3	2,1	1,5	1,5	<1	<1

nevasse rühma: 1) maad, kus on laste ja täiskasvanud meeste suremus väga väike. EL liikmeriikidest kuuluvad sellesse rühma EL 15 maad ning Küpros, Malta, Sloveenia ja Tšehhi; 2) maad, kus on laste ja täiskasvanud meeste suremus väike. Sellesse gruppi on arvestatud Poola ja Slovakkia; 3) maad, kus on laste suremus väike, kuid täiskasvanud meeste suremus suur. Nende hulka kuuluvad Eesti, Läti, Leedu ja Ungari. Eurooliidu 25 liikmesmaa haiguskoormuse ja suremuse põhjuste võrdlus on toodud tabelis 5.

Eri maade näitajaid võrreldes ilmneb, et täiskasvanud meeste suure suremusega maades, sealhulgas Eestis, moodustavad vigastused kolm korda suurema osakaalu haiguskoormusest ja suremusest kui EL 15 maades. Südame-veresoonkonna haigused põhjustavad neis maades ligi kaks korda suurema haiguskoormuse.

Sagedamini esinevate haiguste olulisemad riskitegurid

Vastsündinute suremuse, suitsetamise ning alkoholi tarbimise näitajad euroliidu eri maades on toodud tabelis 6. Andmete võrdlemisel torkab silma kindel seos: täiskasvanud meeste suure suremusega maades on suitsetavate meeste, suitsetamisest ja alkoholi tar-

bimisest tingitud surmade osakaal oluliselt suurem kui teistes euroriikides. Esmasilgul võib paradoksaalsena tunduda fakt, et maades, kus on alkoholist tingitud surmade osakaal suur, ei ole alkoholitarbimine elanike kohta oluliselt suurem EL 15 keskmisest. Tšehhis, kus tarvitatakse keskmiselt 1,6 korda rohkem alkoholi inimese kohta kui Eestis, on alkoholist tingitud suremus ligi 2 korda väiksem kui meil. Ilmselt on oma osa ka alkoholi tarbimise kultuuril.

Narkootikumide tarvitamine mõjutab Eestis üha enam rahva tervist. Esitatud andmete kohaselt kasutab kuni 1% rahvastikust vanuses 15–64 a narkootikume. EL 15 keskmine näitaja on 0,5%.

Süstitavate narkootikumide kasutamisega seondub tihedalt HIV-infektsiooni levik: 2003. a suurenes süstivate narkomaanide hulgas HIVi nakatumine 282% võrra.

Ülekaalusisus kui eelkõige südame-veresoonkonna haiguste riskitegur esineb 35% Eesti inimestest, sealhulgas 32% meestest, 24% naistest.

Arstiabi ressursid (vt tabel 7)

Eestis nagu ka teistes liituvates maades on arstide arv arvestatuna 100 000 inimese kohta väiksem kui EL 15 maades keskmiselt. Erandiks on siin Leedu, Tšehhi ja Ungari, kus arstide arv on sellele ligilähedane.

Tabel 6. Vastsündinute suremus ja sagedamini esinevad haiguste riskitegurid Euroopa Liidu maades

	Eesti	Küpros	Läti	Leedu	Malta	Poola	Slovakkia	Sloveenia	Tšehhi	Ungari	EL 15
Vastsündinute suremus											
1000 elussünni kohta	8	4,7	0,3	6,7	6,1	8	8,6	4,9	4,1	8,1	5
Suitsetamine (% rahvastikust)											
mehed	46	27	49	51,5	34	40	41	28	27	38	32
naised	18	13	13	16	15	25	15	20	13	23	23
kogu rahvastik	29	28	29	32	24	32	32	24	19,5	31	28
Suitsetamisest tingitud surmad											
(100 000 inimese kohta)	564	398	586	*	302	*	456	269	398	489	229
Alkoholist tingitud surmad											
(100 000 inimese kohta)	172	*	180	170	*	*	95	*	86	160	62
Alkoholi tarbimine											
(puhast alkoholi liitrites inimese kohta)	8,2	8,2	7,7	10	5,4	6,6	10	5,5	13,6	10	9,2

* andmed puuduvad

Tabel 7. Arstiabi ressursid Euroopa Liidu maades

	Eesti	Küpros	Läti	Leedu	Malta	Poola	Slovakkia	Sloveenia	Tšehhi	Ungari	EL 15
Personal											
100 000 inimese kohta											
arstid	300	260	290	390	260	220	320	220	350	320	380
õed	630	370	510	670	550	520	700	710	970	850	670
üldarstid	73		43	70			40	50	72	66	102
Haiglavoodid											
100 000 inimese kohta	671	435	820	922	496	556	779	516	857	710	611
Hospitaliseerimine											
aasta jooksul 100 inimese kohta aastas	19,7		20	24		16	20	16	18	24	18
Keskmine haiglasviibimise kestus päevades	8,6	6	11,3	11		8	10	8	11,5	8,7	10

Õdede arv on Eestis küll väiksem kui EL 15 maades keskmiselt, kuid mitte oluliselt. Uutes liitunud maades kõigub õdede arv siiski suurtes piirides.

Haiglavoodite arv Eestis 100 000 inimese kohta ületab küll EL 15 keskmise (671 ja 611), kuid on oluliselt väiksem kui Lätis, Leedus, Ungaris ja Tšehhis. Hospitaliseerimine 100 000 inimese kohta aastas on Eestis oluliselt väiksem kui nendes maades, kus on inimese kohta haiglavoodideid enam. Keskmine haiglasviibimise kestus Eestis on samuti lühem kui maades, kus on suurem voodifond.

Eestis kulutatakse tervishoiule 5,5% rahvuslikust koguproduktist. See on ka väiksem näitaja 25 liikmesriigi seas (vt tabel 8). Valitsus kulutab tervishoiule 12% kõigist oma kulutustest (EL 15 väiksem 11%).

Kõigist tervishoiukulutustest katab haigekassa 68% ning 12% lisandub üldisest maksesüsteemist, kuid vahetud abivajajad-patsiendid katavad 20% kõigist tervishoiukulutustest oma rahakotist. Meie tingimustes võib seda pidada ülimaks piiriks: patsiendi omavastutust enam suurendada ei saa.

Tabel 8. Euroliidu liikmesmaade kulutused arstiabile

KULUTUSED ARSTIABILE	Eesti	Küpros	Läti	Leedu	Malta	Poola	Slovakkia	Sloveenia	Tšehhi	Ungari	EL 15
Kogu kulu arstiabile (% rahvuslikust koguproduktist)	5,5	8,1	6,4	6	8,8	6	6	8	7,4	7	6,5–11
Riigi osa kogu kulutustest arstiabile (%)	78	47,7	52,5	70,5	68	72	92	75	91	75	56–90
Riigi kulutused arstiabile (% riigi kogu kuludest)	12	10,2	10	14	13	11	14	15	14	11,5	11–17

Raamatus on rõhutatud, et Eesti meditsiinisüsteemile on eluliselt vajalik edendada arstiabi professionaalset ja juhtimiskultuuri; jätkata tuleb haiglate restruktureerimist, muutes nad ökonomseteks ja kvaliteetset abi osutavateks üksusteks; tuleb kujundada rahvuslik tervishoiustrateegia.

Autorid usuvad, et rohkesti fakte ja arve sisaldava raamatu ülevaade ajakirjas Eesti Arst võimaldab igal arstil ning tervishoiujuhil jõuda ise otsuseni, milline on meie tervishoiu ja arstiabi süsteemi koht teiste Euroopa Liidu maade hulgas. Selles seltskonnas oleme paraku tagumisse poolde jääjad.

Oleme endale seadnud ka tõsise eesmärgi – võrrelda end maailma 25 edukama ja arenenuma riigiga. Selline oli meie valik: kuuluda euroliitu. Ise oleme seadnud lati kõrgele, nüüd tuleb tõsiselt vaeva näha, et latist üle saada, mitte lihtsalt alt läbi joosta.

Kirjandus

10 Health Questions about the 10. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.

Summary

Estonia in the European Union. Comparison of the health system in Estonia and in the other EU member states

In May 2004, ten countries joined the 15-member EU. EU-15 became EU-25. Estonian is one of the smallest countries in EU – its area forms 1.1% of the total area of EU-25 and the population forms 0.3% of the total EU-25 population. Estonia is characterized by steadily increasing gender differences in mortality (life expectancy 59 years for men, and 67 years for women) and by steadily decreasing birth rate as well by negative growth and by fertility rate below replacement level.

Estonia together with Latvia, Lithuania and Hungary belongs to the group of countries with low child and high adult (males aged 15–59 years) mortality.

Cardiovascular diseases are the most important cause of death (59%) and disease burden (17%). Injuries represent the second important cause of death (14%) and disease burden (22%) and malignant neoplasms account for 13% of death and 8.5% of the disease burden. The disorders related to excessive alcohol use are responsible for 2.8% of the disease

burden and for 0.3% of all deaths – exceeding more than twofold the EU-15 average for this mortality group. There are 564 smoking-related deaths per 100 000 population each year in Estonia (EU-15 average 229). Drug users make up more than 16% of the population (EU-15 average 0.5%). HIV/AIDS is a serious problem in Estonia. Sixty-six new cases of HIV infection per 100 000 population were reported in 2002 (EU-15 average 4/100 000).

In the last decade the number of doctors has been continuously decreasing. There is also a shortage of nurses. The number of hospitals and hospital beds has been sharply reduced and the average length of hospital stay has been halved.

Most of the fundings for health care, 80% come from the public sources and out-of-pocket payment covers 20% of total expenditure on health. Total expenditure on health, 5.5% of GNP in Estonia, is the lowest in EU-25.

eestiarst@eestiarst.ee