

Eesti tervishoiu ressursid

Natalja Eigo, Hedi Liivalaid – Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakond



Natalja Eigo

2015. aasta oktoobris ilmus Tervise Arengu Instituudi (TAI) ülevaade tervishoiu kogukuludest ning tervishoiutöötajate arvust ja töötasudest. Kas meie tervishoiusüsteem on hea tervise juures? TAI tervisestatistika osakonna kokku pandud ülevaade aitab sellele hinnangut anda. Järgnevalt on vaatluse all meie tervishoiukulud, tervishoiutöötajate arv ning nende palgad.

TERVISHOIUKULUD

Eesti tervishoiukulude kasv näitas 2014. aastaks majanduskriisist taastumist. Tervishoiukulude osatähtsus sisemajanduse koguproduktist (SKP) on kasvanud viimased kaks aastat ning 2014. aastal moodustas see 6,2%. Kasv oli tingitud tervishoiukulude tunduvalt kiiremast kasvutempost, kui see oli SKP-l, samas kõrgeimat, 2009. aasta taset (6,6%) pole veel saavutatud. Vaatamata tervishoiukulude järjekindlale kasvule on Eesti OECD (Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni) riikide hulgas siiski viimaste seas.

Eesti tervishoiukulud moodustasid 2014. aastal 1241 miljardit eurot. Võrreldes aasta varasemaga oli juurdekasv 105 miljonit eurot. Tõusule andsid absoluutsummas peaaegu võrdse panuse Eesti Haigekassa ja patsientide omaosaluse kasv.

Rahastamise skeemide järgi oli keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuste osatähtsus tervishoiukuludest 10%, Eesti Haigekassa osa moodustas 65% ja leibkondade osa 24%. Võrreldes 2013. aastaga oli leibkondade kulutuste osatähtsus tervishoiukuludes suurenenud 2% võrra. Seega on see näitaja Eestis jõudmas Maailma Tervishoiuorganisatsiooni määratud kriitilise piirini (25%).

Eesti tervishoiu suurimaks finantsallikaks on sotsiaalkindlustusmaksed, moodustades 62,3%. Otse ja riiklikult jaotatud välisabi moodustab meie riigis marginaalse osa – kokku 0,24% tervishoiusüsteemi rahastamisest (vt joonis 1). Tervishoiu erakindlustus ei ole meil populaarne ning

eraettevõtted ja tööandjad ei ole väga aktiivsed oma töötajate tervisesse panustama. Põhjuseks arvatavasti Eesti Haigekassa poolne teenuse hea kaetus.

Üle poole (55%) Eesti tervishoiukuludest moodustasid aktiivraviteenustele tehtud kulutused. Seevastu kulutused ennetustööle on jätkuvalt väikesed, jäädes läbi aastate 3% piiresse.

Teenuste järgi vaadates on kõige rohkem, ligi poole võrra, suurenenud avaliku sektori kulutused aktiivravi päeva- ja koduravile, vastavalt 45,6% ja 45,9% ning vähenenud kulutused meditsiinilistele kestva kaupadele (39,4%).

Märkimisväärset on suurenenud leibkondade kulutused statsionaarsele õendushooldusteenusele (120,3%). Samuti kulutavad inimesed ise üha enam ravimitele – 21% oma tervishoiukuludest tehakse retsepti- ja 16% käsimüügiravimitele. Suurima osa ehk 26% leibkondade kulutustest tervishoiule moodustab endiselt hambaravi.

Keskmiselt kulutas iga inimene 2014. aastal tervishoiule 225 eurot. Eesti tervishoiukulud ühe inimese kohta moodustasid kokkuvõttes 943 eurot, millest avaliku sektori osa oli 703 eurot.

ARSTIDE JA ÕDEDE ARV

Terviseameti andmete järgi oli 2014. aasta lõpu seisuga Eestis registreeritud 6293 arsti ja 12 519 õde. Eesti tervishoiuasutustes osutas neist reaalselt teenust 70% registreeritud arstidest ja 67% õdedest. Teised olid leidnud tööd välismaal või mõnes muus sektoris.

Välismaal töötamiseks väljastatud kutsekvalifikatsiooni tunnustamise tõendite arv vähenes nelja aastaga (ehk 2011–2014) poole võrra. 2014. aastal väljastas Terviseamet 66 arsti kutsekvalifikatsiooni tunnustust ja 90 õde oma. On selge, et väljastatud tõendite arv ja tegelikult teise riiki tööle siirdunud tervishoiutöötajate arv ei ole võrdne. Mõned tervishoiutöötajad võtavad

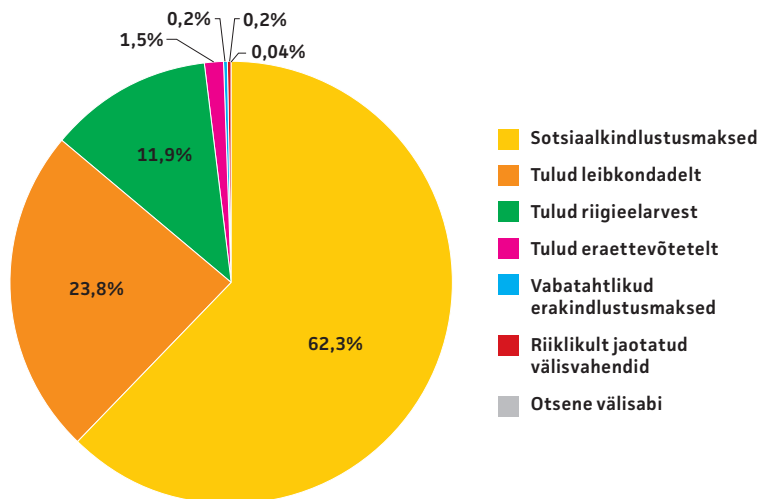
tõendi, kuid ei lahku Eesti tervishoiusüsteemist.

2012. aastal tehtud projekt näitas, et 44% arstidest, kellele väljastati kutsekvalifikatsiooni tõend, töötas jätkuvalt Eestis. Seejuures töötas enamik neist täis- või isegi suurema koormusega. Need arstid, kes võtsid tõendi, aga ei töötanud Eesti tervishoiuasutustes, arvatavasti lahkusid ikkagi riigist või vähemalt Eesti tervishoiusüsteemist. Suurem osa neist olid üldarstid, mis näitab, et Eestist lahkujad on just noored inimesed. Samuti oli palju peremeditsiini, psühhiaatria ja anestesioloogia haridusega arste.

OECD andmetel (liikmesriikide raporteeritud andmed) on alates 2000. aastast Eestist välismaale tööle rännanud 22% arstidest ehk 1420 arsti ja 7% õdedest ehk 872 õde. Enamik neist on läinud tööle Soome, kus on kõrgem palk, sarnane keel ja mis asub kodumaale lähedal. Õdede puhul on teised populaarsed sihtriigid Suurbritannia ja Norra.

Sisserändega ei asenda Eesti tervishoiusüsteem oma meditsiinitöötajate arvu vähenemist. OECD andmete järgi on meil praegu töötavatest arstidest umbes 4% sisserännanud. Enamik neist on oma hariduse saanud Vene Föderatsioonis.

Võrreldes Eestis töötavate arstide arvu OECD riikidega, oleme samal tasemel kui OECD keskmine ehk meil on 3,3 arsti 1000 inimese kohta (vt joonis 2). See siiski ei tähenda, et olukord Eestis on ideaalne. Pigem näitab see, et meil on niisama suur arstide puudus nagu paljudes teistes riikides.



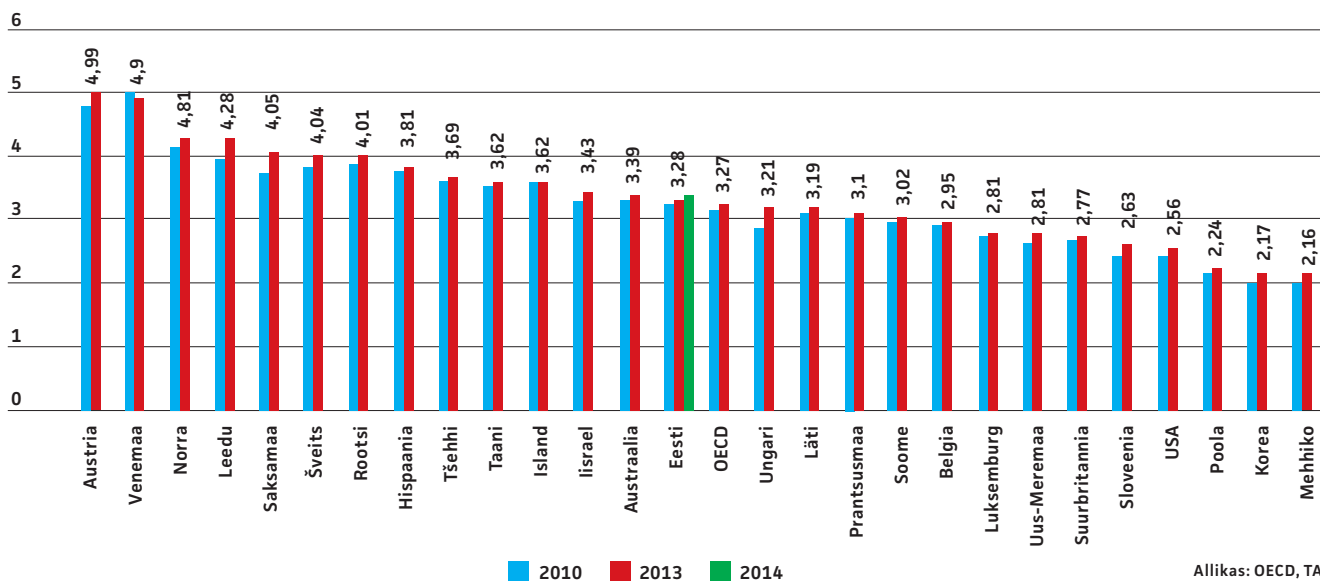
Allikas: TAI

Joonis 1. Eesti tervishoiu rahastamise allikad 2014.

OECD kõrgeim tase ehk viis arsti 1000 inimese kohta on Austrias. Eesti lähinaabri Venemaa näitaja küündib samuti OECD riikide tippu, olles üsna viie lähedal. Norras ja Rootsis oli see indikaator 2013. aastal üle nelja. Samas vaevleb Soome aga arstide puuduses – seal on 1000 inimese kohta kolm arsti, mida on veel vähem kui Eestis (vt joonis 2). See tähendab, et Eesti arstid on Soomes väga teretulnud.

Enamikus OECD riikides paraneb arstide arv 1000 inimese kohta ajas, kuid see ei toimu mitte arstide arvu suurenemise, vaid rahvastiku vähenemise arvelt.

Arstide kõrval on Eestis veel suurem probleem õdede arv. Selle näitaja poolest



Allikas: OECD, TAI

Joonis 2. Arstide arv 1000 inimese kohta OECD riikides aastatel 2010, 2013, 2014.

oleme OECD riikides hulgas pigem tagumises otsas. Eestis oli 2013. aastal 6,2 ja 2014. aastal 6,4 töötavat õde 1000 inimese kohta. Samas on Šveitsis, Norras ja Taanis õdesid rohkem kui kaks korda enam kui meil. Šveitsiga on see erinevus isegi pea kolmekordne (vt joonis 3).

Kui mitte arvestada hambaraviõdede arvu, siis on meil ühe arsti kohta 1,8 õde. Et säilitada tasakaalu arsti ja õe tööülesannete vahel, võiks OECD järgi vastav suhe olla 2,5. Võrreldes 2013. ja 2014. aastat on arstide ja õdede arv kasvanud. Kasv on olnud minimaalne – vastavalt 0,5% ja 2%.

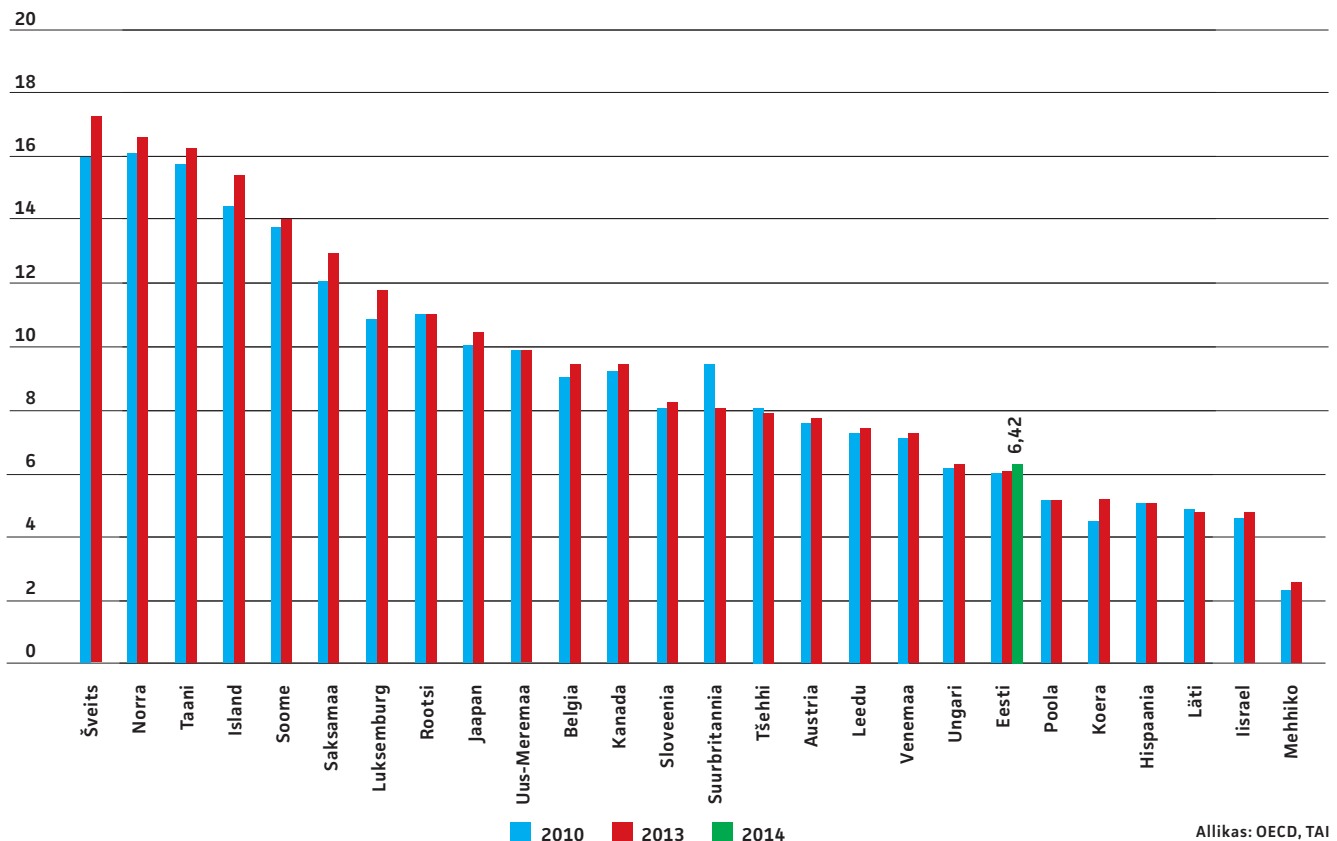
OECD riikides on eri- ning üld- ja perearstide arvuline tasakaal viimase paari aastakümne jooksul muutunud. Perearstide arv kasvab palju aeglasemalt, tekitades mitmetes riikides muret arstide puuduse pärast. Üld- ja perearstid moodustasid 2013. aastal keskmiselt ainult 30% kõikidest arstidest ehk see on rohkem kui kaks erialaspetsialisti iga perearsti kohta. Eriarstide arv on suuresti ülekaalus Kesk- ja Ida-Euroopa riikides ning Kreekas. Mõned riigid, näiteks Prantsusmaa, Kanada ja Austraalia on suutnud säilitada

võrdsema tasakaalu eri- ja perearstide vahel. Eestis on 920 perearsti ja peaaegu 3800 eriarsti, mis annab OECD keskmise suhte 1/3.

Ei ole üllatus, et Eestis on meditsiiniline personal suhteliselt eakas. Meie arstide keskmine vanus on 51 ja õdedel 45 aastat. Pea 60% arstidest on vanemad kui 50. Eesti arstidest 44% on aga 55aastased või vanemad, OECD-l on see protsent 33.

Tervishoiutöötajad praktiseerivad enamasti ühel arsti või õe ametikohal. 7,7% Eesti arstidest ja 7,5% õdedest töötas aga kahel või enamal ametikohal. Enamasti töötatakse ühe tööandja juures, kuid 23,6% arstidest ja 11,1% õdedest töötas kahe või enama tööandja juures. Tervishoiutöötajad töötavad enamasti ühe maakonna piires. Samas töötas 11,2% arstidest ja 4,5% õdedest kahes või enamas maakonnas.

Täiskoormusega töötab 43% arstidest ning 39% õdedest. Rohkem kui neljandik arstidest ja õdedest töötab aga suurema koormusega kui 1,0. Suurema koormusega töötavad enamasti anestezioloogid, erakorralise meditsiini arstid, günekoloogid, psühhiaatrid ja perearstid.



Allikas: OECD, TAI

Joonis 3. Õdede arv 1000 inimese kohta OECD riikides 2010, 2013 ja 2014.

ARSTIDE JA ÕDEDE TUNNIPALK

Viimase viie aasta (2011–2015) jooksul on arstide kogutunnipalk (sisaldab põhipalka ja erinevaid lisatasusid) kasvanud 31%. Kui 2011. aasta märtsis oli see 8,35 eurot, siis 2015. aasta märtsikuus 12,34 eurot.

Asutuste liigi järgi vaadatuna on suurim kumulatiivne kogutunnipalga tõus toimunud ambulatoorsetes taastusraviasutustes, kus viie aasta jooksul on arstide kogutunnipalk kasvanud 58%. Vaadeldud perioodi algul oli ambulatoorsetes taastusraviasutustes töötavate arstide kogutunnipalk 6,42 eurot, perioodi lõpuks oli see tõusnud 10,17 euroni. Tõus on ambulatoorsetes taastusraviasutustes olnud küll kõige suurem, kuid kogu perioodi jooksul on seal töötavate arstide tunnitasu olnud kõige väiksem. Suure tõusu on teinud arstide kogutunnipalk ka ambulatoorsetes eriarstiabiasutustes, kus see on viie aasta jooksul kasvanud 53% ehk siis 10,13 eurolt 15,48 euroni. Suurim kasv on toimunud 2015. aastal.

Perearstiabiasutustes on arstide palk viie aasta jooksul suurenenud keskmise palgaga võrdväärselt (30%). 2011. aastal oli perearstiabiasutustes töötavate arstide kogutunnipalk 10,13 eurot, 2015. aasta märtsiks aga tõusnud

10,3 euroni. Haiglates on kogutunnipalk suurenenud viie aasta jooksul 27% ehk 9,84 eurolt 12,49 euroni. Kõige väiksema tõusu on teinud kogutunnipalk iseseisvates kiirabiasutustes, kus viie aasta kogutunnipalga kasv on olnud 22% (8,2 eurolt 9,99 euroni).

Õdede kogutunnipalga kumulatiivne kasv perioodil 2011–2015 on arstide omaga olnud peaaegu samaväärne ehk 32%. Vaadeldud perioodi alguses oli õendustöötajate keskmine kogutunnipalk 4,58 eurot, 2015. aastaks oli see suurenenud 6,05 euroni. Kõige rohkem on õendustöötajate kogutunnipalk tõusnud ambulatoorsetes eriarstiabiasutustes, kus see on kasvanud 46% ehk 4,68 eurolt 6,85 euroni.

Kõige vähem on kogutunnipalk suurenenud ambulatoorsetes taastusraviasutustes töötavatel õdedel – 3,6 eurolt 4,31 euroni, mis teeb 20%. Haiglas töötavate õdede kogutunnipalk on kasvanud 30%: 4,63 eurolt 6,02 euroni. Kui arstidel oli kogutunnipalk iseseisvates kiirabiasutustes suurenenud kõige vähem, siis õdede puhul tõus nii tagasihoidlik ei ole. Seal töötavate õdede kogutunnipalk kasvas viie aastaga 38% ehk siis 4,79 eurolt 6,61 euroni. Märkimisväärne kasv toimus just 2015. aastal.

Kaltsium ja D-vitamiin kolorektaalsete adenoomide ennetuses

Epidemioloogiliste ning prekliiniliste uuringute andmed viitavad sellele, et D-vitamiini suurem tarbimine ning suurem kontsentratsioon seerumis ning kaltsiumi suurem tarbimine vähendavad kolorektaalse neoplaasia riski. Selle fenomeni uurimiseks korraldati juhuslikustatud topeltpime platseeboga kontrollitud uuring.

Uuringusse kaasati hiljuti adenoomi diagnoosi saanud patsiendid, kellel kolonoskoopia andmetel polnud alles ühtegi polüüpi. 2259 uuritavat jagati juhuslikult 4 rühma: esimene

rühm sai igapäevaselt D-vitamiini (1000 rahvusvahelist ühikut), teine rühm sai igapäevaselt kaltsiumkarbonaati (1200 mg), kolmas rühm sai igapäevaselt mõlemat ning neljas mitte kumbagi. 3 kuni 5 aasta pärast tehti uus kolonoskoopia ning hinnati adenoomide taasteket. 43%-l kõikidest uuritavatest tekkis uuringuperioodil uuesti adenoom.

Tulemused näitasid, et D-vitamiini saanud inimeste rühmades oli seerumi D-vitamiini (25-OH) tase 7,83 ng/l võrra kõrgem võrreldes seda mittesaanud rühmadega. Suhteline risk adenoomi uuesti tekkimiseks oli D-vitamiini saanutel võrreldes mittesaanutega 0,99 (95% usaldus-

vahemik (uv) 0,89–1,09), kaltsiumi saanutel võrreldes mittesaanutega 0,95 (95% usaldusvahemik 0,85–1,06) ning mõlemat preparaati saanutel võrreldes mitte kumbagi saanutega 0,93 (95% uv 0,8–1,08). Tulemused kaugelearenenud adenoomide puhul olid sarnased. Raskeid kõrvaltoimeid esines vähe.

Seega ei vähendanud igapäevane D-vitamiini ja/või kaltsiumi manustamine kolorektaalsete adenoomide järel uute adenoomide tekkevõimalust 3–5aastase perioodi vältel.

REFEREERITUD

Baron JA, Barry EL, Mott LA, et al. A trial of calcium and vitamin D for the prevention of colorectal adenomas. *N Engl J Med* 2015;373:1519–30.

LÜHIDALT