

Paragraafid	Lehekülje nr.
2. Tervishoiusüsteem ja -teenused	1
2.1 Tervishoiukulud	2
2.2 Tervishoiuteenuste kättesaadavus	4
2.2.1 Katmata ravivajadus	4
2.2.2 Tervishoiutöötajad	5
2.2.3 Ambulatoorsed vastuvõetud ja e-konsultatsioonid	6
2.3 Tervishoiusüsteemi tõhusus	7
2.3.1 Ennetatavad ja raviga välditavad surmad	8
2.3.2 Vaktsineerimine	8
2.3.3 Vähi sõeluuringud	9

2. Tervishoiusüsteem ja -Teenused

Eesti tervishoiusüsteem on viimastel aastatel teinud märkimisväärsed edusamme, kuid seisab endiselt silmitsi mitme proovikiviga. OECD terviseosakonna juhataja Francesca Colombo sõnul on tervishoiusüsteemi põhieesmärk tagada rahva hea tervis, mida saab mõõta oodatava eluea ja elukvaliteedi kasvuga [63]. Selle saavutamiseks peavad tervishoiuteenused olema kvaliteetsed, inimestele kättesaadavad ja lähtuma patsiendi vajadustest.

Eesti tervishoiusüsteem on tsentraliseeritud ja põhineb kohustuslikul ning solidaarsel ravikindlustusel. See tähendab, et sotsiaalmaksu maksjad panustavad ühiselt ravikindlustuse süsteemi [64]. Suurem osa tervishoiu rahastusest tuleb tööjõumaksudest. 2024. aastal moodustas 80% tervisekassa tuludest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa ja 17% riigipoolsed tegevustoetused.

Ravikindlustuse seaduse järgi on kindlustuskaitse tagatud kuni 19-aastastele, riiklikku pensioni saavatele ja töötavatele, sotsiaalmaksu tasuvatele inimestele, osalise või puuduva töövõimega isikutele, samuti enamikule õppuritest, lapseootel naistest ning kindlustatud isiku ülalpeetavatest abikaasadest, kellel on vanaduspensionieani jäänud kuni viis aastat [65]. Kindlustuseta inimestele on tagatud vältimatu arstiabi. Lastele ja noortele on lisaks muudele tervishoiuteenustele tagatud hambaravi ja ennetavad tervisekontrollid ning vaktsineerimised. Täiskasvanud ravikindlustatutele on tagatud tervishoiuteenused vajaduse alusel (ambulatoorne ja statsionaarne ravi, vältimatu hambaravi ja sõeluuringud).

2025. aastal oli ravikindlustusega hõlmatud 93% Eesti elanikkonnast, sealhulgas 92% meestest ja 95% naistest. Võrreldes 2016. aastaga kasvas ravikindlustatute osakaal 2022. aastaks 91%-lt 95%-ni, jõudes siis vaadeldud perioodi kõrgeima tasemeni. Kasv tulenes peamiselt meeste

ravikindlustuskaitse suurenemisest 88%-lt 94%-ni. Naiste hulgas on ravikindlustatute osakaal kogu rahvastikust püsinud stabiilsena vahemikus 94–96% [66]. Samas on rahvastikuregistri andmetega võrreldes Eestis hinnanguliselt umbes 89 000 inimest, kellel puudub püsiv ravikindlustus. See tähendab, et tervisemure korral võib vajalik abi nendeni jõuda hiljem ning ravivajadus kujuneda selleks ajaks juba tõsisemaks ja kulukamaks.

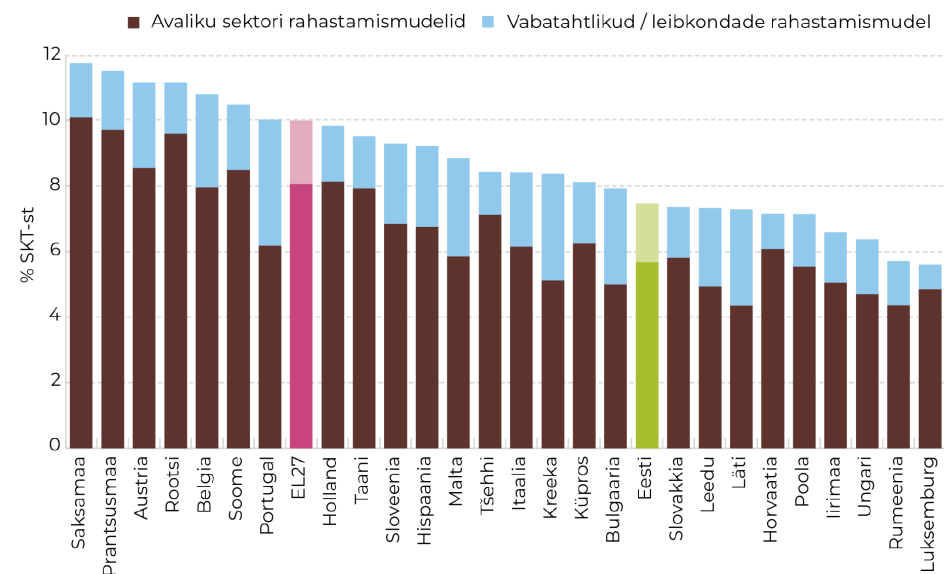
Tervisekassa koondab suurema osa avalikust tervishoiurahast ja vastutab tervishoiuteenuste ostmise eest. Tervishoiupoliitika kujundamise ja elluviimise korraldamine on sotsiaalministeeriumi ülesanne. Eestis kuuluvad kõik suuremad haiglad avaliku sektori omandisse ning pakuvad nii statsionaarset ravi kui ka suuremat osa ambulatoorsest eriarstiabist. Seevastu enamik esmatasandi arstiabi- ja hambaraviteenuse ning eriarstiabi osutajatest tegutseb erasektoris. Eraomandis on ka ligikaudu pooled pikaajalise hoolduse teenusepakkujad.

Rahvastiku vananemise ja tervisetulemite edasise parandamise taustal on üha olulisem tagada ravikindlustussüsteemi jätkusuutlik rahastamine. Selleks on vaja laiendada ravikindlustuskaitset kõigile püsielanikele ning vähendada madalama sissetulekuga leibkondade omaosalust tervishoiukuludes. Sama oluline on kujundada süsteem nii, et ennetus oleks senisest selgem prioriteet, säilitades samal ajal hea ligipääsu tervishoiuteenustele üle kogu Eesti.

2.1 Tervishoiukulud

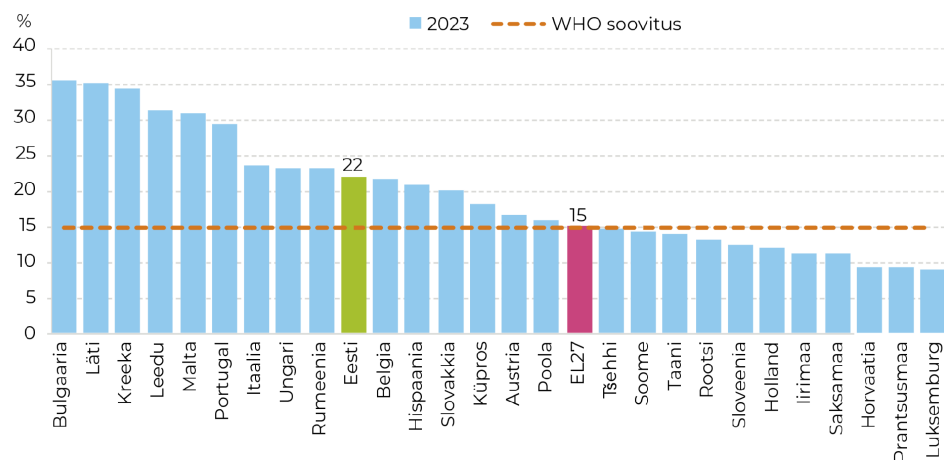
Tervishoiukulude analüüs annab ülevaate, kuidas tervishoidu rahastatakse, kust raha tuleb ja kuidas see süsteemis jaotub. Tervishoiu rahastamine mõjutab otseselt seda, kui hästi on vajalik abi inimestele kättesaadav ning milliseid valikuid saab riik teha teenuste arendamisel ja prioriteetide seadmisel.

Kui palju kulutatakse riigis tervishoiule, võrreldes teiste kaupade ja teenustega ning kuidas see ajas muutub, sõltub nii tervishoiukulutuste tasemest kui ka majanduse üldisest suurusest. Aastal 2023 kulutati Euroopa Liidu riikides tervishoiule keskmiselt 10% sisemajanduse kogutoodangust (SKT), Eestis aga 7,5% (joonis 42). Avaliku sektori rahastatud osa moodustas SKT-st 5,7% ning vabatahtlik rahastamine koos leibkondade omaosalusega moodustas 1,8%. Tervishoiukulude arvestamiseks kasutatakse rahvusvahelist WHO, OECD ja Eurostati ühiselt väljatöötatud metoodikat SHA 2011 [67], mis võimaldab võrrelda Eesti tervishoiukulude andmeid teiste riikidega.



2024. aastal ulatusid Eesti tervishoiukulud 3,169 miljardi euroni, mis moodustas 8% sisemajanduse kogutoodangust. See tähendab, et tervishoid moodustas märkimisväärse osa kogu riigi majandusmahust. Suurem osa tervishoiukuludest kaeti avaliku sektori vahenditest, mille osakaal oli 77%, samas kui leibkondade omaosalus moodustas 21%.

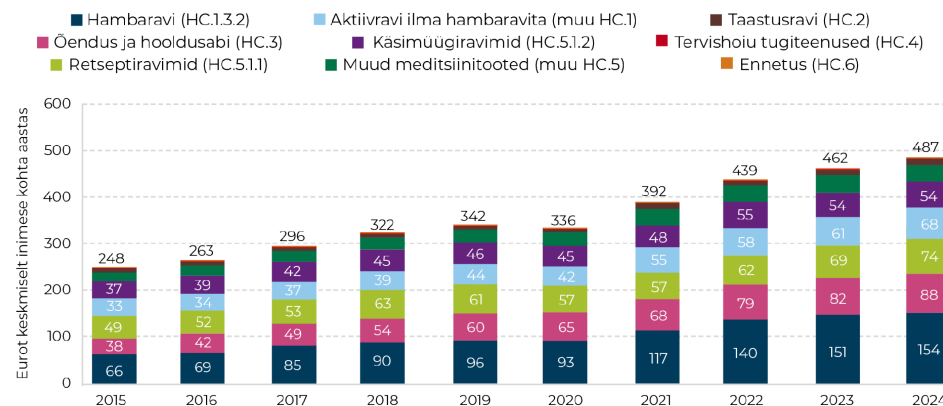
Igaühel peab olema võrdne ligipääs tervishoiuteenustele, sõltumata tema sissetulekutest või sotsiaalsest staatusest. WHO hinnangul on Eesti tervishoiusüsteemi üks suuremaid kitsaskohti ebavõrdsus tervises sotsiaalmajanduslike rühmade vahel [68]. Seda peegeldab ka inimeste suur omaosalus tervishoiukuludes. Sellega erineb Eesti rahvusvahelises võrdluses silmatorkavalt (joonis 43). Eesti ületab märgatavalt Euroopa Liidu keskmist ja WHO soovitatud omaosaluse taset, mille järgi võiks omaosalus olla kuni 15% tervishoiukuludest.



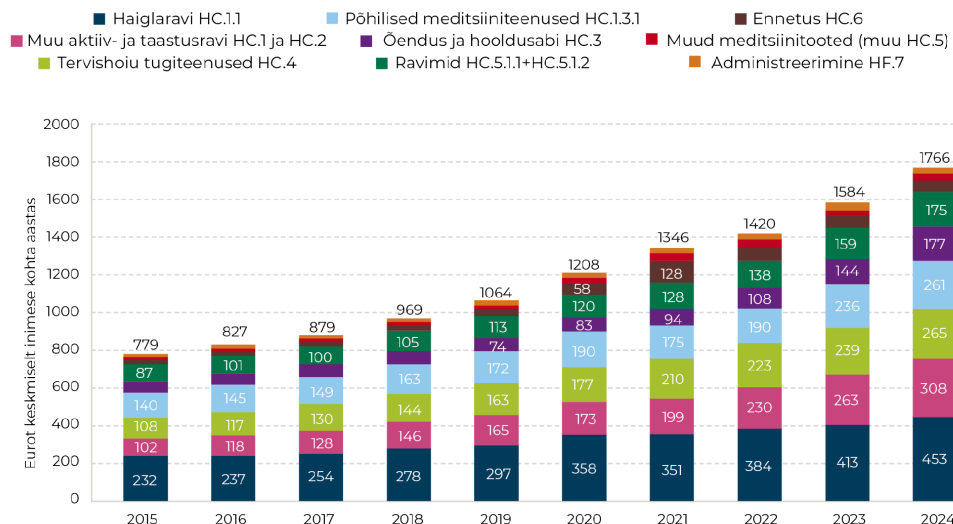
Kui inimeste enda kanda jääb suur osa ravikuludest, võib see halvendada teenuste kättesaadavust, näiteks hambaravis, ning suurendada majanduslikku haavatavust, eriti kallite ravimite ostmisel. Viimaste aastate meetmed – täiendav ravimihüvitis, hambaravihüvitised ja õendusteenuse rahastamine üldhooldekodudes – on aidanud omaosaluse kasvu mõnevõrra pidurdada. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 seab üheks eesmärgiks inimkeskse tervishoiu ning selle eeldus on ravikindlustuse kättesaadavus kogu Eesti elanikkonnale [68].

2024. aastal moodustasid leibkondade omaosaluses suurima osa

hambaravikulud, mille osakaal oli 32%. Neile järgnesid õendus- ja hooldusabi kulud 18% ning retseptiravimid 15% [69]. Samal aastal ulatusid tervishoiukulud ühe inimese kohta 2305 euroni, millest 1766 eurot kaeti avaliku sektori vahenditest ja 487 eurot tuli inimestel endal tasuda (joonis 44).



Suurem osa avalikust tervishoiurahast suunatakse otseselt **haiguste diagnoosimisse ja ravisse**. Avaliku sektori tervishoiukuludest moodustasid 2024. aastal suurima osa aktiivravi kulud, kokku 56%. Sellest haiglaravile kulus 26%, päevaravile 3,5% ja ambulatoorsele ravile 27%. Ligikaudu 15% moodustasid kulud erinevatele tugiteenustele (kiirabi, radioloogilised ja laboriuuringud). Pikaajaline õendus- ja hooldusabi ning retseptiravimid moodustasid kumbki umbes kümnendiku avaliku sektori tervishoiukuludest. Ennetusele kulus 4% ja taastusravile vaid 2% avaliku sektori tervishoiurahast (joonis 45).



2.2 Tervishoiuteenuste Kättesaadavus

Tervishoiuteenuste tegelikku kättesaadavust ei määra ainult see, kas teenus on olemas, vaid ka see, kui kiiresti ja kui hõlpsasti inimene selleni jõuab. Ravi kättesaadavust võivad piirata tervishoiutöötajate puudus, pikad ravijärjekorrad ja suur vahemaa lähima teenuseosutajani. OECD andmetel on katmata ravivajadus madalaima sissetulekuga inimeste seas Eestis üle kolme korra suurem kui Euroopa Liidu kõrgeima sissetulekuga elanikel keskmiselt [70]. Üldise ravi kättesaadavuse tagamiseks on vaja piisaval hulgal sobiva ettevalmistusega tervishoiutöötajaid, kes jaotuksid vastavalt elanikkonna vajadustele üle kogu riigi.

Küsitlusuuringud näitavad, et Eestis jäävad tervishoiuteenused paljudele inimestele kättesaamatuks eelkõige **pikkade ravijärjekordade** tõttu.

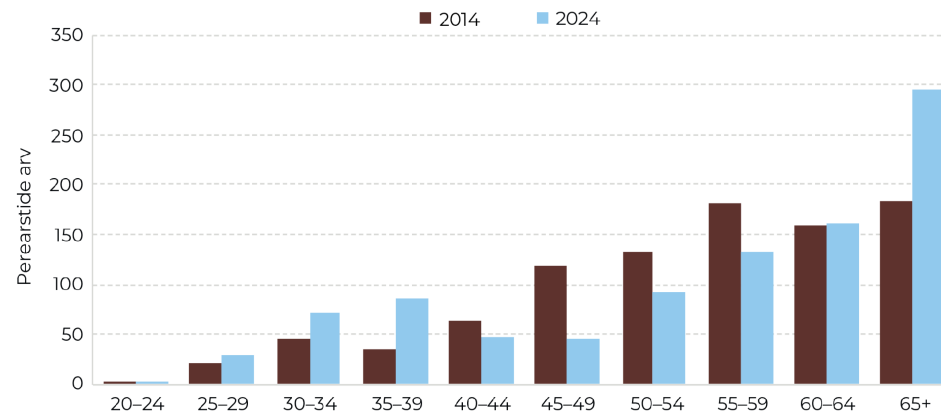
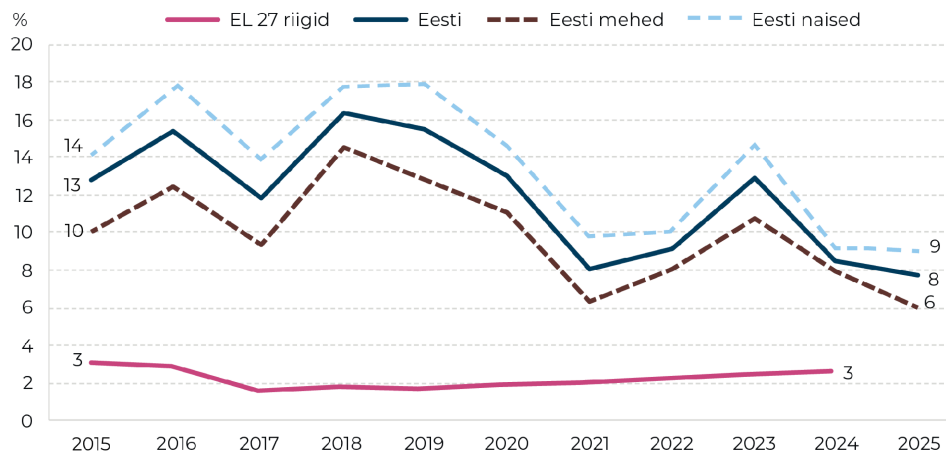
Inimeste hinnangul piiravad perearsti, eriarsti ja hambaarsti abi saamist sageli ka teenuse hind, pikk ooteaeg või selle kaugus. Katmata ravivajaduse poolest kuulub Eesti hinnanguliselt Euroopa probleemsemate riikide hulka koos Läti, Soome ja Kreekaga. 2024. aastal ulatus katmata ravivajadus Eestis 8,5%-ni rahvastikust, samal ajal kui Euroopa Liidu keskmine oli 2,5% [71].

Teenuste kättesaadavust mõjutab palju ka **tervishoiutöötajate nappus**. See pikendab ooteaegu ja raskendab abi saamist. 2023. aastal oli Eestis Euroopa Liidu keskmisest vähem nii arste kui ka õdesid ning üks suuremaid probleeme on arstide vananemine. Perearstide ja eriarstide koostöö parandamiseks kasutatakse e-konsultatsiooni, mis aitab säästa patsientide aega ja toetab sujuvamat raviteekonda. Samal ajal on kasvanud õdede roll tervishoiusüsteemis, mis aitab vähendada arstide koormust ja lühendada ravijärjekordi.

Viimasel kümnendil on Eestis investeeritud palju nüüdisaegsetesse diagnostikaseadmetesse ja tehnoloogiatesse [72]. Need aitavad märgata terviseprobleeme varem ning kinnitada diagnoose täpsemalt. Samas on meditsiinitehnoloogia ka suur kulukoht, eriti siis, kui seadmeid kasutatakse liiga palju või tehakse uuringuid, millel ei ole patsiendi raviteekonnas tegelikku lisaväärtust.

2.2.1 Katmata Ravivajadus

Eestis oli elanike hinnangul **katmata ravivajadus** 2024. aastal 8,5% ja 2025. aastal 7,7% rahvastikust. Euroopa Liidus tervikuna jääb see näitaja keskmiselt 2–3% piiridesse (joonis 46). See tähendab, et Eestis on endiselt palju inimesi, kes ei saa vajalikku tervishoiuteenust õigel ajal või jäävad sellest eri põhjustel üldse ilma. Kui vajalik abi jääb kättesaamatuks, süvendab see tervisealast ebavõrdsust, sest nende inimeste tervises seisund on sageli halvem ja igapäevane toimetulek raskem.



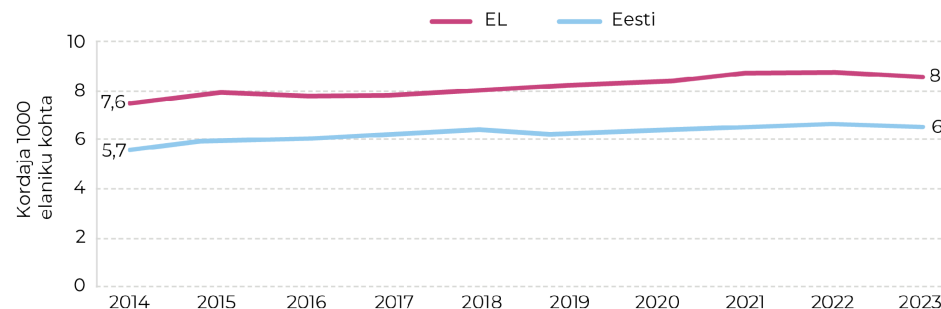
2.2.2 Tervishoiutöötajad

Eesti tervishoiusüsteemi üks suurimaid kitsaskohti on **tervishoiutöötajate nappus**, mis süveneb aastatega. Selle tagajärg on pikemad ravijärjekorrad ja keerulisem ligipääs vajalikule arstiabile.

Riigikontroll on hinnanud, et tervishoiutöötajate puudus on Eesti tervishoius isegi suurem probleem kui rahapuudus [73]. 2023. aastal oli Eestis 1000 elaniku kohta 3,5 arsti ja 6,6 õde, mis jääb alla Euroopa Liidu keskmisele [74]. Arstide puhul teeb olukorra keerulisemaks ka tööjõu vananemine. Kui Euroopa riikides moodustavad vähemalt 65-aastased arstid keskmiselt 14% kõigist arstidest, siis Eestis oli see näitaja 2023. aastal 23% [75]. Eriti terav on töötajate puudus peremeditsiinis.

Aastal 2024 töötas Eestis 960 perearsti, ühe perearsti ravida oli keskmiselt 1427 inimest. Perearstide arvu kõrval valmistab üha enam muret nende vanuseline koosseis. Kui 2014. aastal oli vähemalt 65-aastaseid perearste 15%, siis 2024. aastaks oli nende osakaal kasvanud 31%-ni (joonis 47). See tähendab, et suur osa esmatasandi arstiabist tugineb arstidele, kes lähiaastatel võivad töölt lahkuda, mis suurendab omakorda survet juba praegu pingelisele süsteemile.

Tervishoiusüsteemis tervikuna napib juba aastaid mitte ainult arste, vaid ka õdesid, hooldustöötajaid ning teisi tugispetsialiste, näiteks psühholooge, logopeede ja füsioterapeute. Eriti palju on puudu õdesid. Kui Euroopa Liidus on keskmiselt 8,6 õde 1000 elaniku kohta, siis Eestis on see näitaja 6,6 [76]. Nii jääb Eesti aasta-aastalt EL-i keskmisest maha kahe õega 1000 elaniku kohta (joonis 48).



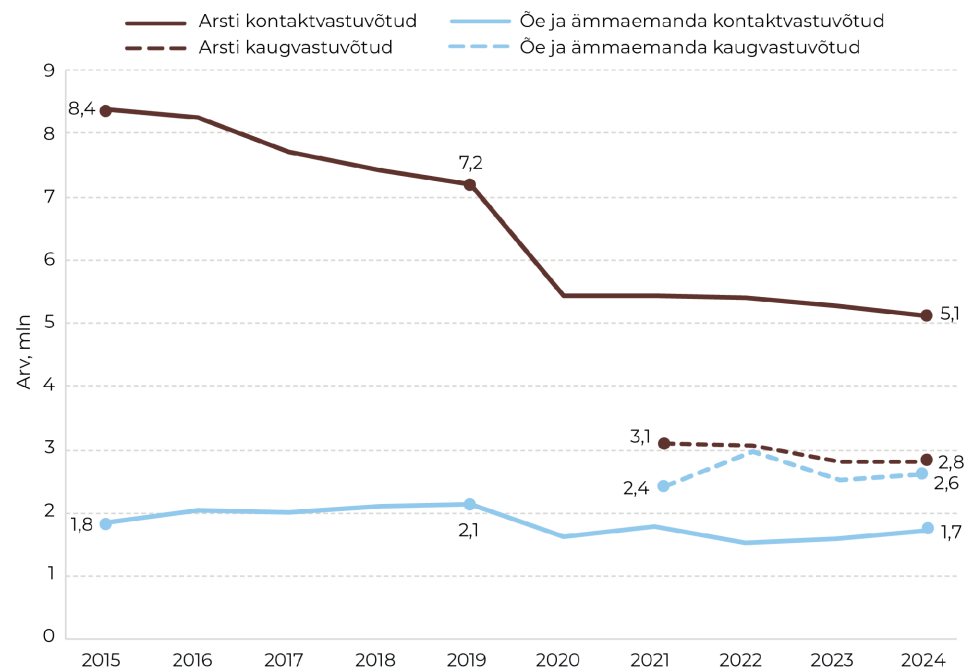
Töötajate puudust leevendatakse sageli ületunnitööga, kuid see

tähendab, et tervishoiutöötajatele ei jää piisavalt puhkeaega. Väsimus võib omakorda mõjutada ravikvaliteeti ning suurendada riske patsiendiohutusele.

2.2.3 Ambulatoorsed Vastuvõttud Ja E-Konsultatsioonid

Eestis tehakse aastas kokku 12,3 miljonit **kontakt- ja kaugvastuvõttu**. Neist 7,9 miljonit teevad arstid ning 4,4 miljonit õed ja ämmaemandad [77, 78]. See näitab, et õdede ja ämmaemandate roll tervishoiusüsteemis on muutunud järjest suuremaks. Nad on vajalikud partnerid patsiendi raviteekonnal, panustades nii nõustamisse, ravi jälgimisse kui ka terviseprobleemide ennetamisse. Nende töö aitab parandada teenuste kvaliteeti, vähendada arstide koormust ja ravijärjekordi ning pakkuda patsientidele järjepidevamat ja inimkesksemat abi [79, 80].

Seda muutust peegeldab ka õdede ja ämmaemandate iseseisvate vastuvõttude kasv. Õdede ja ämmaemandate kontaktvastuvõttude arv suurenes 2014. ja 2024. aasta võrdluses 8% ning kaugvastuvõttude arv 2021. ja 2024. aasta võrdluses 9% võrra (joonis 49). Samal ajal on arstide vastuvõttude koguarv vähenenud: kontaktvastuvõtte tehti ligi 40% vähem ja kaugvastuvõtte 9% vähem [77, 78].

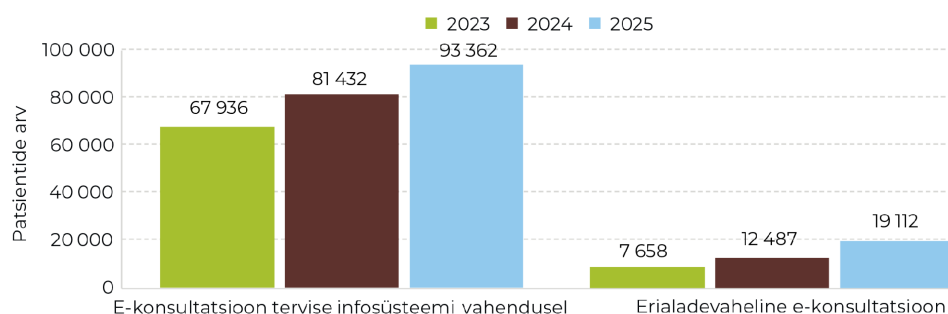


2024. aastal tehti tervisemurede lahendamiseks kokku 5,45 miljonit kaugvastuvõttu, mida oli ligikaudu 134 500 rohkem kui aasta varem. Kaugvastuvõttud on muutunud tervishoiu tavapäraseks, sest võimaldavad lahendada paljud küsimused nii, et patsient ei pea kohale tulema. Arstid ning õed ja ämmaemandad osutasid kaugvastuvõtte peaaegu võrdses mahu, kuid nende osakaal kõigist vastuvõttudest erines märgatavalt. Õdede ja ämmaemandate vastuvõttudest moodustasid kaugvastuvõttud 60%, arstide vastuvõttudest aga 36% [77, 78].

Õigeaegse ja kvaliteetse ravi tagamisel on oluline ka tervishoiutöötajate omavaheline koostöö. Seda toetab e-konsultatsioon, mis võimaldab perearstil koos eriarstiga täpsustada diagnoosi, raviplaani ja hinnata eriarstiabi vajadust. Nii paraneb perearstilt eriarstile liikuva info kvaliteet

ning patsiendi jaoks väheneb ajakulu ja vajadus asjatuteks visiitideks [81].

E-konsultatsioonide kasutamine on viimastel aastatel märgatavalt kasvanud, mis näitab, et digilahendused on tervishoiusüsteemis järjest tähtsamal kohal. 2025. aastal kasutati e-konsultatsiooni ligikaudu 93 400 patsiendi puhul, mida oli 15% rohkem kui aasta varem. Erialadevaheliste e-konsultatsioonide arv, mida kasutati 2025. aastal veidi üle 19 000 patsiendil, kasvas samal ajal 53% (joonis 50). See viitab, et e-konsultatsioonid aitavad muuta patsiendi raviteekonna sujuvamaks ning kasutada tervishoiuressursse tõhusamalt [82].



2.3 Tervishoiusüsteemi Tõhusus

Tervishoiusüsteem peab pidevalt kohanema, sest inimeste tervisevajadused muutuvad ja lisanduvad uued ülesanded. Majandusliku koostöö ja arengu organisatsioon (OECD) on prognoosinud, et kui riigid oma tervisepoliitikat ei muuda, võivad tervishoiukulud 2040. aastaks moodustada OECD riikides keskmiselt 11,8% SKT-st, osalt ka rahvastiku vananemise tõttu [83]. See tähendab, et tervishoid vajab läbimõeldud investeeringuid, et süsteem oleks tulevikus vastupidav ja suudaks paremini reageerida muutustele ja tulevastele kriisidele.

Tervishoiuteenuste roll ei piirdu haiguste raviga. Sama oluline on **ennetada ja avastada haigusi** võimalikult varakult. See aitab pikendada tervena elatud aastaid, vähendada haigestumist ja enneaegset

suremust ning hoida kokku ravikulusid, sest varajane sekkumine on üldjuhul odavam kui kaugemale arenenud haiguse ravi. Ennetus toetab ka tööväime säilimist ja aitab suurendada tööväimelise elanikkonna osakaalu. Eestis moodustasid **haiguste ennetamisele tehtud kulud** enne koroonapandeemiat ligikaudu 4% tervishoiukuludest [84]. Tervist toetava eluviisi kujundamisel ja haiguste ennetamisel on võtmeroll esmatasandi tervishoiul ehk perearstil ja pereõel. Samas ei ole tervisedendusele ja haiguste ennetamisele, sealhulgas mittenakkushaiguste käsitlusele esmatasandil pööratud piisavalt tähelepanu, mis võib süvendada tervisealast ebavõrdsust [85].

2024. aasta 1. novembril jõustus Eestis tervishoiuteenuse osutaja kohustuslik **vastutuskindlustus** ehk patsiendikindlustus [86]. See annab patsiendile õiguse taotleda kindlustuselt hüvitist, kui raviprotsessis tehtud vea tõttu on tekkinud vältitav tervisekahju. Patsiendikindlustuse peamine eesmärk on parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti ja tugevdada patsiendiohutust. Süsteem julgustab raviasutusi ravivigu analüüsima ja neist õppima, mitte neid varjama. Tervishoiuteenuse osutajatel on kohustus sõlmida vastutuskindlustuse leping ning patsient saab kahjunõudega pöörduda otse kindlustusseltsi poole, kellega raviasutusel on leping. Patsiendikindlustus aitab seega paremini kaitsta patsiendi õigusi ja toetab turvalisema tervishoiusüsteemi kujunemist. Kui enne vastutuskindlustuse jõustumist registreeriti Eestis ligikaudu 200 ravivea juhtumit aastas [87], siis 2025. aastal esitati kindlustusele juba üle 500 võimaliku ravivea kahjuteatise [88].

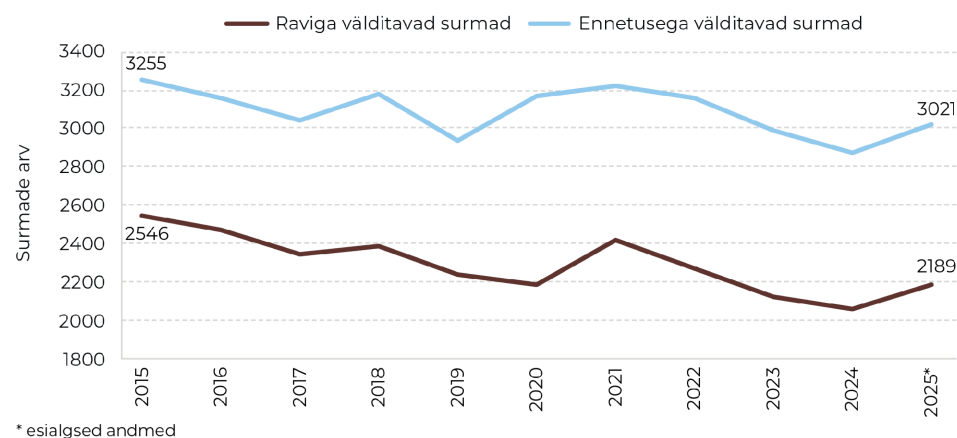
Üha suurem roll tervishoiusüsteemi arendamisel on ka **terviseandmetel**. Nende tähtsust süsteemi toimivuse ja tulemuslikkuse parandamisel on rõhutanud nii OECD kui ka maailma majandusfoorum [89]. Terviseandmete tark kasutamine aitab parandada ravitulemusi, muuta raviprotsesse tõhusamaks ja kasutada piiratud ressursse paremini. Ilma usaldusväärsete andmete ja analüüsita ei ole võimalik raviprotsesse optimeerida, teha seiret ega teadus- ja arendustegevust. Eestis valmis tervishoiusüsteemi toimivuse hindamise raamistik esimest korda 2009.

aastal [90] ning seda ajakohastati 2023. aastal [91]. Raamistik võimaldab tervishoiusüsteemi järjepidevalt hinnata, tuvastada parandamist vajavaid valdkondi, toetada ressursside targemat jaotamist ning hinnata, kui hästi seatud poliitikaeesmärgid on saavutatavad. Esimene hindamine selle alusel viiakse läbi 2025.–2026. aastal.

2.3.1 Ennetatavad Ja Raviga Välditavad Surmad

Ennetusega välditavate surmade hulka kuuluvad surmad, mida oleks võimalik ära hoida tõhusate rahvatervishoiu meetmete ja tervislikuma eluviisi toetamise abil. Sageli on ennetusega välditavate surmade peamised põhjused seotud käitumuslike riskiteguritega, nagu tasakaalustamata toitumine, alkoholi ning nikotiini- ja tubakatoodete tarvitamine ja vähene kehaline aktiivsus. Suurt rolli mängivad ka elu- ja töökeskkond, näiteks õhusaaste ja töökeskkonna riskitegurid. Ennetusega välditavate surmade hulka kuuluvad ka kõik õnnetussurmad ja mürgistused ning osaliselt vereringeelundite haigustest tingitud surmad. Nende põhjuste puhul võivad rahvatervishoiu meetmed olla sageli tõhusamadki kui meditsiiniline sekkumine [92].

Raviga välditav suremus oli Eestis 2024. aastaks võrreldes 2015. aastaga vähenenud 19%, kuid 2025. aasta esialgsete andmete järgi oli see vähenemine 11% (joonis 51). Euroopa Liidu keskmisega võrreldes on raviga välditavate surmade tase Eestis siiski endiselt kõrgem.

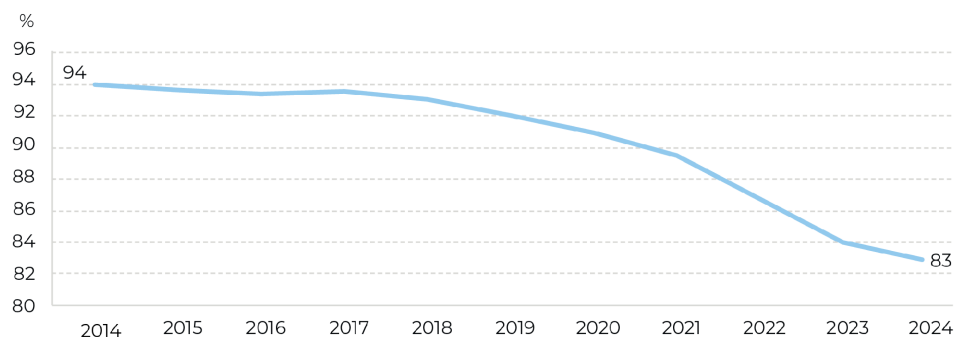


Kui EL-is oli 2022. aastal keskmiselt 90 sellist surma 100 000 inimese kohta, siis Eestis oli vastav näitaja 126 [93]. Kõige sagedamini on raviga välditavate surmade põhjus südamiseisest, kõrgvererõhk ja insult.

2.3.2 Vaktsineerimine

Paljude nakkushaiguste vastu saab end kaitsta **vaktsineerimisega**. Eesti immuniseerimiskava kohaselt vaktsineeritakse lapsi 14 nakkushaiguse vastu. Paraku on laste hõlmatus vaktsineeritusega olnud viimastel aastatel langustrendis (joonis 52) [94], eriti viimasel paaril aastal. WHO soovituslik hõlmatus leetrite, mumpsi ja punetiste vastu vaktsineerimisel haiguste elimineerimiseks on 95%. Aastaks 2024 oli hõlmatus nende haiguste vastu vaktsineerimisel Eesti kaheaastaste laste seas alla kriitilise piiri, olles esialgsetel andmetel 82,5% ning soovituslikku hõlmatus ei saavutanud mitte ükski maakond. Difteeria ja teetanuse vastu vaktsineerimise soovituslik hõlmatus on 95% või enam ning läkaköha vastu vaktsineerimise soovituslik hõlmatus on 90%. Ka nende haiguste vastu vaktsineerituse tase on langenud: 2024. aastal oli hõlmatus nende

haiguste vastu vaktsineerimisel kaheaastaste laste seas samuti 82,5% ning soovituslikku hõlmatus ei saavutanud ükski maakond.



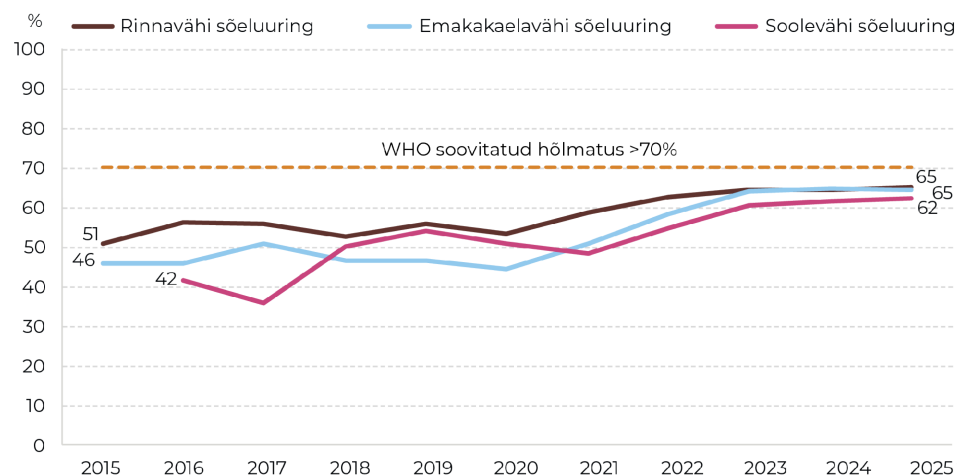
Lisaks muutus 2022. aastal vaktsineerimise andmete kogumise metoodika ehk mindi üle andmekogumisele tervise infosüsteemi põhjal. Sellega on ilmnenud vaktsineerimise andmete hõive- ja kvaliteediprobleeme. Vaktsineerimisega hõlmatus tõstmiseks on vajalik tervise infosüsteemi edastatavate andmete 100% hõive ja kvaliteedi saavutamine, tervishoiutöötajate süsteemne koolitamine ja elanikkonna teadlikkuse suurendamine vaktsiin-välditavate nakkushaiguste ning vaktsineerimise valdkonnas.

2.3.3 Vähi Sõeluuringud

Ennetavate sõeluuringute eesmärk on avastada vähieelsed muutused enne, kui neist kujuneb pahalooline kasvaja. Mida varem sellised muutused leitakse ja neid ravitakse, seda suurem on võimalus vähi teket üldse ära hoida. Seetõttu avaldub nende sõeluuringute peamine mõju vähihaigestumuse vähenemises. Sellesse rühma kuuluvad emakakaelavähi ja soolevähi sõeluuring. 2023. aastal leiti emakakaela- ja soolevähi sõeluuringus ligi 1900 inimesel vähieelsed muutused. Haigestumuse kohta loe täpsemalt ptk. 1.6.

Varajase avastamise sõeluuringute eesmärk on leida juba tekkinud pahalooline kasvaja võimalikult varases staadiumis, mil ravi on enamasti tõhusam ja patsiendile vähem koormav. Seda rolli täidab rinnavähi sõeluuring ning osaliselt ka soolevähi sõeluuring. 2023. aastal avastati riiklike vähi sõeluuringute käigus 480 kasvajat. Neist 80% diagnoositi varases (ehk *in situ*, esimeses või teises) staadiumis, mis annab parema võimaluse edukaks raviks ja väiksemaks kõrvaltoimete riskiks. Sõeluuringu mõju hinnatakse peamiselt vähisuremuse vähenemise kaudu (vt ptk. 1.6).

Sõeluuringute üks suuremaid kitsaskohti on Eestis olnud kutsutute vähene osalemine. Et sõeluuringud oleksid kulutõhusad ja aitaksid päriselt vähendada vähihaigestumust ja -suremust rahvastikus, peaks uuringul osalema vähemalt 70% kutsututest. Eestis on kõigi sõeluuringute osalusmäär püsunud pikka aega sellest tasemest madalamal (joonis 53).



2025. aastal osales rinnavähi sõeluuringul 65% 114 000 kutsutud naistest, soolevähi sõeluuringul 62% 97 000 kutsutud inimesest ja emakakaelavähi

sõeluuringul 65% 75 000 kutsutud inimesest (joonis 54) [94, 95]. Rinnavähi sõeluuringus on saavutatud eesmärgiline 70% osalusmäär Hiiu, Jõgeva, Lääne, Põlva ja Saare maakonnas ning soolevähi sõeluuringus Hiiu, Põlva, Tartu ja Võru maakonnas. Emakakaelavähi sõeluuringus ületas Tartumaa naiste osalus eesmärgilist 70% osalusmäära. Kõige aktiivsemad emakakaela- ja rinnavähi sõeluuringul osalejad olid 50-aastased naised (69%). Soolevähi sõeluuringus olid naised (67%) aktiivsemad kui mehed (57%).

näitasid, et selline sõeluuring on Eestis nii praktiliselt korraldatav kui ka meestele vastuvõetav.

- *Eestis toimub kolm riiklikku vähi sõeluuringuprogrammi: rinnavähi sõeluuring alates 2004. aastast, emakakaelavähi sõeluuring alates 2006. aastast ja soolevähi sõeluuring alates 2016. aastast.*
- *Rinnavähi sõeluuringule kutsutakse 2026. aastal 50–74-aastaseid naisi iga kahe aasta tagant, emakakaelavähi sõeluuringule 30–65-aastaseid naisi iga viie aasta tagant ning soolevähi sõeluuringule 56–68-aastaseid mehi ja naisi iga kahe aasta tagant.*
- *TAI teadlaste juhtimisel juurutatud [HPV kodutestimine](#) kuulub alates 2025. aastast emakakaelavähi riiklikku sõeluuringuprogrammi. Et veelgi paremini jõuda kõigi naisteni, sh haavatavate rühmadeni, tehti 2025. aastal kodutest kättesaadavaks apteekides üle kogu Eesti ja projekt jätkub 2026. aastal.*

Euroopa Komisjon on soovitanud liikmesriikidel hinnata eesnäärmevähi riskipõhise sõeluuringu teostatavust. Sellise lähenemise eesmärk on leida üles mehed, kellel on suurem tõenäosus haigestuda eesnäärmevähki ning samal ajal vältida väiksema riskiga meeste puhul tarbetuid uuringuid ja raviprotseduure. Aastatel 2024–2025 viis tervise arengu instituut koos tervisekassa, Eesti uroloogide seltsi, Tartu ülikooli kliinikumi, Põhja-Eesti regionaalhaigla, Ida-Tallinna keskhaigla ja SYNLAB Eesti OÜ-ga läbi eesnäärmevähi riskipõhise sõeluuringu teostatavusuuringu. Tulemused

EESNÄÄRMEVÄHI RISKIPÕHISE SÕELUURINGU TEOSTATAVUSUURING

- ▶ Eesnäärmevähk põhjustab kogu maailmas märkimisväärt haiguskoormust, olles üks sagedamaid pahaloomulisi kasvaja ja peamisi vähisurma põhjuseid meestel. Varase avastamise korral on eesnäärmevähk aga väga hästi ravitav.
- ▶ Euroopa Komisjoni poolt soovitatud riskipõhine sõeluuring aitab välja selgitada mehed, kellel on suurenenud risk eesnäärmevähki haigestuda, vähendades samal ajal väikese vähiskiga meestel tehtavaid ebavajalikke diagnostilisi ja raviprotseduure.
- ▶ Tervise Arengu Instituut koostöös Tervisekassa, Eesti Uroloogide Seltsi, Tartu Ülikooli Kliinikumi, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla ja SYNLAB Eesti OÜ-ga viis aastatel 2024–2025 läbi eesnäärmevähi riskipõhise sõeluuringu teostatavusuuringu. Uuringu raames tehakse rahvusvahelist koostööd projektides EUCanScreen ja PRAISE-U.
- ▶ Uuringu eesmärk oli hinnata, kas Eestis on võimalik teha sõeluuringut, milles võetakse arvesse meeste individuaalset riski haigestuda eesnäärmevähki.

Keda uuringusse kutsuti ja kuidas uurisime?

- ▶ Kutsusime uuringusse 12 000 meest vanuses 50–69, elukohaga Tallinn või Tartu, kellel oli kehtiv ravikindlustus, kes ei olnud viimase 12 kuu jooksul teinud PSA analüüsi ja kellel ei olnud varem diagnoositud eesnäärmevähki.
- ▶ Mehed jaotati juhuvaliku alusel kolme rühma, kes said kutse tavakirja, e-kirja või SMS-i teel. Vajadusel said kõik rühmad meeldetuletuse SMS-iga.
- ▶ Uuring algas PSA ehk prostataatspetsiifilise antigeeni määramisega verest. Mehed, kellel PSA analüüsi tulemus ületas lävendi (≥ 3 ng/mL), suunati edasi uroloogi vastuvõtule ja täiendavale riskihindamisele, mis hõlmas läbivaatust ning vajadusel MRT-uuringut ja proovitüki võtmist eesnäärmekoest (biopsiat). Vereproovile ja uroloogi vastuvõtule sai aega broneerida veebikeskkonnas või telefoni teel.
- ▶ Kui PSA tase jäi alla lävendi (< 3 ng/mL), jätkus mehel tavapärane tervise jälgimine vastavalt perearsti soovistele.



TERVISEKASSA

Tartu Ülikooli Kliinikum



SYNLAB

EU CanScreen

Mida saime teada?

- ▶ Uuringus osales ehk vereproovi andis 28% kutsutud meestest, kusjuures uuringus osalesid rohkem nooremad mehed: 50–59aastastest osales 32% ja 60–69aastastest 23%.
- ▶ Osalus oli suurim rühmas, kes said kutse tavakirja ja meeldetuletuse SMS-i teel (31%), järgnes e-kirja ja SMS-i rühm (28%). Kõige väiksem oli osalus rühmas, kes said nii kutse kui ka meeldetuletuse SMS-iga (25%). Sama seaduspära ilmnis nii Tallinna kui ka Tartu meestel ja kõigis vanuserühmades.
- ▶ PSA tase ületas lävendi 7%-l vereproovi andnutest. Meestega, kes ise uroloogi vastuvõtule aega ei broneerinud, võeti eraldi ühendust. Vastuvõtule ei tulnud 28% suunatud meestest, kellest omakorda kolmandik olid käinud arsti vastuvõtul uuringu väliselt.
- ▶ MRT või biopsia jäi tegemata 7%-l suunatud meestest, põhjuseks vastunäidustused, keeldumine või tulemata jätmine.
- ▶ Vähek leiti rohkem kui pooltel biopsiale suunatud meestel, neist omakorda üle poole olid väheagressiivsed kasvaja, mis kohest ravi ei vajanud ja jäid jälgimisele.

Mida mehed ise uuringust arvasid?

- ▶ Peamise mitteosalemise põhjusena töid mehed välja hiljuti tehtud PSA analüüsi.
- ▶ Tagasisidet andnud meestest:
 - 99% hindas uuringukutset piisavalt informatiivseks
 - 99% jaoks oli aja broneerimine vereproovi andmiseks lihtne
 - 98% jaoks oli vereanalüüsi tulemus ja edasised juhised arusaadavad
 - 89% hindas veebikeskkonna kasutamist lihtsaks.

Mida saame järeldada?

Sõeluuringule kutsumisel on kõige tulemuslikum kombineeritud lähenemine (kutse tava- või e-kirja teel ning meeldetuletus SMS-i teel), mis aitab tuua uuringusse ka need, kes kutset ei märka või saavad selle vähem jälgitava kanali kaudu.

Veebipõhine aja broneerimine sõeluuringu esmastestile ja lisauuringutele on tulemuslik ning enamiku jaoks lihtne ja vastuvõetav. Tulemused toetavad seega kulutõhusate veebipõhiste lahenduste kasutamist sõeluuringutes.

Üldine osalus 28% oli rahuldav tulemus, peamine mitteosalemise põhjus oli varem tehtud PSA analüüs. Uuringu oli noortemate meeste aktiivsem osalus, mistõttu võiks edasiste tegevuste kavandamisel kaaluda riskipõhise sõeluuringu suunamist just 50aastastele meestele.

Riskihindamise eri etapid aitasid ära hoida potentsiaalselt ebavajalikke eesnäärme biopsiaid: biopsiat vajab vaid veerand meestest, kellel PSA tase ületas lävendi. Arvestades biopsiaga kaasnevaid võimalikke kõrvaltoimeid, muudab MRT ja riskihindamise lisamine eesnäärme varase avastamise märgatavalt säästlikumaks nii mehe kui ka tervishoiusüsteemi jaoks.

- ▶ Eesnäärmevähi riskipõhine sõeluuring on Eestis teostatav ja meeste vastuvõetav.
- ▶ Riskipõhine lähenemine aitab tuvastada eesnäärmevähi suurenenud riskiga mehed, pakkudes neile vajaduspõhist sekkumist ja vähendades ebavajalikke protseduure väikese riskiga meestel.
- ▶ Järgmises etapis oleks vaja uurida riskipõhise sõeluuringu toimimist Eesti eri maakondades.

