

**Tervisestatistika
Eestis ja Euroopas
2007, 2009 ja 2011**

**Health statistics
in Estonia and Europe
2007, 2009 and 2011**



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

**Tervisestatistika
Eestis ja Euroopas
2007, 2009 ja 2011**

**Health statistics in
Estonia and Europe
2007, 2009 and 2011**

Tallinn 2013

Tervisestatistika osakonna missioon:
Rahva tervis ja heaolu parema statistika ja informatsiooni kaudu

*Mission of the Department of Health Statistics:
Population health and welfare through better statistics and information*

Toimetanud / *edited by*: Natalja Eigo, Kati Karelson, Angela Poolakese, Riina Tilk, Ingrid Valdmaa

Käesolev trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel aastal 2013.
The following report is ordered by National Institute for Health Development in 2013.

Materjali reprodutseerimine ja levitamine ei ole lubatud ilma Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta. Väljaande andmete kasutamisel või tsiteerimisel palume viidata allikale.
This report may not be reproduced or distributed without the consent of the National Institute for Health Development. When using or quoting the data included in this issue, please indicate the source.

Kirjastanud / *published by* Atlex AS

Tasuta jagamiseks

ISBN 978-9949-461-34-9 (trükis)

ISBN 978-9949-461-35-6 (pdf)

EESSÕNA

Hea lugeja!

Hoiate käes teist teatmikku sarjast „Tervisestatistika Eestis ja Euroopas“. Inspireerituna esimese kogumiku edust otsustasime jätkata samalaadse väljaandega.

Käesolev teatmik võtab kokku viieaastase perioodi, aastad 2007–2011. Selle aja sisse mahtus nii Eesti kui terve Euroopa majanduslik õitseng, kriis ja taastumine. Teatmik annab illustratiivse läbilõike neil aastatel toimunud muutustest rahvastiku tervises, haigestumuses ning tervishoiuteenuste ja ressursside kasutamises.

Teatmik koosneb kahest osast: Euroopa Liidu 27 liikmesriigi näitajate võrdlusest ja eraldi põhjalikumast Eesti tervisestatistika ülevaatest. Euroopa riikide võrdlemisel on kasutatud Eurostati ja WHO andmebaasides avaldatud infot. Teatmiku Eesti osas esitatakse Tervise Arengu Instituudi ja meie koostööpartnerite – Statistikaameti, Raviameti ning Terviseameti – andmeid. Täiendavat informatsiooni kogumikus esitatud Eesti tervisestatistika kohta saab instituudi avalikust andmebaasist www.tai.ee/tstua ning tervisestatistika sõnastikust.

Head süvenemist!

Tervise Arengu Instituudi
tervisestatistika osakond

FOREWORD

Dear reader,

You are currently reading the second publication from the series of “Health Statistics in Estonia and Europe”. Inspired by the success of the first publication, we decided to pursue a similar report.

This publication summarises a five-year period from 2007 to 2011. This period saw the economic prosperity, crisis and recovery both in Estonia and all over Europe. The publication gives an illustrative overview of the changes in population health, morbidity and the use of health care services and resources during this period.

The publication is divided into two parts. The first part compares the health indicators in the 27 European Union Member States. The second part focuses on more detailed presentation of Estonian health statistics. International comparisons have been made mainly on the basis of data from Eurostat and WHO. The Estonian part of the publication covers the data compiled by the National Institute for Health Development as well as our partners, the Statistics Estonia, the State Agency of Medicines and the Health Board. For more information about Estonian data, see the institute's public database www.tai.ee/tstua and the health statistics dictionary.

We wish you an enjoyable reading,

Department of Health Statistics
National Institute for Health Development

SISUKORD

EESSÕNA.....	3
1. EUROOPA LIIDU TERVISESTATISTIKA.....	8
1.1. Meeste keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad sünnil, 2007 ja 2011	18
1.2. Naiste keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad sünnil, 2007 ja 2011	18
1.3. Meeste keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad 65-aastaselt, 2007 ja 2011	19
1.4. Naiste keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad 65-aastaselt, 2007 ja 2011	19
1.5. Summaarne sündimuskordaja, 2007 ja 2011	20
1.6. Ema keskmine vanus esimese lapse sünnil 2007 ja muutus 2011. aastaks	20
1.7. Abordid 1000 elussünni kohta, 2007 ja 2011	21
1.8. Keisrilõiked 1000 elussünni kohta, 2007 ja 2011	21
1.9. Standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta soo järgi, 2007 ja 2010	22
1.10. Vereringeelundite haigused - standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta soo järgi, 2007 ja 2010	22
1.11. Pahaloomulised kasvaja - standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta soo järgi, 2007 ja 2010	23
1.12. Surma välispõhjused - standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta soo järgi, 2007 ja 2010	23
1.13. Kroonilised haigused - alla 65-aastaste standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2009	24
1.14. Tuberkuloosi esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2011	25
1.15. Registreeritud HIV-i nakatumine 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2011	25
1.16. Pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga 16-aastased ja vanemad elanikud, 2007 ja 2011	26
1.17. Pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga 16-aastased ja vanemad elanikud sissetulekuvintiili järgi, 2007, 2009, 2011	26
1.18. Tervisest tingitud igapäevategevuste piirangutega 16-aastased ja vanemad elanikud, 2011	27
1.19. Terviseprobleemidest tingitud igapäevategevuste piirangutega 16-aastased ja vanemad elanikud sissetulekuvintiili järgi, 2007, 2009, 2011	27
1.20. Vajadusel arstiabi mittesaanud 16-aastased ja vanemad elanikud, 2007 ja 2011	28
1.21. Vajadusel arstiabi mittesaanud 16-aastased ja vanemad elanikud ootejärjekordade tõttu sissetulekuvintiili järgi, 2007, 2009, 2011	28
1.22. Aktiivravivoodid 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2011	29
1.23. Meditsiiniaparaadid miljoni elaniku kohta, 2007 ja 2010	29
1.24. Elu jooksul vähemalt kord veredoonoriks olnud 15-aastased ja vanemad elanikud, 2009	30
1.25. Arstid ja õendustöötajad 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2011	31
1.26. Õendustöötajate arv ühe arsti kohta, 2007 ja 2011	31
1.27. Tervishoiu kogukulude osatähtsus SKP-s, 2007, 2009, 2011	32
1.28. Leibkondade omaosalus tervishoiu kogukuludes, 2007, 2009, 2011	32

2. EESTI TERVISESTATISTIKA.....	33
2.1. Keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad sünnil soo ja rahvuse järgi, 2007, 2009, 2011	41
2.2. Sündide ja abortide arv 1000 naise kohta vanuse järgi, 2007 ja 2011	41
2.3. Surmapõhjused soo ja vanuse järgi, 2011	42
2.4. Suremus vigastuste, mürgistuste ja muude välispõhjuste tagajärjel 100 000 elaniku kohta soo ja vanuse järgi, 2007, 2009, 2011	42
2.5. Enesetapasuremus 100 000 elaniku kohta soo ja vanuse järgi, 2007, 2009, 2011	43
2.6. Esmahaigestumus (v.a pahaloomulised kasvaja) haigusrühma ja vanuse järgi, 2011	44
2.7. Vigastuste välispõhjused 100 000 elaniku kohta soo ja vanuse järgi, 2011	45
2.8. Psühhiaatri diagnoositud psühoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired 100 000 elaniku kohta, 2007, 2009, 2011	45
2.9. Haigla- ja päevaravilt lahkunud vanuse järgi, 2007, 2009, 2011	46
2.10. Haiglast lahkunud 1000 elaniku kohta haigusrühma ja vanuse järgi, 2011	47
2.11. Päevaravilt lahkunud 1000 elaniku kohta haigusrühma ja vanuse järgi, 2011	48
2.12. Kirurgilised protseduurid tervishoiuteenuse osutamise viisi ja elundsüsteemi järgi, 2011	49
2.13. Taastusravi protseduurid 100 000 elaniku kohta, 2007, 2009, 2011	50
2.14. Voodihõive haigla liigi järgi, 2007, 2009, 2011	50
2.15. Arsti vastuvõtud ühe täidetud ametikoha kohta, 2007 ja 2011	51
2.16. Vajadusel arstiabi mittesaanud 16-aastased ja vanemad elanikud suhtelise vaesuse piiri järgi, 2007, 2009, 2011	52
2.17. Ravimite kasutamine peamise toimeainerühma järgi, 2007, 2009, 2011	53
2.18. Kiirabilt abisaanud ja neist hospitaliseeritud 1000 elaniku kohta maakonna järgi, 2011	53
2.19. Tervishoiuteenuse osutajad liigi järgi, 2007, 2009, 2011	54
2.20. Tervishoiutöötajate täidetud ametikohad 1000 elaniku kohta, 2007, 2009, 2011	54
2.21. Välismaal töötamiseks väljastatud tõendid tervishoiutöötaja kutseala järgi, 2007, 2009, 2011	55
2.22. Täistööajaga töötavate tervishoiutöötajate keskmine brutopalk ja riigi keskmine brutopalk, 2007, 2009, 2011	55
2.23. Tervishoiuteenuse osutajate tulud osutaja liigi ja rahastamisallika järgi, 2011	56
2.24. Tervishoiuteenuse osutajate kulud osutaja ja kulu liigi järgi, 2011	56
2.25. Tervishoiu kogukulud rahastamisallika järgi, 2007, 2009, 2011	57
2.26. Leibkondade kulud tervishoiuteenuse järgi, 2007, 2009, 2011	57
DEFINITSIOONID JA SELETUSED	58
KASUTATUD MATERJAL	60
Lühendid, riikide nimekiri.....	61

CONTENTS

FOREWORD.....	3
1. HEALTH STATISTICS IN THE EUROPEAN UNION.....	13
1.1. Male average life expectancy and healthy life years at birth, 2007 and 2011	18
1.2. Female average life expectancy and healthy life years at birth, 2007 and 2011	18
1.3. Male average life expectancy and healthy life years at 65 years of age, 2007 and 2011	19
1.4. Female average life expectancy and healthy life years at 65 years of age, 2007 and 2011.....	19
1.5. Total fertility rate, 2007 and 2011	20
1.6. Mean age of mother at birth of the first child, 2007 and change by 2011	20
1.7. Abortions per 1,000 live births, 2007 and 2011	21
1.8. Caesarean sections per 1,000 live births, 2007 and 2011.....	21
1.9. Standardised death rate per 100,000 inhabitants by sex, 2007 and 2010	22
1.10. Diseases of the circulatory system - standardised death rate per 100,000 inhabitants by sex, 2007 and 2010.....	22
1.11. Malignant neoplasms - standardised death rate per 100,000 inhabitants by sex, 2007 and 2010.....	23
1.12. External causes of death - standardised death rate per 100,000 inhabitants by sex, 2007 and 2010.....	23
1.13. Chronic diseases - standardised death rate per 100,000 inhabitants for people under 65 years of age, 2007 and 2009.....	24
1.14. Tuberculosis incidence per 100,000 inhabitants, 2007 and 2011.....	25
1.15. Notified HIV incidence per 100,000 inhabitants, 2007 and 2011	25
1.16. 16 years and older inhabitants with a long-term illness or health problem, 2007 and 2011	26
1.17. 16 and older inhabitants with a long-term illness or health problem by income quintile, 2007, 2009, 2011	26
1.18. 16 and older inhabitants who are limited in everyday activities due to health problems, 2011.....	27
1.19. 16 and older inhabitants who are limited in everyday activities due to health problems by income quintile, 2007, 2009, 2011	27
1.20. 16 and older inhabitants by unmet needs for medical examination, 2007 and 2011	28
1.21. 16 and older inhabitants' unmet needs for medical examination due to a waiting list by income quintile, 2007, 2009, 2011.....	28
1.22. Acute care beds per 100,000 inhabitants, 2007 and 2011	29
1.23. Medical devices per one million inhabitants, 2007 and 2010.....	29
1.24. 15 and older inhabitants who have donated blood at least once, 2009	30
1.25. Physicians and nursing personnel per 100,000 inhabitants, 2007 and 2011	31
1.26. Number of nursing personnel per physician, 2007 and 2011.....	31
1.27. Share of total health care expenditure in GDP, 2007, 2009, 2011.....	32
1.28. Private households' out-of-pocket expenditure in total health care expenditure, 2007, 2009, 2011.....	32

2. ESTONIAN HEALTH STATISTICS	37
2.1. Average life expectancy and healthy life years at birth by sex and ethnic nationality, 2007, 2009, 2011	41
2.2. Number of births and abortions per 1,000 female by age, 2007 and 2011	41
2.3. Deaths by cause, sex and age, 2011	42
2.4. Deaths due to injuries, poisoning and other external causes per 100,000 inhabitants by sex and age, 2007, 2009, 2011	42
2.5. Suicide mortality per 100,000 inhabitants by sex and age, 2007, 2009, 2011	43
2.6. Incidence (excl malignant neoplasms) by disease group and age, 2011	44
2.7. External causes of injuries per 100,000 inhabitants by sex and age, 2011	45
2.8. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use diagnosed by psychiatrists per 100,000 inhabitants, 2007, 2009, 2011	45
2.9. Hospital discharges and day cases by age, 2007, 2009, 2011	46
2.10. Hospital discharges per 1,000 inhabitants by disease and age, 2011	47
2.11. Day cases per 1,000 inhabitants by disease and age, 2011	48
2.12. Surgical procedures by mode of production and organ system, 2011	49
2.13. Rehabilitation procedures per 100,000 inhabitants, 2007, 2009, 2011	50
2.14. Bed occupancy rate by hospital type, 2007, 2009, 2011	50
2.15. Outpatient visits of physicians per full time equivalent, 2007 and 2011	51
2.16. 16 and older inhabitants unmet needs for medical examination by at-risk-of-poverty threshold, 2007, 2009, 2011	52
2.17. Consumption of medicines by main group of active substance, 2007, 2009, 2011	53
2.18. Patients received emergency medical care from ambulance and hospitalized per 1,000 inhabitants by county, 2011	53
2.19. Health care providers by type, 2007, 2009, 2011	54
2.20. Full time equivalent health care personnel per 1,000 inhabitants, 2007, 2009, 2011	54
2.21. Licenses issued to health care personnel for working abroad by group of speciality, 2007, 2009, 2011	55
2.22. Average gross wage of health care personnel working full time and state average gross wage, 2007, 2009, 2011	55
2.23. Health care providers revenues by type of provider and source of financing, 2011	56
2.24. Health care providers costs by type of provider and expenditure, 2011	56
2.25. Total health care expenditure by source of financing, 2007, 2009, 2011	57
2.26. Private households' out-of-pocket expenditure by type of health care service, 2007, 2009, 2011 ...	57
DEFINITIONS AND EXPLANATIONS	59
REFERENCES	60
Acronyms, list of countries.....	61

1. EUROOPA LIIDU TERVISESTATISTIKA

Üks peamisi rahvastiku tervise näitajaid, mida riigiti võrreldakse, on keskmine eeldatav eluiga. Euroopa Liidu (EL) riikide hulgas oli meeste eluiga 2011. aastal kõige lühem Lätis, sellele järgnes Leedu. Eesti mehed paigutusid tagantpoolt viiendale kohale. 2011. aastal oli Eesti meeste eluiga ligi kuus aastat lühem kui Euroopas keskmiselt. Kõige pikema elueaga on Rootsi ja Itaalia mehed: 2011. aastal sündinud elavad keskmiselt 80-aastaseks. Eestis oli samal aastal sündinud meeste keskmine eluiga 71 aastat.

Kuigi Eesti meeste eluiga on vanade Euroopa riikidega võrreldes lühem, kasvab see kiiresti. Kõige rohkem on perioodil 2007–2011 keskmises elueas ja tervena elada jäänud aastates juurde võitnud Eesti mehed. Nii elavad 2011. aastal sündinud mehed keskmiselt neli aastat kauem ja 4,5 aastat pikemalt tervena kui 2007. aastal sündinud mehed.

2011. aastal moodustasid tervena elada jäänud aastad 89% Rootsi ja Malta meeste elueast ning Eesti meestel 76%. 2011. aastal sündinud Rootsi mehed elavad tervena keskmiselt 71 aastat ja Eesti mehed 54 aastat. See vahe, 17 aastat, on peaaegu kaks korda suurem kui Rootsi ja Eesti meeste keskmise eluea erinevus. Euroopa keskmisest erineb Eesti meeste tervelt elatud aastate arv rohkem kui seitse aastat, 2007. aastal oli vahe veel suurem – 12 aastat.

Naised elavad meestest kauem, kuid nende elueast moodustab tervisest tingitud igapäevategevuste piirangutega elatav aeg suurema osa. Erinevused Euroopa riikide naisrahvastike elueas on väiksemad kui meesrahvastikel. Eesti naiste eluiga on ajavahemikul 2007–2011 kasvanud meeste elueast vähem. Sellest hoolimata on Eesti naiste eluea kasv – 2,5 aastat – olnud EL-i suurim. Tervena elatav aeg pikenes samal ajal kolme aasta võrra. Tervena elada jäänud aastate kiirem kasv oli perioodil 2007–2011 vaid Rootsis ja Leedus.

2011. aastal sündinud Eesti naised elavad 81-aastaseks, mis on kaks aastat vähem EL-i keskmisest. Kõige kauem elavad naised Prantsusmaal, Hispaanias ja Itaalias, kus nende keskmine eluiga ületas 2011. aastal 85 aastat. Eesti naiste elueast moodustavad tervena elavad aastad ligikaudu 71%, EL-is keskmiselt 75%. 2011. aastal sündinud Eesti naised elavad tõsiste terviseprobleemideta 58 aastat, mis jääb nelja aasta võrra alla Euroopa keskmisele. Malta ja Rootsi naised elavad terviseprobleemidest põhjustatud igapäevategevuste piiranguteta rohkem kui 70 aastat. Keskmise eluea erinevus Eesti ja pikaealisuse alusel esikohal olevate Euroopa riikide vahel väheneb nii meeste kui naiste puhul, kuid tervelt elatud aastate vahe tasandub aeglasemalt.

Arenenud riikides kasvab vanemaealiste osatähtsus rahvastikus. Seetõttu on oluline jälgida, millised muutused toimuvad vanemate inimeste terviseseisundis. 65-aastast meest ootas 2011. aastal EL-i liikmesriikides ees keskmiselt veel ligikaudu 18 aastat, millest 9 veetis ta tervisest põhjustatud igapäevategevuste piiranguteta. Eestis olid need näitajad vastavalt veidi alla 15 ja 6 aasta. Kuigi nii eluiga kui tõsiste terviseprobleemideta veedetav aeg erineb EL-i keskmisest kolme aasta võrra, on üle 65-aastaste Eesti meeste eluiga ajavahemikul 2007–2011 kasvanud EL-i riikide võrdluses kõige rohkem – 1,6 aastat. Tervena elatav aeg pikenes kaks aastat, mis on

samuti üks kiiremaid muutusi Euroopas vaadeldud viie aasta jooksul.

Üle 65-aastaste Eesti naiste eluiga 2011. aastal erines Euroopa keskmisest vähem kui meeste oma – ühe aasta võrra. Eesti naistel jääb 65-aastaselt elada veel keskmiselt 20 aastat. Sellest ajast veedavad nad tõsiste terviseprobleemideta ligikaudu kuus aastat, EL-i keskmine on üheksa aastat. Kõige kiiremini, ligikaudu 1,5 aastat, kasvas vanemaealiste naiste eluiga ajavahemikul 2007–2011 Eestis, Lätis ja Portugalis. Sama palju muutus ka Eesti vanemaealiste naiste tervena elada jäänud aastate arv. Kuigi eluiga ja tervena elatav aeg pikenevad, on terviseprobleemideta aastate osatähtsus kogu elueast Eestis siiski väike ja rahvastiku tervis halveneb vanuse kasvades kiiresti. Tervena elatav aeg moodustas 2011. aastal üle 65-aastaste Eesti meeste keskmisest eeldatavast elueast 38% ja naistel 29%. Euroopa keskmine oli vastavalt 48% ja 40%.

Eestis on sündimus aastatel 2007–2011 veidi vähenenud. 2011. aasta andmete põhjal kuulub Eesti summaarse sündimuskordaja alusel Euroopa keskmiste riikide rühma: aastatel 2007 ja 2009 oli sündimuskordaja väärtus ligikaudu 1,6 ning 2011. aastal 1,5 last naise kohta. Summaarne sündimuskordaja näitab, mitu last üks naine keskmiselt sünnitab oma fertiilse ea jooksul juhul, kui jäävad kehtima vaadeldud aasta sündimuse vanusekordajad. Enamikus Euroopa riikides kasvas sündimus 2009. aastal võrreldes 2007. aastaga ning seejärel langes. Kõige kõrgema sündimusega riigid EL-is on Rootsi, Suurbritannia, Prantsusmaa ja Iirimaa, kus summaarne sündimuskordaja on ligikaudu kaks. Eriti madalaks peetakse sündimust siis, kui summaarne sündimuskordaja langeb alla 1,3. See toob kaasa rahvastiku vananemisprotsessi intensiivistumise ja kiire rahvaarvu vähenemise. 2011. aastal oli summaarne sündimuskordaja 1,3 või väiksem Poolas, Rumeenias ja Ungaris.

2011. aastal toimus rohkem kui kolmandik sündidest keisrilõike abil Itaalias, Rumeenias, Maltal ja Ungaris. EL-is keskmiselt kasutati keisrilõiget 25% sündide puhul. Kõige väiksem oli keisrilõigete osatähtsus Soomes, Rootsis, Sloveenias ja Eestis (kuni 20% elussündidest).

Kõigis Euroopa riikides kasvab esmassünnitajate vanus. Kõige nooremad olid naised esimese lapse sündimise ajal Rumeenias, Bulgaarias ja Lätis, kus nende vanus jäi 2011. aastal alla 26 aasta. Ka Eesti emad on muu Euroopa kontekstis esimese lapse sünni ajal üsna noored. Nende keskmine vanus ületas veidi 26 aastat, olles ajavahemikul 2007–2011 kasvanud ühe aasta võrra. Sellest veidi suurem oli kasv Maltal, Leedus ja Slovakkias. Kõige vanemad esmassünnitajad, kelle keskmine vanus jääb 29 ja 31 aasta vahele, elavad Kreekas, Iirimaa, Hollandis, Luksemburgis, Hispaanias ja Suurbritannias.

Reproduktiivkäitumist kirjeldatakse peale sündimuse ka abortide statistika kaudu. Idapoolsetes Euroopa riikides on abortide arv 1000 elussünni kohta suurem kui Lääne-Euroopas. Abortiivsusnäitajad vähenevad enamikus EL-i maades ja kõige kiiremini just neis, kus aborte tehakse rohkem.

Eesti naiste suremus 100 000 kohta ületas 2010. aastal 1,2 ja meeste suremus 1,6 korda EL-i keskmist. Kuigi suremus oli Euroopa keskmisest kõrgem vähenes see just Eestis kõige kiiremini aastatel 2007–2010. Seetõttu kasvas EL-i liikmesriikide võrdluses Eestis nii meeste kui naiste keskmine eluiga kõige rohkem.

Kolm kõige sagedamat surmapõhjust Euroopas on vereringeelundite haigused, vähk ning hingamiseldundite haigused. Neljandal kohal asuvad välispõhjustest tingitud surmad. Hingamiseldundite haiguste esilekerkimine surmapõhjuste hulgas on seotud suitsetamisega ja selle harjumuse kiire levikuga naiste seas. Eestis kuuluvad esikolmikusse vereringeelundite haigused, vähk ning välispõhjustega seotud surmad. Meeste kolm kõige sagedamat surmapõhjust vanades EL-i liikmesriikides on vähk, vereringeelundite ja hingamiseldundite haigused. Aastatel 2004–2007 liitunud riikides seonduvad meesrahvastiku surmapõhjustused enim vereringeelundite haigustega. Nii 15 kui 27 liikmesriigi võrdluses asetuvad naistel esikohale vereringeelundite haigused, järgnevad vähk ja hingamiseldundite haigused. Välispõhjustest tingitud surmad on naistel viiendal kohal, neile eelnevad seedeeldundkonna haigustest põhjustatud surmad.

Kogumikus on esitatud joonised Eestis kõige sagedamini esineva kolme surmapõhjuste – vereringeelundite haiguste, vähi ja välispõhjustega seotud surmade – kohta võrdluses ülejäänud EL-i riikidega.

Meeste vähisuremus ületab Eestis 1,3 korda EL-i keskmist ja naiste suremus jääb samale tasemele 27 liikmesriigi naisrahvastiku keskmisega. Selle haiguse esilekerkimine peegeldab rahvastiku vananemist, vähk on üldjuhul vanemaelise rahvastiku surmapõhjus.

Nii Eesti naiste kui meeste suremus vereringeelundite haigustesse oli 2010. aastal kaks korda kõrgem EL-i keskmisest. Eesti meeste ja naiste suremus vähenes aastatel 2007–2010 ligikaudu 12%.

Välispõhjustega seotud suremus ületab Eesti meestel 2,5 ja naistel 1,5 korda EL-i keskmist. Meeste suremus on kõrge kõigis kolmes Balti riigis. Välispõhjustest tingitud surmade arv 100 000 mehe kohta on Euroopas aastatel 2007–2010 kõige rohkem, pea kolmandiku võrra, vähenenud Eestis. Naiste suremus välispõhjuste tõttu langes kõige kiiremini (ligikaudu 25%) kahes riigis, Eestis ja Lätis.

Kroonilistest haigustest põhjustatud enneaegne suremus väheneb Eestis samuti kiiresti. Aastate 2007–2009 jooksul kahanes nooremate kui 65-aastaste hulgas vähist, diabeedist, südame isheemiatõvest, insuldist ning kroonilistest kopsu- ja maksahaigustest põhjustatud suremus 100 000 elaniku kohta ligikaudu 16%. Samal ajavahemikul toimus langus kõigis EL-i riikides. Keskmiselt vähenes Euroopas krooniliste haigustega seotud suremus alla 65-aastase rahvastiku hulgas 7%.

Alates 2000. aastast on Eestis tuberkuloosi haigestunud järjest vähem inimesi. 2007. aastal registreeriti 34 ja 2011. aastal 22 uut juhtu 100 000 elaniku kohta. Ehkki haigestumus väheneb, ületab Eesti haigestumuskordaja kuni kaks korda EL-i keskmist. Peamine probleem on tuberkuloosi riskirühmades, st alkoholi liigtarvitajate, kinnipidamisasutustes viibinud isikute ja HIV-nakkuse kandjate seas leviva haiguse varajane diagnoosimine ja ravi.

Teise rahvusvaheliselt jälgitava nakkushaiguse, HIV-i esinemissageduselt asub Eesti EL-i riikide hulgas esikohal. Registreeritud uute juhtude arvu järgi vähenes HIV-i nakatumine Eestis aastatel 2007–2011 peaaegu kaks korda. 2011. aastal diagnoositi

Eestis veidi rohkem kui 27 uut viirusekandjat 100 000 elaniku kohta.

Lisaks uute haigusjuhtude esinemisele võrreldakse riikide rahvastike terviseseisundit selle järgi, kui suurel osal inimestest esineb mõni terviseprobleem, mis on kestnud või eeldatavasti kestab pikemat aega. Kõige sagedamini seatud ajapiir on kuus kuud, mida kasutatakse eri uuringutes pikaajalise terviseprobleemi määratlemisel. 2011. aastal oli 45% protsendil Eesti 16-aastastest ja vanematest elanikest mõni pikaajaline haigus või terviseprobleem. Euroopas moodustab üle 16-aastase rahvastiku hulgas pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste osatähtsus 32%. Suurema sissetuleku saajate hulgas leidub vähem pikaajalisi ja kroonilisi haigusi põdevaid inimesi kui madala sissetulekuga rühmades. Sissetuleku kasvades väheneb ka nende osatähtsus, kelle igapäevategevused on tervise tõttu mingil viisil piiratud. 2011. aastal olid terviseseisundi tõttu Eestis veidi üle 31% ja Euroopas 26% 16-aastaste ja vanemate elanike igapäevategevused kas mõningal määral või oluliselt piiratud. Kõige tervemad inimesed elasid 2011. aastal Maltal ja Rootsis, kus igapäevategevused olid halva tervise tõttu piiratud vastavalt 12 ja 16 protsendil elanikest.

2011. aastal oli Eestis neid inimesi, kes arstiabi ei saanud, kuigi vajasis seda, veidi üle kaheksa protsendi. EL-is keskmiselt jäi arstiabi mittesaanute osatähtsus alla seitsme protsendi. Kõige vähem oli arstiabita jäänuid Sloveenias (0,3%) ja kõige rohkem Lätis (22%). Sellel, miks arstiabi ei saadud, on erinevad põhjused, kuid peamine, mida jälgitakse, on arstiabi mittekahtsaadavus pikkade ootejärjekordade tõttu. 2011. aastal oli EL-i riikidest Eestis kõige rohkem neid inimesi (6%), kes ei pääsenud arsti juurde pika ootejärjekorra tõttu. Euroopas keskmiselt nimetas ootejärjekorda arsti juurde pääsemise takistusena alla ühe protsendi rahvastikust.

Aktiivravivoodite arv väheneb peaaegu kõigis EL-i riikides. Kõige vähem, 201 ravivoodit 100 000 elaniku kohta, oli neid Rootsis, ja kõige rohkem, ligikaudu 543, Austrias. Eesti haiglates oli 2011. aasta lõpu seisuga kasutusel 100 000 elaniku kohta 350 aktiivravivoodit.

Eesti on nende kaheksa Euroopa riigi seas, kus elu jooksul vähemalt kord veredoonoriks olnud 15-aastaste ja vanemate elanike osatähtsus on kõige suurem. Eestis moodustavad aktiivsed doonorid rahvastikust veidi vähem kui kolm protsenti. Piisava verevaru tagamiseks peaks Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) soovitusliku nelja protsendi täitmiseks olema doonorite arv protsendi võrra suurem.

Arstide ja õendustöötajate arv 100 000 elaniku kohta on liikmesriigiti väga varieeruv. Palju sõltub riigi tervishoiusüsteemi korraldusest ja tervishoiutöötajate tasustamisest. Vaadeldava viie aasta jooksul kasvas nii EL-i keskmine arstide kui ka õendustöötajate arv 100 000 elaniku kohta ning tervishoiutöötajaid toodi sisse ka väljastpoolt liikmesriike. Eesti arstide ja õendustöötajate arv sel ajavahemikul kuigivõrd ei muutunud. Arstide arv elanike kohta on võrreldav Euroopa riikide keskmisega, kuid õendustöötajate arv jääb EL-i keskmisest maha 1,3 korda. 2011. aastal oli EL-is keskmiselt õendustöötajaid 100 000 elaniku kohta 836 ja Eestis 647. See näitab ühtlasi, et arstide ja õendustöötajate arvuline suhe Eestis erineb Euroopa riikide keskmisest. Euroopas töötas 2011. aastal 2,4 õendustöötajat arsti kohta, Eestis 2,0.

Muutused tervishoiu kogukulude (THKK) osatähtsuses sisemajanduse koguproduktist

(SKP) on tingitud kõikumistest nii tervishoiukuludes kui ka majanduses tervikuna. Enne majanduskriisi, mis sai alguse 2008. aastal, toimus riikides kiire THKK osa kasv SKP-s. Kuigi üldised majandustingimused halvenesid, jätkasid riigid ka 2009. aastal THKK-sse panustamist või säilitasid sama taseme, mis oli enne majanduskriisi. Alates 2010. aastast hakkas THKK osatähtsus SKP-s langema, põhjuseks avaliku sektori eelarvepuudujäägi vähendamine ja sissetulekute edasine kahanemine. Enamikus riikides jätkus langus ka 2011. aastal.

Tervishoiusüsteemis vähenes ka patsientide omafinantseeringu maht. Võrreldes 2007. aastaga kahanes 2009. aastal mitmes liikmesriigis leibkondade omaosalus THKK-s. Alates 2011. aastast hakkas inimeste kulude osa kasvama pooltes Euroopa riikides. Ehkki leibkonna tervishoiukulude osatähtsus Eestis pidevalt vähenes, jäi see 2011. aastal ikkagi kõrgemale tasemele kui EL-is keskmiselt.

1. HEALTH STATISTICS IN THE EUROPEAN UNION

One of the key indicators of population health, which is compared by country, is average life expectancy. The lowest life expectancy for men among the Member States of the European Union (EU) in 2011 was seen in Latvia, followed by Lithuania. Estonian men were fifth from the bottom. In 2011, the life expectancy for Estonian men was approximately six years shorter than the European average. Swedish and Italian men have the longest life expectancy: those born in 2011 will live 80 years on average. In Estonia, the average life expectancy for men born in the same year was 71.

Although the life expectancy of Estonian men is low compared to the old European countries, it is growing rapidly. In the period of 2007–2011, Estonian men benefited the most in average life expectancy and healthy life years. Therefore, men born in 2011 will live on average four years longer and 4.5 years healthier than men born in 2007.

In 2011, healthy life years formed a total of 89% of the life expectancy among Swedish and Maltese men and 76% among Estonian men. Swedish men born in 2011 will live an average of 71 healthy years and Estonian men born in the same year will live slightly more than 54 years without health problems that affect their everyday activities. This 17-year gap is almost twice the difference between the average life expectancy of Swedish and Estonian men. The difference in healthy life years among men in Estonia from the European average is more than seven years; in 2007, this gap was even wider – 12 years.

Women live longer than men, but the proportion of the time lived with health-related limitations affecting daily activities is greater for them. The differences in female life expectancies are smaller than that of the male between European countries. In Estonia, the life expectancy for women increased less in 2007–2011 than it did for men. Despite this, the increase in life expectancy among Estonian women – 2.5 years – has been the highest in the EU. In addition to a longer life span, three years of healthy life years were accrued. The more rapid growth related to healthy life years occurred only in Sweden and Lithuania during the years 2007–2011.

Estonian women born in 2011 will live 81 years, which is two years less than the EU average. Women in France, Spain and Italy live the longest: their average life expectancy exceeded 85 years in 2011. Healthy years constitute approximately 71% of the life span of Estonian women and 75% on average in the EU. Estonian women born in 2011 will live 58 years without serious health issues, which is four years less than the European average. The healthy life years of Maltese and Swedish women exceed 70 years. The gap in life spans between those European countries with higher life expectancies and Estonia both for men and women is decreasing, but the gap of healthy life years is evening out at a slower pace.

In developed countries, the proportion of the elderly in the population is increasing. Therefore, it is important to observe the kind of changes that take place in the health conditions of elderly people. In 2011, a 65-year-old man living in the EU could be expected to live approximately 18 years on average more and out of these years, nine without health-related limitations to his daily life. In Estonia, these indicators were

slightly below 15 and 6 years, respectively. Although both life expectancy and the time spent without serious health problems differs from the EU average by three years, the life expectancy for Estonian men over 65 years of age has increased the most – 1.6 years – compared to other EU countries during the period of 2007–2011. The healthy life years extended by two years, which is also one of the most rapid changes in Europe during the observed five-year period.

In 2011, the life expectancy of Estonian women over 65 years of age differed less – one year – from the European average than for men. Estonian women will have an average of 20 years to live when they are 65. They live without serious health problems for approximately six years; the EU average is nine. The most considerable growth in the expected years – approximately 1.5 years – among elderly women took place in Estonia, Latvia and Portugal during the period of 2007–2011. The number of healthy life years among elderly women in Estonia also changed by 1.5 years. Although the life expectancy and the healthily lived period are longer, the proportion of years lived without health-related problems in total life expectancy is still low in Estonia and with increasing age, health status of the population is rapidly becoming worse. In 2011, healthy years formed 38% of the remaining years for Estonian men over 65 and 29% of Estonian women over 65. The European average was 48% and 40%, respectively.

Fertility in Estonia fell slightly during the years 2007–2011. Based on data from 2011, the total fertility rate shows that Estonia belongs to the group of average European countries: in 2007 and 2009, the fertility rate was 1.6 and in 2011, it was 1.5 children per woman. The total fertility rate shows the average number of children a woman gives birth to during her fertile years if she passes all her childbearing years conforming to the age-specific fertility rates of a given year. The birth rates increased in most European countries in 2009 compared to 2007. Then a decline occurred. Countries with the highest fertility in the EU are Sweden, the United Kingdom, France and Ireland, where the total fertility rate is approximately two. Fertility is considered especially low if the total fertility rate is below 1.3. This leads to the more intense aging of the population and a more rapid population decline. In 2011, the fertility rate was 1.3 or less in Poland, Romania and Hungary.

In 2011, more than a third of the births in Italy, Romania, Malta and Hungary took place by Caesarean section. An average of 25% Caesarean births took place in the EU. Finland, Sweden, Slovenia and Estonia had the smallest proportion of Caesarean sections (up to 20% of live births).

The age of women giving birth for the first time is increasing in all European countries. The youngest mothers, who were younger than 26 at the time of giving birth to their first child, lived in Romania, Bulgaria and Latvia in 2011. Estonian mothers are also rather young at the time of the first birth compared to other European countries. Their age slightly exceeded 26 years, having increased one year during the period of 2007–2011. A slightly greater increase took place in Malta, Lithuania and Slovakia. The oldest mothers, who give birth to their first child between the ages of 29 and 31, live in Greece, Ireland, the Netherlands, Luxembourg, Spain and the United Kingdom.

In addition to fertility, reproductive behaviour is also described by abortion statistics.

The number of abortions per 1,000 live births is higher in the Eastern part of Europe than in Western Europe. Abortion indicators are decreasing in most EU countries, faster in those where abortion rates are the highest.

In 2010, the death rate of Estonian women and men per 100,000 was 1.2 and 1.6 times higher, respectively, than the average in the EU. Although mortality is higher compared to Europe, it declined the most during 2007–2010 in Estonia. Therefore, the average life expectancy of both Estonian men and women grew the most in comparison with other Member States of the EU.

Three leading causes of death in Europe are diseases of the circulatory system, cancer and respiratory diseases. Deaths due to external causes have taken the fourth position. The emergence of respiratory diseases among the causes of death is related to smoking and the spread of this habit among women. In Estonia, the top three causes of death are diseases of the circulatory system, cancer and deaths due to external causes. Three leading causes of death among men in the oldest Member States of the EU are cancer, circulatory system diseases and respiratory diseases. In the countries that acceded in 2004–2007, the major cause of death among the male population is related to circulatory system diseases. In the comparison of the 15 and 27 Member States, the leading cause of death among women is circulatory system diseases, followed by cancer and respiratory diseases. Deaths due to external causes take the fifth place among the female population. This is preceded by deaths caused by digestive system diseases.

This publication includes figures obtained from a comparison of the major causes of death among Estonian population – circulatory system diseases, cancer and deaths related to external causes – and the rest of the EU countries.

The cancer mortality rate among men in Estonia is 1.3 higher than the average in the EU, and the rate among women is on the same level with the average of the female population in the 27 Member States. The rise in cancer mortality is related to the population aging, as cancer is generally a disease and a cause of death among elderly people.

Mortality caused by circulatory system diseases among both Estonian women and men was two times higher than the average of the EU in 2010. The death rate of Estonian men and women decreased approximately 12% during the period of 2007–2010.

Mortality from external causes exceeds the average rate of EU countries 2.5 times for Estonian men and 1.5 times for Estonian women. Male mortality due to these causes is high in all three Baltic countries. The rate of deaths related to external causes among men has decreased the most, almost a third, in Estonia during the years 2007–2010. Female death rates decreased the most (approximately 25%) in two countries, Estonia and Latvia, over the same period.

Premature mortality caused by chronic diseases is also rapidly decreasing in Estonia. During the years of 2007–2009, mortality caused by cancer, diabetes, ischaemic heart disease, stroke and chronic lung and liver diseases among people under 65 of age decreased approximately 16%. The decline took place in all the EU countries

during the same period. On average, mortality related to chronic diseases among people younger than 65 decreased 7% in Europe.

Incidence of tuberculosis has decreased in Estonia since 2000. A total of 34 new cases per 100,000 inhabitants were recorded in 2007 and 22 in 2011. Despite the decrease in new cases, the incidence rate in Estonia is up to two times higher than the EU average. The main concern is the early diagnosis and treatment of tuberculosis among the risk groups, i.e., alcohol abusers, imprisoned persons and HIV infection carriers.

The incidence of another internationally monitored infectious disease, HIV, has been the highest in Estonia for a long time compared to other EU countries. According to the recorded data on new cases, HIV infection rates have decreased almost two times in Estonia during the years 2007–2011. Slightly more than 27 new HIV-positive cases were diagnosed per 100,000 inhabitants in 2011.

In addition to incidence, international comparisons in the domain of population health often use indicators that describe population health status by the prevalence of long-term health problems. In most population-based surveys the reference period called “long-term” is defined by six months. In 2011, 45% of Estonian people aged 16 and older had a long-term illness or health problem. The proportion of Europeans who are 16 years or older and have a long-term health problem was 32%. People with higher income suffer less from long-term or chronic diseases than those with lower income. Income growth also reduces the proportion of people whose daily activities are limited due to health problems. In 2011, the daily activities of slightly more than 31% and 26% of people aged 16 and older in Estonia and in Europe, respectively, were limited to either some extent or severely. The healthiest people lived in Malta and Sweden, where poor health conditions limited everyday activities for 12% and 16% inhabitants, respectively.

In 2011, slightly more than 8% of Estonian population needed some health care services, but did not receive it. The average percentage of people in the EU who did not have access to health care when needed was less than 7. The smallest proportion of people who did not have access to health care at the time it was necessary was in Slovenia (0.3%) and the greatest in Latvia (22%). The reasons for not receiving care were different, but the most important issue observed was a long waiting list. In 2011, 6% mentioned long waiting lists as an obstacle to access to health care in Estonia. This was the highest proportion in EU countries. In Europe, an average of less than 1% of the population mentioned long waiting lists as an obstacle to go to the doctor's appointment.

The number of acute care beds is decreasing in almost all EU countries. The smallest number of acute care beds, 201 per 100,000 inhabitants, was observed in Sweden and the greatest, 543 beds, in Austria. As of the end of 2011, a total of 350 acute care beds per 100,000 inhabitants were established in Estonian hospitals.

Estonia belongs to the eight European countries where the percentage of blood donors among people aged 15 and older, who have given blood at least once, is the highest. In Estonia, the percentage of regular donors is slightly below 3. To ensure

sufficient blood reserves, the number of donors should be a percentage higher – the recommended 4% as stated by the WHO.

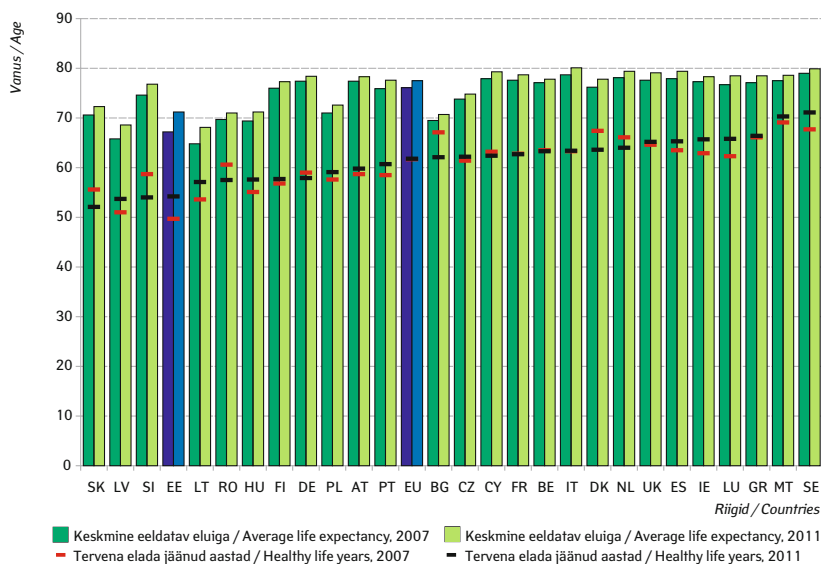
The number of physicians and nursing personnel per 100,000 inhabitants varies largely in Member States. A lot depends on the organisation of the state health care system and the salaries of health care workers. During the observed five years, the EU average number of physicians and nursing personnel increased per 100,000 inhabitants and the importation of health care workers from countries outside the EU took place on the European level. There were no great changes in the number of physicians and nursing personnel in Estonia. The number of physicians per inhabitants is comparable to the European average; however, the number of nursing personnel is 1.3 times smaller than the EU average. In 2011, there were an average of 836 nurses in the EU and 647 in Estonia per 100,000 inhabitants. This also indicates that the ratio of physicians and nurses in Estonia differs from that of European countries. In 2011, there were 2.4 nurses per physician in Europe; in Estonia, this ratio was 2.0.

Changes in the share of total health care expenditures (THE) in the gross domestic product (GDP) are caused by the variation in both health care expenditures as well as the economy as a whole. Before the economic crisis, which began in 2008, the share of THE in GDP grew rapidly. Also in 2009, despite the fact that the general economic conditions worsened, countries continued to contribute to THE or maintained the same level as before the economic crisis. Since 2010, in connection with the reduction of the public deficit and a further decline in income, the share of THE in GDP began to fall. In most countries, the decline also continued in 2011.

Also, the amount of out-of-pocket financing in the health care system reduced. Compared to 2007, the households' out-of-pocket expenditure in THE fell in several Member States in 2009. Since 2011, the share of the costs from households started to grow in half of the EU countries. Despite the steady decline of the proportion of out-of-pocket expenditure in Estonia, it still remained at a higher level than the EU average in 2011.

1.1. Meeste keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad sünnil, 2007 ja 2011

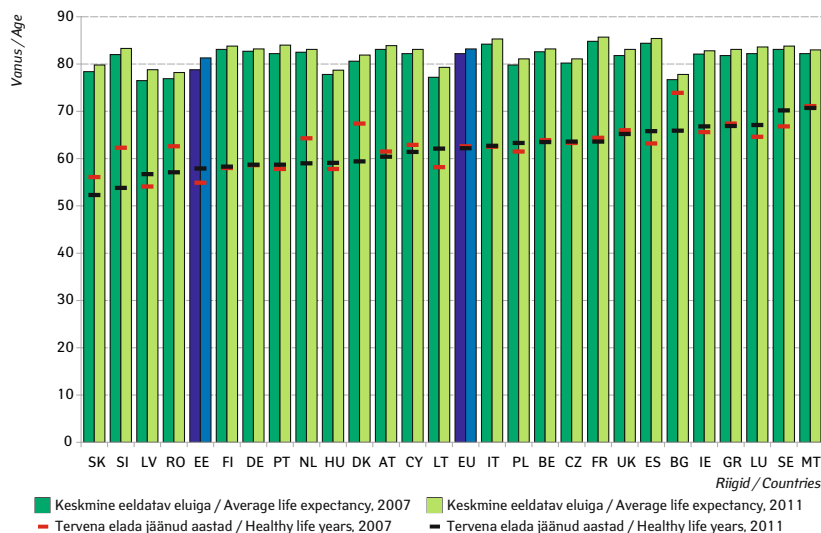
Male average life expectancy and healthy life years at birth, 2007 and 2011



Allikas/Source: Eurostat

1.2. Naiste keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad sünnil, 2007 ja 2011

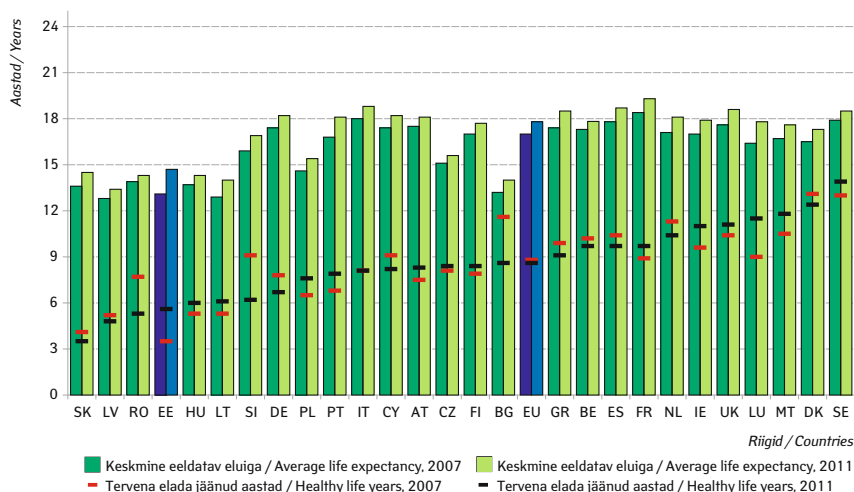
Female average life expectancy and healthy life years at birth, 2007 and 2011



Allikas/Source: Eurostat

1.3. Meeste keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad 65-aastaselt, 2007 ja 2011

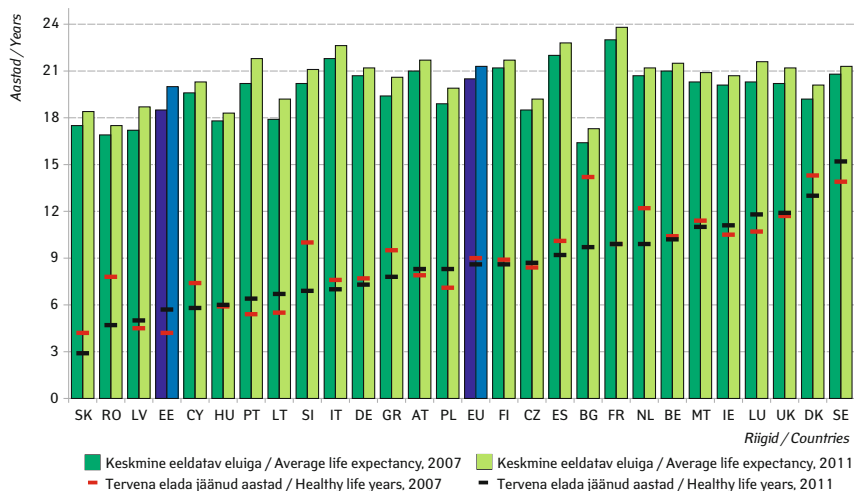
Male average life expectancy and healthy life years at 65 years of age, 2007 and 2011



Allikas/Source: Eurostat

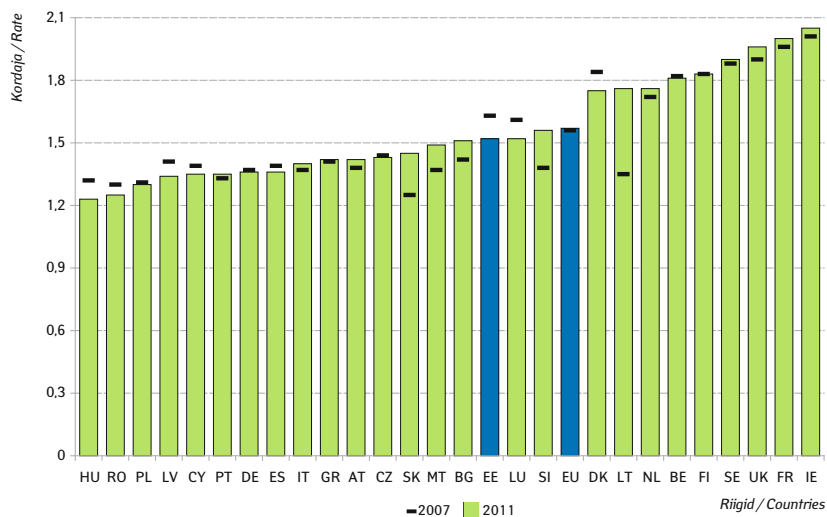
1.4. Naiste keskmine eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad 65-aastaselt, 2007 ja 2011

Female average life expectancy and healthy life years at 65 years of age, 2007 and 2011



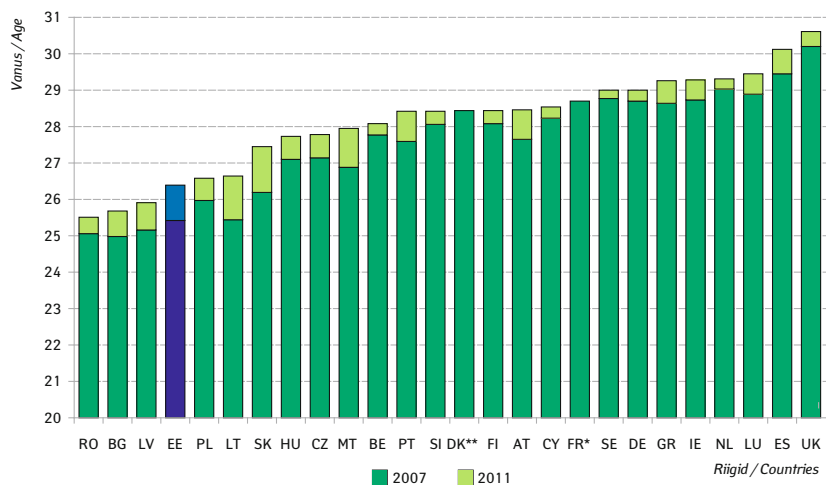
Allikas/Source: Eurostat

1.5. Summaarne sündimuskordaja, 2007 ja 2011 Total fertility rate, 2007 and 2011



Allikas/Source: Eurostat

1.6. Ema keskmine vanus esimese lapse sünnil 2007 ja muutus 2011. aastaks Mean age of mother at birth of the first child, 2007 and change by 2011



* 2006. aasta andmed / Data for 2006

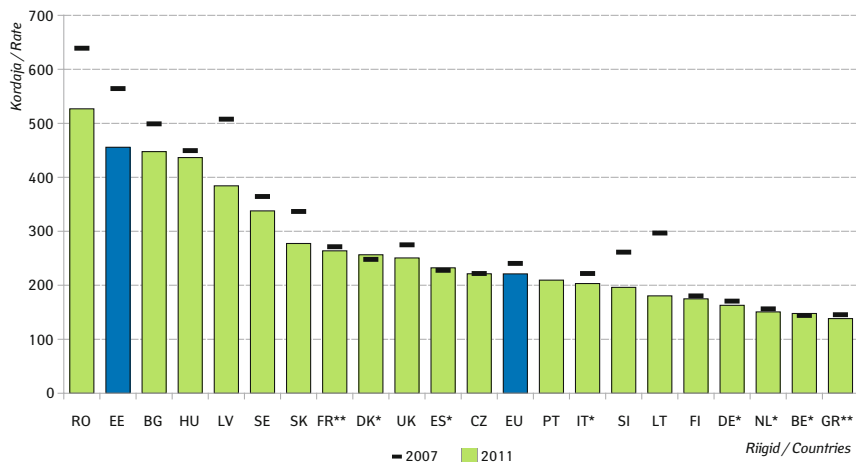
** 2005. aasta andmed / Data for 2005

IT, EU kohta andmed puuduvad / Data for IT, EU unavailable

Allikas/Source: Eurostat

1.7. Abordid 1000 elussünni kohta, 2007 ja 2011

Abortions per 1,000 live births, 2007 and 2011



* 2010. aasta andmed / Data for 2010

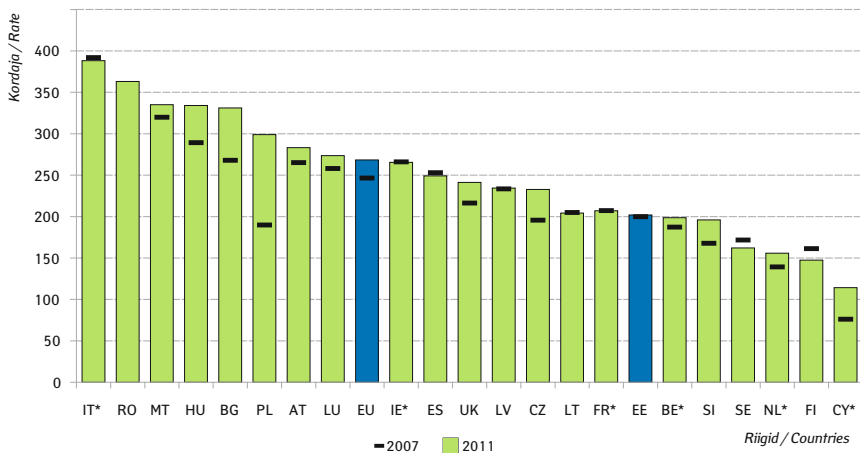
** 2009. aasta andmed / Data for 2009

AT, CY, IE, LU, MT, PL kohta andmed puuduvad / Data for AT, CY, IE, LU, MT, PL unavailable

Allikas/Source: WHO

1.8. Keisrilõiked 1000 elussünni kohta, 2007 ja 2011

Caesarean sections per 1,000 live births, 2007 and 2011



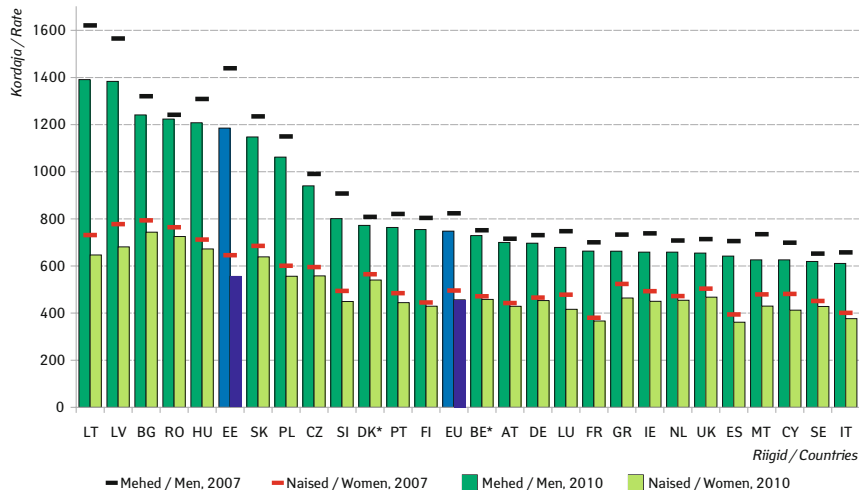
* 2010. aasta andmed / Data for 2010

DE, DK, GR, PT, SK kohta andmed puuduvad / Data for DE, DK, GR, PT, SK unavailable

Allikas/Source: WHO

1.9. Standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta soo järgi, 2007 ja 2010

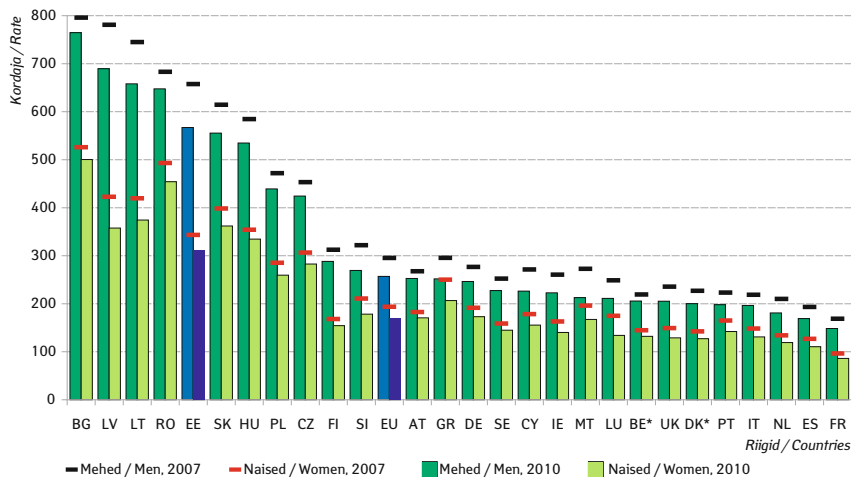
Standardised death rate per 100,000 inhabitants by sex, 2007 and 2010



* 2009. aasta andmed / Data for 2009
Allikas/Source: Eurostat

1.10. Vereringeelundite haigused - standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta soo järgi, 2007 ja 2010

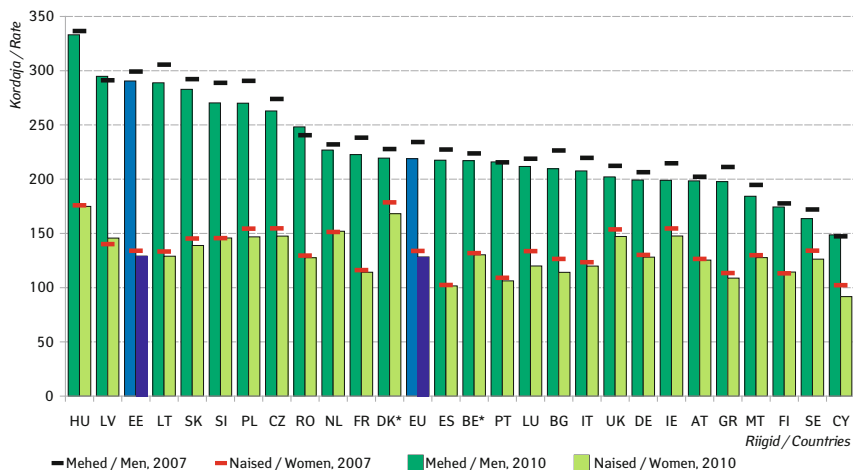
Diseases of the circulatory system - standardised death rate per 100,000 inhabitants by sex, 2007 and 2010



* 2009. aasta andmed / Data for 2009
Allikas/Source: Eurostat

1.11. Pahaloomulised kasvaja - standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta soo järgi, 2007 ja 2010

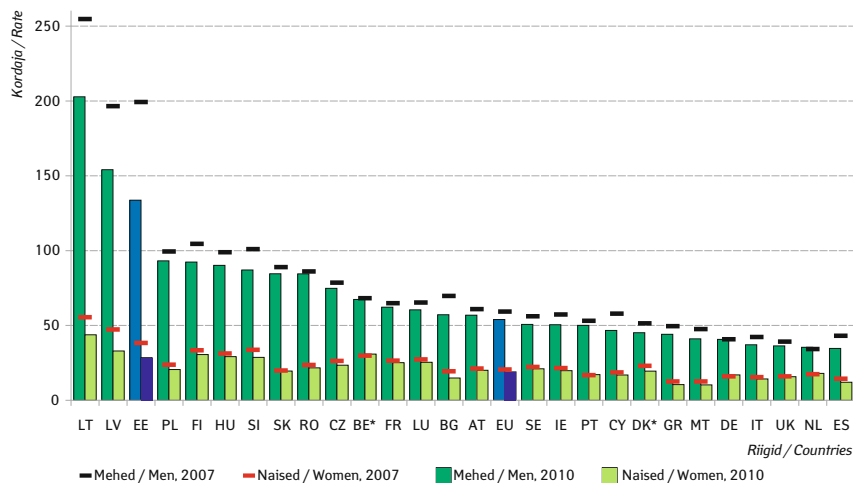
Malignant neoplasms - standardised death rate per 100,000 inhabitants by sex, 2007 and 2010



* 2009. aasta andmed / Data for 2009
 Allikas/Source: Eurostat

1.12. Surma välispõhjused - standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta soo järgi, 2007 ja 2010

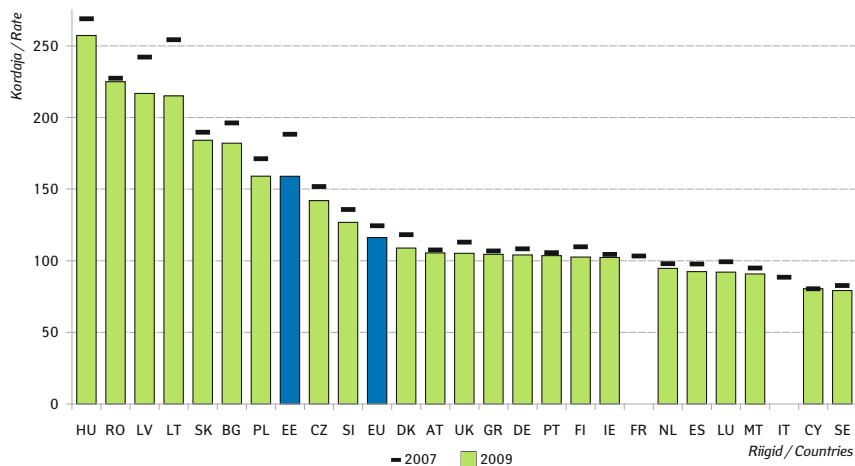
External causes of death - standardised death rate per 100,000 inhabitants by sex, 2007 and 2010



* 2009. aasta andmed / Data for 2009
 Allikas/Source: Eurostat

1.13. Kroonilised haigused¹ - alla 65-aastaste standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2009

Chronic diseases¹ - standardised death rate per 100,000 inhabitants for people under 65 years of age, 2007 and 2009

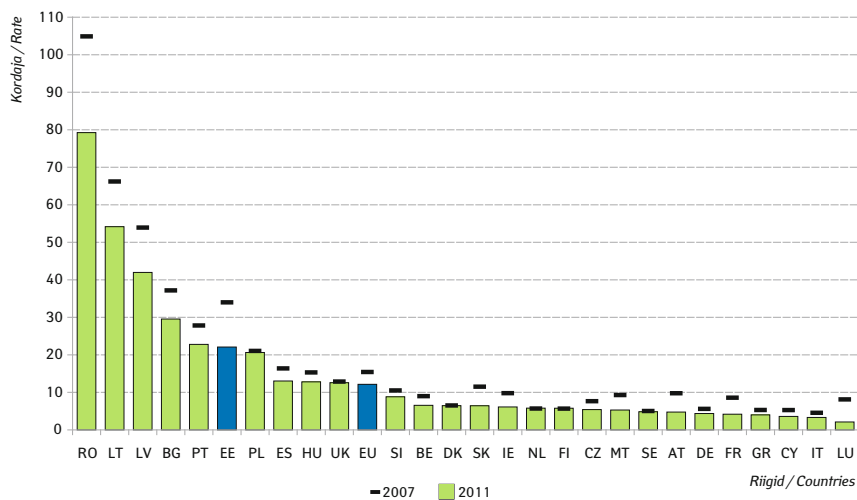


¹ Andmed sisaldavad vähki, diabeeti, südame isheemiatõbe, peaajuveresoonte haiguseid, kroonilisi kopsu- ja maksahaiguseid / Data includes malignant neoplasms, diabetes mellitus, ischaemic heart diseases, cerebrovascular diseases, chronic lower respiratory diseases and chronic liver diseases

BE kohta andmed puuduvad / Data for BE unavailable
Allikas/Source: Eurostat

1.14. Tuberkuloosi esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2011

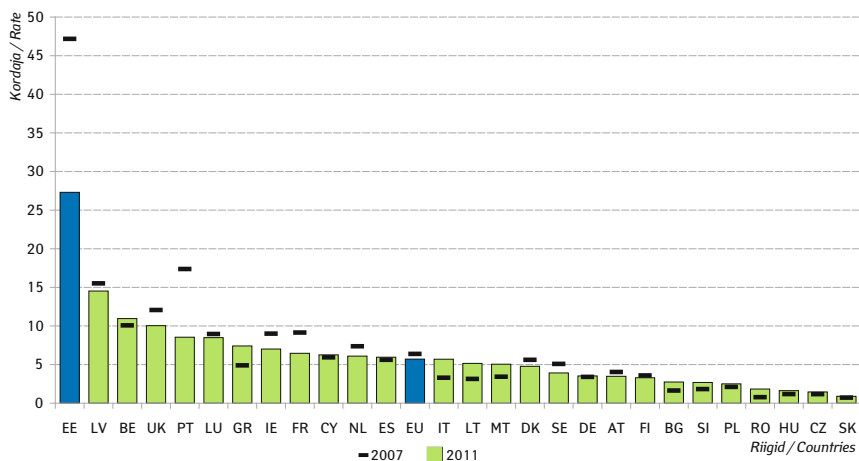
Tuberculosis incidence per 100,000 inhabitants, 2007 and 2011



Allikas/Source: WHO

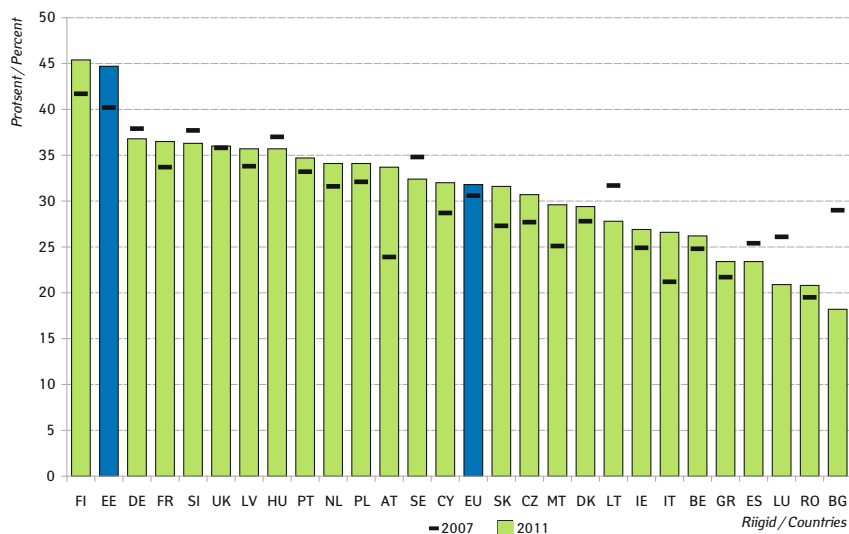
1.15. Registreeritud HIV-i nakatumine 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2011

Notified HIV incidence per 100,000 inhabitants, 2007 and 2011



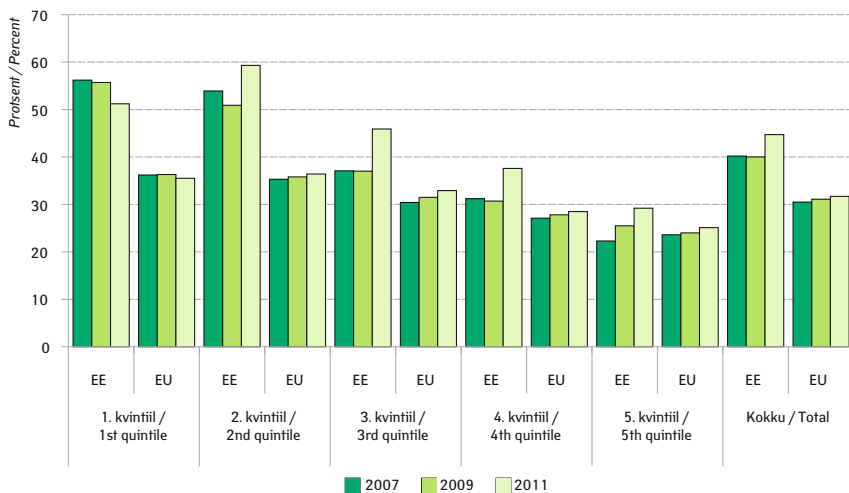
Allikas/Source: WHO

1.16. Pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga 16-aastased ja vanemad elanikud, 2007 ja 2011 16 years and older inhabitants with a long-term illness or health problem, 2007 and 2011



Allikas/Source: Eurostat

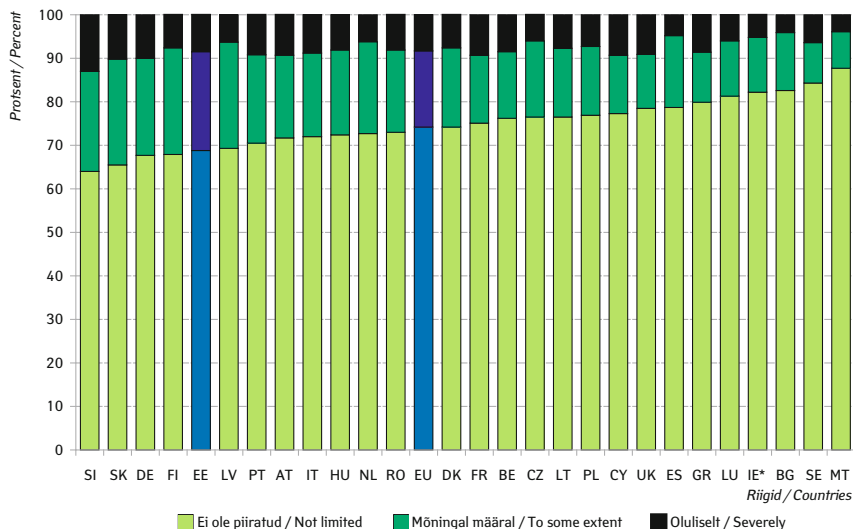
1.17. Pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga 16-aastased ja vanemad elanikud sissetulekukvintili järgi, 2007, 2009, 2011 16 and older inhabitants with a long-term illness or health problem by income quintile, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: Eurostat

1.18. Tervisest tingitud igapäevategevuste piirangutega 16-aastased ja vanemad elanikud, 2011

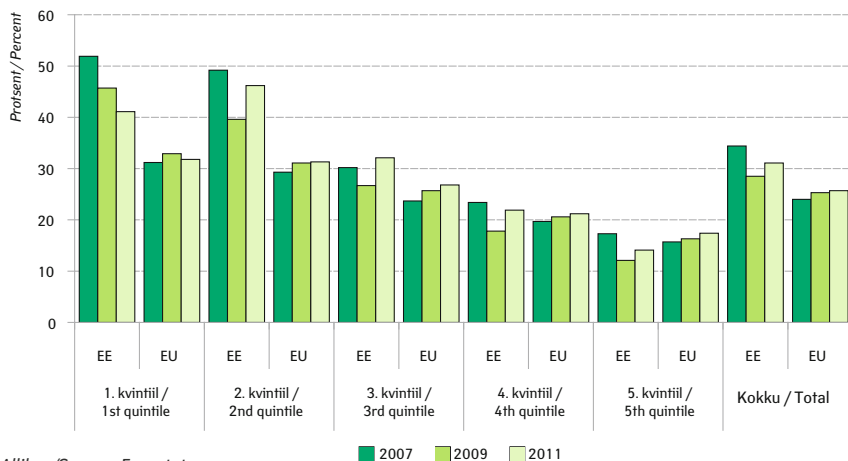
16 and older inhabitants who are limited in everyday activities due to health problems, 2011



* 2010. aasta andmed / Data for 2010
 Allikas/Source: Eurostat

1.19. Terviseprobleemidest tingitud igapäevategevuste piirangutega 16-aastased ja vanemad elanikud sissetulekukvintili järgi, 2007, 2009, 2011

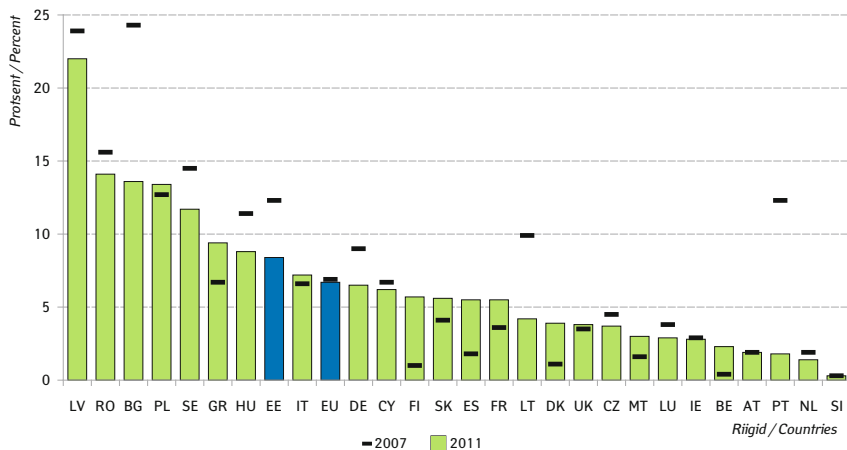
16 and older inhabitants who are limited in everyday activities due to health problems by income quintile, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: Eurostat

1.20. Vajadusel arstiabi mittesaanud 16-aastased ja vanemad elanikud, 2007 ja 2011

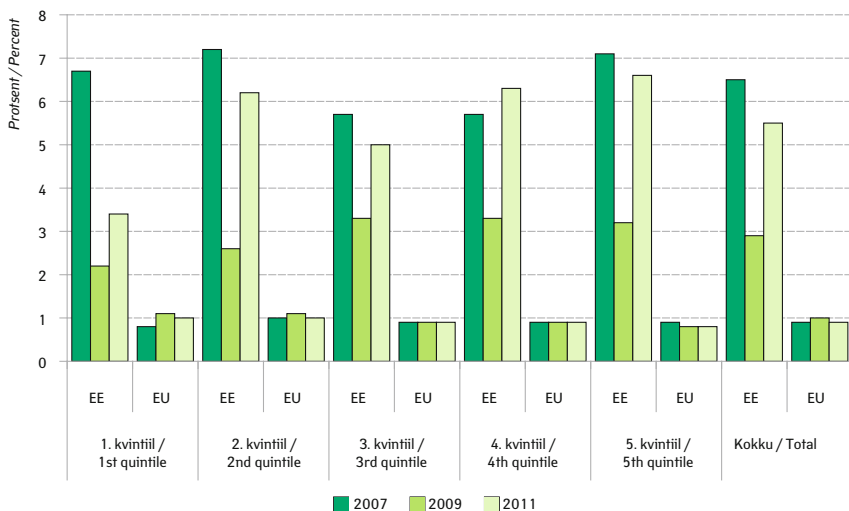
16 and older inhabitants by unmet needs for medical examination, 2007 and 2011



Põhjused: Ei saa endale lubada (rahaliselt), arstiabi asub liiga kaugel, ootejärjekord või muud põhjused /
Reasons: could not afford, too far to travel, waiting list or other reasons
Allikas/Source: Eurostat

1.21. Vajadusel arstiabi mittesaanud 16-aastased ja vanemad elanikud ootejärjekordade tõttu sissetulekukvintili järgi, 2007, 2009, 2011

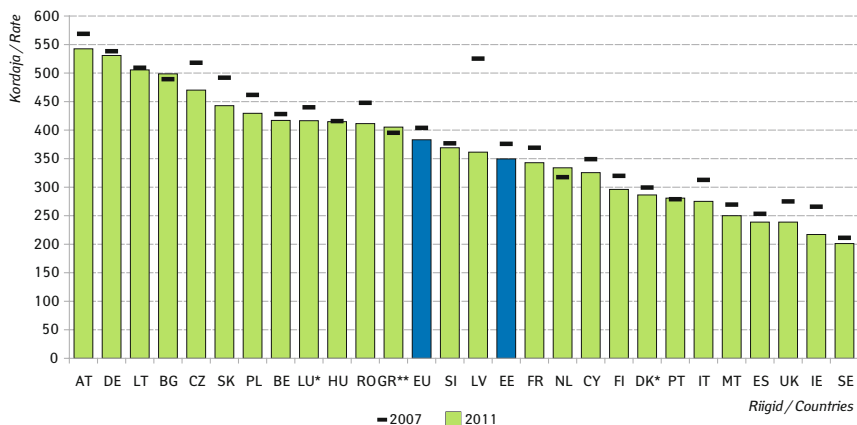
16 and older inhabitants' unmet needs for medical examination due to a waiting list by income quintile, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: Eurostat

1.22. Aktiivravivoodid 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2011

Acute care beds per 100,000 inhabitants, 2007 and 2011



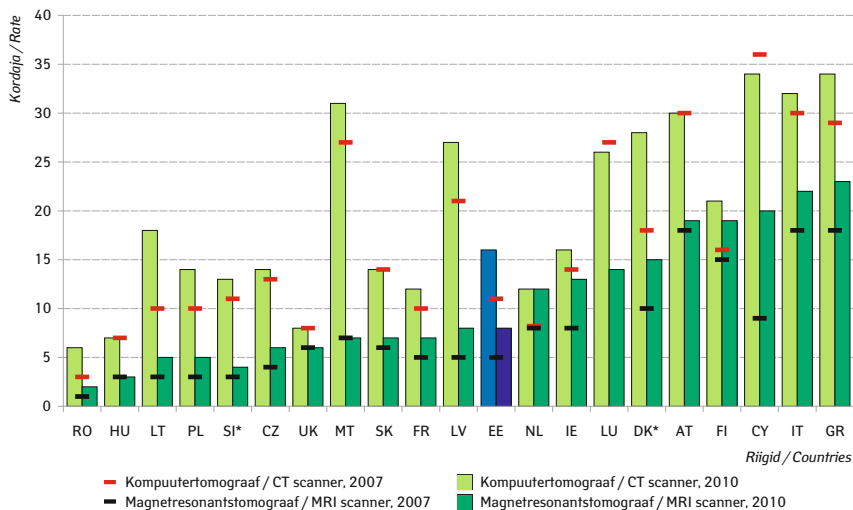
* 2010. aasta andmed / Data for 2010

** 2009. aasta andmed / Data for 2009

Allikas/Source: WHO

1.23. Meditsiiniaparaadid miljoni elaniku kohta, 2007 ja 2010

Medical devices per one million inhabitants, 2007 and 2010



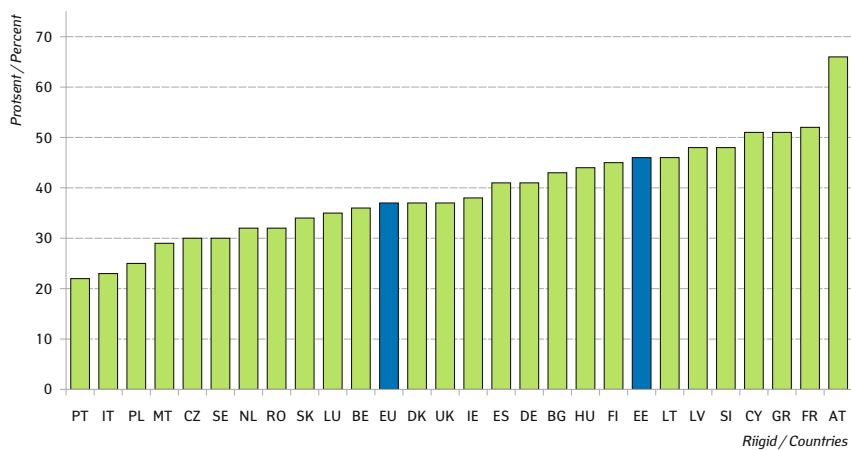
* 2009. aasta andmed / Data for 2009

BE, BG, DE, ES, PT, SE, EU kohta andmed puuduvad / Data for BE, BG, DE, ES, PT, SE, EU unavailable

Allikas/Source: Eurostat

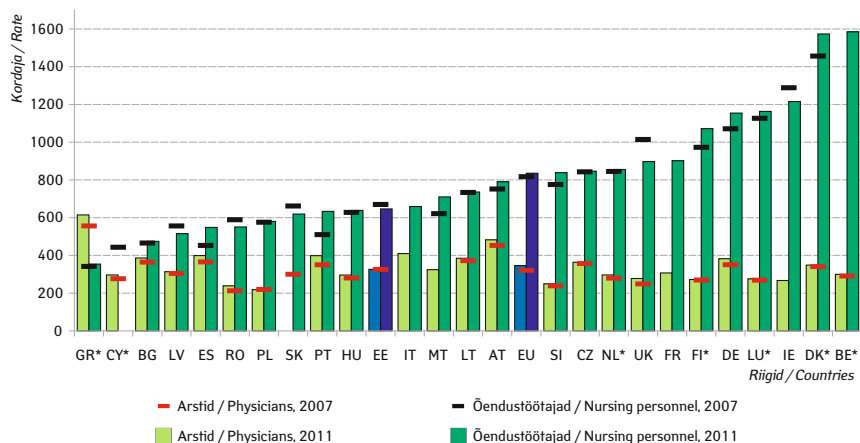
1.24. Elu jooksul vähemalt kord veredoonoriks olnud 15-aastased ja vanemad elanikud, 2009

15 and older inhabitants who have donated blood at least once, 2009



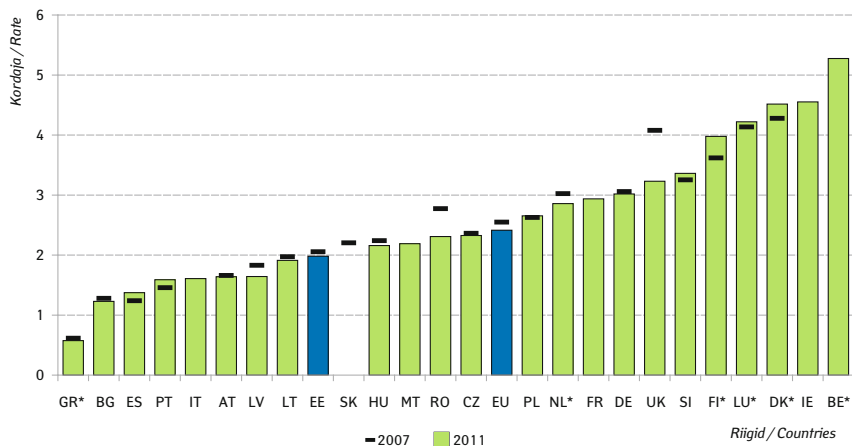
Allikas/Source: Euroopa Komisjon, Eurobaromeeter / European Commission, Eurobarometer

1.25. Arstid ja õendustöötajad 100 000 elaniku kohta, 2007 ja 2011 Physicians and nursing personnel per 100,000 inhabitants, 2007 and 2011



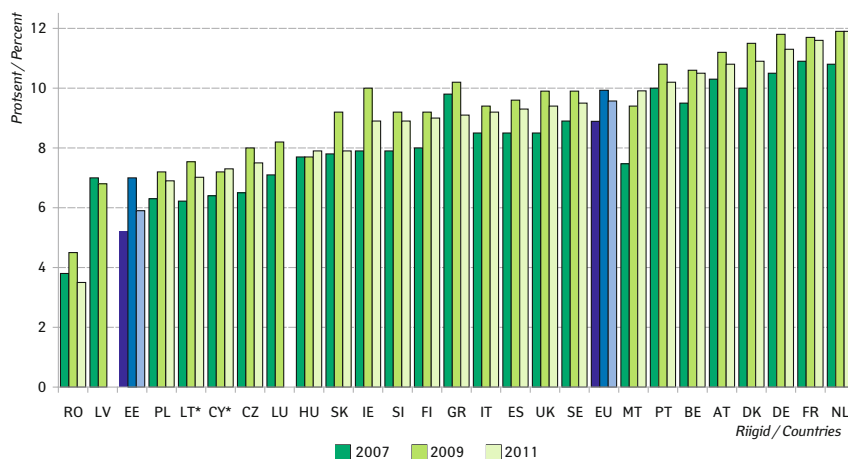
* 2010. aasta või vanemad andmed / Data for 2010 or older
SE kohta andmed puuduvad / Data for SE unavailable
Allikas/Source: WHO

1.26. Õendustöötajate arv ühe arsti kohta, 2007 ja 2011 Number of nursing personnel per physician, 2007 and 2011



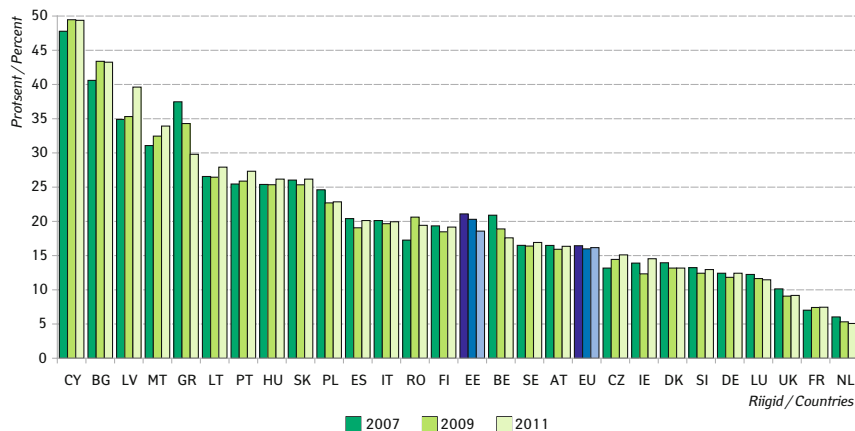
* 2010. aasta või vanemad andmed / Data for 2010 or older
CY, SE kohta andmed puuduvad / Data for CY, SE unavailable
Allikas/Source: WHO

1.27. Tervishoiu kogukulude osatähtsus SKP-s, 2007, 2009, 2011 Share of total health care expenditure in GDP, 2007, 2009, 2011



* 2010. aasta andmed 2011. aasta asemel / Data for 2010 instead of 2011
 BG kohta andmed puuduvad / Data for BG unavailable
 Allikas/Source: WHO

1.28. Leibkondade omaosalus tervishoiu kogukuludes, 2007, 2009, 2011 Private households' out-of-pocket expenditure in total health care expenditure, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: WHO; Eesti andmed TAI / Estonian data NIHD

2. EESTI TERVISESTATISTIKA

Keskmine eeldatav eluiga pikenes aastatel 2007–2011 Eestis nii meestel kui naistel, kuid tervena elatav aastate arv ei ole igal vaadeldud aastal kasvanud. Eestlased elavad kauem ja veedavad pikema perioodi oma elust tervena kui mitte-eestlased. Sooline erinevus keskmise eluea pikkuses on samuti suur: eestlastel 10 aastat naiste kasuks, mitte-eestlastel on vahe veelgi suurem – naised elavad üle 12 aasta kauem kui mehed.

Kuigi naised elavad meestest kauem, veedavad nad ka pikema perioodi krooniliste haiguste ja halvast tervisest tingitud piirangutega. Aastatel 2007–2011 sündinud eesti mehed elavad igapäevaseid tegevusi piiravate terviseprobleemideta 75% ja mitte-eesti mehed 80% oma elueast. Eesti naistel möödub tervisest tingitud piiranguteta 72% ja mitte-eesti naistel 70% elueast.

Sündide arv 1000 sünnitamisealise (vanuses 15–49 aastat) naise kohta on vähenenud. Kõige rohkem on sündimuskordaja langenud 20–24-aastastel naistel. Kui 2007. aastal oli 1000 selles vanuses naise kohta 72 elussündi, siis 2011. aastal oli neid vaid 55. Üha enam lükatakse sünnitamist hilisemasse ikka, mida näitab ka sündimuse kasv vanemates vanuserühmades. Abortide arv on langenud kõigis vanuserühmades.

Eestis põhjustavad vereringeelundite haigused rohkem kui poole surmadest, veerand surmadest on tingitud pahaloomulistest kasvajatest ning kaheksa protsenti vigastustest ja mürgistustest. Perioodil 2007–2011 vähenes suurem nii meestel kui ka naistel. Meeste suurem 100 000 mehe kohta ületab naiste kordajat nii alla kui üle 65-aastaste seas, vastavalt 2,9 ja 1,2 korda.

Enneaegsete surmade arv ehk alla 65-aastaste suurem langeb viimastel aastatel kiiremini kui üldine suurem. Enneaegsete surmade puhul vähenes kõige rohkem vereringeelundite haigustest ja vigastustest põhjustatud suurem. Mõlemad põhjused jäävad siiski sagedaimateks surmapõhjusteks alla 65-aastastel meestel. Õnnetuste, vigastuste ja mürgistustega, st välispõhjustega, seotud surmi esineb meestel rohkem kui naistel ja sõltuvalt vanusest on vahe kuni kaheksakordne. Suurem välispõhjuste tõttu vähenes aastatel 2007–2011 kõigis vanuserühmades, välja arvatud 0–4-aastastel poistel ja tüdrukutel, kellel jäi näitaja kogu perioodi jooksul samale tasemele.

Kui meeste enneaegne suurem oli seotud vereringeelundite haiguste ja vigastustega, siis alla 65-aastaste naiste surmapõhjuste hulgas domineerivad kasvaja. Üle 65-aastaste meeste ja naiste surmadest rohkem kui poole põhjustavad vereringeelundite haigused.

Üks ühiskondliku stabiilsuse ja heaolu mõõdikuid on rahvastiku vaimne tervis, kaudselt saab seda hinnata enesetappude esinemissageduse järgi. Üldine areng on selles suunas, et aasta-aastalt väheneb enesetapuserumus. 2009. aastal aga kasvas hilises tööeas, st 45–64-aastaste meeste enesetappude arv paari varasema aastaga võrreldes ligi kolmandiku. Selle ühe põhjusena võib tõenäoliselt näha majanduskriisi mõju inimeste toimetulekule ja vaimsele tervisele.

Tervishoiuteenuse osutajate poolt registreeritud Eesti elanike esmahaigestumus, mis 2007. aastani kasvas, vähenes vaadeldava viie aasta jooksul viis protsenti.

Esmashaigestumuse struktuur ei ole aastate jooksul muutunud. Lastel¹ esineb kõige rohkem hingamiseldite haigusi (45%), millele järgnevad nakkushaigused (10%), vigastused ja mürgistused (8%), kõrvahaigused (üle 7%) ja nahahaigused (7%). Ka täiskasvanutel² on kõige rohkem hingamiseldite haigusi (20%). Seejärel tulevad lihaskuukonna haigused (10%), vigastused ja mürgistused (10%) ning kuse- ja suguelundite haigused (8%).

Aastal 2011 registreeriti 20 900 esmast vigastuste välispõhjust 100 000 lapse ning 15 200 välispõhjust 100 000 täiskasvanu kohta. Vigastatutest 60% on meessoost. Peamiselt on vigastused tingitud kukkumisest ja mehhaanilise jõu toimest. Üle poole vigastustest saadakse puhke- ja vabal ajal ning sportides.

Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete puhul on peamiseks tarbitavaks meelemürgiks alkohol. Psühhiaatrite esitatud patsientide statistikale tuginedes on aastatel 2007–2011 märgata alkoholist tingitud psüühika- ja käitumishäirete juhtude vähenemist – 11 ravitult 7-le 1000 elaniku kohta. Opioididest tingitud psüühika- ja käitumishäirete ravi saanute arv kasvas 2009. aastani ja seejärel langes 2011. aastaks 6 ravitult vähem kui 5 ravitule 1000 elaniku kohta.

Viimasel viiel aastal on statsionaarse ravi juhtude arv langenud. Muutus on peamiselt tingitud aktiivravi juhtude arvu vähenemisest. Täiskasvanutel on kõige sagedamaks haiglaravi põhjuseks vereringeelundite ja lastel hingamiseldite haigused.

Samaaegselt statsionaarse ravi vähenemisega kasvab päevaravi juhtude arv. Võrreldes 2007. aastaga raviti 2011. aastal päevaravis veerandi võrra rohkem patsiente. Kolm neljandikku päevaravi saanutest moodustavad kirurgilised patsiendid. Täiskasvanute peamiseks ravipõhjuseks on silmahaigused ja lastel hingamiseldite haigused. Voodipäevade arvestuse järgi viibitakse päevaravis kõige enam kuse- ja suguelundite haiguste tõttu.

2011. aastal olid statsionaarse ravi voodid keskmiselt 75% aastast patsientidega hõivatud. Voodihõive on tüüpiliselt kõrge hooldusravihaiglates, kus ravikestus on pikim. Hooldusravihaiglates kestis ühe patsiendi ravi perioodil 2007–2011 keskmiselt 30–32 päeva, aktiivravihaiglates 7–8 päeva. Voodihõive tuleb kõrge ka sel juhul, kui keskmine ravikestus on lühike, kuid haiglas ravi saanud patsiente on palju. See selgitab kõrget voodihõivet piirkondlikes haiglates. Kõige madalam oli voodihõive erihaiglates, kus voodid olid kasutusel pooltel päevadel aastas. Ainult taastusravi teenuseid pakkuvates haiglates on voodihõive kasvanud vaadeldud viie aasta jooksul ligikaudu 20%, mis näitab suurt nõudlust vastava raviteenuse järele.

Kuigi kirurgiliste protseduuride teostamine võib aastate lõikes olla erinev, eriti plaaniliste operatsioonide puhul, on aastate 2007–2011 jooksul statsionaarses kirurgias opereeritute arv vähenenud. Aastal 2011 oli statsionaaris ligikaudu 59, päevaravis 38 ja ambulatoorselt 71 opereeritud 1000 elaniku kohta. Võrreldes 2007. aastaga on päevaravis ja ambulatoorselt opereeritute arv tõusnud rohkem kui kümnendikku, samal ajal langes statsionaarselt opereeritute arv kaheksa protsenti.

¹ Tervisestatistikas lapsed: 0–14-aastased.

² Tervisestatistikas täiskasvanud: 15-aastased ja vanemad.

Naha- ja silmaoperatsioone tehakse enim ambulatoorselt, seevastu enamik südame- ja suurte veresoonte operatsioonidest teostatakse statsionaaris. Perioodil 2007–2011 suurenes ambulatoorse kirurgia osatähtsus enam hammaste, lõualuude, suu ja neelu operatsioonide puhul.

Võrreldes 2007. aastaga vähenes arsti vastuvõttude arv ühe täidetud ametikoha kohta 2011. aastal mitme ameti puhul, mis tähendab, et sama tööaja jooksul tegid arstid vähem vastuvõtte. See võib viidata sellele, et arstid tegelevad võrreldes viie aasta taguse ajaga rohkem muu ravitöö või administratiivse tööga. Kõige rohkem vähenes vastuvõttude arv infektsionistidel, traumatoloog-ortopeedidel, aga ka perearstidel.

Ravimite kasutamine aastatel 2007–2011 kasvas. Kõige sagedamini tarvitatakse südameveresoonekonna, seedekulgl ja ainevahetuse ning närvisüsteemi haiguste ravimeid. Majanduskriisi ajal 2009. aastal vähenes infektsioonivastaste, urogenitaalsüsteemi, hingamissüsteemi, närvisüsteemi ning seedekulgl ja ainevahetushaiguste ravimite tarbimine. Aastaks 2011 oli nende ravimite kasutamine uuesti tõusuteel.

Kiirabi vajanud inimeste arv kasvas perioodil 2007–2011 kaheksa protsenti. Kiirabiteenust kasutati 1000 elaniku kohta kõige sagedamini Hiiumaal ja kõige harvem Järvamaal. Abisaanutest on edasi haiglasse viidud igal aastal ligi 37%, kõige vähem Hiiumaa ja Raplamaal (24–25%) ning kõige rohkem Harju- (42%) ja Järvamaal (48%).

Tervishoiuteenuse osutajate arv on aastate jooksul vähe muutunud, enim on juurde tekkinud õendusabi asutusi. Õendusabi alla kuuluvad koolitervishoiu- ja kodusõendusteenust pakkuvad asutused. Aastal 2005 oli õendusabi osutavaid asutusi 13, kaks aastat hiljem 21 ja 2011. aastal 27. Võrreldes 2007. aastaga vähenes 2011. aastaks apteekide arv ja eraomandis olevate eriarstiabi asutuste arv.

Tervishoiutöötajate ja nende poolt täidetud ametikohtade arv ei toimunud aastatel 2007–2011 suuri muutusi. Tervishoiutöötajatele välismaal töötamiseks välja antud tõendite hulk kasvas. Terviseameti andmetel on arvuliselt kõige rohkem tõendeid väljastatud õdedele ja eriarstidele. Need on ka kaks kõige arvukamat tervishoiutöötajate ametigruppi Eestis.

Sarnaselt riigi keskmise palgaga oli tervishoiutöötajate 2009. aasta palgatase oluliselt kõrgem kui 2007. aastal. Palgakasv toimus juba 2008. aastal, mil tervishoiutöötajatele hakkasid kehtima uued tunnipalga alammäärad. Kui kõrvale jätta arstide palgalangus 2010. aastal, püsis nende palk aastatel 2008–2011 samal tasemel. 2011. aastal oli arstide palk riigi keskmisest palgast 2,2 korda ja õendustöötajatel 9% kõrgem ning hooldustöötajate palk moodustas riigi keskmisest palgast 62%.

Tervishoiu suurimaks rahastajaks on Eesti Haigekassa, kelle panus 2007. aastal moodustas 64% ja 2011. aastal 69% kõigist tervishoiukuludest. Samal ajal kui Haigekassa osatähtsus tervishoiuteenuste finantseerimisse kasvas, on inimeste omaosalus langenud 22%-lt 18%-le.

Haigekassa osa oli 2011. aastal kõige suurem perearstiabi osutavate asutuste (94%) ja haiglate (80%) eelarves. Järgnesid õendusabi (74%) ja eriarstiabi asutused (46%). Viie aasta jooksul kasvas Haigekassa panus üheksa protsenti õendusabi asutuste ning kuus protsenti haiglate ja eriarstiabi osutajate eelarves. Haigekassa rahastamise osatähtsus vähenes kuni kaks protsenti diagnostika- ja hambaravi asutuste puhul.

Riigieelarvest ehk valitsuselt saadava rahastuse osatähtsus tervishoiu moodustas 2011. aastal 7%. Viie aasta jooksul on see vähenenud kaks protsenti. Aastal 2011 sai kiirabi 96% oma tuludest riigieelarvest. Riik toetas ka koolitervishoiuteenust. Kui vaadata, kuidas jaotusid 2011. aastal riigieelarvest makstud summad tervishoiuteenuse osutajate vahel, siis suurimaks tulusaajaks olid haiglad. Kuigi valitsuselt saadud rahastuse osatähtsus haiglate tuludes perioodil 2007–2011 vähenes 23%, finantseeriti neid rohkem kui poole (56%) riigieelarvest tervishoiuteenuse osutajatele mõeldud summa ulatuses.

Hambaravi asutuste jaoks on oluline tasulistest teenustest saadud tulu, mis moodustas 2011. aastal asutuste eelarvest 70%. Patsientide osa teenuste rahastamisel oli märkimisväärne ka eriarstiabi ja taastusravi osutajate puhul.

Suur osa inimeste oma taskust makstud tervishoiukuludest on läinud retseptiravimitele. Aastal 2007 oli retseptiravimitele tehtud kulude osatähtsus kõigis leibkonna tervishoiukuludes 37%, 2009. aastal tõusis see peaaegu 50%-ni ja langes seejärel 2011. aastaks 41%-ni. Languse üheks põhjuseks võib pidada Haigekassa kampaaniat geneeriliste ja seetõttu soodsamate ravimite kasutamiseks. Selle kõrval avaldas mõju ka inimeste tarbimisvõime langus. Patsientide kulutuste osatähtsus ambulatoorsele ravile kasvas võrreldes 2007. aastaga rohkem kui kolm protsenti jõudes 2011. aastaks 25%-ni. Nimetatud kasv oli tingitud eelkõige hambaravikulutuste suurenemisest.

Tervishoiuteenuse osutajate suurim kuluartikkel on tööjõukulu, mis moodustab asutuse 30–78% kõigist kuludest. Sellele järgnevad majanduskulud, mis jäävad suurusjärku 10–20% tegevuskuludest. Kuludest kolmandal kohal on sisseostetud tööd ja teenused.

2. ESTONIAN HEALTH STATISTICS

The average life expectancy of both men and women increased during 2007–2011 in Estonia. However, the increase in healthy life years has not been consistent. Both indicators are higher among Estonians than non-Estonians. The gap between the average life expectancy of men and women is still wide. Among Estonians, women live 10 years longer, while for non-Estonians, the gap is even larger – women live over 12 years longer than men.

Although women live longer than men, they also experience more limitations in later life due to chronic illnesses and poor health. It is estimated that Estonian men born in 2007–2011 will live free from activity limitations caused by the health problems for 75% and non-Estonian men for 80% of their life span. Estonian women will live without restrictions for 72% and non-Estonian women for 70% of their life span.

The number of births per 1,000 women aged 15–49 has decreased. The number of births has declined the most among women of 20–24 years of age. In 2007, there were 72 live births for 1,000 women of that age; this number had decreased to 55 by 2011. Having children is increasingly postponed to a later age, which is also indicated by an increase of births in older age groups. The number of abortions has decreased in all age groups.

More than half of the deaths in Estonia are caused by circulatory system diseases, one fourth by malignant neoplasms and eight per cent of deaths occur due to injuries and poisoning. In the period 2007–2011, the mortality rate among men and women alike decreased. The number of deaths per 100,000 men exceeds the respective rate for women in both below and above 65-year-olds – by 2.9 and 1.2 times, respectively.

Premature mortality, i.e. deaths among people younger than 65, has shown more of a decreasing tendency in recent years than overall mortality. Premature mortality declined the most in relation to the diseases of the circulatory system and injuries. However, both remain the most common causes of death for men under 65. Men's deaths are more often caused by external factors. In some age groups, male mortality related to the injuries and poisoning are more than eight times higher compared to female mortality. In 2007–2011, mortality due to external causes has decreased considerably in all ages except those of 0–4 years old. In that age group mortality caused by the injuries and poisoning remained the same.

When men under 65 years old die mainly due to the diseases of circulatory system or injuries, for women of the same age, neoplasms are the leading cause of death. For both men and women over 65, half of the deaths are caused by the diseases of the circulatory system.

The rate of suicides is an indicator which provides information about wellbeing and the state of mental health of the population in the observed society. As a general trend, mortality due to suicides decreases. In 2009, however, death rate among men aged 45–64 years old increased by almost a third compared to the level of 2007. The impact of the economic crisis on people's coping ability and mental health is likely to be one of the reasons of the higher suicide rate.

Incidence registered by health care providers – which had increased until 2007 – has declined by five per cent during the five years in question. The structure of incidence has remained the same throughout the years. Most frequently, children¹ suffer from diseases of the respiratory system (45%), followed by infectious diseases (10%), injuries and poisoning (8%), ear diseases (more than 7%) and skin diseases (7%). Adults² also suffer from respiratory diseases the most (20%), followed by diseases of the musculoskeletal system (10%), injuries and poisoning (10%) and genitourinary system diseases (8%).

In 2011, there were 20,900 primary external causes of injuries registered per 100,000 children and 15,200 per 100,000 adults. Of those injured, 60% were men. The injuries were mostly caused by falls and exposure to mechanical force. More than half of the injuries occur during leisure time and sports.

Mental and behavioural disorders related to psychoactive substance use are mostly caused by alcohol abuse. Based on the patient statistics provided by psychiatrists, a downward tendency in mental and behavioural disorders due to the use of alcohol can be seen in 2007–2011, diminishing from 11 patients to 7 per 1,000 inhabitants. The number of people treated for mental and behavioural disorders caused by opioid use was still on the rise in 2009, but this number also declined by 2011 – from 6 patients to less than 5 per 1,000 inhabitants.

The number of inpatient cases has reduced slightly in the last five years. The change has occurred mainly due to a decrease in curative care cases. In case of adults, the main cause of hospitalisation is diseases of the circulatory system. Children are most often hospitalised due to respiratory system diseases.

While the number of inpatient care is decreasing the number of day care cases is on the rise. Compared to 2007, the number of patients who have received day care increased by a quarter by the year 2011. Three fourths of those received day care were surgical patients. The main causes of treatment were eye diseases for adults and respiratory system diseases for children. By bed day calculation, genitourinary system diseases were the most common cause for day care.

In 2011, inpatient beds were occupied for an average of 75% of the year. The rate of bed occupancy is typically high in all nursing care hospitals that have the longest length of stay. The average length of stay per patient in nursing care hospitals in 2007–2011 remained between 30 and 32 days, while it was 7–8 days in curative care hospitals. The bed occupancy rate is also high when the length of stay is short but the number of patients in the hospital high. This explains the high bed occupancy rate in regional hospitals. The lowest bed occupancy rate was observed in special hospitals where beds were used on half of the days in a year. In hospitals that only provide rehabilitation care, the bed occupancy rate in the five years under study increased by approximately 20 per cent, indicating a great demand for rehabilitation care.

Although the performance of surgeries may differ from year to year, the share of

¹ In health statistics children are 0-14 years old

² In health statistics adults are 15 years and older

inpatient surgery in 2007–2011 generally decreased. In 2011, approximately 59 patients per 1,000 inhabitants were operated on in inpatient care, 38 in day care and 71 in outpatient care. Compared to 2007, the number of patients operated on in day and outpatient care has increased by more than one tenth, while the number of people that were operated on in inpatient care decreased by eight per cent.

Skin and eye surgery is mostly performed in outpatient care, while most of the heart and central vessel procedures take place in inpatient care. Compared to 2007, the share of outpatient surgery has increased the most regarding mouth, pharynx, facial bone and joint procedures.

Compared to 2007, the number of physicians' outpatient visits per full-time equivalent employment in 2011 had decreased in several occupations, which means that doctors received fewer patient visits during the same working hours. This may indicate more active involvement in inpatient care, day care or administrative work than five years earlier. The number of outpatient visits decreased the most among infection specialists and orthopaedists, but also among family doctors.

The consumption of medicinal products in 2007–2011 was on a rise. The most used in recent years were cardiovascular, alimentary tract and metabolism and nervous system drugs. During the economic crisis, in 2009, the consumption of anti-infectives as well as medicinal products for the genitourinary system, respiratory system, nervous system, alimentary tract and metabolism decreased; the usage rate of the medicinal products referred to increased again by 2011.

In the years 2007–2011, the number of people who needed an emergency medical care increased by eight per cent. The highest rate of the use of ambulance service per 1,000 inhabitants was observed in Hiiu and the lowest in Järva County. Each year, approximately 37% of the patients who received emergency medical care were taken to hospital for further analysis and treatment. Given share has been the lowest in Hiiu and Rapla Counties (24–25%). The highest per cents have been observed in Harju (42%) and Järva County (48%).

The number of health care providers has not changed considerably throughout the years; the number of nursing care providers has increased the most. Nursing care also includes institutions that provide school health care and home nursing care. There were 13 nursing care providers in 2005, 21 two years later and 27 in 2011. Compared to 2007, the number of specialist health care providers under private ownership had decreased by 2011. The number of pharmacies was also reduced.

No significant changes can be seen in the number of full-time equivalent health care personnel in the period 2007–2011. The number of licenses issued to health care professionals for working abroad is generally on the rise. In recent years, the most licenses have been issued to nurses and specialist medical practitioners. These are also the most numerous groups of health care personnel in Estonia.

Similarly to the average wages in the country, the wage level of health care personnel in 2009 was significantly higher than in 2007. The rise already occurred in 2008, when the new minimum hourly rate for health care professionals entered into force.

Not considering the decrease in physicians' wages in 2010, the wages of health care professionals remained the same in 2008–2011. In 2011, the average wages of physicians were 2.2 times higher and that of nurses and midwives 9% higher than the state average, and the salary of care personnel made up 62% of the national wages.

The Estonian Health Insurance Fund, which funded 64% of all health care expenditure in 2007 and 69% in 2011, is the greatest source of financing for the health care sector. While the proportional contribution of the Fund to the financing of health care has increased, the expenditure of out-of-pocket has declined from 22% to 18%.

In 2011, the share of the Health Insurance Fund was the largest in the budgets of the primary health care providers (94%) and the hospitals (80%) followed by nursing care providers (74%) and outpatient specialist care providers (46%). In the last five years, the contribution of the Health Insurance Fund has increased by 9% for the nursing care providers and 6% in the budgets of hospitals and outpatient specialist care providers. At the same time, the share of the Health Insurance Fund funding in the budget of diagnostics and dental care providers has decreased for both by 2%.

The share of health care funding from the state budget or the central government was 7% in 2011, having declined by 2% in 2007–2011. In 2011, emergency medical care providers received 96% of their income from the state budget. The central government also supported school health care. The main beneficiaries that received the biggest share from state budget funding were, once again, hospitals. In 2011, slightly more than 56% of total state funding for health care providers was allocated to the hospitals. However, in 2007–2011, this share has declined by 23%.

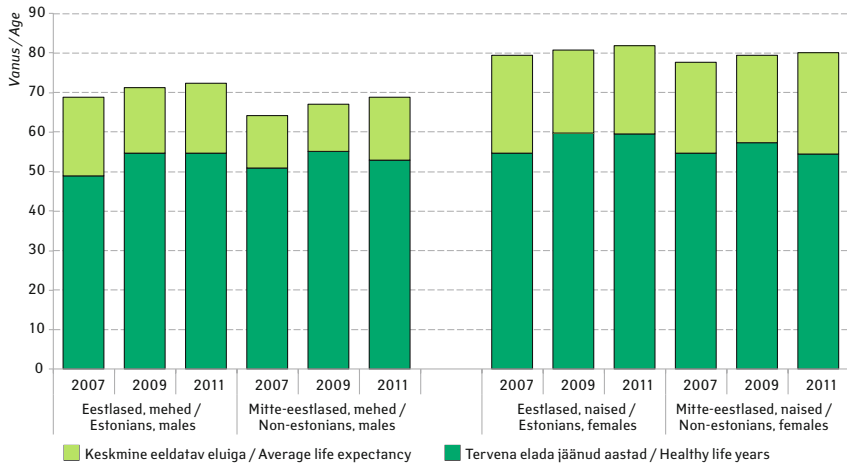
For dental care providers, income from services for which patients are billed directly is important, making up 70% of the budget. In 2011, out-of-pocket funding was also significant among specialist health care and rehabilitation care providers.

Most of the out-of-pocket health care expenses of private households are related to the prescribed medicinal products. In 2009, the share of expenses related to the prescribed medicinal products increased to 49.5% of all the households' health care expenditures, decreasing to 41% in 2011. One of the reasons for the decrease of the recent year may be the campaign organised by the Health Insurance Fund advocating the use of generic, and therefore less expensive, medicinal products. In addition, the decrease in people's consumption capacity could be seen by then. The share of patient expenses on outpatient care increased from 22% in 2007 to 25% in 2011. This was mainly caused by an increase in dental care expenditure.

Labour costs are the main item of expenditure among health care providers, making up 30–78% of all costs for different providers. Labour costs are followed by administrative costs, which form 10–20% of all operating expenditure. The purchased medical work and services come in third.

2.1. Keskmise eeldatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad sünnil soo ja rahvuse järgi, 2007, 2009, 2011

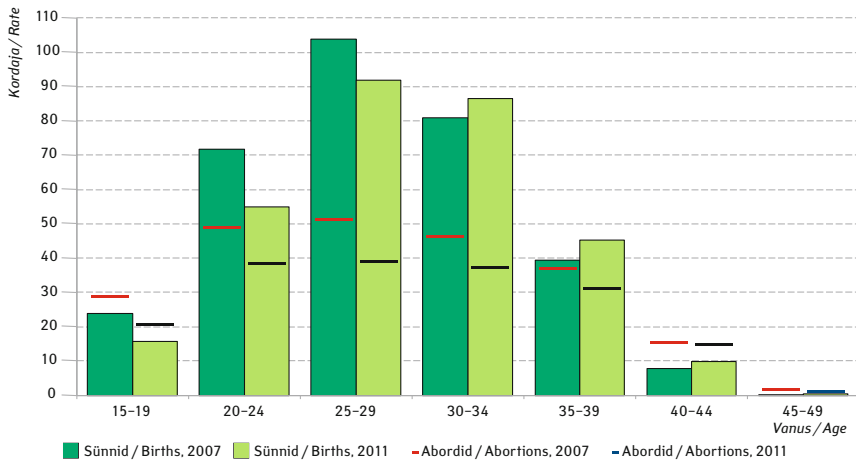
Average life expectancy and healthy life years at birth by sex and ethnic nationality, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: Statistikaamet / Statistics Estonia

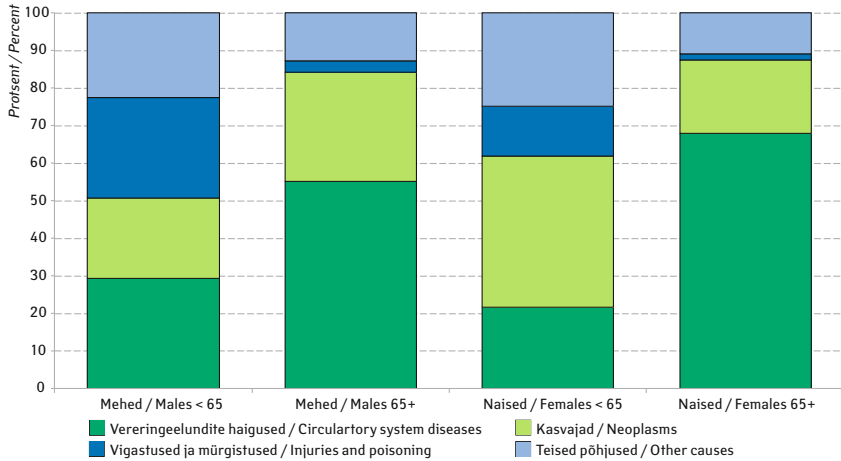
2.2. Sünnide ja abortide arv 1000 naise kohta vanuse järgi, 2007 ja 2011

Number of births and abortions per 1,000 female by age, 2007 and 2011



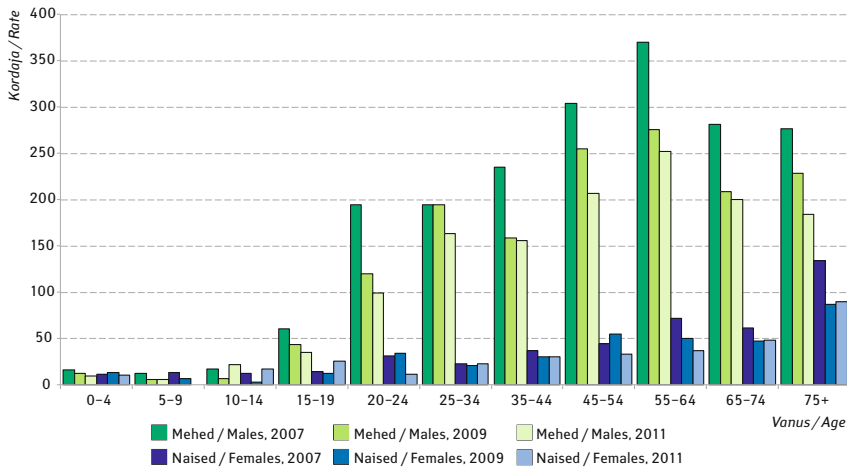
Allikas/Source: TAI / NIHD

2.3. Surmapõhjused soo ja vanuse järgi, 2011 Deaths by cause, sex and age, 2011



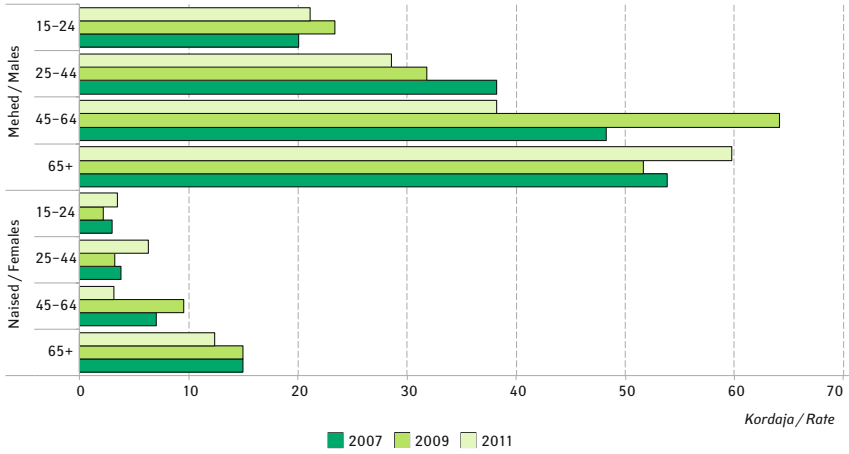
Allikas/Source: TAI / NIHD

2.4. Suremus vigastuste, mürgistuste ja muude välispõhjuste tagajärjel 100 000 elaniku kohta soo ja vanuse järgi, 2007, 2009, 2011 Deaths due to injuries, poisoning and other external causes per 100,000 inhabitants by sex and age, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

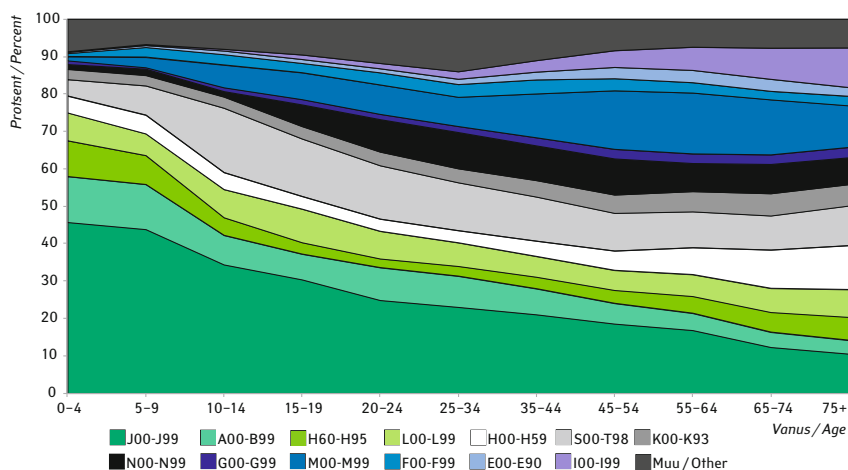
2.5. Enesetapusuremus 100 000 elaniku kohta soo ja vanuse järgi, 2007, 2009, 2011
Suicide mortality per 100,000 inhabitants by sex and age, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI/NIHD

2.6. Esmashaigestumus (v.a pahaloomulised kasvaja) haigusrühma ja vanuse järgi, 2011

Incidence (excl malignant neoplasms) by disease group and age, 2011



RHK-10/ICD-10:

J00-J99: Hingamiselundite haigused / Respiratory system diseases

A00-B99: Nakkushaigused / Infectious diseases

H60-H95: Kõrvahaigused / Diseases of the ear

L00-L99: Nahahaigused / Skin diseases

H00-H59: Silmahaigused / Diseases of the eye

S00-T98: Vigastused ja mürgistused / Injury and poisoning

K00-K93: Seedeelundite haigused / Digestive system diseases

N00-N99: Kuse- ja suguelundite haigused / Genitourinary diseases

G00-G99: Närvisüsteemihaigused / Nervous system diseases

M00-M99: Lihasluukonna haigused / Muskuloskeletal diseases

F00-F99: Psüühika- ja käitumishäired / Mental and behavioural disorders

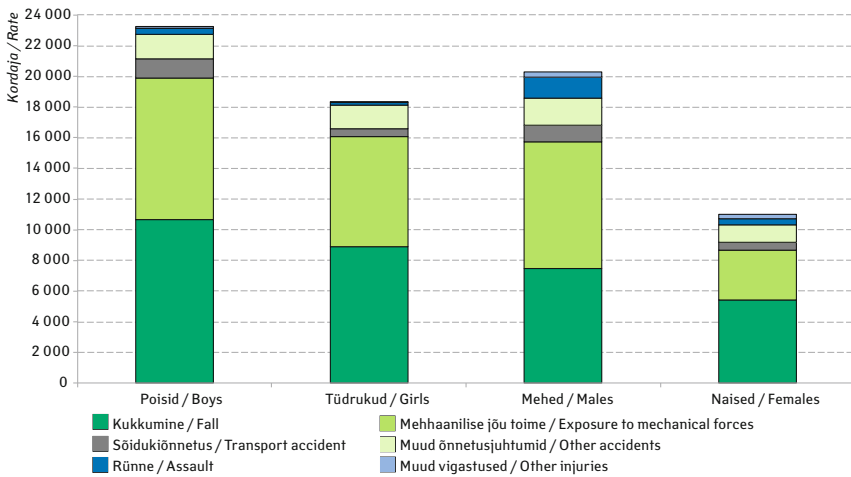
E00-E90: Sisesekretsiooni haigused / Endocrine diseases

I00-I99: Vereringeelundite haigused / Circulatory system diseases

Allikas/Source: TAI / NIHD

2.7. Vigastuste välispõhjused 100 000 elaniku kohta soo ja vanuse järgi, 2011

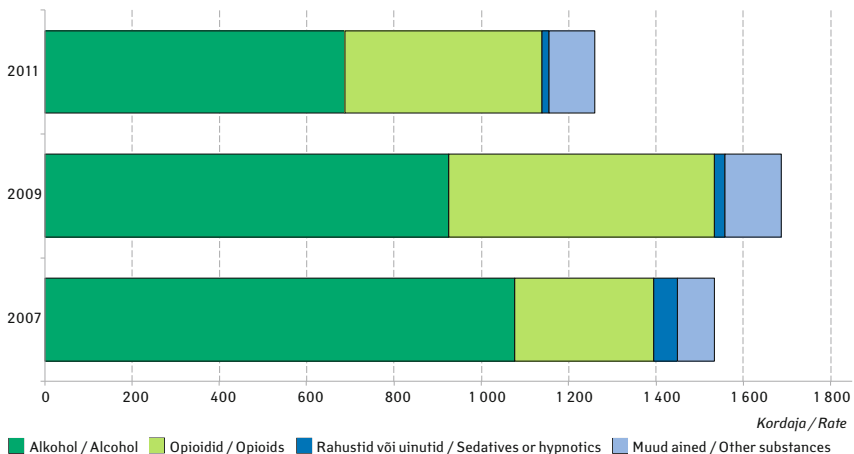
External causes of injuries per 100,000 inhabitants by sex and age, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

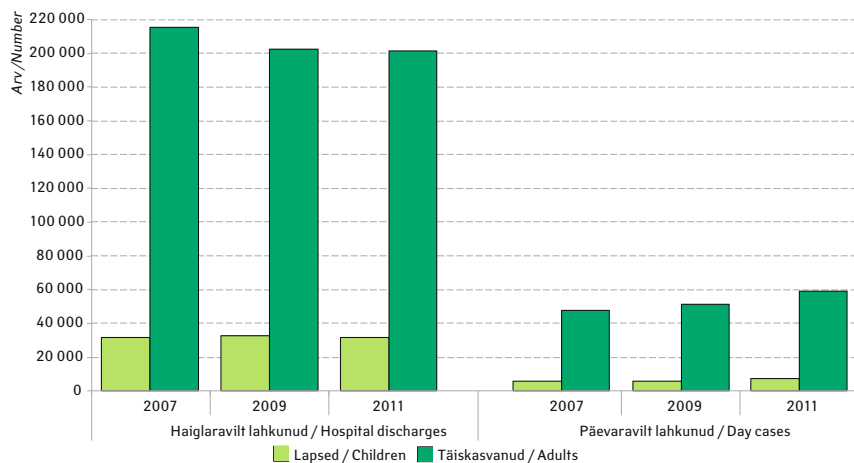
2.8. Psühhiaatri diagnoositud psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psühhika- ja käitumishäired 100 000 elaniku kohta, 2007, 2009, 2011

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use diagnosed by psychiatrists per 100,000 inhabitants, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

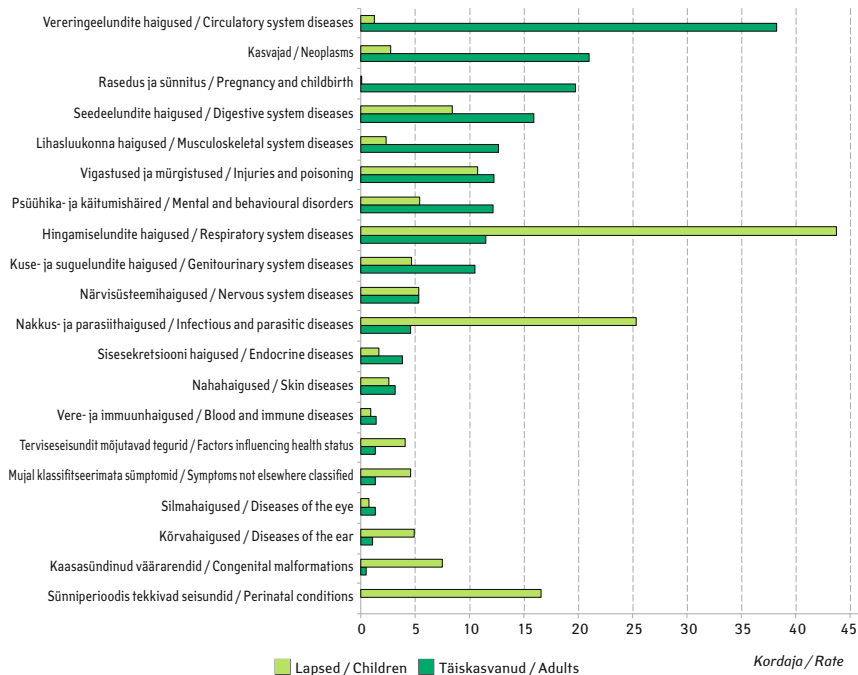
2.9. Haigla- ja päevaravilt lahkunud vanuse järgi, 2007, 2009, 2011 Hospital discharges and day cases by age, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

2.10. Haiglast lahkunud 1000 elaniku kohta haigusrühma ja vanuse järgi, 2011

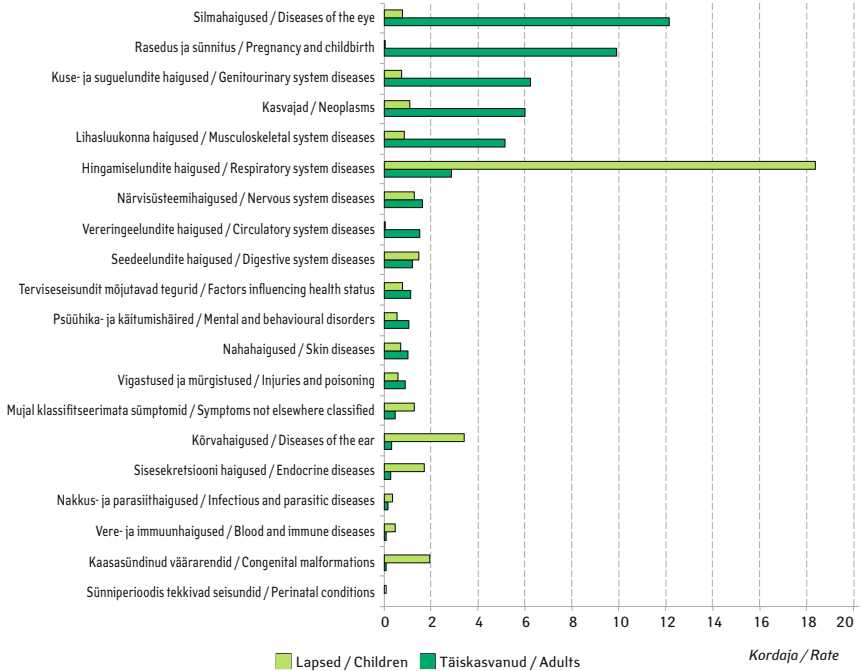
Hospital discharges per 1,000 inhabitants by disease and age, 2011



Allikas/Source: TAI/NIHD

2.11. Päevaravilt lahkunud 1000 elaniku kohta haigusrühma ja vanuse järgi, 2011

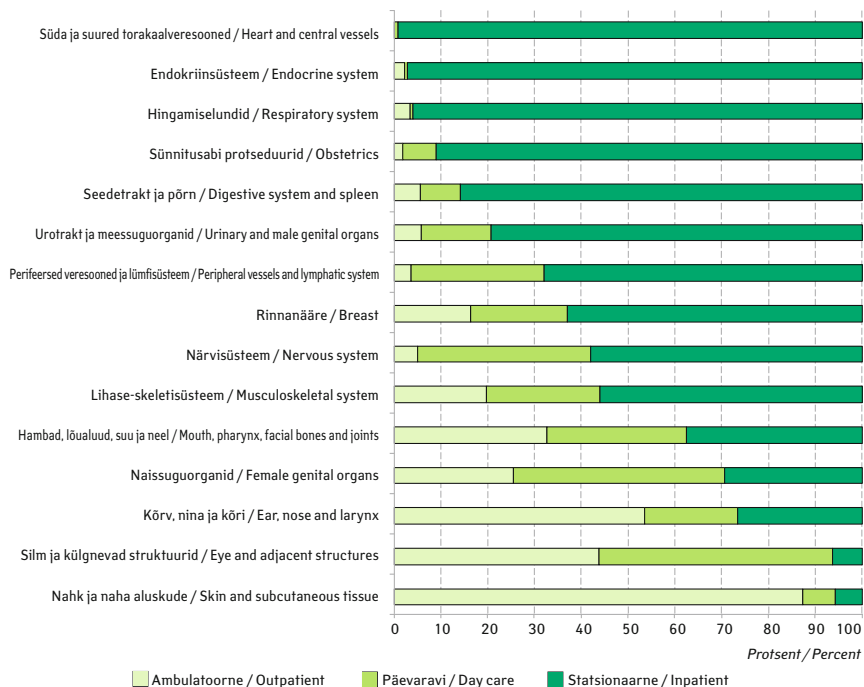
Day cases per 1,000 inhabitants by disease and age, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

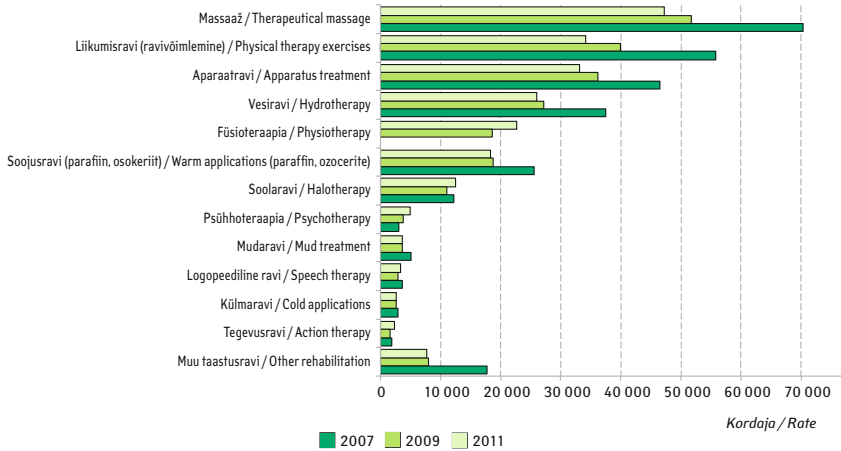
2.12. Kirurgilised protseduurid tervishoiuteenuse osutamise viisi ja elundsüsteemi järgi, 2011

Surgical procedures by mode of production and organ system, 2011



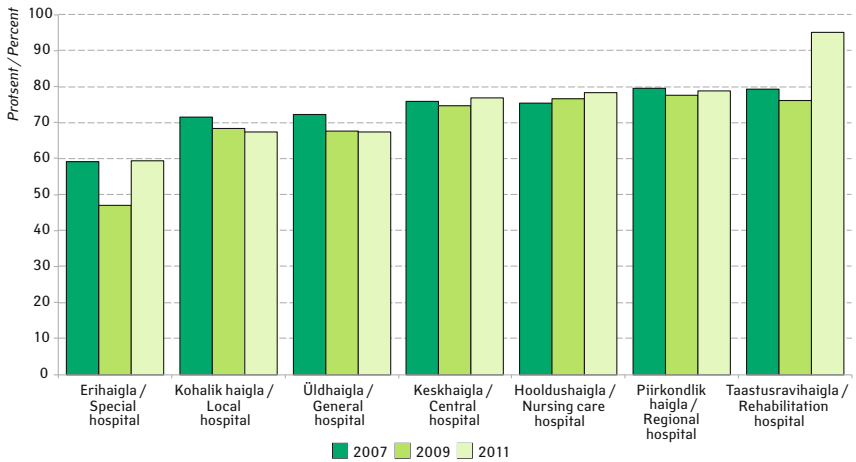
Allikas/Source: TAI/NIHD

2.13. Taastusravi protseduurid 100 000 elaniku kohta, 2007, 2009, 2011 Rehabilitation procedures per 100,000 inhabitants, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

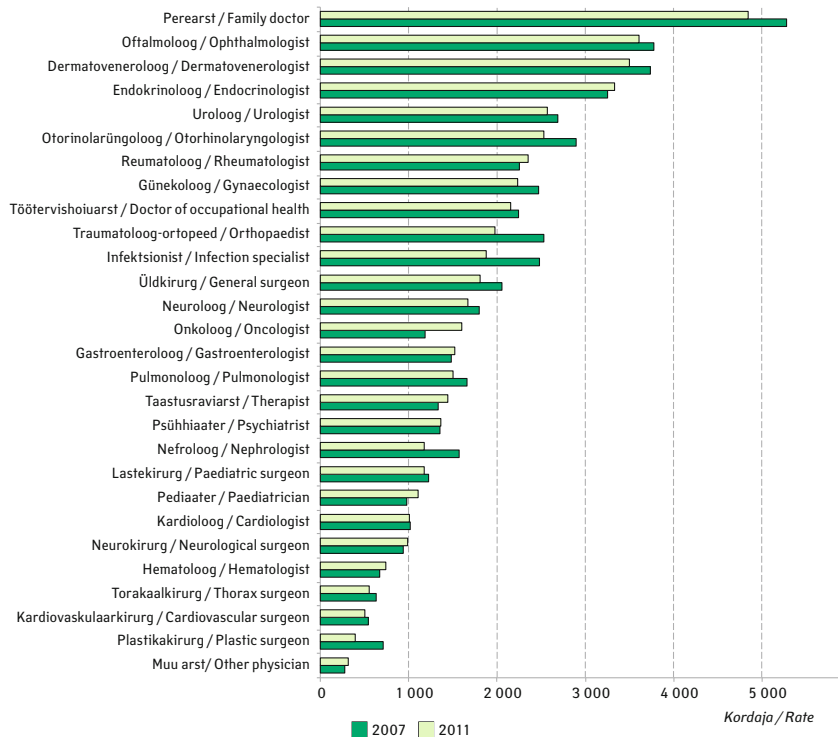
2.14. Voodihõive haigla liigi järgi, 2007, 2009, 2011 Bed occupancy rate by hospital type, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

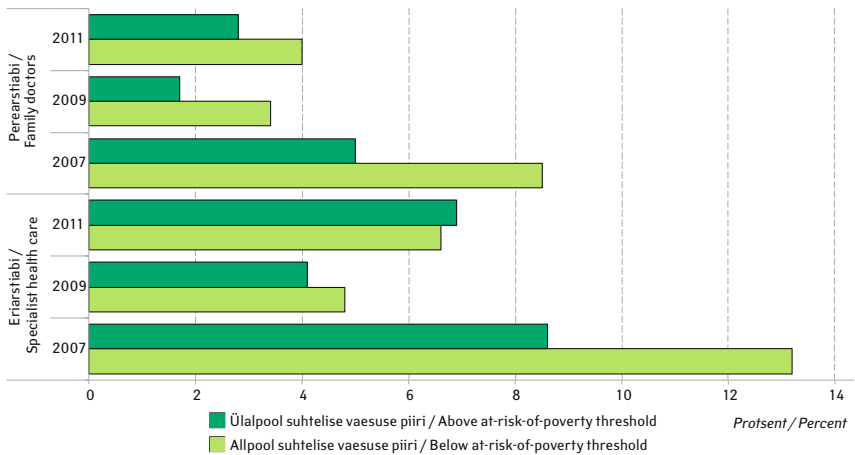
2.15. Arsti vastuvõtud ühe täidetud ametikoha kohta, 2007 ja 2011

Outpatient visits of physicians per full time equivalent, 2007 and 2011



Allikas/Source: TAI/NIHD

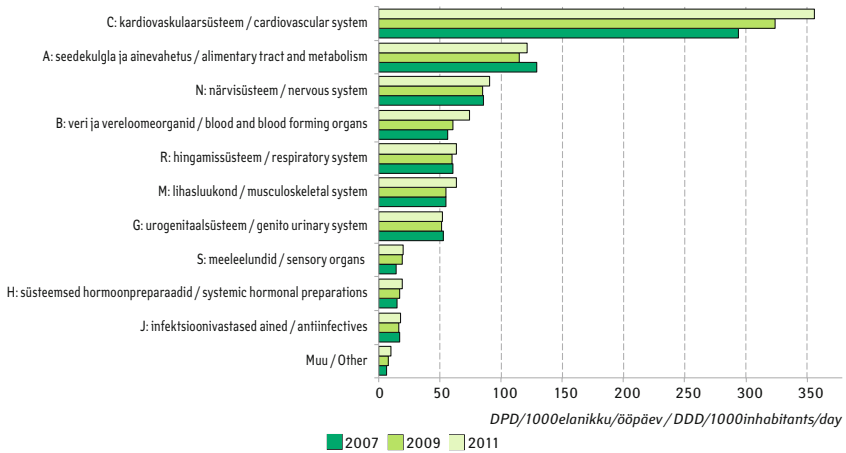
2.16. Vajadusel arstiabi mittesaanud 16-aastased ja vanemad elanikud suhtelise vaesuse piiri järgi, 2007, 2009, 2011
16 and older inhabitants unmet needs for medical examination by at-risk-of-poverty threshold, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: Statistikaamet / Statistics Estonia

2.17. Ravimite kasutamine peamise toimeainerühma järgi, 2007, 2009, 2011

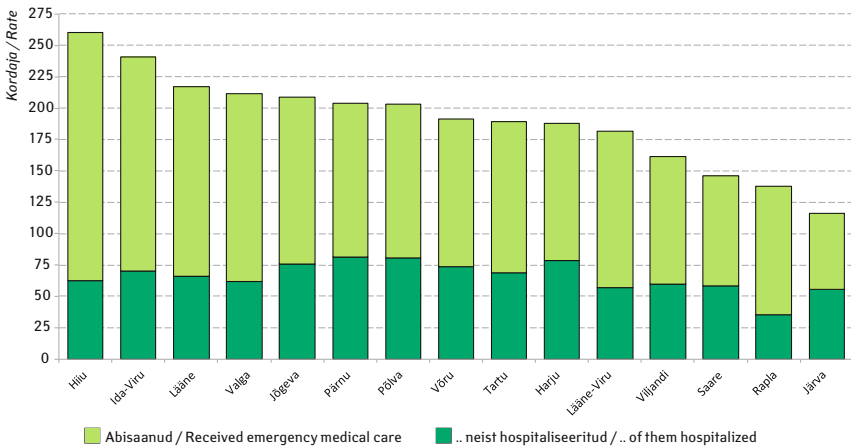
Consumption of medicines by main group of active substance, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: Ravimiamet / State Agency of Medicines

2.18. Kiirabilt abisaanud ja neist hospitaliseeritud 1000 elaniku kohta maakonna järgi¹, 2011

Patients received emergency medical care from ambulance and hospitalized per 1,000 inhabitants by county¹, 2011

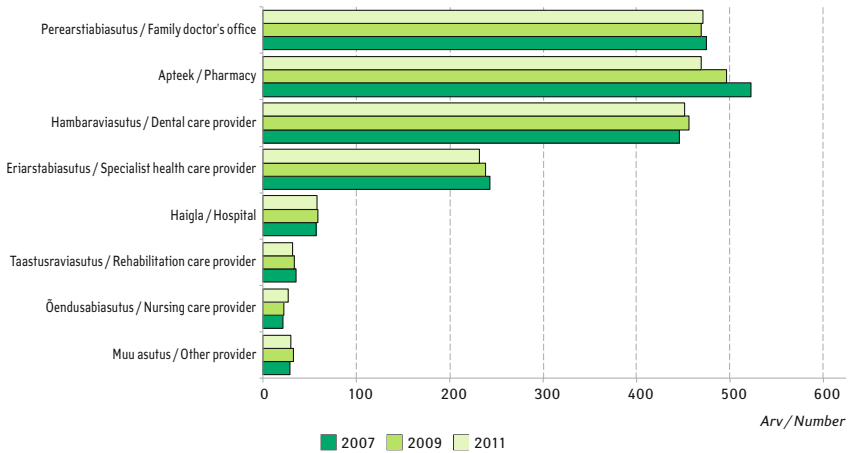


¹ Kiirabistatistikas näitab maakondlik jaotus väljakutseid ja abisaanuid kiirabibrigaadi paiknemise järgi / In emergency medical care statistics the county division shows persons aided by emergency medical care according to the location of ambulance crews

Allikas/Source: Terviseamet / Health Board

2.19. Tervishoiuteenuse osutajad liigi järgi, 2007, 2009, 2011

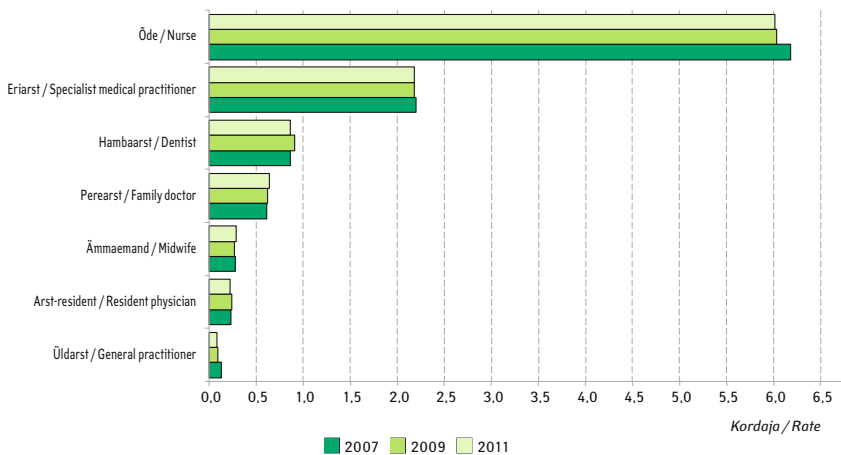
Health care providers by type, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

2.20. Tervishoiutöötajate täidetud ametikohad 1000 elaniku kohta, 2007, 2009, 2011

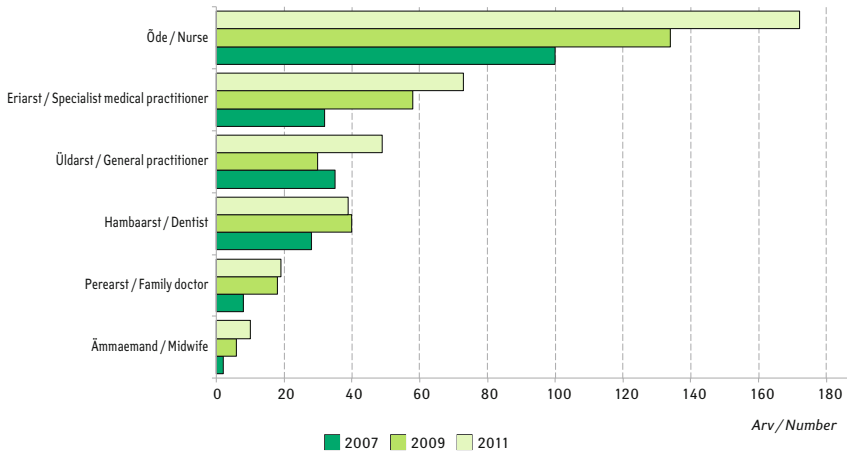
Full time equivalent health care personnel per 1,000 inhabitants, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

2.21. Välismaal töötamiseks väljastatud tõendid tervishoiutöötaja kutseala järgi, 2007, 2009, 2011

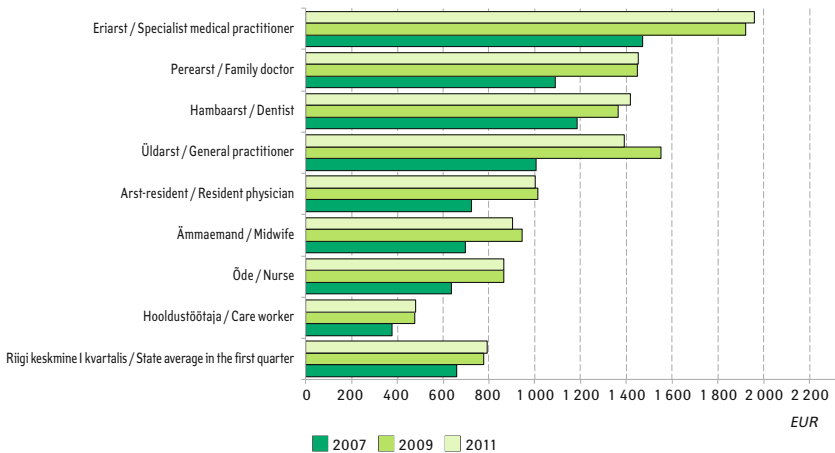
Licenses issued to health care personnel for working abroad by group of speciality, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: Terviseamet / Health Board

2.22. Täistööajaga töötavate tervishoiutöötajate keskmine brutopalk ja riigi keskmine brutopalk, 2007, 2009, 2011

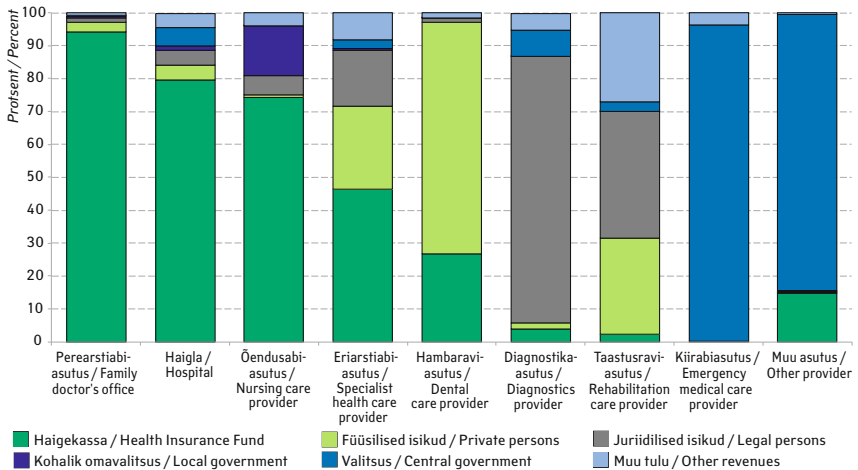
Average gross wage of health care personnel working full time and state average gross wage, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI/NIHD

2.23. Tervishoiuteenuse osutajate tulud osutaja liigi ja rahastamisallika järgi, 2011

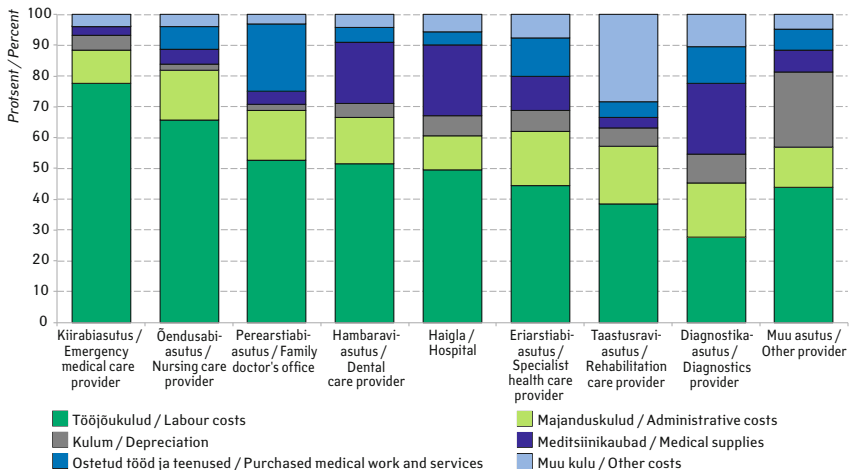
Health care providers revenues by type of provider and source of financing, 2011



Allikas/Source: TAI / NIHD

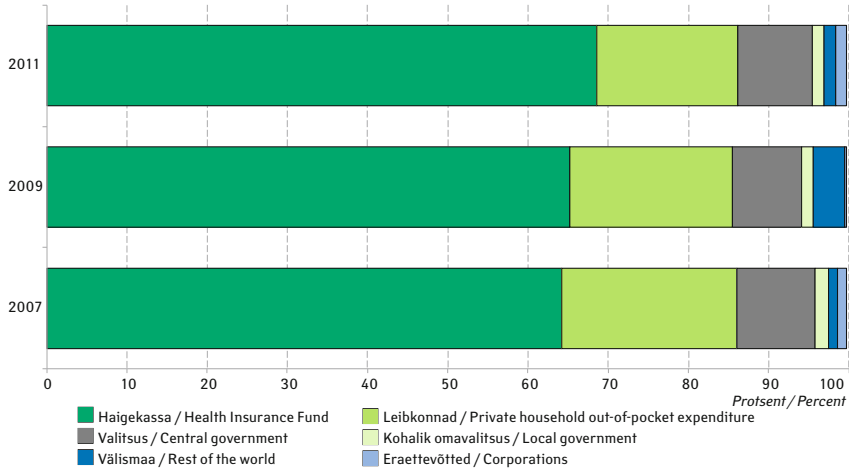
2.24. Tervishoiuteenuse osutajate kulud osutaja ja kulu liigi järgi, 2011

Health care providers costs by type of provider and expenditure, 2011



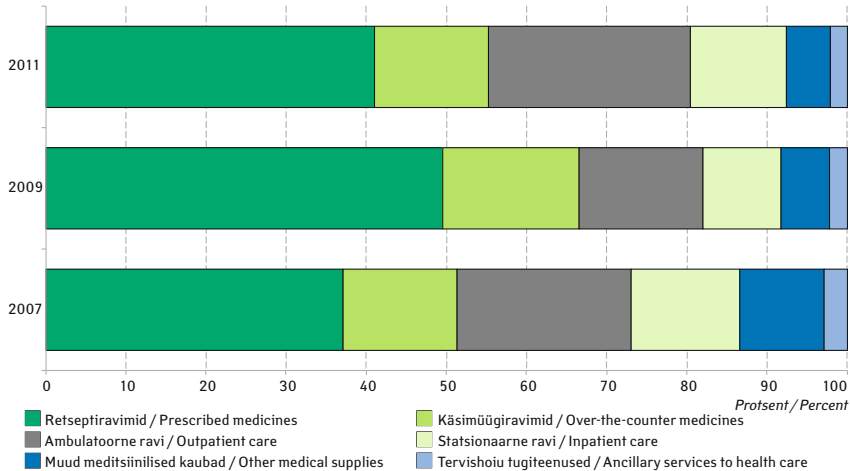
Allikas/Source: TAI / NIHD

2.25. Tervishoiu kogukulud rahastamisallika järgi, 2007, 2009, 2011 Total health care expenditure by source of financing, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI/NIHD

2.26. Leibkondade kulud tervishoiuteenuse järgi, 2007, 2009, 2011 Private households' out-of-pocket expenditure by type of health care service, 2007, 2009, 2011



Allikas/Source: TAI/NIHD

DEFINITSIOONID JA SELETUSED

Aktiivravivoodi – on mõeldud lühiajalise ravi osutamiseks haiglas. Rahvusvaheliselt ei kuulu aktiivravivoodite hulka hooldusravi ja psühhiaatrilise ravi osutamiseks mõeldud voodid. Eesti andmete puhul on lisaks välja jäetud tuberkuloosiravi osutamiseks ette nähtud voodid.

Arstid – andmed ei sisalda hambaarste.

Esmashaigestumus – uute haigusjuhtude tekkimine rahvastikus mingil ajavahemikul. Eesti tervisestatistikas: teenuseosutajate poolt registreeritud esmashaigestumus.

Haiglast/päevaravilt lahkunud diagnoosi järgi – välja kirjutatud või surnud patsiendid põhidiagnoosi järgi. Ei ole arvestatud teise haiglasse üleviitud ega terveks osutunud. Haiged vastündinud on arvestatud lahkunute hulka, sumult sündinud mitte.

Igapäevategevuste piiratus – igapäevategevuste piiratus vähemalt viimase kuue kuu jooksul pikaajalise haiguse või tervisehäire tõttu.

Keskmine eeldatav eluiga – mingis vanuses keskmiselt elada jääv aastate arv, kui suremus ei muutu. 0 aasta vanuses – eeldatav eluiga sünnimomendil.

Lapsed – tervisestatistikas 0–14-aastased.

Suhtelise vaesuse piir – 60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaanist.

Standarditud suremuskordaja – rahvastiku suremuse võrdlemiseks kasutatav suhtarv, kõrvaldamaks rahvastiku vanuskoosseisu erinevuse mõju. Arvutatud 1976. aastal avaldatud Euroopa standardrahvastiku vanusjaotuse alusel.

Summaarne sündimuskordaja – keskmine elussündinud laste arv naise kohta tema fertiilse ea (15–49 aastat) jooksul, kui kehtiksid konkreetse aasta sündimuse vanuskordajad.

Tervena elada jäänud aastad – keskmine aastate arv, mida inimene tõenäoliselt elab igapäevategevuste piiranguteta, kui suremus ja rahvastiku tervise näitajad jääks samaks.

Tervishoiu kogukulud (THKK) – residentide tervisega seotud kaupade ja teenuste lõpptarbimise kulud, millele on lisatud tervishoiuteenuse pakkujate kapitalikulud.

Täiskasvanud – tervisestatistikas 15-aastased ja vanemad.

Vigastuste välispõhjused – väliskeskonna tegurid, sündmused ja olukorrad, mis on põhjustanud vigastuse või mürgistuse.

Voodihõive – voodikoormus protsentides, st päevade osatähtsus kõi gist vaadeldava perioodi päevadest, mille jooksul ravivoodit kasutati (kalendriaasta jooksul kasutatud voodipäevade ja kõi gi võimalike voodipäevade suhe).

Õendustöötajad – andmed sisaldavad õdesid ja ämmaemandaid.

Rohkem definitsioone leiab Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika sõnastikust <http://www.tai.ee/et/tegevused/tervisestatistika/metaandmed/tervisestatistika-sonastik>

DEFINITIONS AND EXPLANATIONS

Acute care (curative care) bed – a hospital bed that is available for curative care. Beds allocated for nursing care or psychiatric care are excluded. Additionally, beds allocated for tuberculosis treatment are excluded in case of Estonian data.

Adults – in health statistics, people aged 15 and over.

At-risk-of-poverty threshold – 60% of the median equalised yearly disposable income of household members.

Average life expectancy – the average remaining lifetime in years for persons who attain a given age if mortality remains unchanged. At the age of 0 – life expectancy at birth.

Bed occupancy rate – the number of days during which a hospital bed is occupied as a percentage of the length of the period observed.

Children – in health statistics, people aged 0–14.

External causes of injuries – the factors, events and situations of the external environment, which have caused an injury or poisoning.

Healthy life years – measures the number of remaining years that a person of specific age is expected to live without any severe or moderate health problems if current patterns of mortality continue to apply.

Hospital/day care discharges by diagnosis – the total number of patients discharged during the given calendar year by principal diagnosis. Deceased patients are included; persons who were transferred to another hospital or were deemed healthy after examination are excluded, as are stillborns.

Incidence – the occurrence of new cases of disease in the population during a certain period of time. In Estonian health statistics: incidence registered by health care providers.

Limitations in everyday life – activity restrictions due to illness or health problem for the past 6 months at least.

Nursing personnel – the data includes nurses and midwives.

Physicians – the data excludes dentists.

Standardised death rate – a weighted average of age-specific mortality rates. The weighting factor is the age distribution of a standard reference population. The standard reference population used is the European standard population as defined in 1976.

Total fertility rate – the mean number of children that would be born alive to a woman during her lifetime if she were to pass through her childbearing years conforming to the fertility rates by age of a given year.

Total health care expenditures (THE) – expenditures on health care services and goods for the country's residents including health care providers' capital formation expenses.

KASUTATUD MATERJAL

REFERENCES

European Commission. Special Eurobarometer 333b: blood donation and blood transfusions. Brussels, 2010.

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333b_en.pdf

Eurostat Database.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (25.07.2013)

Põhja-Eesti Regionaalhaigla verekeskus.

<http://www.verekeskus.ee> (30.08.2013)

Statistikaameti andmebaas. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog> (27.06.2013)

Viiklepp, P. Tuberkuloosihaigestumus Eestis 2010–2011. Tallinn 2012.

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/135591831536_Tuberkuloosihaigestumus_Eestis.pdf

WHO European Health for All Database.

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2> (29.08.2013)

Lühendid

- DPD – defineeritud päevadoos
- EL – Euroopa Liit (27 liikmesriiki)
- Eurostat – Euroopa Liidu statistikaamet
- HIV – inimese immuunpuudulikkuse viirus
- RHK-10 – rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, versioon 10
- SKP – sisemajanduse koguprodukt
- TAI – Tervise Arengu Instituut
- THKK – tervishoiu kogukulud
- WHO – Maailma Terviseorganisatsioon

Acronyms

- DDD – Defined daily dose
- EU – The European Union (27 Member States)
- Eurostat – The statistical authority of the European Union
- GDP – Gross domestic product
- HIV – Human immunodeficiency virus
- ICD-10 – The International Classification of Diseases, 10th revision
- NIHD – National Institute for Health Development
- THE – Total health care expenditure
- WHO – The World Health Organisation

Riikide nimekiri

- AT – Austria
- BE – Belgia
- BG – Bulgaaria
- CY – Küpros
- CZ – Tšehhi Vabariik
- DE – Saksamaa
- DK – Taani
- EE – Eesti
- ES – Hispaania
- FI – Soome
- FR – Prantsusmaa
- GR – Kreeka
- HU – Ungari
- IE – Iirimaa
- IT – Itaalia
- LV – Läti
- LT – Leedu
- LU – Luksemburg
- MT – Malta
- NL – Holland
- PL – Poola
- PT – Portugal
- RO – Rumeenia
- SE – Rootsi
- SI – Sloveenia
- SK – Slovakkia
- UK – Suurbritannia

List of countries

- Austria
- Belgium
- Bulgaria
- Cyprus
- Czech Republic
- Germany
- Denmark
- Estonia
- Spain
- Finland
- France
- Greece
- Hungary
- Ireland
- Italy
- Latvia
- Lithuania
- Luxembourg
- Malta
- Netherlands
- Poland
- Portugal
- Romania
- Sweden
- Slovenia
- Slovakia
- United Kingdom





Kuidas saada tervisestatistilisi andmeid ja informatsiooni?
Where to obtain statistical data and information?

Tervisestatistika ja terviseuringute andmebaas
Health statistics and health research database
www.tai.ee/tstua

Tervisestatistika sõnastik
Health statistics dictionary
www.tai.ee/et/tegevused/tervisestatistika/metaandmed/tervisestatistika-sonastik

Andmepäring Tervise Arengu Instituudile
Data request to the National Institute for Health Development
tai@tai.ee

Statistikaameti andmebaas
Statistics Estonia database
www.stat.ee

ISBN: 978-9949-461-34-9 (trükis)
ISBN 978-9949-461-35-6 (pdf)