



EESTI

# Riigi vähiprofiil

2023



## Riikide vähiprofiilide sari

Vähktõve ebavõrdsuse register on Euroopa vähktõvevastase võitluse kava juhtalgatus. Sellest saab kindlat ja usaldusväärset teavet vähktõve ennetamise ja ravi kohta, et selgitada välja suundumused ning erinevused ja ebavõrdsus liikmesriikide ja piirkondade vahel. Riikide vähiprofiilides tuuakse välja tugevad küljed, probleemid ja konkreetsed tegevusvaldkonnad kõigis 27 ELi liikmesriigis, Islandil ja Norras, et suunata Euroopa vähktõvevastase võitluse kava alusel investeringuid ja sekkumisi ELi, riigi ja piirkonna tasandil. Euroopa vähktõve ebavõrdsuse register toetab samuti nullsaaste tegevuskava juhtalgatust nr 1.

Profiilid koostab Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD) koostöös Euroopa Komisjoniga. Töörühm on tänulik riiklikele ekspertidele väärtuslike panuste ning OECD tervisekomiteele ning ELi vähktõve ebavõrdsuse registri eksperdirühmale märkuste eest.

## Andme- ja teabeallikad

Enamik riikide vähiprofiilides esitatud andmetest ja teabest põhineb riikide poolt Eurostatile ja OECD-le esitatud ametlikul statistikal, mis valideeriti, et tagada andmete võimalikult suur võrreldavus. Teave andmete algallikate ja alusmeetodite kohta on kättesaadav Eurostati andmebaasis ja OECD terviseandmebaasis.

Lisaks saadi andmeid sellistest allikatest nagu Maailma Terviseorganisatsioon (WHO), Rahvusvaheline Vähiuurimis-keskus (IARC), Rahvusvaheline Aatomienergiaagentuur (IAEA) ja Tervise mõõdikute ja hindamise instituut (IHME) ning muudest riiklikest allikatest (mis on sõltumatud era- ja äriühividest). ELi kohta arvatud keskmised on 27 liikmesriigi kaalutud keskmised, kui ei ole märgitud teisiti. ELi keskmised ei hõlma Islandit ja Norrat. Ostujõu pariteet (PPP) on valuutavahetuskurss, mille abil võrdsustatakse eri vääringute ostujõud, kõrvaldades riikide hinnatasemetega erinevused.

*Vastutuse välistamine: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.*

*This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.*

*Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".*

*Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.*

©OECD 2023

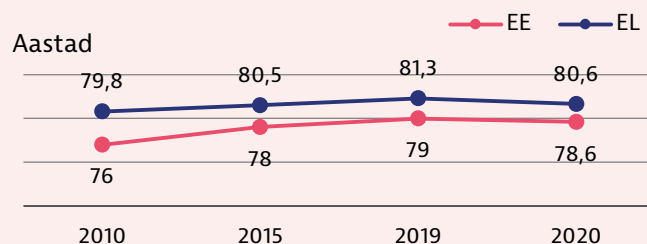
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <https://www.oecd.org/termsand-conditions>.

## Sisukord

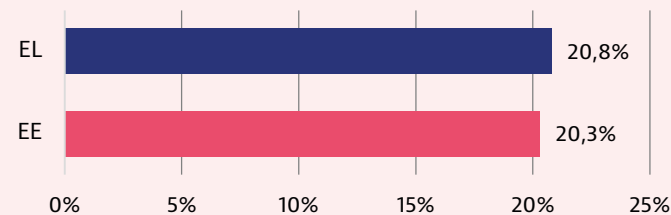
1. PÕHIPUNKTID	3
2. VÄHKTÕBI EESTIS	4
3. RISKITEGURID JA ENNETUSPOLIITIKA	7
4. VARAJANE AVASTAMINE	9
5. VÄHIRAVI TOIMIVUS	12
5.1. Kättesaadavus	12
5.2. Kvaliteet	14
5.3. Kulud ja kulutõhusus	16
5.4. COVID-19 ja vähktõbi: vastupidavuse suurendamine	17
6. PILGUHEIT EBAVÕRDSUSELE	18

## Kokkuvõte tervisesüsteemi põhiomadustest

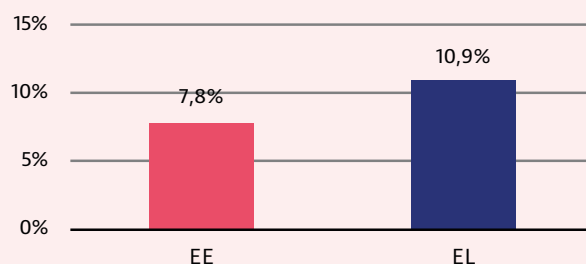
### OODATAV ELUIGA SÜNNIHETKEL (AASTATES)



### 65AASTASTE JA VANEMATE ELANIKE OSAKAAL (2021)

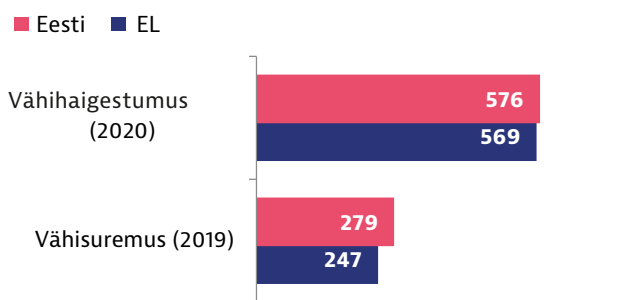


### TERVISHOIUKULUDE OSAKAAL PROTSENDINA SKPST (2020)

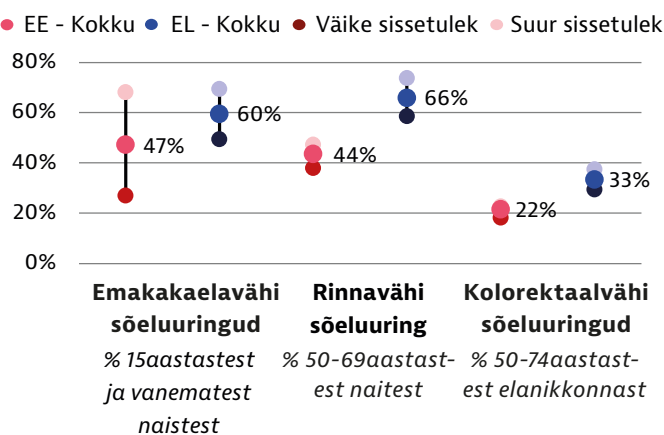
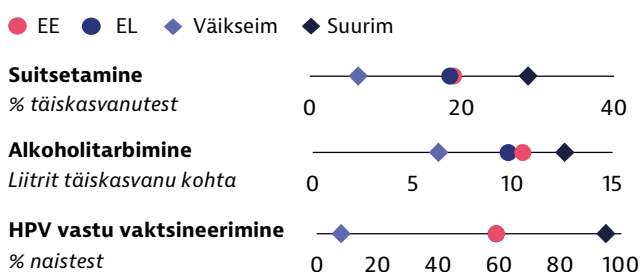


Allikas: Eurostati andmebaas.

# 1. Põhipunktid



Vanusestandarditud kordaja 100 000 elaniku kohta



## Vähktõbi Eestis

Eestis on vähktõve hinnanguline haigestumus-kordaja kokkuvõttes suurem kui ELi keskmine, ehkki naiste seas jääb see allapoole ELi keskmist. Vähisuremus ületab ELi keskmist, kuid on viimasel kümnendil aeglaselt vähenenud, eriti meeste seas. Vähktõvest tuleneva koormusega toime tulemiseks ja tulemuste parandamiseks on Eestis kehtestatud kaks vähitõrje tegevuskava.

## Riskitegurid ja ennetuspoliitika

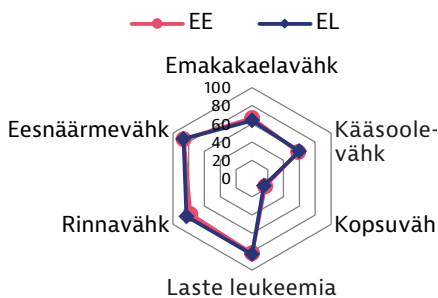
Eestis on viimasel kümnendil vähendatud mitme vähiriskiteguri esinemissagedust. Vähenenud on alkoholitarbimine ja suitsetamine, kuid sotsiaal-majanduslikud erinevused püsivad. Rasvumine ja ülekaalulisus on sagenemas, eriti kõrgema haridustasemega inimeste hulgas.

## Varajane avastamine

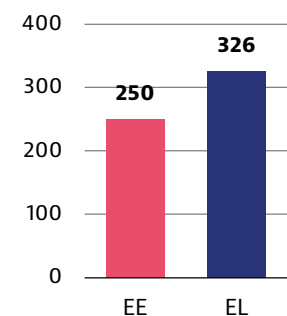
Eestis on olemas rinna-, emakakaela- ja kolorektaalvähi sõeluuringu programmid, kuid uuringutega hõlmatus jääb allapoole ELi keskmist. Hinnatakse uute sõeluuringuprogrammide teostatavust ning on otsustatud parandada juhtimist ja andmete kvaliteeti.

## Vähiravi toimivus

Rahalised takistused juurdepääsul vähiravile on Eestis väikesed. Paraku raskendavad õigeaegset juurdepääsu töötajate ja seadmete nappus ning pikad ooteajad. Samuti takistab uute ravimite hüvitamise otsuste viibimine juurdepääsu uuenduslikule ravile. Vähihaigete elulemus on viimasel kümnendil paranenud ning on oodata, et tänu ajakohastatud ravijuhendite koostamisele, ravi koondamisele ja paremale kvaliteedinäitajate seirele paraneb ravi kvaliteet veelgi. Vähktõvega seotud kulud on Eestis väiksemad kui ELis keskmiselt. Hoolimata hinnakujunduspoliitikast sõltub vähiravi kulutuste suurus peamiselt vähiravimitele tehtavatest kulutustest.



Viee aasta elulemus vähiliigi kohta (2010–2014)



Vähiga seotud kulud eurodes elaniku kohta ostujõu pariteedi alusel (2018)

## 2. Vähktõbi Eestis

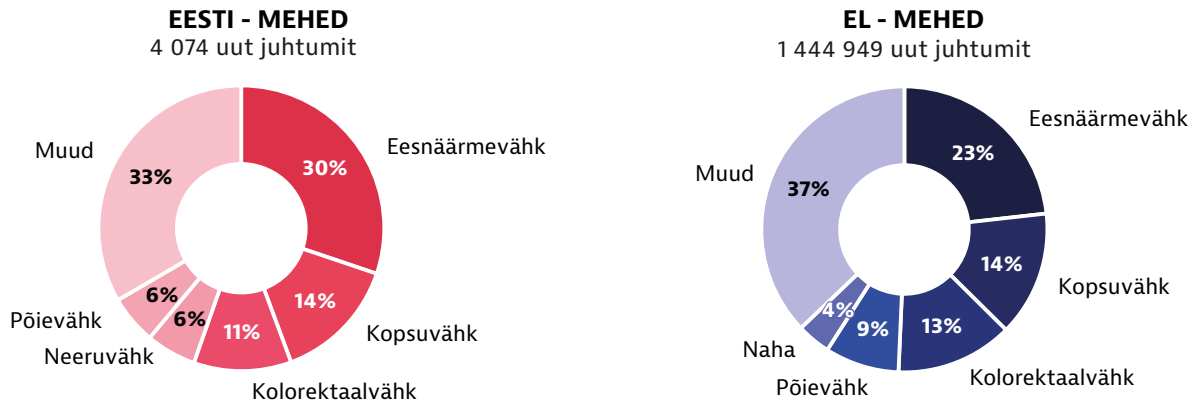
### Vähktõve haigestumus on Eestis suurem kui ELi keskmine

Vastavalt Teadusuuringute Ühiskeskuse hallatava Euroopa vähiteabesüsteemi (ECIS) hinnangutele, mis põhinesid pandeemia-eelsete aastate suundumustel, oli Eestis 2020. aastal oodata enam kui 7 700 uut vähijuhtumit (joonis 1). Vanusestandarditud eeldatav vähktõve haigestumuskordaja oli 576 juhtumit 100 000 elaniku kohta, mis on veidi suurem kui ELi keskmine 569 juhtumit 100 000 elaniku kohta.

Sugudevahelised erinevused olid märkimisväärsed: vanusestandarditud eeldatav haigestumuskordaja oli meeste puhul peaaegu 20 % suurem kui ELi keskmine ja naiste puhul 7 % väiksem kui ELi keskmine. Meeste seas olid peamised vähivormid eesnäärme-, kopsu- ja kolorektaalvähk, mille kõigi haigestumuskordajad ületasid ELi keskmist. Naiste seas olid enim levinud rinna-, kolorektaal- ja kopsuvähk, kusjuures rinna- ja kopsuvähi haigestumus jäi allapoole ELi keskmist, kuid kolorektaalvähi haigestumus ületas ELi keskmist.

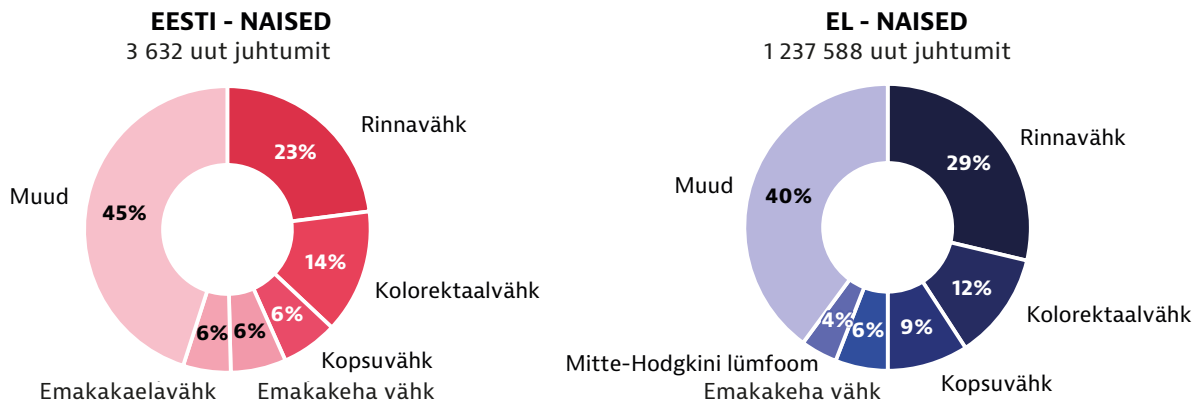
### Joonis 1. Meeste seas on üldine vähktõve haigestumuskordaja suurem kui ELi meeste keskmine, kuid naiste seas väiksem ELi naiste keskmisest

#### Vähijuhtumite jaotus sugude lõikes Eestis ja ELis



#### VANUSESTANDARDITUD HAIGESTUMUSKORDAJA (KÕIK VÄHILIIGID)

**Eesti** 817 juhtumit 100 000 elaniku kohta  
**EL** 686 juhtumit 100 000 elaniku kohta



#### VANUSESTANDARDITUD HAIGESTUMUSKORDAJA (KÕIK VÄHILIIGID)

**Eesti** 451 juhtumit 100 000 elaniku kohta  
**EL** 484 juhtumit 100 000 elaniku kohta

Märkus. Emakakeha vähk ei hõlma emakakaevähki. Hinnangud koostati enne COVID-19 pandeemiat varasemate aastate suundumuste põhjal ja seetõttu võivad hinnangulised haigestumuskordajad erineda hilisematel aastatel täheldatud haigestumuskordajatest.

Allikas: Euroopa vähiteabesüsteem (ECIS), <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> (vaadatud 9. mail 2022), © Euroopa Liit, 2022.

Vähem levinud vähivormidest oli emakakaelavähi eeldatav haigestumuskordaja 27 juhtumit 100 000 elaniku kohta, mis oli ELi riikide arvestuses suuruselt teine haigestumuskordaja ja on seega tähtis rahvatervise probleem. Maovähi vanusestandarditud haigestumuskordaja oli naiste seas ELi suurim (20 juhtumit 100 000 elaniku kohta vs. 10 juhtumit 100 000 elaniku kohta ELis) ja meeste seas suuruselt kolmas ELis (42 juhtumit 100 000 elaniku kohta vs. 22 juhtumit 100 000 elaniku kohta ELis). Naha melanoomid moodustasid meeste puhul eeldatavasti 3 % ja naiste puhul 4 % uutest vähijuhtumitest. Laste vähktõve vanusestandarditud haigestumuskordaja alla 15aastaste laste seas oli 2020. aastal 13 juhtumit 100 000 elaniku kohta, mis jääb allapoole ELi keskmist (15 juhtumit 100 000 elaniku kohta). 2013. aastal oli harvaesinevate vähivormide uute juhtumite hinnanguline arv 1608.

### Vähktõve haigestumus on Eestis viimastel kümnenditel suurenenud

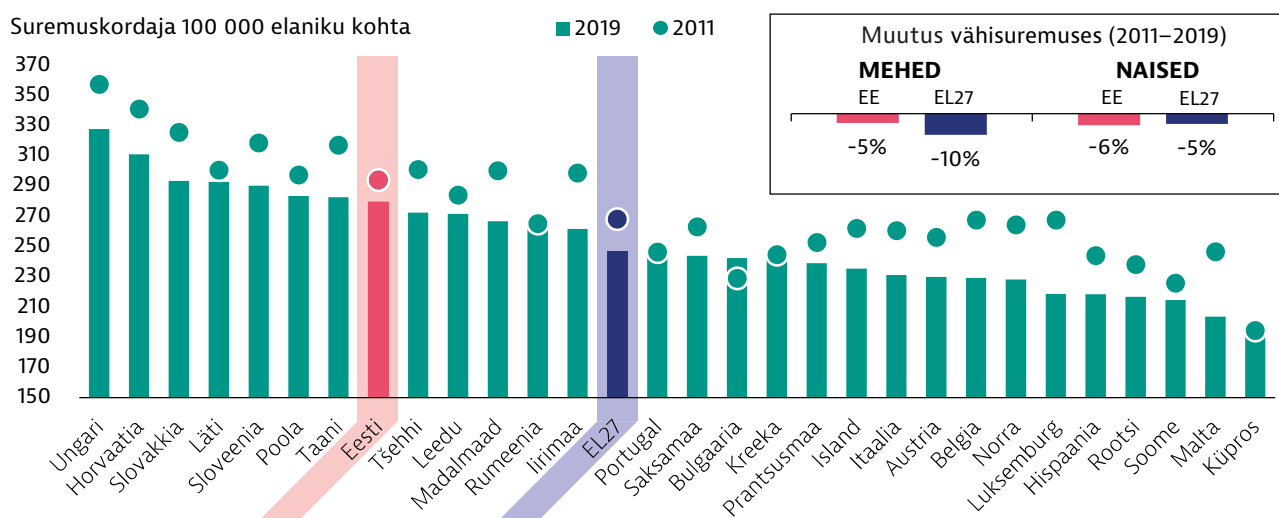
Vähktõve haigestumus on Eestis viimase viie kümnendi jooksul rohkem kui kahekordistunud,

mille põhjuseks on rahvastiku vananemine, diagnostikameetodite paranemine ja käitumuslike riskitegurite levik (Zimmermann et al., 2021). Sagedasemaks on muutunud kõige enam levinud vähivormid, välja arvatud kopsuvähk meeste seas, mille haigestumuskordaja on alates 1996. aastast tänu tulemuslikule tubakapoliitikale vähenenud (vt punkt 3). Prognooside kohaselt kasvab vähktõve haigestumus 2030. aastaks 11 000 uue vähijuhtumini aastas (Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021).

### Vähisuremus on olnud Eestis viimastel kümnendil suurem kui ELi keskmine

Vanusestandarditud vähisuremuse kordaja ületab Eestis ELi keskmist (279 vs. 247 surma 100 000 elaniku kohta). Alates 2011. aastast on suremus vähenenud aeglasemalt kui teistes riikides, millega on suurenenud vahe ELi keskmisega. See on tingitud peamiselt sellest, et meeste seas on vähisuremus kahanenud vähe: 2019. aastal oli suremus meeste seas üle kahe korra suurem kui naiste seas (440 vs. 202 surma 100 000 elaniku kohta) (joonis 2).

### Joonis 2. Vähisuremus meeste seas on kahanenud Eestis vähem kui ELis üldiselt



Märkus. ELi keskmine on kaalutud keskmine (aastate 2011–2017 puhul Eurostati arvutused ja aastate 2018–2019 puhul OECD arvutused).

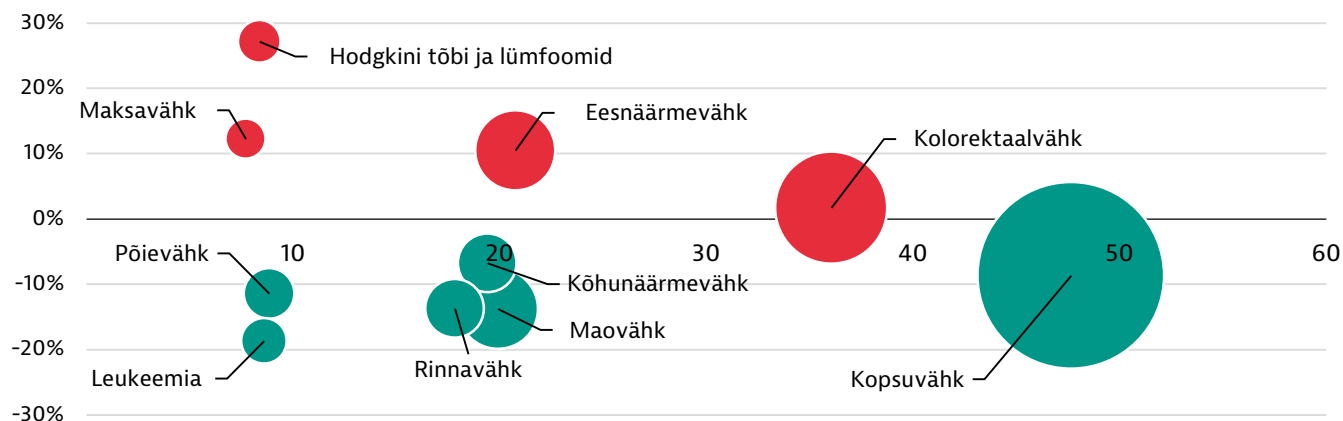
Allikas: Eurostati andmebaas.

Kui suremus kopsuvähki vähenes 2011.–2019. aastal 9 %, siis suremus kolorektaalvähki suurenes 2 % ja suremus eesnäärmevähki 10 %. Samas osutavad hiljutised tõendid sellele, et eesnäärmevähi puhul tuleks suremusnäitaja tõlgendamisel olla ettevaatlik seoses võimalike eksimustega surma põhjuse määramisel, mis võis kaasa tuua ülehindamise (Innos, 2022). Suremus rinnavähki vähenes 14 % ning moodustas seega suure osa naiste suremuse üldisest kahanemisest (joonis 3).

Aastatel 2000–2019 vähenes pahaloomulise kasvaja tõttu kaotatud potentsiaalsete eluaastate arv 38 %, kahanedes tasemele 1365 kaotatud eluaastat 100 000 elaniku kohta vanuses kuni 75 aastat. Suhteline kahanemine oli meeste seas veidi suurem kui naiste seas (40 % vs. 35 %) ning kaotatud eluaastate arv oli 2019. aastal vastavalt 1635 ja 1178.

### Joonis 3. Aastatel 2011–2019 vähenes Eestis suremus kopsu- ja rinnavähki

Muutus vähisures, 2011–2019 (või lähim aasta)



Vanusestandarditud suremuskordaja 100 000 inimese kohta 2019. aastal

Märkus. Punased ringid tähistavad vähisuresuse suurenemist aastatel 2011–2019, rohelised vähenemist. Ringide suurus on võrdeline 2019. aasta suremuskordajatega. Mõne nimetatud vähivormi puhul on suremus väike, seetõttu tuleks protsentuaalset muutust tõlgendada ettevaatusega. Suremust kajastavate ringide suurus ei ole võrreldav riikide lõikes. Allikas: Eurostati andmebaas.

### Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 töötati välja mitmete sidusrühmade osalusel

Eestis on kehtestatud alates 2007. aastast kaks vähitõrje tegevuskava. Riikliku vähistrateegiaga 2007–2015 saavutati olulised eesmärgid, sealhulgas vähendati märgatavalt kopsuvähi haigestumust meeste seas ja parandati üldist vähahaigete elulemust. Mitu sihti jäi siiski saavutamata, eriti need, mis olid seotud emakakaelavähi haigestumusega. Peale selle tulnuks see strateegia lõimida alates 2013. aastast rahvastiku tervise arengukavva, kuid ometi lisati vaid valitud ennetus- ja sõeluuringumeetmed, mis osutab lünkadele vähktõve ennetamise, ravi ja hoolduse strateegilises planeerimises.

Nende probleemidega tegelemiseks avaldati 2021. aastal vähitõrje tegevuskava 2021–2030 (Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021). Tegevuskavas on kindlaks määratud üheksa prioriteeti, mis on seotud vähktõve ennetamisega, varajase diagnoosimisega, võrdse juurdepääsuga kvaliteetsele ravile ning vähipatsientidele kvaliteetse ravi ja järelravi tagamisega (tekstikast 1). Need prioriteedid on kooskõlas Euroopa vähktõvevastase võitluse kavas sätestatud prioriteetidega (Euroopa Komisjon, 2021). Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 jaoks koostatakse rakendusplaan, kus määratakse kindlaks ülesanded ja tähtajad eesmärkide saavutamiseks. Tegevuskava viiakse ellu rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 raames, mille üks põhieesmärke on vähendada ebavõrdsust tervises sugude, piirkondade ja haridustasemetel vahel (Sotsiaalministeerium, 2019).

### Tekstikast 1. Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 väljatöötamise kaasati hulk sidusrühmi

Pidades silmas vajadust määrata kindlaks uued prioriteedid vähktõve ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks, konsulteeris Tervise Arengu Instituut mitmete sidusrühmadega, sealhulgas tervishoiutöötajate, patsientide esindajate, teadlaste, tervishoiuteenuste osutajate, haigekassa ja sotsiaalministeeriumiga, et püstitada eesmärgid ja määrata kindlaks hulk konkreetseid meetmeid nende saavutamiseks. 2020. aasta detsembris avaldati tegevuskava projekt avalikuks aruteluks. Tegevuskava avaldati 2021. aasta aprillis.

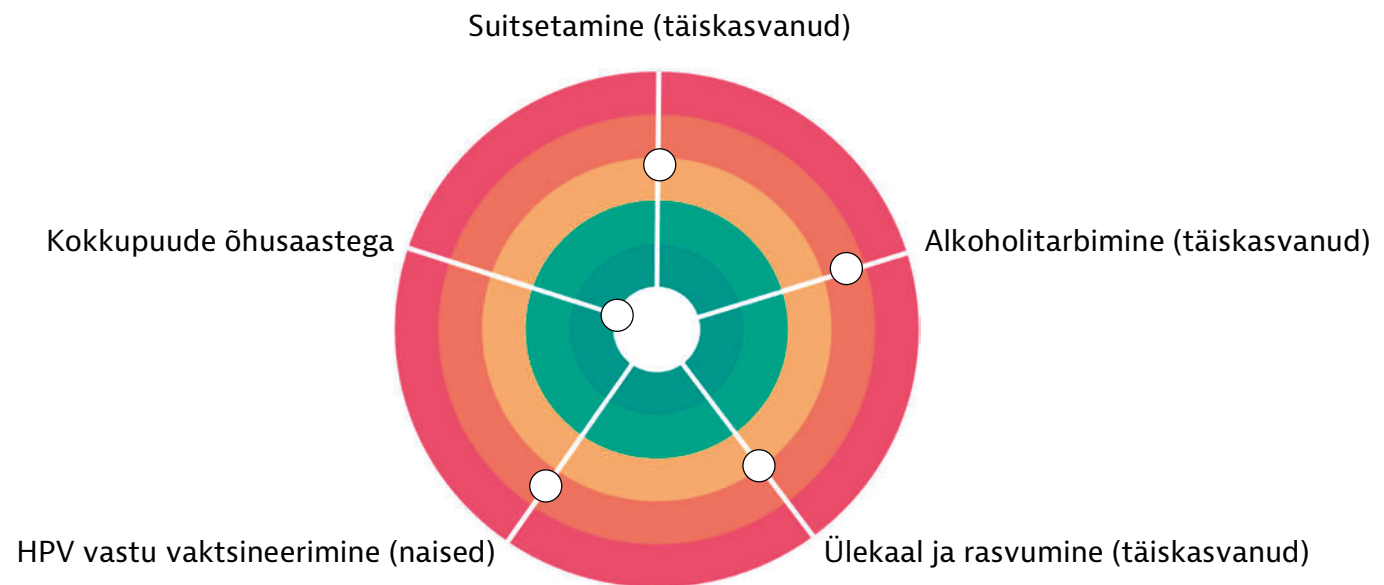
# 3. Riskitegurid ja ennetuspoliitika

## Eesti on investeerinud ennetusse, et vähendada vähi riskitegurite esinemissagedust

Võttes arvesse muudetavate riskiteguritega seostatavate ennetatavate vähivormide suurt osakaalu, on Eestis pööratud viimasel ajal üha suuremat tähelepanu käitumuslike riskiteguritega seotud ennetustegevusele ja tervislike eluviiside

edendamisele. Ennetuse eesmärgil tehtud tervishoiukulutuste osakaal on suurenenud 2014. aasta 2,9 %-lt 2020. aasta 4,8 %-le, mis on suurem kui ELi keskmine 3,4 %. Kuigi on toimunud areng, saaks Eestis teha täiendavaid edusamme alkoholitarbimise, suitsetamise ja ülekaalulisuse valdkondades (joonis 4).

### Joonis 4. Alkoholitarbimine on Eestis oluline vähi riskitegur



Märkus. Mida lähemal on punkt keskpunktile, seda paremad on riigi tulemused võrreldes teiste ELi riikidega. Valgel n-ö sihtlalal ei ole ükski riik, kuna kõigil riikidel on kõigis valdkondades arenguruumi.  
Allikad: 2019. aasta Euroopa terviseuuringul (EHIS) põhinevad OECD arvutused (suitsetamise ja ülekaalulisuse/rasvumise puhul); OECD 2022. aasta tervisestatistika ning WHO üleilmse alkoholi ja tervise infosüsteemi (GISAH) 2020. aasta andmed (alkoholitarbimise puhul), WHO (WHO/UNICEFi ühise immuniseerimise aruandlusvormi kaudu saadud) 2020. aasta andmed (inimese papilloomiviiruse (HPV) vastu vaksineerimise puhul) ning Eurostati 2019. aasta andmed (õhusaaste puhul).

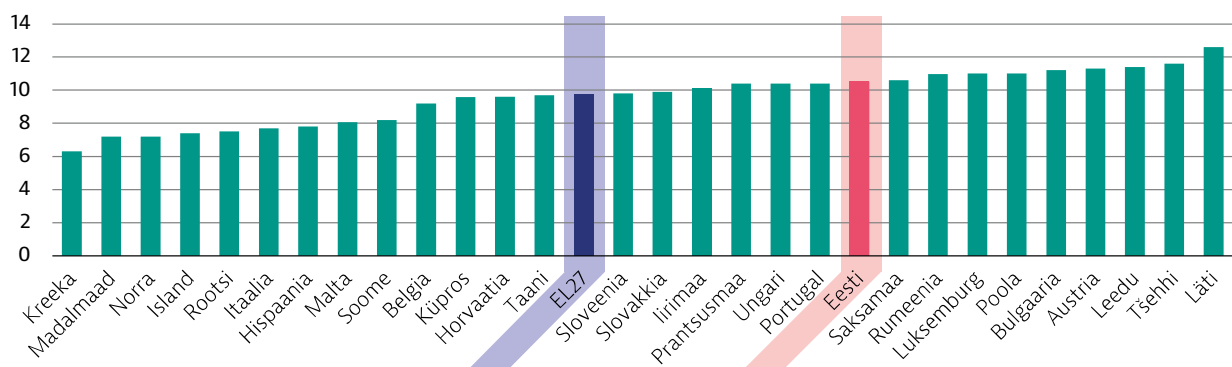
## Üldine alkoholitarbimine on viimastel aastatel tänu mitmele poliitikameetmele vähenenud

Alkoholitarbimine saavutas Eestis haripunkti 2007. aastal, mil keskmine aastane alkoholitarbimine 15aastaste ja vanemate elanike seas oli peaaegu 15 liitrit puhast alkoholi inimese kohta. Tänu mitmele riiklikule poliitikameetmele kahanes see näitaja 2020. aastaks järk-järgult 10,5 liitriks inimese kohta (joonis 5). 2014. aastal võttis valitsus vastu alkoholipoliitika rohelise raamatu, mille tulemusel rakendati meetmeid, näiteks muudeti mitmel juhul aktsiisimakse, piirati müüki ja reklaami ning parandati nõustamisteenuseid, millele järgnesid tervise edendamise algatused, et vähendada kahjulikku alkoholitarbimist (Habicht et al., 2018). Euroopa Sotsiaalfondi rahastatava programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames

korraldati üldsuse teadlikkuse suurendamise kampaaniaid, näiteks alkoholivaba kuu kampaania, et parandada teadlikkust alkoholiga seotud terviseriskidest, ning töötati välja esmatasandi arstiabi ja eriarstiabi osutajate sihipärased teenused, et tegeleda problemaatiliste tarbimisharjumustega. Sellegipoolest tarbis Tervise Arengu Instituudi andmetel 2021. aastal 21,3 % meestest ja 10,4 % naistest alkoholi ohtlikes kogustes (meeste puhul peetakse ohtlikuks 140 grammi nädalas ja naiste puhul 70 grammi nädalas). Endiselt püsivad haridustasemega seotud erinevused: ohtlikest tarbimisharjumustest teatas 21,3 % madalama haridustasemega inimestest (25,6 % meestest ja 16,6 % naistest) ning 11,4 % kõrgema haridustasemega inimestest (18,6 % meestest ja 7,9 % naistest).

### Joonis 5. Alkoholitarbimine ületab Eestis ELi keskmist

Liitrit elaniku kohta



Märkus. ELi 27 liikmesriigi keskmine on kaalumata keskmine (OECD arvutused).  
Allikad: OECD 2022. aasta tervisestatistika, WHO GISAH.

### Tänu tubaka tarbimise leviku vähendamise poliitikale on kahanenud suitsetajate osakaal

Eestis tugevdati viimasel kümnendil tubaka tarbimise leviku vähendamise poliitikat: muudeti mitu korda 2005. aasta tubakaseadust ja 2014. aastal kiideti heaks tubakapoliitika roheline raamat. Selle tulemusel rakendati meetmeid, et vähendada tarbimist, sealhulgas suurendati aktsiisimakse, piirati reklaami ja müüki, võeti kasutusele pilthoiatused, keelati tubakatoodete väljapanek jaemüügis ja maitsestatud tubakatoodete müük ning piirati piiriülest müüki (Riigikantselei, 2020; Habicht et al., 2018).

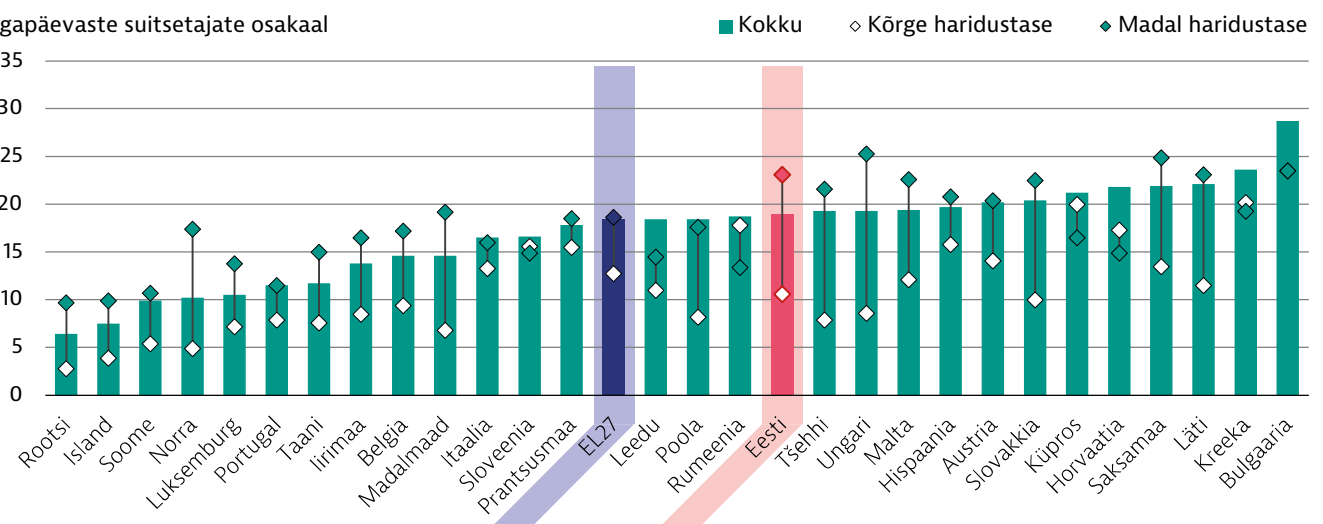
Pärast neid meetmeid suitsetamise levik vähenes: 2019. aastal suitsetas iga päev ligikaudu 18,9 % Eesti elanikkonnast (2014. aastal 22,7 %). Kahanemine oli suurem meeste puhul (31,8 %-lt 25,2 %-le), mille tulemusel suitsetajate osakaal meeste seas lähenes ELi keskmisele (22,3 %). Ometi oli iga päev suitsetajaid meeste seas endiselt 11

protsendipunkti rohkem kui naiste hulgas (13,5 %). Ehkki olukord on alates 2014. aastast paranenud, püsivad sotsiaal-majanduslikud erinevused. Suitsetamine oli rohkem levinud väikseima sissetulekuga kvintilis (20,6 %) kui suurima sissetulekuga kvintilis (13,2 %) ning suitsetajate osakaal madalama haridustasemega inimeste seas oli suuruselt neljas ELis (23,1 % vs. 10,6 % kõrgema haridustasemega inimeste seas) (joonis 6). Samuti esinevad piirkondlikud erinevused: 2020. aastal oli igapäevane suitsetamine kõige enam levinud maapiirkondades (21,8 %), samas kui Tallinnas oli igapäevaste suitsetajate osakaal 14,1 % ja teistes linnades 17,8 % (Tervise Arengu Instituut, 2021).

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 ja vähitõrje tegevuskava 2021–2030 elluviimise raames jätkatakse suitsetamise vähendamist, parandades juurdepääsu nõustamisele suitsetamisest loobumiseks ning piirates tubakatoodete kättesaadavust (eelkõige alaealistele, kaasates selleks peresid, koole ja kogukondi).

### Joonis 6. Suitsetamisharjumuse osas püsivad Eestis suured haridustasemest tingitud erinevused

Igapäevaste suitsetajate osakaal



Märkus. ELi keskmine on kaalutud keskmine (Eurostati arvutused).  
Allikas: Eurostati andmebaas (EHIS). Andmed on 2019. aasta kohta.



## Suuremat tähelepanu on pööratud kehalise aktiivsuse ja tervislikumate toitumisharjumuste propageerimisele

2019. aasta uuringuandmete põhjal teatas 56,7 % Eesti elanikkonnast ülekaalust või rasvumisest, mida on rohkem kui ELi keskmine 52,7 %. Ülekaaluliste või rasvunud inimeste osakaal oli 4,4 protsendipunkti suurem kui 2014. aastal, kuna see suurenes nii kõrgema haridustasemega meeste kui ka naiste seas. Erinevus ELi keskmisest oli suurem kõrgema haridustasemega inimeste ja eakate puhul. Kõrgema haridustasemega naised teatasid väiksema tõenäosusega ülekaalust või rasvumisest (49,3 %) kui madalama haridustasemega naised (58,4 %). Meeste puhul oli olukord vastupidine: ülekaalust või rasvumisest teatasid sagedamini mehed, kellel oli kõrgem haridustase (66,0 %), kui mehed, kelle haridustase oli madalam (49,8 %).

Ülekaalulisuse ja rasvumise laiale levikule aitavad kaasa kehalise aktiivsuse ja toitumisega seotud harjumused. 2019. aastal teatas 25,8 % Eesti elanikkonnast, et nad harrastavad nädala jooksul vähemalt 150 minutit tervist edendavat kehalist tegevust, mida on vähem kui ELi keskmine 32,7 %. Igapäevane puuviljade tarbimine oli sagedasem kõrgema haridustasemega inimeste seas (54,4 %) kui madalama haridustasemega inimeste hulgas (43,2 %), nagu ka igapäevane köögiviljade tarbimine, kus vahe oli veelgi suurem (54,2 % vs. 36,5 %).

Selleks et vähendada ebatervislike eluviiside harrastamist, kehtestati Eestis riiklikud toitumise ja kehalise aktiivsuse suunised, nii lastele kui ka täiskasvanutele suunatud rasvumise vastane strateegia ning kohustuslikud toitumisstandardid koolidele (OECD, 2019). Samuti koostati toitumise ja liikumise roheline raamat, mis sisaldab soovitusi edendada toidu koostise muutmist, parandada toidu märgistamist, teha tervislike valikute propageerimisel koostööd toidutööstusega ja

reguleerida turustamist, edendades samal ajal toitumist ja rakendades tervishoiutöötajate poolset nõustamist. Alates 2018. aastast innustatakse tööandjaid katma töötajate kulud, mis on seotud sportimise ja teatavate terviseedendusteenustega, ning 2019. aastal kehtestati piirkondlike spordikeskuste toetamise programm, et tagada ruumid kehalise tegevuse harrastamiseks (Riigikantslei, 2020).

## Kokkupuude õhusaastega on Eestis väiksem kui ELis

2019. aastal oli kokkupuude PM<sub>10</sub>-osakestega<sup>1</sup> Eestis 10,8 µg/m<sup>3</sup> ehk ELi riikide arvestuses tagantpoolt teine ja seega märksa väiksem kui ELi keskmine (20,5 µg/m<sup>3</sup>). Samuti on Eestis ELi riikide väikseim PM<sub>2.5</sub>-osakeste kontsentratsioon (4,8 µg/m<sup>3</sup> vs. ELi keskmine 12,6 µg/m<sup>3</sup>). Tervise mõõdikute ja hindamise instituut on hinnanud, et kokkupuude osooni ja PM<sub>2.5</sub>-osakestega põhjustas 2019. aastal Eestis 1 % kõigist surmadest, mis on üks väiksemaid näitajaid kogu ELis.

## Inimese papilloomiviiruse vastu vaksineeritute osakaal 2020. aastal Eestis suurenes

Selleks et võidelda emakakaelavähi haigestumuse suurenemisega, kehtestati 2018. aastal programm tüdrukute vaksineerimiseks inimese papilloomiviiruse vastu. 12–14aastaste tüdrukute vabatahtlik tasuta vaksineerimine koolides selle viiruse vastu lisati 2018. aastal riiklikku vaksineerimiskavva. 2019. aastal jäi vaksineeritute osakaal allapoole ELi keskmist (59 %), ulatudes 15aastaste tüdrukute seas 48 %ni, kuid 2020. aasta pandeemia ajal suurenes see osakaal märkimisväärselt, kasvades 59 %ni, mis on kooskõlas ELi keskmisega. Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on püstitatud eesmärk parandada tüdrukute vaksineerimist inimese papilloomiviiruse vastu ja hakata lähitulevikus vaksineerima ka poisse.

## 4. Varajane avastamine

### Eestis on olemas rinna-, emakakaela- ja kolorektaalvähi sõeluuringute programmid

Rinna-, emakakaela- ja kolorektaalvähi sõeluuringute programme rakendatakse

kogu riigis. 2004. aastal käivitatud rinnavähi sõeluuringu programmi raames kutsutakse 50–69aastaseid naisi tegema iga kahe aasta tagant haigekassa lepingupartnerist teenusepakkuja

<sup>1</sup> Peenosakesi liigitatakse vastavalt nende suurusele: PM<sub>10</sub>-osakeste läbimõõt on alla 10 mikromeetri, PM<sub>2.5</sub>-osakeste läbimõõt alla 2,5 mikromeetri.

juures tasuta mammogramm. Emakakaelavähi sõeluuringu programmis, mis seati sisse 2006. aastal, on suunatud 30–65aastastele naistele, keda kontrollib iga viie aasta tagant haigekassa lepinguga günekoloog või ämmaemand (vt punkt 5.4). 2021. aastal võeti tasuta esmasuuringuna PAP-testi asemel kasutusele inimese papilloomiviiruse test. Seoses kolorektaalvähi haigestumuse suurenemisega – eelkõige vähktõve sagedasema diagnoosimisega kaugelearenenud staadiumis – hakati 2016. aastal rakendama rahvastikupõhist sõeluuringuprogrammi, mille raames pakutakse 60–69aastastele meestele ja naistele võimalust teha iga kahe aasta tagant tasuta peitvere immunokeemiline uuring. Programmi viivad ellu perearstid ja -õed, kes on vahendajateks proovivõtuvahendite jagamisel; osalejad saavad oma proovi laborisse posti teel.

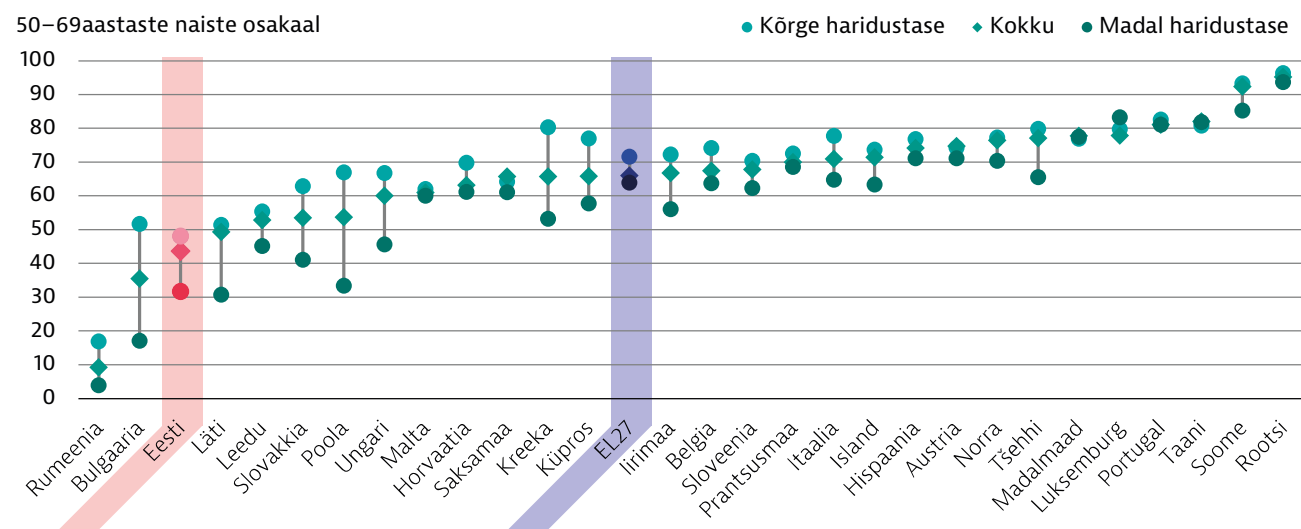
Tervise Arengu Instituudi poolt 2015. aastal loodud vähi sõeluuringute registri kaudu saadetakse sõeluuringu sihtrühma kuuluvatele elanikele osalemiskutse. See register sisaldab elanike kontaktandmeid ja on seotud elektroonilise patsiendiportaali, kus hoitakse elanike terviseandmeid, retsepte ja teavet saadud tervishoiuteenuste kohta. Sihtrühma kuuluvaid isikuid teavitatakse vähi sõeluuringust posti ja e-posti teel ning patsiendiportaali kaudu. Kui sihtrühma kuuluv isik konsulteerib oma perearstiga või võtab välja retseptiravimi, saab

tervishoiutöötaja, sealhulgas apteeker, automaatse teate, milles soovitatakse tuletada patsiendile meelde sõeluuringut. Kuigi kuni 2021. aastani pidid kindlustamata isikud kandma vähi sõeluuringu kulusid ise, tasub nende eest nüüd haigekassa (vt punkt 5.1) (OECD / Euroopa tervishoiupoliitika ja -süsteemide vaatluskeskus, 2021).

### Rinnavähi sõeluuringu osalemise määr on Eestis üks madalamaid ELis

Rinnavähi sõeluuringu osalemise määr on viimastel aastatel tõusnud, kuid on ikkagi üks ELi madalamaid: 2019. aastal teatas vaid 43,6 % naistest vanuses 50–69 aastat, et nad olid osalenud kahe viimase aasta jooksul sõeluuringus (joonis 7). Suured on sissetuleku ja haridustasemega seotud erinevused: kõrgema haridustasemega naiste seas oli osalemise määr 48,1 %, madalama haridustasemega naiste seas 31,7 %. Geograafilised erinevused ületasid 2019. aastal 15 protsendipunkti, kusjuures kõige kõrgemad olid osalemise määrad maapiirkondades ja kõige madalamad enim linnastunud maakondades (Tervise Arengu Instituut, 2022). Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja Tervise Arengu Instituudi tehtud uuringu kohaselt saab neid erinevusi selgitada mitme teguriga, mille hulka kuuluvad tervishoiuteenuste kasutamise harjumused, vaba aja olemasolu ning isiklikud veendumused või hirm (Lubi, 2021).

**Joonis 7. Rinnavähi sõeluuringu osalemise määr on Eestis üks madalamaid ELis**



Märkus. ELi keskmine on kaalutud keskmine (Eurostati arvutused). Joonisel on näidatud nende 50–69aastaste naiste osakaal, kes teatasid, et neile on tehtud kahe viimase kahe aasta jooksul mammogramm. Allikas: Eurostati andmebaas (EHIS). Andmed on 2019. aasta kohta.

### Emakakaelavähi uuringu osalemise määra mõjutab ebavõrdsus

Emakakaelavähi uuringu osalemise määr on Eestis madal: 2019. aastal oli uuringu osalemisest

teatanud 15aastaste ja vanemate naiste osakaal (47,2 %) väiksem kui ELi keskmine (59,5 %). Osalemise määr on väga erinev, ulatudes 27,0 %st väikseima sissetulekuga kvintilis 68,1 %ni suurima

sissetulekuga kvintilis. Osalemise määr oli kõige madalam (20,3%) madalama haridustasemega naiste seas (langes 28,8 %-lt 2014. aastal). Kõrgema haridustasemega naiste seas oli osalemise määr 58,2 % (tõusis 57,5 %-lt 2014. aastal). Teatati ka geograafilistest erinevustest, kusjuures erinevus kõige kõrgema ja kõige madalama osalemise määraga maakondade vahel oli 2019. aastal enam kui 10 protsendipunkti (Tervise Arengu Instituut, 2022).

Haigekassa tehtud uuringus toodi välja, et sõeluuringu osalemise puhul on oluliseks määravaks faktoriks see, kui palju on puutunud kokku tervishoiusüsteemiga. See osutab vajadusele teavitada terveid inimesi emakakaelavähi sõeluuringu kasulikkusest (Niglas, 2021). Eesti rakendas pandeemia ajal mitmeid meetmeid, et hõlbustada osalemist sõeluuringus ja vähendada erinevusi sõeluuringule ligipääsul (vt punkt 5.4).

### **2016. aastal käivitati jämesoolevähi sõeluuringu programm, kuid sõeluuringu osalemise määr on endiselt madal**

Eestis saavad osaleda sõeluuringus vaid 60–69aastased inimesed, erinevalt ELi nõukogu soovitusel hõlmata inimesed vanuses 50–74 aastat. 2019. aastal teatas 21,5 % elanikest vanuses 50–74 aastat, et nad olid osalenud jämesoolevähi uuringus, mida on vähem kui ELi keskmine (33,3 %). Kui haridustasemest tingitud erinevused olid väikesed, siis suurema sissetulekuga inimeste seas oli osalemise määr peaaegu 5 protsendipunkti kõrgem (22,7 %) kui väiksema sissetulekuga inimeste seas (18,2 %) – erinevus, mis on väiksem kui ELi keskmine. Maakondade vaheline erinevus oli suur, ulatudes 20 protsendipunktini, kusjuures geograafilised erinevused olid suuremad meeste kui naiste seas (Tervise Arengu Instituut, 2022).

### **Vähi sõeluuringu programmide tulemuslikkuse hindamiseks on vaja tulemus- ja kvaliteedinäitajaid**

Vähi sõeluuringute register kogub, analüüsib ja avaldab andmeid selliste protsessinäitajate kohta nagu sõeluuringute katvus, osalemiskutsete katvus ja osalemise määr, kuid tulemusnäitajad on sageli puudulikud või ebakvaliteetsed. Suutlikkus siduda omavahel eri registrite andmed on piiratud ning vaja on loimida eksperditeadmised, et katvuse ja tulemuste parandamiseks analüüsida olemasolevate sõeluuringuprogrammide tulemuslikkust. Nende küsimustega tegelemiseks on vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 seatud eesmärk parandada andmete kogumist ning võtta sõeluuringute jaoks kasutusele uus juhtimisstruktuur, mis koosneb nõukojast ja

paikmepõhistest töörühmadest, kes vastutavad kvaliteedinäitajate analüüsimise eest. Samuti on tegevuskavas kehtestatud eesmärk laiendada andmekogu, lisades sellesse patsiendiinfo, mis on seotud riskitegurite ja perekondliku eelsoodumusega, et hõlbustada sihtrühma paremaks kindlaksmääramiseks personaliseeritud riskiskooride koostamist. Käimas on uuringud, kus vaadeldakse võimalust rakendada rinnavähi sõeluuringu tegemisel polügeenseid riskiskooore.

### **Eesti uurib võimalust käivitada uued vähi sõeluuringu programmid**

Seoses suure haigestumuse ja suremusega kopsu- ja eesnäärmevähi (vt punkt 2) hindab Eesti suunatud sõeluuringuprogrammide sisse seadmise teostatavust. Kopsuvähi puhul jõuti ühes hiljutises uuringus järeldusele, et perearstid ja -õed võiksid aidata tuvastada pikaajalised suitsetajad, keda kutsuda sõeluuringu raames väikeseddoosilise kompuutertomograafia uuringule (Laisaar, 2022). Selle järelduse põhjal korraldati 2022. aastal pilootuuring, et hinnata üleriigilise süstemaatilise kopsuvähi sõeluuringu jaoks vajalikke ressursse. Samuti hinnatakse võimalust seada sisse eesnäärmevähi sõeluuring, kus magnetresonantsomograafia uuringule saatmise otsuse tegemisel võetakse arvesse ka prostataspetsiifilise antigeeni taset ja mitut muud riskitegurit. Enne uute vähi sõeluuringu programmide käivitamist tuleb korraldada tervisetehnoloogia hindamine, et saada tõendeid tulemuslikkuse ja kulutõhususe kohta.



# 5. Vähiravi toimivus

## 5.1. Kättesaadavus

### Rahalised takistused juurdepääsul vähiravile on Eestis madalad

Eestis on sotsiaalkindlustus tavaliselt seotud tööhõivega või on tagatud õppuri, pensionäri või töötu staatuse korral. Kindlustusega on kaetud 95 % elanikkonnast, sealhulgas rasedad ja alla 18aastased lapsed. Ülejäänud elanikkond – peamiselt registreerimata töötud või ebakindla töösuhtega inimesed – on sellegipoolest hõlmatud sõeluuringuprogrammidega ja neile laieneb vähi diagnoosimise korral kindlustuskate. Ehkki kulude jagamise eeskirjade kohaldamisel ei tehta sissetul-ekupõhiseid erandeid, hoitakse omaosalus väike. Minnes perearsti saatekirjaga eriarsti juurde, tuleb tasuda 5 eurot ja statsionaarse ravi korral (sh ravimite eest) tuleb maksta 2,5 eurot päevas kuni 10 päeva jooksul, pärast mida omaosalust enam ei rakendata. Kuni 18aastased lapsed ja intensiivravi patsiendid on statsionaarse ravi tasust vabastatud (Vörk ja Habicht, 2018).

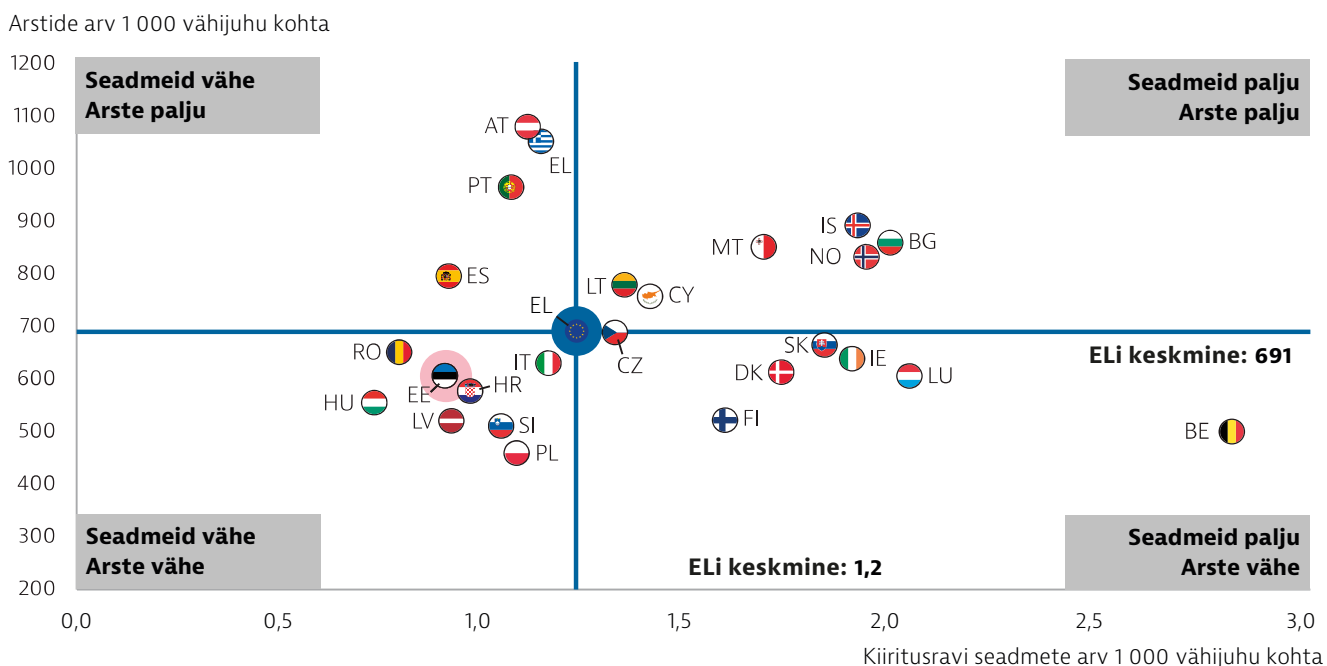
2018. aastal reformiti ravimite puhul kohaldatavat omaosaluse korda. Krooniliste haiguste ravimiseks või leevendamiseks mõeldud ravimite ostmisel tuleb patsiendil tasuda fikseeritud omaosalus 2,5 eurot ja lisaks omaosalus, mis on proportsionaalne

ravimi hinnaga ning mida pensionäride, puudega inimeste ja laste jaoks vähendatakse. Ravimite puhul, millega ravitakse raskeid, eluohtlikke või valutekitavaid haigusi, nagu vähktõbi, tasuvad patsiendid siiski vaid 2,5 euro suuruse fikseeritud omaosaluse. Kui aasta jooksul makstud omaosaluse kogusumma ületab 100 eurot, on võimalik saada lisahüvitist. Tõendid näitavad, et 2018. aasta reformi tulemusel kasvas sellise hüvitise saajate arv, tänu millele suurenes ligipääs ravimitele ja paranes rahaline kaitse (OECD / Euroopa tervishoiupoliitika ja -süsteemide vaatluskeskus, 2021; OECD, 2020).

### Töötajate ja seadmete nappus raskendavad juurdepääsu asjakohasele diagnostikale ja ravile

Eestil on kavas parandada tervishoiutöötajate ning diagnostika- ja raviseadmete kättesaadavust, et tagada juurdepääs vähi diagnoosimisele ja ravile. Kuigi diagnostikaseadmete, näiteks kompuutertomograafide ja magnetresonantstomograafide hulk on alates 2005. aastast suurenenud, on see võrreldes enamiku ELi riikidega endiselt väike ning allapoole ELi keskmist jäävad ka arstide ja kiiritusravi seadmete arv (joonis 8). Samuti on üks kõige väiksemaid ELis muude spetsialistide, näiteks dosimetristide ning kiiritusravi terapeutide

**Joonis 8. Arstide ja kiiritusravi seadmete arv on väiksem kui enamikus ELi riikides**



Märkus. ELi keskmine on kaalumata (OECD arvutused). Haiglate ja ambulatoorse ravi osutajate kiiritusravi seadmed. Andmed on arstide kohta (siia alla ei kuulu õendus- ja hooldustöötajad). Allikas: Eurostat ja OECD terviseandmebaas (2020. aasta või lähima aasta andmed).

ja õdede kättesaadavus (Peiró Pérez et al., 2017). Selle nappuse leevendamiseks on vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 püstitatud eesmärk suurendada residentuurikohtade arvu, parandada tervishoiutöötajate koolitust ja suurendada kiiritusravi seadmete hulka.

### Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on püstitatud eesmärk standardida ooteaegu ja parandada nende jälgimist

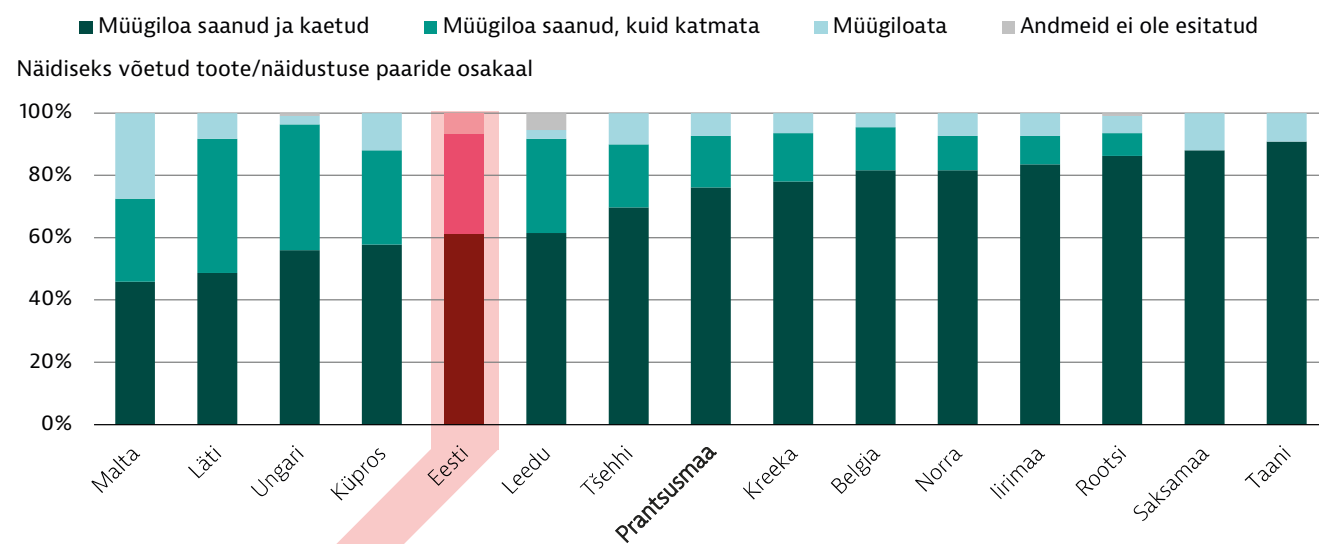
Vähiravi ooteaegade pikkust peetakse Eestis probleemiks, vaatamata püüdmisele seatud eesmärkide poole. Kuigi ooteajad onkoloogi vastuvõtule pääsemiseks on viimasel kümnendil lühenenud, ootas 2018. aastal 34 % patsientidest kauem kui haigekassa ette nähtud kuus nädalat. Kliiniliste auditite kohaselt on ooteajad üldjuhul pikad ka kiiritusravi puhul: konsultatsioonist ravi alguseni kulub sageli üle nelja nädala. Õigeaegne diagnoosimine ja ravi on üks vähitõrje tegevuskava

2021–2030 prioriteete – tegevuskavas on püstitatud eesmärk tagada, et diagnoosist ravi alguseni ei kulu üle 63 päeva. On võetud nõuks parandada haigla tasandil süstemaatilist andmete kogumist ja aruandlust ooteaegade kohta, et teha kindlaks ja kaotada kitsaskohad.

### Eestis on probleemiks uute vähiravimite kättesaadavus

Müügiloa saanud ja hüvitatavate ravimite arv on Eestis väiksem kui paljudes ELi riikides, kuna soodusravimite nimekirja kandmise otsuse tegemine võtab palju aega (joonis 9). Vaadeldud 109st ravimi ja näidustuse paarist ligikaudu 95 % olid Eestis saanud müügiloa, kuid ometi ei olnud enam kui 30 % neist kantud soodusravimite nimekirja. Müügiloa saamise ja soodusravimite nimekirja kandmise taotluse esitamise ning taotluse esitamise ja soodusravimite nimekirja kandmise vahele jääv aeg on keskmiselt pikem kui enamikus ELi riikides.

### Joonis 9. Suur ajakulu hüvitamisotsuste tegemiseks piirab vähiravimite kättesaadavust Eestis



Allikas: Chapman, Paris ja Lopert (2020).

Peale selle tehakse Eestis üha vähem kliinilisi ravimiuuringuid ja uuringutes osalevate patsientide arv jääb allapoole ELi keskmist (Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021). Ravimite kättesaadavuse parandamiseks vastab heategevusfond „Kingitud elu“ üksikisikute palvetele katta selliste ravimite soetamise kulud, mida haigekassa ei hüvita. 2021. aastal aitas fond enam kui 180 vähipatsienti. Selleks et parandada uute vähiravimite kättesaadavust, on vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 seatud eesmärk kiirendada ja lihtsustada ravimite soodusravimite nimekirja kandmist ning suurendada patsientide kaasamist kliinilistesse ravimiuuringutesse, milleks toetatakse riiklikke vähiuuringuid ja osalemist Euroopa uuringuprojektides.

### Palliativse ravi osutamise killustatus raskendab juurdepääsu olemasolevatele teenustele

Ehkki palliativse ravi teenuste arv oli Eestis 2019. aastal suurem kui ELi keskmine (1,4 teenust vs. 1,1 teenust 100 000 elaniku kohta), on probleemiks juurdepääs. Palliativset ravi osutajaid on mitmeid (sh haiglad, kutseliidud, patsientide ühendused) ning 2020. aastal oli Eestis 48 koduõendusteenuse osutajat. Hoolimata teenuste olemasolust raskendavad õigeaegset juurdepääsu sellised tegurid nagu tervishoiutöötajate vähene teadlikkus, teenuste koordineerimist võimaldava palliativse ravi võrgustiku puudumine ja rahaliste vahendite nappus. 2020.

aastal koostati riiklik palliatiivse ravi juhend, et suurendada teadlikkust nii patsientide kui ka kõigi ravitasandite tervishoiutöötajate seas ning standardida juurdepääsu palliatiivsele ravile ja selle kvaliteeti. Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on püstitatud eesmärk parandada palliatiivse ravi kättesaadavust, koolitades tervishoiutöötajaid, suurendades patsientide ja töötajate teadlikkust ning tagades piisava rahastamise. Samuti on selles seatud eesmärk parandada psühholoogilise ja sotsiaalse toe kättesaadavust kogu patsiendi teekonnal – nii esmatasandil, eriravi saamise ajal kui ka vähijärgsel eluperioodil.

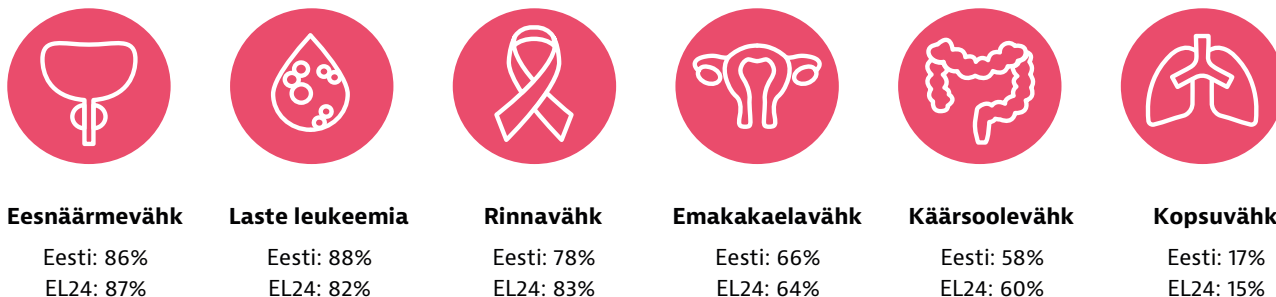
## 5.2. Kvaliteet

### Vähiravi kvaliteet on Eestis viimastel aastatel paranenud

Viie aasta elulemus enim levinud vähivormide puhul 2004.–2014. aastal Eestis paranes. Laste leukeemia, emakakaelavähi ja kopsuvähi puhul ületas 2010.–2014. aastal diagnoositud patsientide elulemus ELi keskmist (joonis 10). Eesnäärmevähi puhul suurenes elulemus samal ajavahemikul 18 % (68 %-lt 86 %ni), millega kadus vahe ELi keskmisega.

Laste leukeemia puhul oli elulemuse suurenemine ELi suurim: kui 2000.–2004. aastal diagnoositud laste seas oli elulemus 64 %, siis 2010.–2014. aastal diagnoositud laste seas oli see tänu spetsialiseeritud keskustes osutatud kvaliteetsele ravile 88 % (tekstikast 2).

### Joonis 10. Laste leukeemia, emakakaelavähi ja kopsuvähi puhul oli viie aasta elulemus Eestis suurem kui ELi keskmine



Märkus. Andmed 2010.–2014. aastal diagnoositud inimeste kohta. Laste leukeemia all peetakse silmas ägedat lümfoblastilist leukeemiat.

Allikas: programm CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

### Tekstikast 2. Laste vähiravi toimub Eestis spetsialiseeritud kliinikutes

Laste vähktõve diagnoosimise ja ravimisega tegelevad kaks laste hematoloogia-onkoloogia keskust. Kui oskusi või seadmeid napib, saavad arstid tugineda rahvusvahelisele koostööle. Seda tehakse näiteks prootonteraapia puhul, millel on laste vähktõve ravimisel tähtis roll, kuid mida praegu Eestis ei osutata. Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on seatud eesmärk parandada teenuste

kättesaadavust, tõhustada koostööd pädevuskeskustega ning suurendada vähki põdevate laste juurdepääsu kliinilistele uuringutele. Samuti on selles võetud eesmärk tagada, et lastele ja nende peredele on ravi ajal ja pärast ravi kättesaadavad piisavad tugiteenused, sealhulgas eritählepanu ja korrapärane jälgimine neile, kellel esineb tugeva geneetilise eelsoodumusega sündroom.

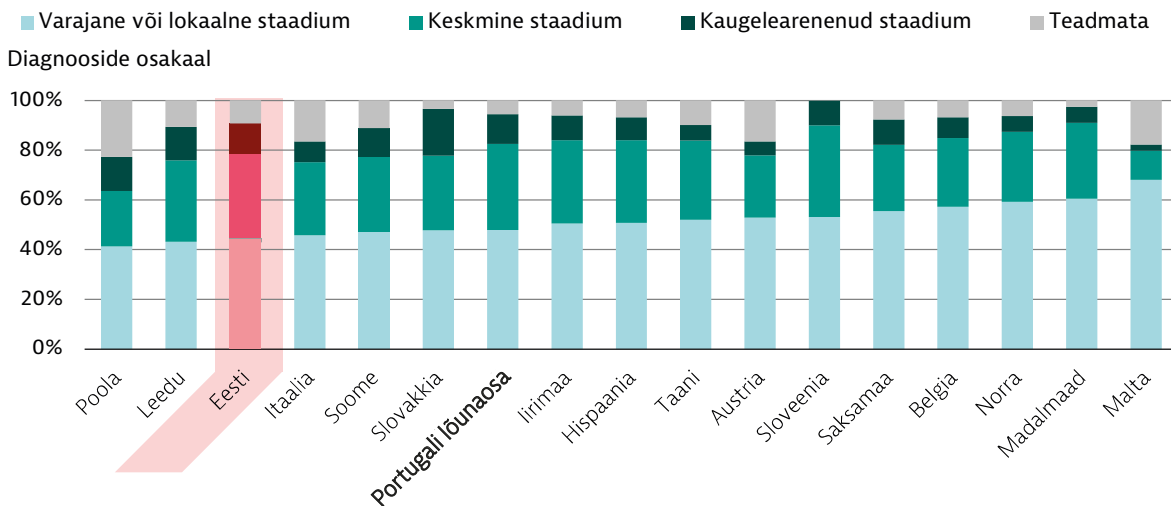
Elulemus paranes ka rinna- ja käärsoolevähi puhul, kuid jäi allapoole ELi keskmist. Ellujäämisel on määrav varajane diagnoosimine. Paraku diagnoositakse vähktõbi Eestis hilisemas staadiumis, kuna sõeluuringutes osalemise määr on madal ja juurdepääs diagnoosimisele võtab aega: 2010.–2014. aastal diagnoositi varajases või lokaalselt arenenud staadiumis vähk vaid 44,3 %-l rinnavähi diagnoosi saanud naistest, mida on märksa vähem kui ELi keskmine 51,6 % (joonis 11). Lisaks, kui varajases staadiumis rinnavähi

puhul on elulemus võrreldav ELi keskmisega, siis keskmises ja kaugemale arenenud staadiumis rinnavähi puhul jääb see allapoole ELi keskmist.

### Ravi kvaliteedi parandamiseks tuleb edendada ravijuhendite süstemaatilist rakendamist

Eesti kavatseb parandada vähiravi kvaliteeti, parandades ravijuhendite järgimist ja koostades täiendavad juhendid. Kättesaadavad on mitme vähivormi ravimise juhendid, kuid süstemaatilist

## Joonis 11. Rinnavähk diagnoositakse väiksema tõenäosusega varajases staadiumis kui teistes ELi riikides



Märkus. Saksamaa, Hispaania, Portugali, Itaalia ja Poola andmed ei hõlma kogu elanikkonda.  
Allikas: programm CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

järelevalvet nende järgimise üle ei tehta. Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on püstitatud eesmärk tagada ühtsete diagnostika-, ravi-, järelravi- ja palliatiivse ravi juhendite süstemaatiline kasutamine kõigi tervishoiuteenuste osutajate seas kõikidel tasanditel, kandmaks hoolt selle eest, et vähiravi on standarditud ja õigeaegne ning et kvaliteetset teenust osutatakse sellistes valdkondades nagu molekulaardiagnostika, hematoloogiliste kasvaja ravi ja päriliku kasvajasündroomiga patsientide hooldamine. Eestis püütakse võtta ravistandardite väljatöötamisel arvesse patsientide arvamust, milleks rakendatakse uuenduslikku protsessi, mis seati sisse 2011. aastal koostöös haigekassa, Tartu Ülikooli ja WHOga. Selles soovitatakse kaasata ravijuhendit koostava nõuandekogu ja komisjoni tegevusse süstemaatiliselt patsientide esindajad (Habicht et al., 2018).

### Eesti püüab koondada vähiravi ja edendada koordineeritust kõigil tervishoiutasanditel

Eesti on võtnud kindlalt nõuks tsentraliseerida vähiravi, et parandada selle kvaliteeti. Vähiravi toimub peamiselt kahes suures vähikeskuses – riigi lõunaosas ja põhjaosas asuvates piirkondlikes haiglates, kus osutatakse kolme liiki ravi (kirurgiline ravi, süsteemne ravi ja kiiritusravi). On veel üks vähikeskus, kus osutatakse kirurgilist ja süsteemset ravi. Asjakohase väljaõppe saanud õed ja arstid osutavad vähikeskuste järelevalve all süsteemset ravi ka väiksemates haiglates, et parandada ravi kättesaadavust. Kahes keskuses tegeletakse laste vähktõvega (vt tekstikast 2). Sellegipoolest tehakse vähioperatsioone endiselt ka väiksemates haiglates, kus ei pruugi olla vajalikku pädevust ja kogemusi. Seepärast on vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 seatud

eesmärk pärast vajaduste hindamist parandada vähikirurgia tsentraliseerimist. Kulutõhususe ja õigeaegsuse tagamiseks kavandatakse keskenduda hematoloogiliste haiguste diagnostikale (milleks on vaja spetsiaalseid seadmeid ja oskusteavet), eesmärgiga diagnoosida 95 % hematoloogilise kasvaja patsientidest vähikeskuses.

Juurdepääsu vähiravile on parandatud Eesti e-tervise taristu kasutamisega. Selleks et hõlbustada suunamist ja tõhustada diagnoosini jõudmist, on perearstidel olnud alates 2013. aastast võimalus pidada vähikahtluse korral e-konsultatsioone onkoloogidega. Praegu katsetatakse koos vähipatsientide, vähiravi tööühma ja perearstidega veebipõhist abivahendit kõrvalmõjude haldamiseks ja neist teatamiseks. Kindlaks on tehtud puudujäägid kõigi vähiravi osutamises osalejate vahelises teabevahetuses ja koordineerimises, seega on vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 seatud ka eesmärk parandada ravi koordineerimist ja järjepidevust kogu patsienditeekonna jooksul. Seminaride ja koolituse kaudu tuleb tugevdada esmatasandi ja spetsialiseeritud vähikeskuste vahelist meeskonnatööd.

### Vähiravi kvaliteedi kontroll on Eestis tugev

Eesti vähiregister, mis on seotud vähi sõeluuringute registriga, hõlbustab peamiste näitajate (nagu vähktõve haigestumus, suremus ja staadium diagnoosimise hetkel) jälgimist. See 1978. aastal loodud register sisaldab andmeid alates 1968. aastast ning sellesse kogutakse pidevalt teavet arstidelt ning patoloogia ja hematoloogia laboritelt (vt punkt 4). Kooskõlas Euroopa vähiregistrite võrgustiku soovitusetega Eesti vähiregistrit laiendatakse, hakates koguma üksikasjalikumalt teavet vähi staadiumite, ravi ja patohistoloogiliste tunnuste kohta, ent

samuti teavet konkreetsete vähi vormide kohta, et oleks lihtsam analüüsida diagnostika ja ravi kvaliteeti (Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021). Sotsiaal-majanduslikku seisundit käsitlevaid andmeid korrapäraselt ei koguta, kuid neid on võimalik hankida teadusuuringute jaoks patsientide isikukoodide põhjal, et jälgida ebavõrdsust vähiravis.

Vähiravi seire paranes veelgi 2014. aastal, mil loodi haigekassa järelevalve all tegutsev ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda. See nõukoda avaldab korrapäraselt näitajad, mis kajastavad rinna-, kolorektaal-, eesnäärme- ja emakakaelavähi diagnoosimise ja ravi kättesaadavust ja kvaliteeti. Aruanded, mis on avalikult kättesaadavad haigekassa veebisaidil, hõlbustavad haiglate vahelist võrdlust ja aitavad kaasa kvaliteedi paranemisele tervishoiuteenuste osutajate seas.

Haiglatelt nõutakse haiglasisest kvaliteedi-juhtimise süsteemi, sealhulgas patsientidelt tagasiside küsimist. Mõnes haiglas töötatakse välja katseprojekte, et rakendada kvaliteedi parandamiseks meetmeid, milles on arvesse võetud patsientidelt saadud tagasisidet tulemuste ja kogemuste kohta, et tagada inimkeskne ravi. Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 alusel võetakse selline süsteem kasutusele kõigis vähiraviga tegelevates asutustes.

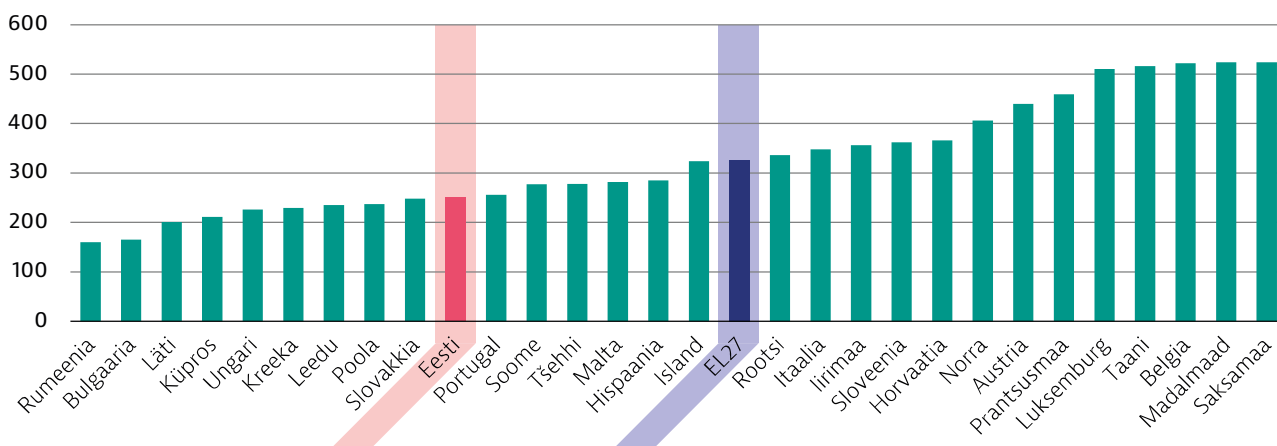
### 5.3. Kulud ja kulutõhusus

#### Vähktõvega seotud kulud on Eestis väiksemad kui enamikus Euroopa riikides, kuid kaudsed kulud on suured

2018. aastal olid vähktõvega seotud kulud (pärast korrigeerimist ostujõu pariteedi alusel) 250 eurot inimese kohta, mida on vähem kui ELi keskmine 326 eurot (joonis 12).

Joonis 12. Eestis jäävad vähktõvega seotud kulud allapoole ELi keskmist

Eurodes elaniku kohta ostujõu pariteedi alusel



Märkus. ELi 27 liikmesriigi keskmine on kaalumata keskmine (OECD arvutused). Allikas: Hofmarcher et al. (2020).

Vähktõvega seotud otsesed tervishoiukulud inimese kohta moodustasid Eestis vähem kui poole ELi keskmisest (73 eurot vs. 154 eurot), kuid kaudsed kulud olid suured. Vähi haigestumisest tingitud tööviljakuse langusega seotud kulud, mis hõlmavad haiguspäevade tõttu saamata jäänud töötasu ja töötajate püsivat töövõimetust või puuet, olid suuremad kui ELi keskmine (57 eurot vs. 42 eurot). Selleks et toetada tööle naasvaid vähipatsiente, käsitletakse vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 probleeme, mis on seotud taastusraviteenuste, sealhulgas kutsealase rehabilitatsiooni kättesaadavusega (vt tekstikast 3).

#### Tekstikast 3. Eesti on võtnud nõuks laiendada psühholoogilise toe ja taastusraviteenuseid, mida pakutakse pärast vähist tervenemist

Vähipatsientidele mõeldud taastusraviteenuseid ja psühholoogilist tuge kasutatakse Eestis vähe, sest tervishoiutöötajad ei ole teadlikud olemasolevatest võimalustest ja teenused on killustatud. Tööle naasvatele vähipatsientidele pakutav tugi ei ole süstemaatiline ning ei toimu töötervishoiu ja tööturu hindamist. Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on võetud nende probleemide lahendamiseks eesmärk tagada, et taastusravi ja toe pakkumine lisatakse vähipatsientide raviplaani (2025. aastaks 90 % patsientide puhul), ning tugevdada toetust, mida pakutakse naasmisel tööle pärast vähist tervenemist. Püstitatud eesmärgi kohaselt peaks 2028. aastaks osalema tööturul 80 % ravi lõpetanud vähipatsientidest.



## Eestis on kehtestatud meetmed vähiravimitele tehtavate kulutuste tõhususe tagamiseks

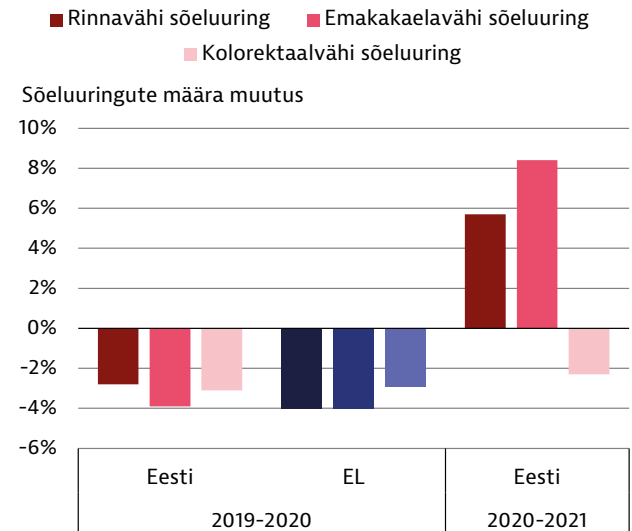
Haigekassa finantsaruande kohaselt moodustasid vähiravi jaoks eraldatud rahalised vahendid 2020. aastal 16 % eriarstiabi kogueelarvest ning olid suurenenud eelmise aastaga võrreldes 4 %, peamiselt vähiravimitele tehtud kulutuste kasvamise tõttu. Selleks et tagada ravimitele tehtavate kulutuste tõhusus, peavad tootjad koos ravimi soodusravimite nimekirja kandmise taotlusega esitama tervisetehnoloogia hindamise raporti, mida hindavad riiklik ravimiamet ja haigekassa. Müügiloa andmise korral tuginetakse vähiravimi hinna kindlaksmääramisel riigiväliste viitehindadele ning tootja ja haigekassa vahelistele läbirääkimistele. Selleks et vähendada kulutusi ebatõhusale ravile, on sõlmitud reguleeritud turulelaskmise ja riskijagamise kokkulepped, mille alusel ravimifirma peab kandma ravimi kulud, kui sellega ei saavutata soovitud mõju (OECD, 2020).

## 5.4. COVID-19 ja vähktõbi: vastupidavuse suurendamine

### Pandeemia mõjutas rinnavähi sõeluuringus osalemise määra, kuid 2021. aastal see määr taastus

COVID-19 pandeemia esimese laine ajal peatati sõeluuringud kaheks kuuks. Seejärel hakkasid osalemise määrad vaikselt taastuma, kuid jäid 2020. aastal siiski üldiselt madalaks (joonis 13). Vastavalt haigekassa hinnangule, mis käsitleb pandeemia mõju tervishoiuteenustele, osales 2020. aastal märtsist juulini rinnavähi sõeluuringus üle 7000 naise vähem kui samal ajavahemikul 2019. aastal. Sihtrühma kaetus oli 2020. aastal väiksem (52,2 %) kui 2019. aastal (55,0 %). Kõige suuremat langust täheldati Valga (-11 %) ja Võru maakonnas (-9,2 %) (Tervise Arengu Instituut, 2022). 2021. aastal võeti kasutusele kolmas mobiilne mammograafiaseade ning sõeluuringus osalemine paranes ja ületas pandeemiaeelse taseme enamikus maakondades. Rinnavähi sõeluuringus osalemises on siiski endiselt suuri erinevusi, mis on tingitud geograafilisest asukohast: kui Ida-Viru maakonnas oli osalejate määr 54,3 %, siis Saare maakonnas oli see 70,4 %.

## Joonis 13. Pärast vähenemist 2020. aastal suurenes 2021. aastal osalemine rinnavähi ja emakakaelavähi sõeluuringus



Allikad: Tervise Arengu Instituut, tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, OECD 2022. aasta tervisestatistika.

### Pärast tagasilööki 2020. aastal emakakaelavähi sõeluuringus osalemine suurenes ja ületas pandeemiaeelse taseme

Pandeemia mõjutas ka emakakaelavähi sõeluuringu programmis osalemise määra, mis kahanes sihtrüma seas 46,1 %-lt 2019. aastal 42,2 %-le 2020. aastal, kusjuures esines suuri geograafilisi erinevusi (Fujisawa, 2022; Tervise Arengu Instituut, 2022). 2021. aastal paranes emakakaelavähi sõeluuringus osalemise määr pandeemiaeelse tasemega võrreldes kõigis maakondades peale Ida- ja Lääne-Virumaa. 2021. aastal rakendati juurdepääsu parandamiseks mitmeid meetmeid, näiteks leevendati nõudeid, mis olid kehtestatud teenuseosutajatele haigekassalt hüvitamislepingu saamiseks, ning kaasati lisaks günekoloogidele ja ämmaemandatele sõeluuringu läbiviimisse asjakohase väljaõppe saanud perearstid. Sihtrühma kuuluvate naiste puhul, kes ei olnud 2021. aasta augustiks riiklikus programmis osalenud, katsetati inimese papilloomiviiruse kodutesti. 2022. aastal tehti kodus testimise võimalus kättesaadavaks kõigile sihtrühma kuuluvatele naistele, kes ei olnud 2022. aasta augustiks sõeluuringus osalenud.

Samas kolorektaalvähi sõeluuringu katvus 60–69aastaste inimeste seas 2021. aastal ei taastunud. Osalemise määr langes 52,9 %-lt 2019. aastal 49,8 %-le 2020. aastal ja 47,5 %-le 2021. aastal. Tõenäoliselt olid selle põhjused COVID-19 pandeemia mõju kolorektaalvähi sõeluuringus olulist rolli mängivate perearstide töökoormusele ning patsientide kõhklev hoiak tervishoiuteenuste kasutamise suhtes pandeemia ajal. Muutus oli

maakondades erinev: Jõgeva maakonnas suurenes osalemine 4,5 %, kuid Hiiu maakonnas vähenes see 15,5 %. Osalemise määrad olid 2021. aastaks erinevad, ulatudes 38,2 %st Valga maakonnas 61,5 %ni Jõgeva maakonnas (Tervise Arengu Instituut, 2022).

### Statsionaarset ja ambulatoorset vähiravi osutati 2020. aastal vähem kui 2019. aastal

Kuigi plaaniline ravi lükati haiglates enamikes osakondades edasi, jätkus vähiravi ilma struktuursete muutusteta tervishoiuteenuste

osutamise korras (WHO Euroopa piirkondlik büroo, Euroopa Komisjon, Euroopa tervishoiupoliitika ja -süsteemide vaatluskeskus, 2021). Sellegipoolest vähenes vähktõve puhul haiglast väljakirjutamiste arv 2020. aastal peaaegu 8 %, mida on küll vähem kui ELi keskmine 12 %. Kahanes ka vähioperatsioonide arv: 2020. aastal vähenes täieliku mastektomia tegemine võrreldes 2019. aastaga enam kui 18 % ehk tublisti rohkem kui ELis keskmiselt (6 %) ning rinnanäärme osaline ekstsisioon oli 9 % harvem ehk selle tegemine vähenes vähem kui ELis keskmiselt (11 %).

## 6. Pilguheit ebavõrdsusele

Eesti tervishoiusüsteemis on juurdepääs tasuta vähi sõeluuringu programmidele ja vähiravile kõigil elanikel, ehkki kohaldatakse omaosalust. Vähktõve ennetamise, varajasele diagnoosimisele ligipääsemise ning ravi kvaliteedi ja tulemuste osas esineb suuri erinevusi.

- Sooline erinevus vähktõve haigestumuses on Eestis suurem kui ELi keskmine; vähki esineb rohkem meeste kui naiste seas. Meeste seas on suurem ka vähisuremus, mis on vähenenud viimasel kümnendil vähem kui naiste seas.
- Vähi käitumuslike riskitegurite jaotumises on märkimisväärsed sotsiaal-majanduslikud erinevused. 2019. aastal esines suitsetamist väikseima sissetulekuga kvintilis üle 7 protsendipunkti rohkem kui suurima sissetulekuga kvintilis ning üle 10 protsendipunkti rohkem maapiirkondades kui Tallinnas ja muudes linnades. Püsivad ka haridustasemega seotud erinevused: tervisele ohtlikest alkoholi tarbimise harjumustest teatas 21,3 % madalama haridustasemega inimestest ja 11,4 % kõrgema haridustasemega inimestest.
- Ülekaalusisus ja rasvumine on rohkem levinud kõrgema haridustasemega meeste kui madalama haridustasemega meeste seas (66 % vs. 49,8 %), samas kui naiste puhul on täheldatud vastupidist (49,3 % kõrgema haridustasemega naistest vs. 58,4 % madalama haridustasemega naistest). Tervislikud toitumisharjumused tunduvad olevat rohkem levinud kõrgema haridustasemega inimeste seas, kusjuures erinevus on kuni 17 protsendipunkti (54,4 % vs. 43,2 % puuviljade tarbimisel ja 54,2 % vs.

36,5 % köögiviljade tarbimisel). Vähenes kehaline aktiivsus oli sage kõigil haridustasanditel ja kõigis sissetulekurühmades.

- Kuigi sõeluuringuprogramme pakutakse tasuta kogu elanikkonnale, esinevad osalemise määras sissetuleku ja haridustasemega seotud ning piirkondadevahelised erinevused. Haridustasemest tingitud erinevus oli rinnavähi sõeluuringu puhul 16 protsendipunkti ja ulatus emakakaelavähi sõeluuringu puhul ligikaudu 40 protsendipunktini. Piirkondlikud erinevused olid kõige suuremad kolorektaalvähi sõeluuringus osalemise määras, ulatudes 20 protsendipunktini.
- COVID-19 pandeemia on põhjustanud häireid kõigis vähiravi valdkondades. Eriti mõjutas pandeemia sõeluuringutes osalemise määra ja erinevused maakondade vahel olid suured.

On rakendatud meetmeid, et parandada ligipääsu vähi sõeluuringu programmidele, sealhulgas on laiendatud neid programme kindlustamata isikutele, kasutud rinnavähi sõeluuringus mobiilseid üksuseid, et jõuda kõrvalistesse piirkondadesse, ja võetud kasutusele inimese papilloomiviiruse kodutestid, et suurendada osalemist emakakaelavähi sõeluuringus. Peale selle püütakse tagada võrdsem juurdepääs kvaliteetsele vähiravile selliste meetmetega nagu kavandatud tõhusam koordineerimine kõigil ravitasanditel, ooteaegade lühendamine ja kiirem otsuste tegemine vähiravimite soodusravimite nimekirja kandmise kohta.

Chapman, S., Paris, V., Lopert, R. (2020), „Challenges in access to oncology medicines: policies and practices across the OECD and the EU“, OECD Publishing, Pariis, <https://doi.org/10.1787/4b2e9cb9-en>.

Euroopa Komisjon (2021a), „Euroopa vähktõvevastase võitluse kava“, Euroopa Komisjon, Brüssel, [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_et](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_et).

Fujisawa, R. (2022), „Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care in OECD countries“, OECD Publishing, Pariis, <https://doi.org/10.1787/c74a5899-en>.

Riigikantselei (2020), „Review on the implementation of the 2030 Agenda in Estonia“, Riigikantselei, Tallinn.

Habicht, T., et al. (2018), „Estonia: health system review“, Health Systems in Transition, 20(1):1-193.

Hofmarcher, T., et al. (2020), „The cost of cancer in Europe 2018“, European Journal of Cancer, 129:41-49.

Innos, K., et al. (2022), „Evidence of overestimating prostate cancer mortality in Estonia: a population-based study“, Scandinavian Journal of Urology, 1-6, doi: 10.1080/21681805.2022.2119274.

Laisaar, T., Laisaar, K.-T., Viiklepp, P. (2022), „Kopsuvähi sõeluuringu teostatavuse uuring“, Tervise Arengu Instituut ja Tartu Ülikool, Tallinn.

Lubi, K., Savicka, V., Koor, M., et al. (2021), „Practice theoretical approach on the reasons why target group women refrain from taking breast cancer screening“, Patient education and counseling, 104(12), 3053–3058, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.03.028>.

Sotsiaalministeerium (2019), „Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030“, sotsiaalministeerium, Tallinn.

Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut (2021), „Vähitõrje tegevuskava 2021–2030“, sotsiaalministeerium, Tallinn.

Niglas, K., Haller-Kikkatalo, K. (2021), „Sõeluuringute roll vähi diagnoosimisel“, Tervise Arengu Instituut.

Tervise Arengu Instituut (2022), tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, <https://statistika.tai.ee>.

Tervise Arengu Instituut (2021), „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring“, Tervise Arengu Instituut, Tallinn.

OECD (2019), „The heavy burden of obesity: the economics of prevention“, OECD Publishing, Pariis, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.

OECD / Euroopa tervishoiupoliitika ja -süsteemide vaatluskeskus (2021), „Eesti riigi terviseprofiil 2021“, OECD Publishing, Pariis, <https://doi.org/10.1787/a6c1caa5-en>.

Peiró Pérez, R., et al. (2017), „Policy paper on tackling social inequalities in cancer prevention and control for the European Population“, National Institute of Public Health, Ljubljana.

Võrk, A., Habicht, T. (2018), „Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Estonia“, WHO Euroopa piirkondlik büroo, Kopenhaagen.

WHO Euroopa piirkondlik büroo, Euroopa Komisjon, Euroopa tervishoiupoliitika ja -süsteemide vaatluskeskus (2021), „COVID-19 Health System Response Monitor – Estonia“, <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hstrm/hstrm-countries/hstrm/estonia/overview/>, vaadatud 19. oktoobril 2022).

Zimmermann, M., et al. (2021), „Vähihaigestumus Eestis 2018“, Tervise Arengu Instituut, Tallinn.

## Riikide lühendid

Austria	AT	Iirimaa	IE	Leedu	LT	Portugal	PT	Sloveenia	SI
Belgia	BE	Island	IS	Luksemburg	LU	Prantsusmaa	FR	Soome	FI
Bulgaaria	BG	Itaalia	IT	Madalmaad	NL	Rootsi	SE	Taani	DK
Eesti	EE	Kreeka	EL	Malta	MT	Rumeenia	RO	Tšehhi	CZ
Hispaania	ES	Küpros	CY	Norra	NO	Saksamaa	DE	Ungari	HU
Horvaatia	HR	Läti	LV	Poola	PL	Slovakkia	SK		

European Cancer Inequalities Registry

# Riigi vähiprofiil 2023

Vähktõve ebavõrdsuse register on Euroopa vähktõvevastase võitluse kava juhtalgatus. Sellest saab kindlat ja usaldusväärset teavet vähktõve ennetamise ja ravi kohta, et selgitada välja suundumused ning erinevused ja ebavõrdsus liikmesriikide ja piirkondade vahel. Register sisaldab veebisaiti ja andmetööriista, mille on välja töötanud Euroopa Komisjoni Teadusuuringute Ühiskeskus (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), samuti vaheldumisi iga kahe aasta järel koostatavaid riiklikke vähiprofiile ja üldine aruanne vähi ebavõrdsusest Euroopas.

Riikide vähiprofiilides tuuakse välja tugevad küljed, probleemid ja konkreetsed tegevusvaldkonnad kõigis 27 ELi liikmesriigis, Islandil ja Norras, et suunata Euroopa vähktõvevastase võitluse kava alusel investeeringuid ja sekkumisi ELi, riigi ja piirkonna tasandil. Euroopa vähktõve ebavõrdsuse register toetab samuti nullsaaste tegevuskava juhtalgatust nr 1.

Profiilid koostab Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD) koostöös Euroopa Komisjoniga. Töörühm on tänulik riiklikele ekspertidele väärtuslike panuste ning OECD tervisekomiteele ning ELi vähktõve ebavõrdsuse registri eksperdirühmale märkuste eest.

Iga riigi vähiprofiil sisaldab lühikest sünteesi:

- vähktõve koormusest riigis
- vähktõve riskifaktoritest, keskendudes käitumis- ja keskkonnariskiteguritele
- varajase avastamise programmidest
- vähiravi tulemuslikkusest, keskendudes juurdepääsetavusele, tervishoiu kvaliteedile, kuludele ja COVID-19 mõjule vähiga seotud teenustele.

Profiilile viidates palume kasutada allolevat viidet  
OECD (2023), *Riigi vähiprofiil: Eesti 2023*,  
EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7212e7ff-et>.

ISBN 9789264742291 (PDF)  
Series : EU Country Cancer Profiles

