

1. TERVE INIMENE

Valdkonda on koondatud teemad, mis tagavad ühiskonnale terve inimese – inimeste füüsilise ja vaimne tervis, ennetatavale suremusele ja haigestumusele keskendumine, Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus.

1. Hetkeolukord

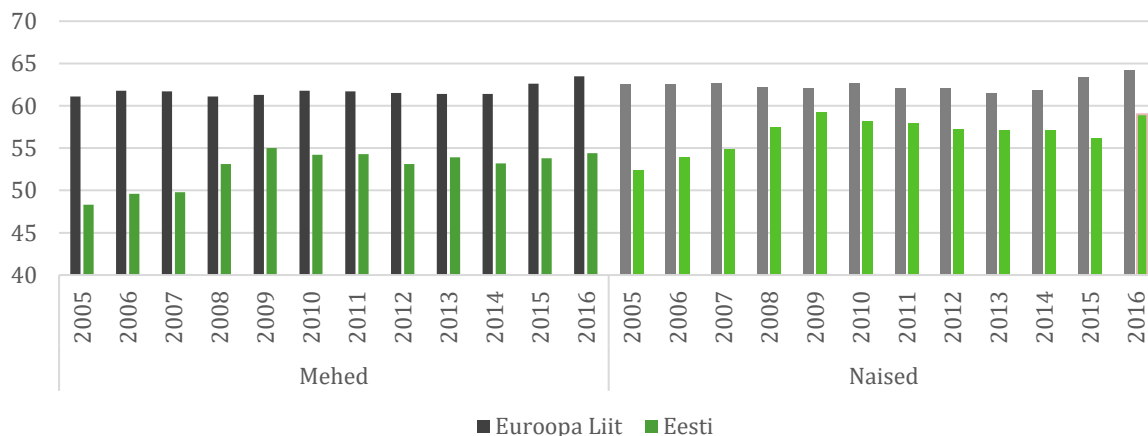
Tabel 1. Demograafilised näitajad ja prognoos aastaks 2035.

	2008	2018	2035*
rahvaarv	1 338 440	1 319 133	1 255 402
lapsed (0–14)	14,80%	16,30%	14,60%
tööealised (15–64)	67,70%	64,10%	60,30%
pensioniealised (65 ja vanemad)	17,50%	19,60%	25,10%
Summaarne sündimuskordaja	1,72	1,59	1,77

* Prognoosi aluseks on 01.01.2012 rahvaarv.

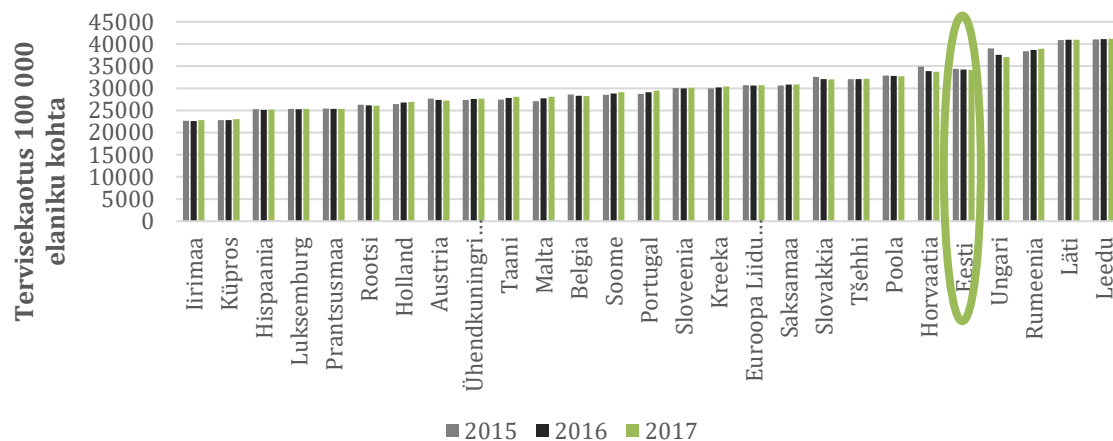
Allikas: Statistikaamet

Joonis 1. Tervena elatavad aastad sünnihetkel.



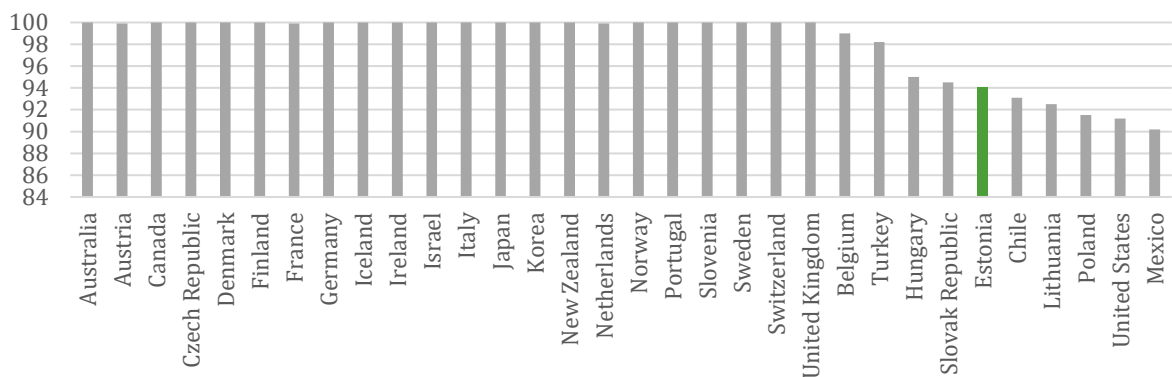
Allikas: Eurostat

Joonis 2. Tervisekaotus 100 000 elaniku kohta aastatel 2015–2017 võrdluses teiste ELi riikidega



Allikas: University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation

Joonis 3. Ravikindlustusega kaetus 2016 (% elanikkonnast)¹.



Allikas: OECD

Eesti on **väheneva rahvaarvu ja vananeva rahvastikuga** riik, kus prognooside kohaselt on aastal 2035 iga neljas inimene pensioniealine. See nõuab Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks olulisi samme ning seab fookusesse inimeste tervise hoidmise ja maksimaalse säilitamise.

Viimasel kümnel aastal on **oodatava eluea kasv Eestis olnud Euroopa Liidu kiireim** (2017. aastal oli Eestis oodatav keskmine eluiga 78,2 aastat), jäädes *ca* 3 eluaastaga endiselt alla ELi keskmise. **Probleemne on aga inimeste tervena elatud eluiga**, mille poolest on Eesti endiselt 2009. aasta tasemel – mehed elavad tervena 74% oma elust ehk 54,5 aastat ning naised 72% ehk 59 aastat. ELi keskmisega võrreldes oli 2016. aastal Eesti naiste tervena elatud elu 5,5 aastat lühem, meestel aga koguni üle 9 aasta lühem. Eelnevale lisaks esinevad Eesti inimeste tervises **ELi ühed suurimad soolised lõhed** – 2017. aastal elasid naised meestega võrreldes ligi 8,7 eluaastat kauem, sealhulgas tervetena 4,5 eluaastat kauem. Märkimisväärsed on ka Eestisisesed piirkondlikud erinevused, kus Lõuna-Eesti maakondades (Põlvamaa, Võrumaa) ja Ida-Virumaal on tervena elatud eluiga ligi 10 aastat lühem võrreldes Põhja- ja Lääne-Eesti elanikega.

Peamisteks tervisekaotuse² põhjusteks Eestis on 2017. aasta andmetel naistel vereringeelundite haigused (40%), kasvajakasv (19%) ning lihasluukonna- ja sidekoehaigused (7%), meestel aga vereringeelundite haigused (35%), kasvajakasv (19%) ning vigastused ja mürgistused (11%). **Ligi 53% 2017. aasta tervisekaotusest oli tingitud riskiteguritest või riskikäitumisest.** Viis peamist tervisekaoga seotud riskitegurit või riskikäitumist olid **kõrge vererõhk** (kaotati 80 843 eluaastat), **tasakaalustamata toitumine** (64 851 eluaastat), **tubaka tarvitamine** (60 190 eluaastat), **kõrge kehamassiindeks** (58 163 eluaastat), **alkoholi tarvitamine** (52 815 eluaastat). Võrreldes teiste ELi riikidega on Eestis enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate hulk pigem suur – 2017. aastal kaotati 11% rohkem eluaastaid kui ELis keskmiselt.

Tasakaalustamata toitumise ja vähese füüsilise aktiivsuse tulemusena on **üle poole Eesti rahvastikust ülekaaluline ning see trend on olnud aastate kaupa tõusev.** Üha suurenev

¹ OECD definitsiooni kohaselt näitab ravikindlustusega kaetus elanikkonna osakaalu, kellel on kas avaliku sektori või erasektori kindlustuse kaudu juurdepääs olulisematele tervishoiuteenustele ja ravimitele.

² Tervisekaotus – enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastad ehk lõhe rahvastiku parima võimaliku ja tegeliku tervisesisundi vahel.

probleem on ülekaalulisus ka kooliõpilaste hulgas. 2014. aasta Eesti rahvastiku toitumisuuringu kohaselt oli 30,5% 6–9-aastastest, 34% 10–13-aastastest ja 23,5% 14–17-aastastest lastest ülekaalulised või rasvunud. Ka laste liikumisaktiivsus on väike, tervisliku liikumise normi täidab alla 20% lastest.ⁱ WHO andmetel suurendab iga liigne 15 kg kehakaalu enneaegse surma riski ligi 30% võrra. Kogu eluea jooksul on rasvunud isiku tervishoiukulud 25% suuremad kui normaalkaalus oleval inimesel. WHO tuleviku projektsiooni kohaselt kasvab **rasvunud elanike osakaal ka Eesti rahvastiku seas aastaks 2030 ca 35%-ni ja ülekaaluliste osakaal 62%-ni.**ⁱⁱ

Välditavate surmade³ arv 100 000 elaniku kohta on Eestis 75% suurem kui ELis keskmiselt ning ennetatavaid surmasid⁴ on 100 000 elaniku kohta üle 40% ELi keskmisest rohkem. Üle poole välditavatest surmadest moodustavad südame isheemiatõvest ja hüpertooniatõvest põhjustatud surmad, millele järgnevad kasvajakasvaja ja peaveresoonte haigused. **Kasvajate osakaal välditavatest surmadest on viimastel aastatel veidi tõusnud ning südamehaiguste osakaal vähenenud.**

Vaimse tervise häireid esineb 18,3% Eesti ja 17,3% ELi elanikest. Enamlevinud **vaimse tervise häired on sõltuvused, depressioon ja ärevushäired.** Psüühika- ja käitumishäirete haigestumus on viimastel aastatel püsinud väikeste kõikumistega üsna muutumatuna. Samuti on endist viisi **suur suremus enesetappude tõttu.** 2016. aastal sooritas Statistikaameti andmetel enesetapu 183 inimest. Probleemid vaimse tervisega süvenevad ka tulenevalt elanikkonna vananemisest (dementsus, Alzheimerisse haigestumine). Vaimse tervise häirete tõttu kaotati Eestis 2016. aastal enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu enam kui 46 600 eluaastat, millest 58% meeste hulgas.

Inimeste tervise ning töövõime säilitamiseks on oluline ennetada ka tööga seotud tervisekahjustusi. Eestis registreeritakse keskmiselt 4500–5000 tööõnnetust aastas, millest rasked kehavigastused moodustavad umbes viiendiku. Eesti Haigekassa andmetel oli 2016. aastal iga päev tööõnnetuse tõttu töölt eemal ligi 600 tööga hõivatut ning ühe tööõnnetusega kaasnes keskmiselt 27,5 haiguspäeva. Eesti on üks väheseid Euroopa Liidu riike, kus **puudub eraldi tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteem.** Tööõnnetustest ja kutsehaigustest tulenevad kulud kannab praegu eelkõige riik solidaarse pensioni- ja ravikindlustussüsteemi kaudu ning nii inimeste kui ka tööandjate individuaalne vastutus on suhteliselt väike.

Eestis kehtib üldine solidaarne ravikindlustussüsteem. Siiski oli OECD määratluse kohaselt 2016. aastal ravikindlustusega kaetud vaid 94% elanikkonnast. 2017. aasta novembri lõpu seisuga oli pikaajalise ravikindlustuseta ca 76 000 inimestⁱⁱⁱ. Enamikus OECD riikides on ravikindlustusega kaetud kogu elanikkond ning **Eesti kuulub kindlustuskaitse poolest ELi ja OECD riikide madalaimasse kolmandikku.** Võrreldes teiste ELi riikidega on ka tervishoiu kogukulud ja nende osakaal SKPs Eestis väikesed.

Patsientide omaosalus tervisekuludes on teiste ELi liikmesriikidega võrreldes veidi suurem. 2015. aastal **ületas Eesti patsientide omaosalus WHO soovitusliku taseme** (kuni 15%), moodustades 24% tervishoiu kogukuludest. Tervishoiukuludest tingitud vaesusrisk on üldiselt vähenenud, kuid endiselt suurem ELi keskmisest. Eesti paistab ELis elanike arvasuuringute

³ Välditav surm – ravitavad välditavad surmapõhjused on need, mis **sõltuvad peamiselt tervishoiust ja mida oleks saanud vältida õigeaegse ning efektiivse arstiabi ehk ravida.** Ravitavateks peetakse haigusi, millest tingitud suremust on võimalik vältida pärast haiguse ilmnemist.

⁴ Ennetatav surm – ennetatavad välditavad surmapõhjused on need, mis **vajavad peamiselt laiemaid tervisepoliitilisi meetmeid ja ravi ei ole nende puhul peamiseks sekkumiseks.** Ennetatavad on haigused, mille puhul meditsiiniline abi surma ärahoidmiseks on vähem efektiivne, kuid edukad on enne haiguse ilmnemist kasutatavad sekkumised.

põhjal silma **suurima katmata ravivajaduse poolest**. Selle peamise põhjusena tuuakse esile **pikki ravijärjekordi (eelkõige eriarstiabis)**. Esmatasandi perearstiabi kättesaadavus on elanike arvates üldiselt hea ning aastatega on katmata ravivajadus esmatasandi arstiabis vähenenud.

Eesti Haigekassa tulubaas on viimastel aastatel märgatavalt kasvanud nii majanduse soodsa konjunktuuri kui ka tervishoiupoliitiliste otsuste tõttu. Haigekassa tulud suurenesid 2013.–2017. aastal 35% ning aastatel 2017–2022 suurenevad hinnanguliselt üle 50%. Sellele vaatamata on haigekassa hinnangutel **katmata ravivajadus praegu vahemikus 5–10%**. Koos suuremate tuludega kasvab ka ravijuhu maksumus (2013.–2017. aastal 5–9% vahemikus aastas). Prognooside kohaselt on praeguse olukorra ja trendide jätkudes pikaajalises perspektiivis haigekassa tulude ja kulude vahe negatiivne – **2030. aastal hakkab puudujääk tulenevalt rahvastiku ja tööturu muutustest kiiremini kasvama, mis nõuab korrigeerimiseks tervishoiupoliitilisi samme**.

Väheneva tööealise rahvastiku tõttu seisab Eesti silmitsi probleemiga, kuidas tagada **tervishoiuvaldkonnas piisav hulk inimesi**. Juba praegu on Eestis vähe õdesid. Meditsiinivaldkonna spetsialistide ettevalmistus on väga ressursimahukas – ligi kaks kolmandikku valdkonna töötajatest liigituvad tippspetsialistide hulka, kelle üldharidusjärgne ettevalmistus kestab 3,5–11 aastat. Kui piisava pädevusega töötajaid valmistatakse ette liiga väikesel arvul, seab see ohtu teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse.

Eesti on astunud **olulisi samme personaalmeditsiini arendamisel**. Geeniproovide laialdane kogumine ning saadud informatsiooni sidumine teistest andmekogudest ja registritest pärineva informatsiooniga võimaldab tulevikus terviseriske tulemuslikumalt ennetada ja inimest täpsemalt ravida. Eestis on loodud ka **unikaalne keskne e-tervise õiguslik, organisatoorne ja infotehnoloogiline taristu**. See hõlmab tervise infosüsteemi, millele on eri tasemetel juurdepääs nii tervishoiutöötajatel kui ka tavakodanikel. Viimastel aastatel on tervise infosüsteemi andmete edastamine suurenenud ning andmete vaatamine kiiresti kasvanud nii tervishoiutöötajate kui ka patsientide hulgas. Tähelepanu tuleb aga pöörata infosüsteemi parendamisele, tagades andmete parema sisendkvaliteedi, struktureerituse ning omavahelise ühendatavuse.

Inimeste tervist mõjutavad lisaks tervisekäitumisele ning tervishoiusüsteemi mehhanismidele ka muud **välised keskkonnast tulenevad ohutegurid nagu näiteks toiduohutus, vee ja õhu puhtus**. Kuigi toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestumuse arvu languse põhjal (viimastel aastatel alla 200 juhu 100 000 elaniku kohta) võib toiduohutuse alast olukorda hinnata heaks, on tulenevalt lisanduvatest teadusandmetest ja riskiteguritest suurenenud vajadus pöörata lisatähelepanu uutele toiduohutuse riskidele (e-kaubandus, globaliseerumine, tehnoloogiate areng, kliimamuutused, tarbijate toiduvalikute suunamise vajadus) ning tõhustada pikaajalise tervisemõjuga riskide maandamist (sh toiduohutuse ja -võltsimise järelevalve). Eesti on **põhjala regiooni suurim antimikroobsete ainete kasutaja loomakasvatuses**, mis suurel määral mõjutab ka inimeste tervist. Eestil puudub terviklik mikroobide resistentsuse vähendamise tegevuskava, mis hõlmaks nii inimmeditsiini kui ka keskkonna aspekte.

2. Olulised suundumused Euroopa Liidus

Vastupidiselt globaalsele rahvastiku kasvu trendile Euroopa elanikkond väheneb ning vananeb.^{iv} Tervisekoormuseks muutuvad järjest enam ülekaalusisus, mikroobivastane resistentsus ja mittenakkuslikud haigused. Kuigi tervishoiuteenuste kvaliteet paraneb, tekitab nende ebahühtlane pakkumine ja ligipääs eri ühiskonnarühmadele endiselt probleeme.^v Eurooplaste suurenenud mobiilsuse tõttu vajavad inimesed tihti **tervishoiuteenuseid ka teistes ELi riikides** kui nende alaline residentsusriik. ELi tasandil on loodud vajalik õigusraamistik, millega on kindlaks määratud kulude hüvitamise reeglid. Sotsiaalkindlustuse koordineerimise määruse alusel hüvitatakse piiriülesed tervishoiuteenused võivad osutada eriti vajalikuks nende patsientide jaoks, kes vajavad abi erakorraliselt või kelle jaoks nende oma liikmesriigis ravivõimalused puuduvad. Direktiivi vastuvõtmine patsiendiõiguste kohta piiriüleses tervishoius on loonud küll enam õigusselgust, kuid ei ole kaasa toonud märkimisväärset patsientide liikumise kasvu. Samas on patsiendiõiguste direktiiv pannud aluse liikmesriikidevahelisele tõhusale koostööle haruldaste haiguste, e-tervise ja tervisetehnoloogia hindamise valdkonnas. Eestil on eksperdivõrgustikes osalemise kaudu võimalik pääseda juurde eksperditeadmistele ja suurendada ka oma võimeid nendes valdkondades.

Digitaaltehnoogiatega kasutamise kasv toob tervisevaldkonnas kaasa uusi võimalusi ja ülesandeid. Uued digitaaltehnoogia lahendused võimaldavad analüüsida aina suurema mahuga andmeid, mille tulemusi on võimalik tervise edendamist, haiguste ennetamist ja tervishoiuteenuseid puudutavate otsuste puhul aluseks võtta. Terviseandmete kättesaadavus ning käsitlus on aga ELi liikmesriigiti erinev. Andmete laialdasemat kasutamist takistab nii vastava taristu puudumine, tehnoloogiate puudulik koostalitlusvõime kui ka andmete puudulik kvaliteet. **Digitaalsete tervisetehnoloogiate turg on killustunud** ning see takistab ka integreeritud lähenemisviisi haiguste ennetamisele, ravile ja hooldusele viisil, mis vastab paremini inimeste vajadustele. Selles valdkonnas ei ole vaja ELi õigusakte ning pigem tuleb leida ühtlustamisvõimalusi olemasolevas õigusraamistikus (nt GDPR rakendamine, tehnilistes ja semantilistes standardites kokkuleppimine).

Ka mitmes tervisepoliitika valdkonnas on ELi siseturu kontekstis oluline silmas pidada piiriüleseid aspekte. Näiteks **alkoholipoliitikas** on piiriülesed mõjud reklaami ja turunduse reguleerimisel, maksumeetmete rakendamisel ja alkohoolsete toodete märgistamisel, mille puhul riigisiseste meetmete tõhus rakendamine nõuab ühtseid reegleid ja koostööd ELi tasandil.

Ka **tervisliku toitumise** edendamisel ja seda toetava keskkonna kujundamisel on tähtis osa ELi tasandi õigusaktidel ja koostööl. Näiteks tervisliku toidu valikute suurendamisel ning toiduainete koostises suhkru, soola ja rasvade vähendamisel saab ELi toetusel palju ära teha riikide koostöös erasektoriga. Selleks, et parandada toiduainete märgistust ja vähendada laste kokkupuudet ebatervisliku toidu reklaamiga, on vaja ELi tasandil kokku leppida ühtsetes reeglites ja teha koostööd õigusaktide jõustamisel.

Suur mõju on ELi õigusaktidel ja koostööl **ravimipoliitika** valdkonnas. ELi tasandil ei ole seni saavutatud märgatavat edasiminekut, et parandada infovahetust ja riikidevahelist koostööd tootjast tingitud tarnehäirete ja ravimite kättesaadavuse probleemide lahendamiseks. Ravimite taskukohasus ja kättesaadavus on endiselt ELi tasandil poliitilise tähelepanu keskmes, kuna uute innovaatiliste ravimite kõrge hind on probleemiks ka rikkamatele riikidele. Viimastel aastatel on ELis käivitatud mitmeid regionaalse koostöö algatusi, mille eesmärgiks on ravimite üha kasvavate hindade kontekstis tugevdada valitsuste positsiooni, korraldades ühiseid hinnaläbirääkimisi, ühishankeid, tulevikuseiret ja võrdlevaid kulutõhususe hindamisi. Tõhusam

koostöö **tervise tehnoloogiate hindamisel** ja ELi-ülesed kliinilised ühishindamised ELi tsentraalse müügiloaga ravimitele ning teatud kõrge riskitasemega meditsiiniseadmetele aitab koondada eksperditeadmisi ja ressursi ratsionaalsemalt kasutada, selmet teha hindamisi kõigis liikmesriikides eraldi.

3. Poliitikasoovitused Eestile

Peamised poliitikasoovitused on kogutud ning üldistatud aastatel 2013–2018 valminud eri valdkondlikest uuringutest, hindamistest, audititest, Euroopa Liidu, OECD või muudest rahvusvahelistest analüüsides ning ekspertide hinnangutest.

1. Pöörata senisest enam tähelepanu Eestis peamist tervisekadu põhjustavate riskitegurite ja riskikäitumise vähendamisele nagu üha kasvava ülekaalu ja rasvumise leviku pidurdamine, füüsilise aktiivsuse suurendamine, alkoholi ja tubaka tarbimise vähendamine, vigastuste ennetamine, tervisliku toidu propageerimine. Kasutada ära ELi tasandi koostöövõimalusi, näiteks alkoholipoliitika ja tervisliku toitumise valdkonnas.
2. Tugevdada ning märgatavalt suurendada tervisedenduse ja ennetuse ning esmatasandi rolli tervishoiusüsteemis, et vähendada peamiste tervisekadu põhjustavate ja tervishoiusüsteemi koormavate tervislike seisundite, eriti krooniliste haiguste levikut.
3. Parandada psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi kättesaadavust ning kujundada vaimse tervise probleemide varase märkamise süsteem kogu elukaare ulatuses, et ennetada ja leevendada vaimse tervise probleemide suurenemist.
4. Laiendada ja mitmekesistada tulubaasi, et tagada Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise pikaajaline stabiilsus.
5. Töötada välja lahendused elanikkonna ravikindlustusega täieliku kaetuse tagamiseks.
6. Uuendada haigekassa tervishoiuteenuste strateegilise ostmise põhimõtteid, et väärtustada ja toetada ennetuse ja ravi terviklikkust ning kvaliteeti.
7. Jätkata haiglavõrgu sisulise võrgustumise ja konsolideerimisega, mis vastab elanikkonna demograafilistele muutustele ning tagab kõrgekvaliteetse eriarstiabi kättesaadavuse. Välja töötada tervishoiutaristu pikaajalise rahastamise strateegia, püüeldes ELi struktuurivahenditest tehtud investeeringute jätkusuutlikkuse poole.
8. Süvendatult tegeleda esmatasandi tervishoiuteenuste, sotsiaalteenuste ning laste ja noorte puhul ka hariduse tugiteenuste omavahelise integreerimisega ning juurutada juhtumipõhist lähenemist.
9. Tagada personaalmeditsiinilahendustele keskne koht ennetus- ja ravitegevuses, võttes aluseks inimeste individuaalsed terviseriskid, ravitaluvused ja eelistused ning tuginedes mitmekülgsatele terviseandmetele (sh elustiili-, keskkonna- ja geenandmed).
10. Luua võimekus mitmekülgsete masinloetavate sotsiaal- ja terviseandmete integreerimiseks ja analüüsimiseks elanikkonda tervikuna puudutavate prognooside ning strateegiliste otsuste kavandamisel.
11. Tõhustada tervishoiutöötajate võimekust personaalmeditsiini igapäevase kasutamise juurutamiseks (sh meditsiinipersonali koolitused, andmebaaside ja tarkvara arendused jne).
12. Arendada digitehnoloogiliste lahenduste ning tehisintellekti kasutamist nii tervishoiusüsteemis kui ka tervisedenduse valdkonnas. Toetada ELi tasandil terviseandmete ühtselt kättesaadavaks ning töödeldavaks muutmist liikmesriikide riiklikes tervishoiusüsteemides ja piiriülese andmevahetuse laiendamist (sh elektrooniline ravikindlustuse kontroll, patsiendi terviseandmed).

13. Minna meditsiinihariduses kitsamalt haigusepõhiselt spetsialiseerumiselt üle multidistsiplinaarsete oskuste õpetamisele ning edendada meditsiinivaldkonna personali pidevõpet, eesmärgiga tagada piisav hulk tervishoiutöötajaid ja tugipersonali.
14. Tagada tervishoiuteenuste piisav kättesaadavus ka maapiirkondades, vähendades regionaalset ebavõrdsust.
15. Luua tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteem või juurutada alternatiivsed lahendused ohutu töökeskkonna tagamiseks (nt tööohutuse tagamise lihtsustamine, töötervishoiusüsteemi korrastamine, tööõnnetuste ja kutsehaiguste vaidluste riiklik lahendamine, järelevalve suurendamine).
16. Tõhustada ELi tasandil koostööd ravimite ja haruldaste haiguste ravi kättesaadavuse parandamiseks ning tervisetehnoloogia hindamise võimekuse suurendamiseks.
17. Töötada välja laiapõhjalised meetmed mikroobide resistentsusega seonduvate riskide maandamiseks.

Poliitikasoovitused tuginevad järgmistele allikatele:

1. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition. Estonia Health system review (2018) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/377417/hit-estonia-eng.pdf?ua=1
2. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Eesti: riigi terviseprofiil 2017 <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264285149-et.pdf?expires=1541536255&id=id&accname=guest&checksum=4C432CCD9165CE20EBEF929216EC54B7>
3. World Bank Group, Estonian Health Insurance Fund, The State of Health Care Integration in Estonia (2015) http://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/summary_report_hk_2015.pdf
4. WHO, Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems, Estonia: Country Assessment (2015) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/292781/Better-NCD-outcomes-challenges-opportunities-HSS-Estonia-en.pdf
5. PRAXIS, Ravikindlustuskaitse uuring (2017–2018) <http://www.praxis.ee/tood/ravikindlustuskaitse-uuring/>
6. PRAXIS, Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine (2016-2017) http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport_Praxis.pdf
7. SA Kutsekoda, Tulevikuvaade tööjõu ja -oskuste vajadusele: tervishoid (2017) http://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu_uuringu_terviktekst.pdf
8. Riigikontrolli aruanne “Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel” (2016) <https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2414/Area/1/language/et-EE/Default.aspx>
9. Riigikontrolli aruanne „Erakorraline meditsiin“ (2018) <https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2472/language/et-EE/Default.aspx>

ⁱ Aasvee K, Rahno J (2015). Eesti koolilaste tervisekäitumise uuring. 2013/2014. õppeaasta. Tabelid. Tervise Arengu Instituut, Tallinn, <http://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/324>

ⁱⁱ PRAXIS, Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine (2016–2017) http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport_Praxis.pdf

ⁱⁱⁱ PRAXIS, Ravikindlustuskaitse uuring (2017–2018) <http://www.praxis.ee/tood/ravikindlustuskaitse-uuring/>

^{iv} World Population Prospects The 2015 Revision https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

^v European Commission. Knowledge for policy. Foresight. Shifting health challenges https://ec.europa.eu/knowledge4policy/foresight/topic/shifting-health-challenges_en