

**„Rahvastiku tervise arengukava (RTA) 2009–2020“
esimese perioodi (2009–2012) tulemusaruanne**

Käesolevas tulemusaruandes antakse ülevaade RTA 2009–2020 esimese perioodi (2009–2012) eesmärkide ja alaeesmärkide indikaatorite täitmisest. Põhjalikumad andmed RTA peamistest sisutegevustest sel perioodil on leitavad RTA iga-aastastest tegevusaruannetest, mis on avaldatud Sotsiaalministeeriumi kodulehel www.sm.ee.

RTA esimese perioodi jooksul kehtis RTA kõrval ka mitmeid teisi tervise valdkonna strateegiaid. Neis kõigis olid kehtestatud oma eesmärgid, alaeesmärgid ja neid mõõtvad indikaatorid. Seetõttu ei leia me käesolevast aruandest kõikehõlmavat ülevaadet kõigi tervisega seotud valdkondade arengust.

Arengukava üldeesmärk

Tervena elatud eluiga pikeneb Eestis aastaks 2020 meestel keskmiselt 60 ja naistel 65 eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga tõuseb meestel 75 ja naistel 84 eluaastani.

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Tulemus 2012
Eeldatav eluiga sünnimomendil – mehed. Allikas: ESA	67,4	71,2	73	75	71,2 (2011)
Eeldatav eluiga sünnimomendil – naised. Allikas: ESA	78,5	81,1	82,5	84	81,2 (2011)
Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil – mehed. Allikas: ESA	48,0 (2005)	56	57,5	60	53,0
Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil – naised. Allikas: ESA	52,2 (2005)	60,5	62,5	65	57,0
	2012 sihttase saavutatud				
	2012 sihttase saavutamata				

RTA esimese perioodi planeeritud tegevuste läbiviimist ja paljude RTA tulemusindikaatorite näitajaid mõjutasid alates 2008. aasta lõpust Eestisse jõudnud globaalse majandussurutise mõjud. Perioodi algusaastatel 2009–2010 tuli tegevusi ja ressursse vähendada, kuid sellest hoolimata õnnestus paljusid tegevusi operatiivselt ümber planeerida ning osasid neist uutele oludele kohandades hoopis lisada või varasemast suuremas mahus rahastada.

Eeldatava eluea tõus oli 2007. aastani tagasihoidlik, kuid **kiirenes oluliselt alates 2008. aastast**. 2008. aastal pikenes eeldatav eluiga 1,1 ja 2009. aastal ühe eluaasta võrra. Järgnenud 2010. ja 2011. aastatel toimus tagasihoidlikum kasv, 2011. aastal oli selleks 0,5 eluaastat. Meeste eeldatavas elueas toimus aastate 2006–2007 võrdluses 0,23-eluaastane langus, mis aga alates 2008. aastast asendus kaks korda kiirema tõusuga kui naistel ja seetõttu kahanes eeldatavas elueas esinev sugudevaheline erinevus. Alates 2010. aastast on meeste ja naiste eeldatava eluea vahe esmakordselt alla 10 eluaasta. Kuigi 2012. aasta eeldatava eluea andmed ei ole veel kättesaadavad, võib esialgsetele suuremuse andmetele tuginedes oletada eeldatava eluea tõusu jätkumist varasemast aeglasemas tempos. Kuigi Eestis on keskmise eeldatava eluea tõus olnud viimastel aastatel kiireim EL-s ja Eesti on tõusnud eeldatava eluea taseme poolest Balti riikidest esikohale, jääme siiski alla enamikule Euroopa Liidu riikidele. EL keskmine eeldatav eluiga sünnimomendil on kõrgem kui Eesti elanikel, naiste puhul on erinevus 2,1 ja meeste puhul 6,2 eluaastat.

Linna- ja maapiirkonna elanike eeldatava eluea vahel esines 2007. aastani 1,4-eluaastane erinevus ja seda linnapiirkonna elanike kasuks. Alates 2008. aastast toimus nimetatud erinevuse aeglane vähenemine, mis aastate 2010–2011 võrdluses aga taas 0,3 eluaasta

võrra kasvas. Eeldatava eluea erinevus linna- ja maapiirkonna naiste vahel aastatel 2006–2010 oli keskmiselt 0,51 aastat ja meestel 0,47 aastat. 2011. aastal oli linnapiirkonnas elavate meeste eeldatav eluiga 71,34 aastat ja maapiirkonnas elavatel meestel 70,95 aastat, seega elasid mehed linnapiirkondades Eesti keskmisest 0,18 aasta võrra kauem ja maapiirkondades 0,21 aasta võrra lühemalt. Naiste hulgas on erinevused sarnased. Linnapiirkonnas elavate naiste eeldatav eluiga oli 2011. aastal 81,37 eluaastat (0,28 aastat pikem kui Eesti keskmine) ja maapiirkonnas elavate naiste oma 80,96 aastat (0,13 aastat lühem kui Eesti keskmine).

Üksikute eranditega kasvas aastatel 2006–2011 eeldatav eluiga kõigis maakondades. Kõrgeim eeldatav eluiga sünnimomendil oli aastatel 2010–2011 Tartu maakonnas (77,30 aastat) ja madalaim Ida-Viru maakonnas (73,15 aastat). Seega oli Ida-Viru maakonna elanike keskmine eeldatav eluiga 4,15 eluaasta võrra madalam kui Tartu maakonnas. Suurim eeldatava eluea kasv (0,95 eluaastat) aastate 2009–2010 ja 2010–2011 võrdluses toimus Hiiu ja Võru maakonnas. Samal perioodil aga kahes maakonnas eeldatav eluiga vähenes, Pärnu maakonnas 0,06 eluaasta ja Valga maakonnas 1,05 eluaasta võrra. Ida-Viru maakonna eeldatav eluiga tõusis aastatel 2006–2011 sarnaselt teiste maakondadega, kuid üldisest pildist on Ida-Viru maakonna näitajad endiselt madalaimal tasemel. Põhjuseks võib olla asjaolu, et Ida-Viru maakonna elanike suurem vereringeelundite haigustesse ning vigastustesse ja mürgistustesse oli kõrgem kui teistes maakondades. Ida-Virumaa elanike Eesti keskmisest lühemat eeldatavat eluiga mõjutavad muu hulgas ka Eesti keskmisest ebasoodsamad sotsiaalmajanduslikud tingimused, mille üheks näiteks on oluliselt kõrgem töötuse määr. Aastatel 2010 ja 2011 oli sealse piirkonnas kõrgeim töötuse määr vastavalt 25,8% ja 20,3%, mis oli Eesti keskmisest 8,9 (2010. a) ja 7,8 (2011. a) protsendi võrra kõrgem.

Tervena elatud eluiga pikenes aastatel 2006–2009 väga kiiresti, jõudes meestel 54,8 (kasv 5,2 aastat) ja naistel 59,0 aastani (kasv 5,3 aastat). Alates 2010. aastast on tervena elatud eluiga vähenenud meestel 1,8 ja naistel 2,0 aasta võrra. Positiivne on tõsiasi, et kuigi tervena elatud eluiga sünnimomendil viimastel aastatel kahanes, siis 65-aastaste tervena elatud eluiga jätkas kasvamist: 3,9-lt aastalt 2006. aastal 5,4 aastani aastal 2009 ja edasi 5,6 aastani aastal 2011.

Ka tervena elatud eluea osas on Eestis suured soolised erinevused – naised elavad meestest 3,8 eluaasta võrra kauem, kuid seevastu elavad naised keskmiselt 71,1% ja mehed 75,7% oma elust tervetena. Tervena elatud eluea poolest on vahe EL keskmisega suurem kui eeldatava eluea poolest. Nii oli 2011. aastal Eestis sündinud naistel tervena elada jäänud 57,7 aastat (EL keskmine 62,2 aastat, vahe EL keskmisega 4,5 aastat) ja meestel 53,9 eluaastat (EL keskmine 61,8 aastat, vahe EL keskmisega 7,9 aastat). Maakondlikus võrdluses on märgata, et Põlvamaa elanike tervena elatud eluiga on oluliselt madalam kui Eesti keskmine: 2011. aasta Eesti keskmine tervena elatud eluiga oli 56 aastat, aga Põlvamaal vaid 42,5 aastat. Kõige kauem elavad inimesed tervena Läänemaal – 60,8 aastat. Aates 2008. aastast ületab eestlaste tervena elatud eluiga mitte-eestlaste oma (vastavalt 57,2 ja 53,7 aastat) ja aastate 2010–2011 tervena elatud eluea langus on toimunud suures osas mitte-eestlaste arvelt.

Tervena elatud eluiga on kompleksindikaator, mis kajastab keskmist aastate arvu, mida inimene tõenäoliselt elab ilma pikaajalistest haigustest põhjustatud igapäevategevuse piiranguteta. Pikaajaliste haigustega 16-aastaste ja vanemate isikute osakaal kasvas 38,5%-lt 43,5%-ni aastatel 2006–2012. Ühe komponendina tervena elatud eluea näitaja arvutamisel kasutatakse inimeste subjektiivset enesehinnangut oma igapäevategevuse piirangutele pikaajalise haiguse tagajärjel. Alates 2006. aastast vähenes igapäevategevuse piirangutega 16-aastaste ja vanemate inimeste osakaal 34%-lt 28,4%-ni aastaks 2009, alates 2010. aastast hakkas see jälle kasvama, jõudes 2011. aastal 31,1%-ni ja 2012. aastal 32,5%-ni. Antud olukorras jäi tervena elatud indikaatori eesmärgtase 2012. aastaks saavutamata. Suurim kasv igapäevategevuse piirangute osas on toimunud 55–64-aastaste

hulgas (38,1%-lt 48,8%-ni aastatel 2009–2012). Aastatel 2006–2012 on 50-64-aastaste hulgas üldsuresus kahanenud umbes 30%, mistõttu üheks tervena elatud eluea vähenemise põhjuseks võib olla fakt, et üha rohkem inimesi jääb ellu ja neil jõuavad avalduda kroonilised haigused. Alahinnata ei saa ka majanduskriisi mõju inimeste tervisele ja toimetulekule ning arstiabi kättesaadavusele.

I valdkond. Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused

SE 1. Sotsiaalne kaasatus Eestis on oluliselt suurenenud ja sotsiaalne kapital kasvanud

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2012
Ravikindlustusega kaetute osakaal rahvastikust. Allikas: Haigekassa, ESA	95,2% m: 93,3% n: 96,8%	99%	99%	100%	96,2% \$ m: 93,1% n: 98,8%
† Suhtelise vaesuse määr (isikute osakaal, kelle ekvivalentsissetulek on madalam kui 60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaan). Allikas: ESA	18,3% m: 16,3% n: 20,0% (2005)	16,8%	16% (16,5%)	16% (15%)	17,5% m: 16,8% n: 18,1% (2011)
Laste vaesusrisk (allpool vaesuspiiri elavate kuni 15-aastaste laste osakaal). Allikas: ESA	19,8% m: 20,8% n: 18,8% (2005)	19%	18%	17%	16,2% m: 16,4% n: 15,9% (2011)
† Pikaajaliste (üle 12 kuu) töötute osatähtsus tööjõus. Allikas: ESA	2,3% m: 2,9% n: 1,7% (2007)	1,7% (5,7%)	1,3% (3,7%)	0,8% 2,5%	5,5% m: 6,1% n: 4,9%
Suitsiidide suuremuskordaja 100 000 elaniku kohta. Allikas: ESA, TAI	18,4 m: 30,9 n: 7,7	15	12,5	10	18,2 m: 31,7 n: 6,5
† Indikaatori sihttase on 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeritud, sulgudes korrigeeritud sihttase \$ Aastate 2006–2011 ja 2012 näitajad on arvatud erinevaid alusandmestikke (2000. ja 2011. aasta rahvaloendus) kasutades, mistõttu need ei ole omavahel üheselt võrreldavad. Korrigeeritud rahvaarvud, milles on loetuse alakaetus elimineeritud, avaldab Statistikaamet aastate 2000–2013 kohta 2014. aasta I kvartali jooksul					
	2012 sihttase saavutatud				
	2012 sihttase saavutamata				

Enamike majanduslikku kindlustatust kajastavate näitajate sihttasemed on täitmata.

Majanduskriisi ajal **vähenes ravikindlustega kaetute osakaal**. 2011. aastal oli ravikindlustatuid 93% rahvastikust, ravikindlustusega oli kaetud 90,4% meestest ja 95,1% naistest. Maakondadest on parim olukord Harjumaal, kus ravikindlustus oli tervelt 96,9%-l elanikkonnast, väikseima kindlustuskaetusega oli Jõgeva maakond (87,3%). 2012. aasta näitajaid on olulised paremad – kindlustatud on 96,4% rahvastikust, kuid need andmed ei ole veel varasemate aastatega võrreldavad, kuna rahvaarvude korrigeerimine kahe rahvaloenduse vahelisel perioodil alles kestab. Pikaajalised töötud, kes püsivad arvel töötukassas, säilitavad ravikindlustatu staatuse. Ravikindlustamata isikute hulgas on

peamiselt heitunud töötud, ebaregulaarse tulu saajad, vabakutselised, välismaalt tulu saajad ja ümbrikupalga saajad. Ravikindlustamata isikutele on tagatud riigi kulul erakorraline arstiabi, mõned omavalitsused toetavad ka eriarstiabi osutamist kindlustatutele, kuigi see ei ole otseselt nende seadusjärgne kohustus. Ravikindlustuse puudumine lükkab edasi terviseprobleemide tekkimisel arsti poole pöördumist, kuid mida varem haigusega tegelema hakatakse, seda odavam on selle ravimine ning väiksem on oht krooniliste haiguste tekkeks.

Töötuse määr püsis Eestis enne majanduskriisi stabiilselt madalal tasemel. Finants- ja majanduskriisi mõju tööturule hakkas avalduma 2008. aasta lõpus **ja 2010. aasta alguseks kasvas töötute arv kolm korda**. Töötuse kasv oli EL üks kiiremaid ning töötuse määr ulatus 2010. aastal 16,9%-ni. Alates 2010. aasta teisest poolaastast hakkas Eesti majandus kasvama ning töökohad taastuma, 2012. aastaks on töötus vähenenud 10,2%-ni, olles ligi kaks korda kõrgem kriisieelsest tasemest (5,5% aastal 2008).

Pikaajalised töötud moodustasid 2006. aastal 2,3% tööjõust, järgneval kahel aastal langes nende osakaal järjepidevalt, jõudes 2008. aastal 1,7%-ni. **Majanduslanguse tõttu suurenes** aga koos töötusega ka **pikaajaline töötus varasemaga võrreldes mitu korda**, saavutades maksimumi 2010. aastal (7,7% tööjõust). 2012. aastaks on pikaajaliste töötute osakaal vähenenud ja moodustab 5,5% tööjõust. Kuigi 2012. aastal vähenes pikaajaline töötus kiiremini kui lühiajaline töötus, on üle poole töötutest tööd otsinud aasta või kauem. Meeste hulgas on aasta ja kauem tööd otsinute osakaal kõrgem (6,1%) kui naiste hulgas (4,1%). Pikaajaliste töötute osakaal on mitte-eestlaste hulgas mitu korda kõrgem kui eestlaste hulgas (vastavalt 9,4% ja 3,7% tööjõust). Tõenäoliselt oleks nende näitajate halvenemine olnud veelgi suurem, kui ei oleks laiaulatuslikult rakendatud erinevaid tööturumeetmeid inimeste olukorra parandamiseks

Töötus ja selle pikaajaline kinnistumine mõjutab inimeste sissetulekut, elutingimusi, tervislike valikute tegemist ja võib viia inimeste loomuliku kaitsevõime ammendumisele, mille tagajärjel võivad väljenduda nii vaimsed kui ka füüsilised terviseprobleemid. Seetõttu on oluline panustada pikaajalise töötuse ennetamisele ning võimalikult kiiresti töötud integreerida tagasi tööturule.

Pikaajaliste töötute osatähtsuse vähendamise eesmärki aastaks 2020 korrigeeriti RTA 2013–2016 rakendusplaanis majanduskriisi tõttu toimunud tööturu muudatuste tulemusena ja viidi vastavusse konkurentsivõime kava Eesti 2020 eesmärgiga.

Vastupidiselt majanduslikku kindlustatust kajastavatele näitajatele on **sotsiaalsel kihistumist kajastavad näitajad liikunud veidi positiivsemas suunas**. Suhteline vaesus peegeldab sissetulekute jaotust ühiskonnas: see tähendab, et kui inimeste sissetulekud kasvavad, kuid sissetulekute jaotus elanikerühmade vahel jääb samaks, siis suhtelise vaesuse määr ühiskonnas ei muutu. Suhtelise vaesuse määr püsis 2008. aastani ühtlasel tasemel (2008. aastal 19,7%), kuid 2009. aastal langes 15,8%ni (EL keskmine oli samal ajal 16,4%). Seega, kui rahvastiku üldine majanduslik kindlustatus langes, vähenes ka ebavõrdsus elanikerühmade vahel ning RTA esimese valdkonna eesmärgiks seatud sotsiaalne sidusus suurenes. 2009. aasta suhtelise vaesuse määra hüppelise languse taga oli ennekõike suhtelise vaesusepiiri langemine, mitte aga väiksemat sissetulekut saanud inimeste sissetulekute hüppeline kasv. Nii suurendas 2010. aastal tööturu olukorra paranemine ja keskmise brutopalga languse pidurdumine taas **suhtelise vaesuse määra Eestis 17,5%-ni**. Euroopa Liidu riikide keskmine oli samal ajal 16,9%. 2011. aastal suhtelise vaesuse määr ei muutunud.

Nii nagu enamikus riikides, on ka Eestis naiste suhteline vaesus kõrgem meeste vastavast näitajast. Majanduskriisist tulenenud tegurite mõjul meeste ja naiste suhtelise vaesuse määra erinevus vähenes aastate 2008–2010 võrdluses ning 2010. aastal oli esmakordselt meeste suhtelise vaesuse määr kõrgem kui naiste suhtelise vaesuse määr. 2011. aastal oli naiste suhtelise vaesuse määr taas kõrgem meeste vastavast näitajast (naistel 18,1%, meestel 16,8%).

Maapiirkondade elanike suhtelise vaesuse määr (21,4%) on kõrgem kui linnapiirkondades (15,8%). Maakondi võrreldes on Ida-Virumaa elanike suhteline vaesus pea kolm korda suurem kui Harjumaal (vastavalt 29,4% ja 10,6%). Haridus on oluline suhtelist vaesust ennetav komponent – nii on suhtelise vaesuse määr põhiharidusega 16–64-aastaste isikute hulgas 28,4%, sama vanade kõrgharidusega isikute hulgas aga 8,7%. Nii nagu teisteski riikides, on ka Eestis lastega leibkondadest kõige suurem suhtelise vaesuse määr ühe vanemaga lapse/lastega (32,6%) ning kolme ja enama lapsega leibkondades (21,2%).

Suhtelise vaesuse määra indikaatori sihttaset aastaks 2020 muudeti RTA 2013–2016 rakendusplaanis ambitsioonikamaks, et viia eesmärk kooskõlla Eesti 2020 eesmärgiga – senise 16% asemel on eesmärk vähendada suhtelise vaesuse määra 15%-ni. Eesmärgi täitmiseks on vajalik madalama sissetulekuga isikute sissetulekute kasv (mh sotsiaalsete siirete abil, nt pensionid), mis takistab elanike vaesusesse langemist.

Alla 15-aastaste allpool vaesusriski elavate laste osakaal on vähenenud 16,2%-ni, mis on madalam kui kogu elanikkonna vastav näitaja. See on I valdkonna eesmärkidest ainuke, kus sihttase on saavutatud. Edasi on vaja saavutatut hoida, mis on piisav väljakutse, kuna laste vaesusrisk on viimaste aastate jooksul kõikunud vahemikus 16,2–19,4%.

Sotsiaalse sidususe parandamiseks on oluline vältida sotsiaalmajandusliku ebavõrdsuse suurenemist majanduskasvu kasvades.

Enesetappude arv kasvas majandussurutise ajal, saavutades maksimumi 2009. aastal (20,1 enesetappu 100 000 elaniku kohta). Seejärel 2010–2011. aastal **enesetappude arv vähenes võrreldes kriisieelse tasemega** (16,3 enesetappu 100 000 elaniku kohta), **kuid 2012. aastal kasvas taas kriisieelse tasemeni** (18,2 enesetappu 100 000 elaniku kohta). Mehed teevad enesetappe üle viie korra sagedamini kui naised. Meeste suitsiidide suremuskordaja hakkab kasvama alates 40. eluaastast, kõige kõrgem on see vanuses 50–59 eluaastat ja 70–79 eluaastat (vastavalt 52,8 ja 78,8 suitsiidi 100 000 mehe kohta), kusjuures 70–79-aastaste vanusrühmas on viimaste aastate jooksul toimunud märgatav enesetappude arvu kasv. Naised hulgas on enesetappe enam 65-aastastel ja vanematel (12,4 enesetappu 100 000 naise kohta). Eesti suitsiidide suremuskordaja on 1,5 korda kõrgem kui EL keskmine (ja seda just eelkõige meeste arvel), samas oleme oma näitajatega uute liikmesriikide keskmisel tasemel. Eestist kõrgem enesetappude tase on Leedus, Ungaris ja Lätis.

II valdkond. Laste ja noorte turvaline ja tervislik areng

SE 2. Laste ja noorte suremus ning psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud ning noored annavad oma tervisele järjest positiivsema hinnangu

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2012
† Imikusuremuskordaja (alla 1-aastaste laste surmade arv aastas 1000 elussündinu kohta). Allikas: ESA	4,4 m: 5,7 n: 3,1	3,6	3 (2,2)	2,6 (1,7)	3,6 m: 4,1 n: 3,1
† 0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 100 000 elaniku kohta. Allikas: ESA	61,2 m: 82,2 n: 39,1	46	39 (34)	31	39,5 m: 43,2 n: 35,6
† 0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja vigastuste, mürgistuste, õnnetusjuhtumite tõttu 100 000 elaniku kohta.	30,1 m: 42,1 n: 17,5	23	19 (12)	15 (7)	12,0 m: 15,4 n: 8,5

Allikas: ESA					
1–19-aastaste laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta. Allikas: SoM, TAI	2 251 m: 2 597 n: 1 886	2 058	1 929	1 801	1 987 m: 2 455 n: 1 492 (2011)
Oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15-aastaste laste osakaal. Allikas: TAI, HBSC	31,3% m: 34,2% n: 28,5% (2005/ 2006)	32,9%	33,8%	34,7%	29,3% m: 32,1 n: 26,6 (2009/ 2010)
† Indikaatori sihttase on 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeritud, sulgudes korrigeeritud sihttase					
	2012 sihttase saavutatud				
	2012 sihttase saavutamata				

Laste ja noorte turvalise ning tervisliku arengu valdkonnas on toimunud positiivseid muutusi.

Imikusuremuskordaja 2012. aastaks püstitatud sihttase saavutati juba 2009. aastal ning järgnevatel aastatel on õnnestunud seda hoida. Imikusuremuse tase vähenes 2011. aastal lausa 2,5 alla 1-aastase lapse surmani 1000 elussündinu kohta, 2012. aastal imikusurmade arv veidi kasvas, ulatudes 3,6 surmani 1000 elussündinu kohta. Eesti imikusuremus on alla EL keskmise (2011. aastal 4,1 alla aastase lapse surma 1000 elussünni kohta).

Imikusuremuse eesmärgi sihttaset aastaks 2020 muudeti RTA 2013–2016 rakendusplaanis ambitsioonikamaks seoses senise aastaks 2020 võetud eesmärgi (2,6 alla aastase lapse surma aastas 1000 elussünni kohta) täitmisega 2011. aastal.

Sarnaselt imikusuremusega **saavutati 2009. aastal 2012. aastaks püstitatud sihttase ka laste ja noorte suremuse, laste ja noorte vigastussuremuse ning psüühikahäiretesse esmashaigestumise vähenemisel.** Vaatamata 2010. aastal toimunud väikesele tagasilangusele suudeti 2011–2012. aastatel saavutada laste ja noorte suremuses 2012. aasta sihttasemest veelgi madalam tase. Laste ja noorte üldsuremuse ja vigastussurmade langus on olnud kiirem poistel, mõjutades eeldatava eluea sugudevahelise erinevuse vähenemist. Võrdluses baastasemega (2006. aastaga) vähenes poiste ja tütarlaste suremuse erinevus märkimisväärselt – õnnetusjuhtumite korral 4,4 korda ning mürgistuste ja traumade puhul 5,5 korda. Eesti laste ja noorte vigastussuremus on EL keskmisest siiski ligi kaks korda kõrgem. Eesti koos Balti riikide ja Rumeeniaga kuulub liikmesriikide hulka, kus sureb kõige rohkem alla 19-aastaseid lapsi ja noorukeid vigastuste ja mürgituste tõttu.

RTA 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeriti 0–19-aastaste laste ja noorte suremuse sihttaset aastaks 2016 ambitsioonikamaks seoses sihttaseme varasema saavutamiseega. Lõppeesmärk aastaks 2020 jääb samaks. Samuti muudeti ambitsioonikamaks 0–19-aastaste laste ja noorte vigastuste, mürgistuste ja õnnetusjuhtumite suremuskordaja lõppeesmärki aastaks 2020 seoses senise lõppeesmärgi varasema täitmisega. Uueks lõppeesmärgiks on laste ja noorte vigastussuremuse edasine vähendamine võrreldes tänase tasemega poole võrra (7 surmani 100 000 elaniku kohta), mis vastab Euroopa Liidu riikide praegusele keskmisele tasemele.

Paraku on **laste hinnang oma tervisele seni liikunud oodatust vastupidises suunas.** Kahe uuringu põhjal vähenes õpilaste osakaal, kes hindavad oma tervist heaks, kuid positiivseks võib lugeda asjaolu, et mõnevõrra vähenes oma tervist väga halvaks hinnanute osakaal. 2009/2010. õppeaastal tehtud uuringule tuginedes on oma tervist väga heaks

hindavate tüdrukute osakaal madalam kui poistel, vastavalt 26,6% ja 32,1%. Samuti oli eestlasest õpilaste hinnang oma tervisele madalam kui mitte-eestlastel. Laste positiivse hinnangu tervisele ja perekonna majandusliku seisundi vahel on seos. Hea majandusliku olukorraga perede lapsed hindasid oma tervist 2006. aastal võrreldes keskmises ja halvas majanduslikus seisundis elavate perede lastega vastavalt 1,3 ja 1,4 korda enam väga heaks. Viimase uuringu põhjal (2010. aastal) nimetatud erinevus mõnevõrra vähenes.

III valdkond. Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond

SE 3. Elu-, õpi- ja töökeskkonnast tulenevad terviseriskid on vähenenud

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2012
† Suremus hingamiselundite haigustesse 100 000 elaniku kohta. Allikas: ESA	36,9 m: 57,2 n: 19,6	34,5	33 (31)	31,4 (31)	34,7 m: 50,4 n: 21,1
† Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta. Allikas: Tööinspeksioon, ESA	4,5	3,6	3 (2,7)	2,4	2,2
† Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv 100 hõivatu kohta. Allikas: Haigekassa, ESA	20	18	17 (16)	15	17,2
Töö mõju tervisele – hõivatute osakaal, kes arvavad, et nende töö halvendab nende tervist. Allikas: European Working Conditions Survey	59,2% (2005)	50%	40%	30%	43,5% (2010)
Elanikkonna toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestunute arv 100 000 elaniku kohta. Allikas: Terviseamet	303	250	200	200	288 \$
Nõuetele vastava joogiveega varustatud elanikkonna osakaal. Allikas: Terviseamet	73% (2006)	86%	88%	90%	88,3%
Astma diagnoosi/ravi saanute osakaal 16–64-aastaste hulgas. Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	2,1% m: 1,8% n: 2,4%	1,8%	1,7%	1,5%	2,7% m: 2,0% n: 3,3%
† Peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus (µg/m ³). Allikas: KKM ITK	20,7 (2005)	18	16 (14)	14	12,6
† Indikaatori sihttase on 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeritud, sulgudes korrigeeritud sihttase \$ Aastate 2006–2011 ja 2012 näitajad on arvatud erinevaid alusandmestikke (2000. ja 2011. aasta rahvaloendus) kasutades, mistõttu need ei ole omavahel üheselt võrreldavad. Korrigeeritud rahvaarvud, milles on loetuse alakaetus elimineeritud, avaldab Statistikaamet aastate 2000–2013 kohta 2014. aasta I kvartali jooksul					
	2012 sihttase saavutatud				
	2012 sihttase saavutamata				

Enamiku tervist toetava keskkonna eesmärkide täitmisel on toimunud positiivsed muutused.

Suremus hingamiselundite haigustesse on püsivalt vähenenud, 2012. aasta sihttase saavutati juba 2009. aastal ning 2020. aasta eesmärk 2011. aastal. **2012. aastal suremus hingamiselundite haigustesse kasvas veidi üle 2012. aasta sihttaseme**. Meeste suremus hingamiselundite haigustesse on kaks korda kõrgem kui naistel, suremus kasvab koos vanusega.

RTA 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeriti hingamiselundite haiguste suremuskordaja lõppeesmärki aastaks 2020 veidi madalamaks seoses lõppeesmärgi saavutamise. Saavutatud taseme hoidmine on ambitsioonikas eesmärk, sest Eesti vastav näitaja on Euroopa Liidu omast peaaegu poole madalam ja vananevas arenenud ühiskonnas tuleb meil üha rohkem pingutusi teha kroonilisse kopsuhaigustesse haigestumise ja suremuse kontrolli all hoidmiseks.

Kroonilistesse kopsuhaigustesse haigestumine on suurenenud. Seda peegeldab **astma diagnoosi/ravi saanute osakaalu kasv viimastel aastatel**. Vastupidiselt seatud eesmärkidele toimub siin haigestumise kasv. Nii on 16–64-aastaste astmaatikute osakaal kasvanud 2,1%-lt 2008. aastal 2,4%-ni 2012. aastal. Astma levimus on kõrgem naiste hulgas. Eesti astma levimus on EL keskmisest umbes 1,7 korda madalam.

Töökeskonna olukorda peegeldavate näitajate 2012. aasta sihttasemed saavutati juba 2009. aastaks. Tervistkahjustavas töökeskonnas ning ebaõiglastel töötingimustel töötamisega kaasnevad tööga seotud terviseprobleemid ja tööõnnetused, mis põhjustavad languse inimese elukvaliteedis ja toimetulekus. Eeltoodust tulenevalt suurenevad kulud töövõimetushüvitisele, ravikuludele, töövõimetuspensionile ja sotsiaaltoetustele.

Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta vähenes 2012. aastaks võrreldes 2006. aastaga ligi poole võrra (4,5 surmalt 100 000 hõivatu kohta 2,2 surmani). **Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv** vähenes majanduskriisi ajal 2009. aastal 15,4 tööpäevani 100 hõivatu kohta. Järgnevatel aastatel majanduse taastudes on tööõnnetuse tagajärjel kaotatud tööpäevade arv tasapisi tõusnud, jõudes 17,2 tööpäevani 100 hõivatu kohta 2012. aastal.

RTA 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeriti pisut ambitsioonikamaks surmaga lõppenud tööõnnetuste arvu ja tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arvu sihttasemeid aastaks 2016 seoses 2016. aasta sihttaseme saavutamise aastatel 2010–2011. Lõppeesmärki aastaks 2020 ei muudetud, sest edasine tööõnnetuse tagajärjel kaotatud tööpäevade arvu langus on aeglane, kuna surmaga lõppenud tööõnnetuste vähenemisel esineb rohkem elupuhuseid tööõnnetusi, mis vajavad töövõimetuslehel viibimist.

Iga viie aasta järel korraldatava Euroopa töötingimuste uuringu andmetel **arvab 43,5% töötajatest, et nende töö halvendab nende tervist**. Võrreldes 2005. aastaga on selliste töötajate osakaal vähenenud veerandi võrra (2005. aasta tase 59,2%). Mehed hindavad oma töö mõju tervisele negatiivsemalt kui naised. Eesti töötajad leiavad tunduvalt rohkem, et nende töö ohustab nende tervist kui EL keskmiselt (24% töötajatest), mis viitab asjaolule, et Euroopa Liidus on Eesti jätkuvalt nende riikide hulgas, kelle töökeskkond on vähem ohutu ja vähem töötajate tervist hoidev. Eestist veelgi halvemalt hindavad oma töö mõju tervisele vaid Läti ja Sloveenia töötajad (vastavalt 53% ja 45% töötajatest).

Suurimaks probleemiks keskkonnatervist kajastavate indikaatorite alusel on toidutekkeliste nakkuste jätkuv suur levik. Toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestunute arv 100 000 elaniku kohta püsis kuni 2010. aastani suhteliselt samal tasemel ja 2011. aastal toimus hüppeline haigestumise kasv (340 juhuni 100 000 elaniku kohta). 2012. aasta esialgetel andmetel on siiski toimunud olukorra teatav paranemine ja toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestus 288 inimest 100 000 elaniku kohta. Soovitud sihttaseme täitmiseks sellest paraku aga ei piisa. Toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestumise vähendamiseks on vaja tõsta elanikkonna teadlikkust.

Oodatust kiiremini on paranenud aga teised keskkonna terviseohutust peegeldavad näitajad, suurenenud on nii kvaliteetse joogivee tarbijate osakaal elanikkonnas kui ka Eesti linnade välisõhus sisalduv peenosakeste aastakeskmise kontsentratsioon.

Kvaliteetse joogiveega varustatud elanike osakaal kasvas 87,5%-ni 2010. aastaks, edasi on suudetud saavutatud sihttaset hoida (88,3% aastal 2012). **Peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus on kiiresti vähenenud,** 2012. sihttase saavutati 2010. aastal, kui kontsentratsioon oli langenud 17,8 µg/m³. Järgnenud aastatel vähenes peenosakeste kontsentratsioon välisõhus veelgi, olles 12,6 µg/m³ 2012. aastal. PM10 osakesed pärinevad eelkõige pinnasest, teekattest ja tolmusest keskkonnast. Olukorra paranemisele võis lisaks keskkonnaohutust suurendanud tegevustele mõningast mõju avaldada ka majanduslangus vähenenud liiklusvoogude tõttu.

RTA 2013–2016 rakendusplaanis muudeti Eesti linnade välisõhus sisalduva peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsiooni sihttaset aastaks 2016 ambitsioonikamaks seoses 2016. aasta sihttaseme lähedale jõudmisega 2011. aastal. Edaspidi tegeleme saavutatud taseme hoidmisega.

IV valdkond. Tervislik eluviis

SE 4. Elanikkonna kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2012
16–64-aastaste ülekaaluliste inimeste osakaal. Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	30,5% m: 37,3% n: 26,1%	28%	26%	25%	29,9% m: 35,9% n: 25,6%
16–64-aastaste rasvunud inimeste osakaal. Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	15,2% m: 14,9% n: 16,5%	13%	13%	12%	19,0% m: 18,6% n: 19,3%
Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal. Allikas: Haigekassa koolitervishoiu aruanded	7,8 % (2006/ 2007)	7%	6,5%	6%	10,5% (2011/ 2012)
Uute HIV-nakkuse juhtude arv 100 000 elaniku kohta. Allikas: Terviseamet	47,2 m: 60,4 n: 35,9 (2007)	30	20	15	24,4 \$ m: 34,9 n: 15,3
HIV-sse nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest. Allikas: Terviseamet	0,3%	<1%	<1%	<1%	1,05%
Illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal. Allikas: ESPAD	33,5 % m: 37% n: 23% (2007)	29%	24%	21%	32% m: 36% n: 27% (2011)
Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 elaniku kohta Allikas: ESA	121 m 201 n: 53	95	78	61	89 m:150 n: 37
† Joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arv. Allikas: Maanteeamet	53	35	25 (14)	15 (14)	8

† Indikaatori sihttase on 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeritud, sulgudes korrigeeritud

sihttase

\$ Aastate 2006–2011 ja 2012 näitajad on arvutatud erinevaid alusandmestikke (2000. ja 2011. aasta rahvaloendus) kasutades, mistõttu need ei ole omavahel üheselt võrreldavad. Korrigeeritud rahvaarvud, milles on loetuse alakaetus elimineeritud, avaldab Statistikaamet aastate 2000–2013 kohta 2014. aasta I kvartali jooksul

2012 sihttase saavutatud
2012 sihttase saavutamata

Inimeste ebaterved eluviisid on meie ühiskonna üheks murettekitavamaks probleemiks. Peamised käitumuslikud terviseriskid Eesti elanikkonnas on alkoholi liigtarvitamine, suitsetamine, madal kehaline aktiivsus ning vähene tähelepanu tervislikule toitumisele.

Ülemäärane kehakaal ja rasvumine on Eestis muutumas üha tõsisemaks probleemiks.

Need sihttasemed jäid 2012. aastal täitmata. Kuigi varasemate aastatega võrreldes on ülekaaluliste osakaal rahvastikust veidi langenud, siis rasvunute osakaal kasvab. Kui 2006. aastal oli 16–64-aastaste isikute hulgas ülekaalulisi 30,5% ja rasvunuid 15,2%, siis 2012. aastaks oli ülekaalulisi 29,9%, kuid rasvunuid juba 19,0% (kasv 3,8 protsendipunkti). Ülekaalulisi on meeste hulgas rohkem kui naiste hulgas, seevastu rasvunuid on rohkem naiste hulgas. Mehed hakkavad aga naistele selles osas järgi jõudma, kuna rasvunute osakaal kasvab rohkem meeste seas – 2012. aastaks kasvab rasvunud meeste osakaal 3,7% ja rasvunud naiste osakaal 2,8% võrra võrreldes 2006. aastaga. Vanuse kasvades suureneb nii meeste kui ka naiste hulgas ülekaaluliste ja rasvunute osakaal. Eesti täiskasvanute ülekaalulisuse ja rasvumuse näitajad on pisut üle EL keskmise.

Lisaks näitavad andmed, et ülekaalulisuse kasv algab juba noorte seas. Kui 2006/2007. õppeaastal oli ülekaalulisi kooliõpilasi 7,8%, siis 2011/2012. õppeaastal juba 10,5%. Kuigi Eesti laste ülekaalulisuse näitajad jäävad veel veidi alla EL keskmisele, on Eesti laste ülekaalulisuse kasv olnud oluliselt kiirem kui EL keskmiselt.

Esile tõstmist väärib **liikumise populaarsuse kasv**. Nende inimeste hulk, kes harrastavad liikumist enam kui kord nädalas, on viimasel aastatel kasvanud. Kui 2006. aastal harrastas tervisesporti rohkem kui kord nädalas 30,4% 16–64-aastastest elanikest, siis 2012. aastal 35,6%. Kui 2006. aastal ületasid mehed pisut kehalise aktiivsuse näitajate poolest naisi, siis alates 2008. aastast on trend vastupidine ja kehalise aktiivsuse kasv on toimunud suurel määral naiste arvel.

Eesti jaoks on jätkuvalt probleemiks ning suureks ohuallikaks inimese tervisele ja elueale narkomaania ning nakkusliku iseloomuga HI-viiruse levik, mis oma olemuselt on kontsentreeritud epideemia (HIV levik süstivate narkomaanide hulgas on üle 5% ja rasedatel naistel alla 1%).

Senine ennetustegevus HIV leviku tõkestamisel on näidanud positiivseid tulemusi. **Võrreldes 2007. aastaga on 2012. aastaks uute HIV-nakkuse juhtude arv vähenenud pea poole võrra** (47,2-lt 24,4 uue juhuni 100 000 elaniku kohta) ja RTA 2012 sihttase on täidetud. Nakkuse leviku vähenemine on olnud suurim nooremates vanusgruppides. Näiteks vähenes 0–19-aastase hulgas uute juhtude arv võrreldes baastasemega 4,5 korda ning 20–24-aastaste hulgas 3,9 korda. Valdav osa uutest HIV-juhtudest registreeritakse jätkuvalt Ida-Virumaal ja Tallinnas (2012. aastal vastavalt 79 ja 37 juhtu 100 000 elaniku kohta), mujal Eestis diagnoositi 2012. aastal 4,7 uut HIV juhtu 100 000 elaniku kohta. Uutest juhtudest 2012. aastal olid 34% naised. Kõige enam uusi juhte diagnoositi vanusrühmades 25–29 ja 30–34 eluaastat. Alates vanusrühmast 25–29 aastat ületab diagnoositud juhtude seas meeste arv naiste arvu. Aastate lõikes on süstivate narkomaanide osakaal uute HIV juhtude seas järk-järgult vähenenud. Kõige kõrgem on süstivate narkomaanide osakaal uutest juhtudest Narvas – 50% avastatud juhtudest. Kuna sagenevad seksuaalsel teel saadud nakkuse juhtumid, on põhjust eeldada, et suurenevas heteroseksuaalne levik, mille tagajärjel nakatuvad eelkõige noored naised, kes on süstivate narkomaanide

seksuaalpartnerid. Eesti oli 2010. aastal HIV haigestumuse näitajate poolest EL-s esikohal, vahe EL keskmisega on 4,5 kordne, vahe haigestumuses teisel kohal oleva Läti haigestumusega oli 2,8 kordne. Senise HIV nakatumise langustendentsi püsima jäämiseks on oluline jätkata nii ennetus- ja ravitegevuste kui ka pideva testimisega. Paratamatult jätkas tõusuteed HIV-nakatanute koguarvu kasv (2012. aasta lõpu seisuga oli Eestis kokku diagnoositud 8377 HI-viiruse kandjat ja 390 AIDSihaiget). Lähima 10 aasta jooksul muutub HIV üheks oluliseks haiguskoormuse põhjustajaks.

HIV ravikonsiiliumi andmetel oli Eestis 2012. aastal 145 HIV-positiivset rasedat, sünituste arv oli 13 845. Seega oli 2012. aastal **HIV-i nakatunud rasedate osakaal kasvanud 1,05%-ni** ja RTA 2012 indikaatori sihttase jäi täitmata. Positiivne on aga see, et kaasaegse meditsiini abil on võimalik vältida HIV nakkuse levikut emalt lapsele ja HIVi vertikaalsel teel nakatunute osakaal kõigist uutest juhtudest on jätkuvalt alla 2%.

2011. aastal läbi viidud uimastitarbimise alase küsitluse ESPAD tulemuste põhjal võib öelda, et **narkootikumide tarbimise kasv kooliõpilaste hulgas on aeglustunud**. Illegaalseid narkootikumide elu jooksul proovinud 15–16-aastaste osakaalu vähendamise 2012. aasta sihttase jäi siiski täitmata. Võrreldes 2007. aastaga on narkootikumide proovinud 15–16-aastaste noorte osakaal küll vähenenud 33,5%-lt 32%-le, kuid samal ajal on tüdrukute hulgas narkootikumide proovinute arv 4% võrra kasvanud. Poiste hulgas on narkootikumidega katsetajaid rohkem kui tüdrukute hulgas. Uuringus osalenud riikide keskmisest tasemest on Eesti poiste näitajad 1,5 korda kõrgemad ja Eesti tüdrukute näitajad 1,3 korda kõrgemad.

HIVi laialdane levik loob eeldused ka tuberkuloosi haigestumiseks, kuna HI-viirusesse nakatunutel on nõrgenenud immuunsussüsteem, mistõttu on neil ligi kolmandiku võrra suurem risk haigestuda tuberkuloosi. Tänu programmipõhisele tegevusele on vähenenud tuberkuloosi nakatumine. Kui 2007. aastal registreeriti 30,4 uut tuberkuloosi haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta, siis 2012. aastal registreeriti esialgsetel andmetel vaid 18,2 esmajuhtu 100 000 elaniku kohta, mis on siiski kaks korda kõrgem EL keskmisest. Eesti probleemiks on **multiresistentsete tuberkuloosivormide äärmiselt kõrge osakaal uutest juhtudest** (16,3%), millega oleme EL-s esimese kolme hulgas koos Läti ja Rumeeniaga ning mille ravimine nõuab tavaravimitest kümneid kordi kallimaid ravimeid. Alates 2000. aastast on Eesti olnud oma multiravimiresistentsete (MDR) ning nn eriti resistentsete (XDR) tuberkuloosijuhtude kõrge suhtarvuga juhtpositsioonil maailmas ja seetõttu kuulutatud Maailma Terviseorganisatsiooni poolt M/XDR-TB ohumaaks (*M/XDR-TB burden country*). **Kahekordistunud on HIV-nakatunute osakaal kõigist tuberkuloosihaigetest: 8,7%-lt 2007. aastal 15,8%-ni 2012. aastal.** Selle näitaja poolest oleme EL-s Portugali järel teisel kohal. Tuberkuloosi tulemuslik ravi muutub üha keerulisemaks, sest üha sagedamini on patsientidel mitu haigust korraga (tuberkuloos, HIV, narkomaania, alkoholism). Selliste mitmikdiagnoosidega patsientide ravi vajab integreeritud lähenemist.

Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumite, mürgistuste ja traumade arv 100 000 elaniku kohta vähenes 2011. aastaks võrreldes 2006. aastaga 26% (121 juhult 89 surmani 100 000 elaniku kohta). 2010. aasta sihttase saavutati 2010. aastal. Suremuskordaja langes pea kõigis vanusgruppides, kuid vähenemist mõjutas oluliselt just 50–54-aastaste meeste vanusegrupis toimunud suremuse langus (vähenemine võrreldes 2006. aastaga 40%). Pea pooled vigastuste ja mürgistuste tagajärjel surnud on alla 50-aastased. Meeste suremus õnnetuste, mürgistuste ja vigastuste tõttu on 4 korda kõrgem kui naistel. Eesti noorte meeste kõrge suremus vigastuste ja mürgistuste tagajärjel on üheks peamiseks madala eeldatava eluea ja eluea suure soolise erinevuse põhjuseks. Eesti vigastussuremus on EL keskmisest üle kahe korra kõrgem. Vigastussurmade vähenemine on olnud keskmisest kiirem liiklus- ja tulesurmade ning tapmiste vähenemise tõttu, samal ajal on sagenenud aga surmad mürgistuste tõttu. **Suremus alkoholimürgistustesse vähenes majanduskriisi ajal aastani 2010 ja seejärel hakkas kasvama; samas on surmade arv narkootikumide üledooside tagajärjel püsivalt kasvanud.** Märkimist vajab asjaolu, et Eestis on narkosurmasid miljoni

elaniku kohta Euroopa Liidu ja Euroopa Majanduspiirkonna riikidest kõige rohkem (146), mis on ligikaudu kaks korda enam kui Norras (81), kes on pingereas järgmine.

Alkoholimürgistuste suremuskordaja vähenes 2006. aasta 11,8 surmalt 100 000 elaniku kohta 6,9 surmani aastaks 2010. Siin mängis olulist rolli muu hulgas ka elanike langenud ostuvõime ja alkoholitoodete kallinemine aktsiisitõusude näol. 2011. aastal aga paralleelselt inimeste sissetulekute paranemisega kasvasid surmad alkoholimürgistuste tagajärjel 9,5 surmani 100 000 elaniku kohta ja 2012. aastal juba 11,1 surmani 100 000 elaniku kohta. Sarnased muutused on toimunud rahvastiku alkoholi tarbimises. Konjunkturiinstituudi andmetel kasvas alkoholi tarvitamine Eestis kuni 2008. aastani pidevalt ning vähenes 2009. ja 2010. aastal (vastavalt 10,1 ja 9,7 liitrit absoluutset alkoholi elaniku kohta). 2011. aastal tarbisid Eesti elanikud juba 10,2 liitrit absoluutset alkoholi inimese kohta ja 2012. aastal 10,6 liitrit. Alkoholi tarvitamine on murettekitavalt sage ka noorte hulgas: õpilaste tervisekäitumise uuringu andmetel tarvitas 2009/2010. aastal alkoholi vähemalt korra nädalas 10% 11–15-aastastest poistest ja 7,4% sama vanadest tüdrukutest. 2008. aastal oli Eesti alkoholi tarvitamises EL riikide hulgas Luksemburgi järel teisel kohal, 2010. aastaks oli Eesti positsioon riikide võrdluses paranenud, kuid ületas EL keskmist siiski 1,1 korda (Eesti tarbimine 11,4 liitrit absoluutset alkoholi üle 15-aastase elaniku kohta, EL keskmine 10,7 liitrit).

Narkomaania, alkoholi liigtarvitamise ja suitsetamise vähendamises on oluline potentsiaal Eesti inimeste keskmise eluea ja tervelt elatud aastate pikendamisel. Alkoholi liigtarvitamine ja suitsetamine on seotud paljude haiguste tekkega ning suremus alkoholi ja tubaka tarvitamisega seotud haiguste tagajärjel ületab Eestis ELi vanade liikmesriikide sama näitajat endiselt üle kahe korra. **16–64-aastaste igapäevasuitsetajate osakaal püsis majanduskriisi ajal stabiilsel tasemel, kusjuures meeste suitsetamislevimus pisut vähenes** (38,6%-lt 2008. aastal 36,2%-le 2012. aastal), seevastu aga **naiste oma kasvas**. (17,1%-lt 18,3%-le). 2010. aasta andmetel oli Eesti igapäevasuitsetajate osakaalu (26,2%) poolest pisut paremas olukorras kui Läti (27,9%) ja Leedu (26,5%), ületades siiski EL keskmist (23,0%). Murettekitavalt palju suitsetavad lapsed, nii suitsetas 2009/2010. aastal 15-aastastest poistest kord nädalas või sagedamini 22% ja tüdrukutest 16%. Lisaks traditsioonilisele suitsetamisele **on Eestis levinud ka alternatiivsete tubakatoodete tarvitamine**, nii oli 2012. aastal 16–64-aastastest elanikest vähemalt mõnel korral aastas kasutanud vesipiipu 16,2%, e-sigaretti 4,8% ja huuletubakat 4,6%. Alternatiivsete tubakatoodete kasutajaid on rohkem meeste hulgas ja vanusrühmades 16–34, **kusjuures vähemalt paaril korral kuus või sagedamini kasutab huuletubakat 13,3% 16–24-aastastest meestest** ja 2,1% sama vanadest naistest ning **vesipiipu 11,1% 16–24-aastastest meestest ja 7,3% sama vanadest naistest**. Vesipiibu suitsetamine on eestlaste seas enam levinud kui mitte-eestlaste seas, samuti on vesipiibu tarvitamine rohkem levinud kõrgema sissetulekuga leibkondade hulgas.

Alkoholi tarbimise vähenemise ning eduka ennetus- ja teavitustöö tulemusena **vähenes kiiresti joores juhtide tõttu toimunud liiklusõnnetustes hukkunute arv**, indikaatori 2012. aasta sihttase saavutati 2009. aastal (33 hukkunut), 2012. aastal hukkus joores juhtide tõttu liiklusõnnetustes 8 inimest. RTA 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeriti joores juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arvu 2020. aasta sihttaset madalamaks, sest 2020. aastaks kavandatud eesmärk vähendada vastavat hukkunute arvu 15-ni sai täidetud 2011. aastal (vähenes 14 hukkununi), edaspidi tuleb saavutatud taset hoida.

V valdkond. Tervishoiusüsteemi areng

SE 5. Kõikidele abivajajatele on kindlustatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2012
Arstide arv 100 000 elaniku kohta. Allikas: TAI	322	320	320	320	323 (2011)
Õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta. Allikas: TAI	680	761	830	900	640 (2011)
† Arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal. Allikas: SoM, uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega”	69% (2007)	70%	71% (76%)	72% (80%)	78,5%
Arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaal. Allikas: SoM, uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega”	60% (2007)	62%	65%	68%	55,0%
Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest. Allikas: TAI	24%	<25%	<25%	<25%	17,6% (2011)
† Indikaatori sihttase on 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeritud, sulgudes korrigeeritud sihttase					
	2012 sihttase saavutatud				
	2012 sihttase saavutamata				

Tervishoiusüsteemi majandussurutisest tingitud tulubaasi vähenemine on mõjutanud arstiabi kättesaadavuse indikaatoreid.

Tervishoiupersonali arvu osas pole toimunud olulisi muutusi. **Arstide arv** 100 000 elaniku kohta **püsis** 2011. aastal 323 (320 aastal 2006) juures ja **õendusala töötajate arv** 100 000 elaniku kohta oli 2006. aasta 680-lt **langenud** 2011. aastaks 640-le. RTA tervishoiutöötajate sihttasemete seadmisel oli eesmärk muuta arstide ja õdede suhet tervishoius 1:3-le ning laiendades võimalusi õenduslatöötajate iseseisvaks tööks, veidi leevendada ka üldist ressursivajaduse survet tervishoius. RTA 2012. aasta sihttase arstide arvu osas täideti, kuid õenduslatöötajate osas jäi täitmata. Kõigele vaatamata on RTA esimese perioodi jooksul viidud koolitervishoid üle õenduslatöötajatele, suurendatud pereõe rolli, loodud võimalus ämmaemanda iseseisvaks vastuvõtuks ning tehtud teisi samalaadseid algatusi tervisesüsteemi ressursikasutamise efektiivistamiseks. Eestis on õdede-arstide suhtarv 1,9, mis on samal tasemel Leeduga ja suurem Lätist (1,6), kuid jääb tunduvalt alla EL keskmisele (2,5) ja eriti Põhjamaadele (Rootsi 2,9, Norra 3,5, Taani 4,4 ja Soome 4,3). Seega on meil potentsiaali õdede-arstide töökorralduse edasiseks optimeerimiseks.

Kuigi arstide arvu osas ei ole probleem praegu nii suur kui õenduslatöötajate puhul, on arstide arvu stabiilsena hoidmine järgnevatel aastatel samuti üheks peamiseks väljakutseks, kuna suur osa arste on vanemaealised (¼ arstidest on 60-aastased või vanemad ning pea 30% vanuses 50–59). Ligikaudu 8% arstidest siirduvad tööle välismaale. Lahkunud töötajate asendamisel kasvab allesjäänute töökoormus. Paljud tervishoiutöötajad töötavad soovitud sissetuleku saamiseks paralleelselt mitmes tervishoiuasutuses, sh paralleelselt nii kodu- kui välismaal. 2012. aastal Tervise Arengu Instituudi tehtud arstide katseuuringu kohaselt oli 19,4%-l uuringus osalenud arstidest kaks või enam tööandjat.

Vaatamata majanduskriisile on **elanikkonna üldine rahulolu arstiabi kvaliteediga on jõudsalt kasvanud**. Nii kasvas inimeste osakaal, kes hindavad arstiabi kvaliteeti heaks või pigem heaks, 69%-lt 2006. aastal 78%-ni 2012. aastal. RTA 2013–2016 rakendusplaanis korrigeeriti ambitsioonikamaks arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaalu eesmärki aastaks 2020, kuna endine eesmärk saavutati juba aastatel 2008–2009.

Samal ajal on aga **elanike rahulolu arstiabi kättesaadavusega langenud**. Viimane on püsinud kogu majanduslanguse aja siiski suhteliselt stabiilsena, kuigi on toimunud mitmeid tagasilööke, nagu muutused rahastuses ja ravijärjekordade pikenemine. 55% vastanutest hindas 2012. aastal arstiabi kättesaadavust Eestis heaks või pigem heaks, mis on samal tasemel 2010. aasta hinnanguga, jäädes alla 2007. aasta hinnangust (60%). RTA 2012. aasta sihttase jäi täitmata. Eestlaste hinnangud arstiabi kättesaadavusele on kõrgemad kui venelastel (vastavalt 58% ja 47% peab arstiabi kättesaadavust heaks või pigem heaks). Arstiabi kättesaadavust hindavad madalamat pikaajaliste haiguste ja haigustest tingitud tegevuspiirangutega inimesed.

Kuna võrreldes varasemate aastatega on elanikkonnale perearsti ja eriarsti järjekorrad pikenenud (**eriarstile pääsemist pidi 2012. aastal üle 2 kuu ootama 22% eriarsti külasthanutest**), töid küsitletud peamiste häirivate teguritena välja pikki ravijärjekordi (2012. a 45% vastanutest, 2009. a 31% vastanutest) ning tasulisi ja kalleid teenuseid (11–12% vastanutest). Perearstiabi kasutas 2012. aastal 61% elanikest ja eriarstiabi 38% elanikest, mida on vähem kui varasematel aastatel. Hambaarsti juures käimise tase oli madalseisus 2004. aastal ja vähenes nüüd samale tasemele (**35% elanikest kasutas hambaraviteenuseid** nii 2004. kui ka **2012. a**) eelneva tõusu järel (2008. a 49% elanikest).

Kuigi kogu tervishoiu rahastamine vähenes, on ka **leibkondade kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest püsivalt vähenenud**. Patsiendi omaosalus protsendina tervishoiu kogukuludest oli läbi aegade kõrgeim 2006. aastal, moodustades 25,1% kõigist tervishoiu kogukuludest. Absoluutsummates on patsiendi kulud kõrgeimad olnud aga 2009. aastal, moodustades 19,7% tervishoiu kogukuludest. 2011. aastal kulutasid patsiendid tervishoiule 17,6% kõigist tervishoiu kogukuludest. Indikaatori sihttase on täidetud.

Üle poole patsiendi omaosalusest moodustavad kulutused ravimitele: nii moodustasid kulutused retseptiravimitele 2011. aastal 41% ja käsimüügiravimitele 14% kõigist patsientide tervishoiukulutustest. Sotsiaalministeerium ja Haigekassa on teinud suurt tööd soodusravimite hindade langetamisel, suunates patsiente rohkem geneerilisi ravimeid kasutama, kehtestades 50% soodusravimitele piirhinnad ning kaotades 50% soodusravimi retseptidele kehtinud hüvitamise piirmäära. Patsient maksis 2009. aastal keskmiselt ühe soodusretsepti eest 8,02 eurot, aastal 2012 aga 6,56 eurot.

Teise suure osa patsientide kulutustest, nimelt 23%, moodustab hambaravi. 2009. aastal moodustasid hambaravi kulutused 13% kõigist patsientide kulutustest. 2011. aastal maksid patsiendid hambaravi eest summaarselt vähem kui 2010. aastal, kuid oluliselt rohkem kui 2009. aastal. Samal ajal oli 2011. aasta täiskasvanute hambaarstivisiitide arv võrreldes 2010. aastaga pisut kasvanud (1%), kuid siiski madalam kui 2009. aastal (-4%) ja varasemalt (-13%). Hambaravis on toimunud hinnatõus. Alates 2008. aastast näitab langustrendi proteesiküllastuste arv (ca 5% aastas). Alates 2008. aastast on täiskasvanute hambaravi kasutamine vähenenud, madalama sissetulekuga inimestele ei ole hambaravi finantsiliselt kättesaadav. Alates 2009. aastast kaotati hambaravihüvitise maksmine täiskasvanutele. Laste hambaravi (kuni 19-aastased) on haigekassa kulul tasuta. Siin kasutamises olulisi muutusi toimunud ei ole.

Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamine on võtmerolliks, et parandada arstiabi kättesaadavust ja vältida negatiivseid muutusi rahvastiku tervisele ning ülejäänud RTA indikaatorite seniste tulemuste halvenemist.

Kokkuvõte

Koondülevaade „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ esimese perioodi (2009–2012) eesmärkide indikaatorite täitmisest on esitatud järgnevas tabelis:

Valdkond	Indikaatorite arv	2012 sihttase saavutatud	2012 saavutatud sihttasemete osakaal	Indikaatoril positiivne dünaamika võrreldes baastasemega	Positiivse dünaamikaga indikaatorite osakaal
Üld-eesmärgid	4	2	50%	4	100%
I	5	1	20%	3	60%
II	5	4	80%	4	80%
III	8	5	63%	7	88%
IV	8	3	38%	5	63%
V	5	3	60%	3	60%
Kokku	35	18	51%	26	74%

Üldistatult saab välja tuua järgnevad **positiivsed trendid** RTA I perioodi eesmärkide ja alaeesmärkide täitmises:

- eeldatav eluiga kasvab
- sotsiaalse kihistumise näitajad ei kasvanud
- enamik laste tervisenäitajaid on positiivse trendiga
- töökeskkonnast tulenenud terviseriskid vähenesid
- väliskeskkonnast tulenenud terviseriskid vähenesid
- HIV uute juhtude arv väheneb
- vigastussuremus on vähenenud, va mürgistustesse
- rahulolu arstiabi kvaliteediga kasvab
- patsiendi omaosalus ei ole kasvanud

Olulisemad väljakutsed, millega tuleb RTA II perioodil tegeleda:

- tervena elatud eluea kasvu taastamine
- suured soolised, piirkondlikud ja sotsiaal-majanduslikud lõhed tervisenäitajates
- töötuse ja eriti pikaajalise töötuse mõju
- vanemaealiste suitsidaalsus
- toidutekkelistesse haigustesse haigestumine
- ülekaalulisus ja rasvumine (algab juba lapseeas!)
- alkoholism, narkomaania, suitsetamine, mürgistussurmad
- HIV-positiivsete rasedate osakaal kasvamas
- mitmikprobleemidega patsiendid
- tervishoiutöötajate (eriti õendusalatöötajate) ressurss
- arstiabi, sh hambaravi kättesaadavus
- pikaajaline tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkus