

## „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ esimese perioodi (2009–2010) tulemusaruanne

### 1. „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ esimese perioodi (2009–2010) tulemuste ülevaade

#### Sissejuhatus

#### 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	Täitmine 2010
Eeldatav eluiga sünnimomendil – mehed. Allikas: ESA	67,36	71,2	73	75	69,84 (2009)
Eeldatav eluiga sünnimomendil – naised. Allikas: ESA	78,45	81,1	82,5	84	80,07 (2009)
Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil – mehed. Allikas: ESA	48,0 (2005)	56	57,5	60	54,1
Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil – naised. Allikas: ESA	52,2 (2005)	60,5	62,5	65	58,0

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ (edaspidi RTA) eesmärk aastaks 2020 on saavutada eeldatava eluea tase meestel 75 ja naistel 84 aastat. Arengukava koostamise ajal pärinesid värskemad kättesaadavad eeldatava eluea andmed aastast 2006 ja seega on arengukavas eeldatava eluea baastase meestel 67,4 ja naistel 78,5 aastat. Aastale 2006 järgnevate aastate jooksul Eesti rahvastiku eeldatav eluiga paranes mõõdukas tempos koos jätkuva majanduskasvuga.

Alates 2008. aasta lõpust jõudsid Eestisse globaalse majandussurutise mõjud, mis suurel määral mõjutasid RTAs planeeritud tegevuste läbiviimist ning enamiku RTA tulemusindikaatorite näitajaid. Kui tegevuste osas tuli ette vähendusi, õnnestus sellest hoolimata tegevusi operatiivselt ümber planeerida ning osasid neist uutele oludele kohandades hoopis lisada või varasemast suuremas mahus rahastada. Sarnaselt avaldusid muutunud oludest tingituna mitteootuspärased nihked indikaatorite tulemustes.

Üks olulisemaid ja esmapilgul võib-olla ootamatuid muutusi toimus eeldatavas elueas, mille kasv alates 2008. aastast (andmed said kättesaadavaks 2009. aasta lõpus) väga suurel määral kiirenes. Nii kasvas eeldatav eluiga aastate 2007–2008 võrdluses keskmiselt 1,1 ja aastate 2008–2009 võrdluses 1 aasta võrra, samas kui 2007. aastaks oli eeldatava eluea kasv stagneerunud ning oli meestel aastate 2006–2007 võrdluses koguni 0,23 aastaga miinuses. Sealjuures on oluline märkida, et kuigi alates 2008. aastast kiirenes uuesti ka naiste eeldatava eluea kasv, oli aastate 2008–2009 lõikes meeste eeldatava eluea kasv kaks korda kiirem kui naistel ning sooline eeldatava eluea erinevus Eestis vähenes. Kuigi 2010. aasta eeldatava eluea andmed ei ole veel kättesaadavad, võib esialgsetele suremuse andmetele tuginedes oletada viimase paari aasta eeldatava eluea kasvu jätkumist, kuid varasemast veidi aeglasemas tempos.

Praegu ei ole võimalik üheselt eristada RTA rakendumise ja majandussurutise mõju eeldatava eluea kasvu kiirenemisele. Majandussurutise mõju rahvastiku tervisele võib avalduda mõningase nihkega veel järgnevatel aastatel. Selliste arengute võimalikkusele osutab näiteks tervena elatud eluea langus aastate 2009–2010 võrdluses – 2010. aastal oli

tervena elatav eeldatav eluiga meestel 54,1 ja naistel 58,0 aastat (langus 2009. aasta tasemega vastavalt 0,7 ja 1 aastat). Oodatust kiirem tervena elatud eluea kasv kuni aastani 2009 on taganud olukorra, kus selle indikaatori eesmärgid aastaks 2012 on saavutatavad, kuid majandussurutisest tingitud muutus on siiski murettekitav.

Mõistmaks miks ja kuidas senine kiire eeldatava eluea kasv võimalik on ja millised on peamised ohud rahvastiku tervise halvenemisele, tuleb vaadata RTA teiste indikaatorite avaldumist viimastel aastatel.

## I valdkond. Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused

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

Sotsiaalne sidusus on suurenenud ja ebavõrdsus tervises vähenenud.

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2010
Ravikindlustusega kaetute osakaal rahvastikust. Allikas: Haigekassa, ESA	95,2% m: 93,3% n: 96,8%	99%	99%	100%	93,7% m: 91,4% n: 95,8%
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%	15,8% m: 15,4% n: 16,2% (2009)
Laste vaesusrisk (allpool vaesuspiiri elavate kuni 15-aastaste laste osakaal). Allikas: ESA	19,8% m: 20,8% n: 18,8% (2005)	19%	18%	17%	16,3% m: 16,5% n: 16,1% (2009)
Pikaajaliste (üle 12 kuu) töötute osatähtsus tööjõus. Allikas: ESA	2,3% m: 2,9% n: 1,7% (2007)	1,7%	1,3%	0,8%	7,7% m: 9,4% n: 5,9%
Suitsiidide suremuskordaja 100 000 elaniku kohta. Allikas: ESA, TAI	18,4 m: 30,9 n: 7,7	15	12,5	10	16,5 m: 29,3 n: 5,5

Oluliselt on halvenenud majanduslikku kindlustatust kajastavate näitajate tulemused – näiteks on 2006. aasta baastasemega võrreldes mitmekordistunud pikaajaliselt töötute osakaal tööjõus (aastatel 2006 ja 2009 keskmiselt vastavalt 2,3% ja 7,7%) ning ravikindlustusega kaetute osakaal rahvastikus langes 94%-ni. Tõenäoliselt oleks nende näitajate halvenemine olnud veelgi suurem, kui ei oleks laiaulatuslikult rakendatud erinevaid tööturumeetmeid inimeste olukorra parandamiseks.

Paralleelselt paranesid oluliselt sotsiaalset kihistumist kajastavad näitajad – suhtelise vaesuse määr langes 2,5 protsendipunkti võrra ja jõudis 2009. aastaks 15,8% tasemele, samas kui laste vaesusrisk vähenes veelgi enam ning jõudis 2009. aastaks 16,3% tasemele. Seega, kui rahvastiku üldine majanduslik kindlustatus langes, vähenes ka ebavõrdsus elanikerühmade vahel ning RTA esimese valdkonna eesmärgiks seatud sotsiaalne sidusus suurenes.

Sotsiaalse sidususe parandamiseks ja majandussurutise mõjude vähendamiseks rakendatud meetmete tõhususele viitab ka enesetappude arvu tõus aastate 2006–2009 võrdluses vaid 22 juhu võrra, kuigi väliskeskkonna muutusi arvestades oleks see võinud tunduvalt suurem olla. Samas langes 2010. aastal märkimisväärselt enesetappude arv peale 2009. aasta hetkelist tõusu, mis veelgi kinnitab viimastel aastatel rakendatud meetmete õigsust ning lubab eeldada RTA vaheeesmärgi saavutamist 2012. aastal.

Siiski peitub praeguse töötuse taseme pikaajalises kinnistumises oluline oht rahvastiku tervisele, mis seisneb eelkõige inimeste loomuliku kaitsevõime ammendumisel sagenevate vaimse ja füüsilise tervise probleemide esilekerkimises.

Sellest lähtuvalt on RTA järgmise perioodi jooksul oluline panustada pikaajalise töötuse ennetamisele, erinevate tugisüsteemide ja toetuste kättesaadavuse parandamisele, ravikindlustusega hõlmatuse laiendamisele ja muudele sarnastele tegevustele.

Üldine eesmärk sotsiaalse sidususe vallas on seega vältida sotsiaalmajandusliku ebavõrdsuse uut suurenemist majanduse kasvades ning tagada terviseteenuste kättesaadavus kõigile vajajatele.

## 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

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 2010
Imikusuremuskordaja (alla 1-aastaste laste surmade arv aastas 1000 elussündinu kohta). Allikas: ESA	4,4 m: 5,7 n: 3,1	3,6	3	2,6	3,6 m: 4,2 n: 3,0 (2009)
0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 100 000 elaniku kohta. Allikas: ESA	61,2 m: 82,2 n: 39,1	46	39	31	40,4 m: 47,4 n: 33,0 (2009)
0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja vigastuste, mürgistuste, õnnetusjuhtumite tõttu 100 000 elaniku kohta. Allikas: ESA	30,1 m: 42,1 n: 17,5	23	19	15	14,3 m: 19,0 n: 9,3 (2009)
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	1713 m: 2 069 n: 1 336 (2009)
Oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15-aastaste laste osakaal. Allikas: TAI, HBSC	31,5% (2005/ 2006)	32,9%	33,8%	34,7%	29,3% m: 32,1% n: 26,6%

Nagu eelmisest osast selgus, laste vaesusrisk viimastel aastatel vähenes ning RTA selle indikaatori 2020. aasta eesmärk saavutati juba 2009. aastaks. Ka kõik teised RTA teise valdkonna indikaatorite tulemused näitasid suuri positiivseid muutusi ning 2009. aasta lõpuks

oli näiteks laste ja noorte psüühikahäirete esmashaigestumise puhul saavutatud 2020. aasta eesmärk. Kuna psüühikahäirete esinemine on eriti lastel olulisel määral seotud sotsiaal-majanduslike erinevuste esinemise ja tajumisega, mõjutas sotsiaalse sidususe suurenemine positiivselt ka laste tervise paranemist.

Lisaks psüühikahäirete vähenemisele on laste tervise indikaatorite puhul kindlasti märkimisväärne vigastussuremuse vähenemine enam kui kaks korda. Sealjuures on oluline, et nagu ka eeldatava eluea puhul, oli suremuse vähenemine kiirem poistel. Detailsemalt kirjeldatakse suremuse vähenemise ja eeldatava eluea pikenemise võimalikke põhjuseid RTA tervisekäitumise indikaatorite juures, kuid siinkohal tuleb rõhutada, et saavutatud tulemuste hoidmiseks ja parandamiseks on vajalik seniste juba alustatud tegevuste üha laialdasem ja süstemaatilisem rakendamine ning arendamine.

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

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

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

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2010
Suremus hingamiseliinide haigustesse 100 000 elaniku kohta. Allikas: ESA	36,9 m: 57,2 n: 19,6	34,5	33	31,4	33,2 m: 48,6 n: 20,2 (2009)
Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatatu kohta. Allikas: Tööinspeksioon, ESA	4,5	3,6	3	2,4	3,0
Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv 100 hõivatatu kohta. Allikas: Haigekassa, ESA	20	18	17	15	15,9
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%
Elanikkonna toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestunute arv 100 000 elaniku kohta. Allikas: Terviseamet	303	250	200	200	294
Nõuetele vastava joogiveega varustatud elanikkonna osakaal. Allikas: Terviseamet	73% (2006)	86%	88%	90%	87,5%
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: 2,3% n: 3,0%
Peenosakeste (PM10) aastakeskmine kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ). Allikas: KKM ITK	20,7 (2005)	18	16	14	17,8

Keskkonnatervise valdkonna indikaatorite tulemustes ei ole äärmuslikke positiivseid ega negatiivseid muutusi, kuid valdkondlikult on need kogu RTA ulatuses kõige vastuolulisemad. Ühelt poolt on paranenud kõik töökeskkonna olukorda kirjeldavad näitajad, samuti välisõhu

kvaliteedi näitajad ning nõuetele vastava joogiveega varustatud elanikkonna osakaalu suurenemine järgib täpselt prognoosi. Teisalt on oodatust vähem langenud toidutekkeliste nakkushaiguste esinemine ja astma esmashaigestumise trend on koguni vastupidine loodetule.

Kui majandussurutis avaldas olulist mõju tööturu olukorra üldisele tasemele, siis selle mõju relatiivsetele näitajatele nagu surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta (2010. aastal 3,0), tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv 100 hõivatu (2010. aastal 15,9) kohta ning töökeskkonda tervislikuks hindavate inimeste osakaalule (56%) peaks olema minimaalne või puuduma täielikult. Eespool nimetatud näitajate paranemise võtit tasub otsida töötervishoiu ja -ohutuse valdkonna aktiivsetest meetmetest, mille parandamisele ja arendamisele on viimastel aastatel koos üldiste tööturumeetmete tugevdamisega olulist rõhku pandud, samuti ehitussektori madalseisust.

Samas tehti majandusolukorrast tingitult näiteks toiduohutuse seiret 2010. aastal eelnenud aastaga võrreldes veidi väiksemas mahus, mis võib ka olla seotud toidutekkeliste nakkushaiguste esinemise oodatust väiksema langusega.

Teiste keskkonna terviseohutuse indikaatorite puhul näitavad joogivee näitajad soovitud muutusi ning peenosakeste aastakeskmine kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus on paranenud oodatust kiiremini. Viimase puhul saavutati 2012. aasta eesmärk 2010. aastaks, kui keskmiselt oli Eesti linnade välisõhus 10 mikromeetrise läbimõõduga osakesi (nn PM10 osakesed) 18 mikrogrammi kuupmeetri kohta. Kuna PM10 osakesed pärinevad eelkõige pinnasest, teekattest ja tolmusest keskkonnast, võis olukorra paranemisele lisaks keskkonnaohutust suurendanud tegevustele mõningast mõju avaldada ka majanduslangus vähenenud liiklusvoogude tõttu vähenenud teekatte lagunemise kaudu. Siiski avaldas majandussurutis tõenäoliselt suuremat mõju hingamisteede haigustest tingitud suremuse olulisele vähenemisele, kuna liiklusvahendite heitgaasid on üheks peamiseks PM2,5 (2,5 mikromeetrise läbimõõduga osakesed välisõhus) osakeste allikaks, mis omakorda on oluline respiratoorsete surmade põhjustaja.

Tuginedes RTA selle valdkonna indikaatorite tulemustele, on oluline taastada seiretegevuste varasemate aastate tase, suurendada investeeringuid puhta joogivee kättesaadavuse parandamiseks ning õhusaaste jätkuvaks vähendamiseks, jätkata töökeskkonna terviseohutuse parandamisega ja laiendada keskkonnatervise tegevusi rahvastiku veelgi parema tervise saavutamiseks.

## IV valdkond. Tervislik eluviis

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

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

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2010
16–64-aastaste ülekaaluliste inimeste osakaal. Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	30,5% m: 37,3% n: 26,1%	28%	26%	25%	31,7% m: 36,6% n: 28,4%
16–64-aastaste rasvunud inimeste osakaal. Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	15,2% m: 14,9% n: 16,5%	13%	13%	12%	16,9% m: 17% n: 16,8%
Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal. Allikas: Haigekassa koolitervishoiu aruanded	7,8 % (2006/ 2007)	7%	6,5%	6%	9,8% (2009/ 2010)
Uute HIV-nakkuse juhtude arv 100 000	47,2	30	20	15	27,8

elaniku kohta. Allikas: Terviseamet	m: 60,4 n: 35,9 (2007)				m: 36,9 n: 19,9
HIV-sse nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest. Allikas: Terviseamet	0,3%	<1%	<1%	<1%	0,49% (2007)
Illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal. Allikas: ESPAD	33,5 (2007)	29	24	21	andmed pole veel avaldatud
Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 elaniku kohta Allikas: ESA	121 m 201 n: 53	95	78	61	95,4 m 161,5 n: 28,9 (2009)
Joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arv. Allikas: Maanteeamet	53	35	25	15	28 (2009)

Tervisekäitumist mõõtvate RTA indikaatorite näitajad on kõik paranenud peale ülekaalulisuse. Täiskasvanute seas oli 2006. aastal ülekaalulisi isikuid 30,5% ning 2012. aasta eesmärgiks seadis RTA 28% taseme saavutamise – 2010. aastal oli ülekaaluliste isikute osakaal vähenemise asemel hoopis suurenenud ning saavutas 31,7%-lise levimuse. Paralleelselt tõusis ka rasvunud inimeste osakaal 2006. aasta baastasemelt 15,2% tasemele 16,9% aastal 2010 ning veidi tõusis ka ülekaaluliste koolilaste osakaal (2010. aastal 9,8%). Varasemate aastate andmed näitavad, et ülekaalulisuse suurenemine algas eelkõige noorte seas ning levis aastate jooksul vanematesse vanusrühmadesse.

Lisaks annab maailma teaduskirjandus viiteid, et majanduslanguse tingimustes muutuvad inimeste toitumisharjumused vähem tervislikuks, kuna raha kokkuhoidmise eesmärgil vähendatakse puu- ja juurviljade tarvitamist ning eelistatakse kõrge kalorsusega toiduaineid. Kuna ühiskonna rikkuse suurenedes on üksikisikutel toiduga energia saamine järjest lihtsam ning energiakulu väiksem, on sellistes ühiskondades vaja teha suuri pingutusi toitumistavade tervislikumaks muutmiseks. Eestis ei ole ülekaalulisuse suurenemist siiani õnnestunud pidurdada ning majanduslanguse tingimustes toimunud toitumisharjumuste tagasilangus varasemate tavade juurde muudab ülesande veelgi keerulisemaks.

Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumite ja joobes juhtide tõttu hukkunute näitajate saavutamine on ületanud 2012. aastaks planeeritud taseme. Alates 2008. aastast on kahel korral oluliselt tõstetud alkoholiaktsiisi – kuni sinnani tõusis inimeste ostujõud kiiremini kui alkoholi hind ning seega langes alkoholi relatiivne hind ja alkoholi kättesaadavus paranes vaatamata kõigile teistele rakendatud meetmetele. Alkoholiaktsiisi tõusuga samal ajal langes majandussurutisest tingitult inimeste üldine ostujõud ning nende kahe teguri toimele vähenes alkoholi rahaline kättesaadavus märkimisväärselt. Selle tulemusena hakkas alkoholi tarvitamine pärast väga pikka ja kiiret tõusuperioodi alates 2008. aastast vähenema.

Kuna alkoholi liigtarvitamine on seotud enam kui 60 haiguse tekkega ja näiteks 2006. aastal oli alkoholi liigtarvitamine Eestis seotud kuni 2000 surmajuhtumiga, avaldab alkoholitavitamise vähenemine märkimisväärset mõju rahvastiku eeldavale elueale. RTA indikaatorite puhul võib sellist positiivset mõju eeldada nii joobes juhtide osalusel hukkunute, laste vigastussurmade kui ka kõigi vigastussurmade arvu languses, mis kõik aitaksid otseselt kaasa RTA üldiste eeldatava eluea eesmärkide saavutamisele.

Tervisekäitumise indikaatorid näitavad lisaks eespool mainitule positiivseid trende ka HIV ennetuse valdkonnas – uute HIV-nakkuste arv jõudis 2010. aastaks 27,8 juhuni 100 000 inimese kohta ja HIV-sse nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest püsib allpool 1% piiri. Selle tulemusena võib väita, et tegevused HIV leviku tõkestamiseks on olnud tõhusad ning HIV-nakkuse levik süstivate narkomaanide seast üldrahvastikku on olnud

oodatust aeglasem. Samas on oluline jätkata seniste ennetustegevuste laiendamise ja ning lisaks tuleb üha enam panustada nii inim- kui rahalist ressursi HIVi ja AIDSi ravi süsteemi arendamisse.

Kokkuvõttes on tervisekäitumise valdkonnas prioriteetideks senisest suurem panustamine tervisliku toitumise propageerimisse ja tervisliku toidu kättesaadavuse parandamisse (nt erinevad koolitoiduga seotud tegevused) ning alkoholitarvitamise seadusandliku raamistiku tugevdamisse, kuna taastuva majanduskasvu tingimustes hakkab alkoholi kättesaadavus taas paranema. Vigastussuremuse vähenemisele avaldab alkoholitarvitamise langus olulist positiivset mõju, kuid kuna võrreldes teiste vigastussurmadega on kõige kiiremini langenud liiklussurmade arv, mille ennetamiseks praegu kõige enam sekkutakse, siis on prioriteetiks ka teiste vigastussurmade ennetamiseks sihitud tegevuste senisest suurem rakendamine. Lisaks kasvavad tulenevalt Eesti HIV-epideemia kulust jätkuvalt HIVi ennetuse ning HIVi ja AIDSi ravi ressursivajadused.

## V valdkond. Tervishoiusüsteemi areng

### SE 5. Kõikidele abivajajatele on kindlustatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus

Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu.

Indikaator	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020	Täitmine 2010
Arstide arv 100 000 elaniku kohta. Allikas: TAI	322	320	320	320	329 (2009)
Õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta. Allikas: TAI	680	761	830	900	665,6 (2009)
Arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal. Allikas: SoM, uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega”	69% (2007)	70%	71%	72%	74%
Arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaal. Allikas: SoM, uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega”	60% (2007)	62%	65%	68%	55%
Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest. Allikas: TAI	24%	<25%	<25%	<25%	20,3% (2009)

Tervishoiusüsteemi tulubaasi on viimastel aastatel oluliselt kärbitud ning rahvastiku ravikindlustusega kaetus on vähenenud. Siiski näitavad RTA tervisevaldkonna indikaatorid, et elanike üldine rahulolu arstiabi kvaliteediga ei ole vähenenud ning 2010. aastal hindas selle heaks või väga heaks koguni 74% inimestest. Võrdluseks tuleb märkida, et RTA selle indikaatori eesmärk aastaks 2020 oli 72%.

Kui tervishoiuteenuste kvaliteet kärbete tõttu ei halvenenud, siis tagasilööki toimus teenuste kättesaadavuses – vaid 55% inimestest pidas arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks, mis võrreldes 2007. aasta baastaseme ja 2012. aasta eesmärgiga (vastavalt 60% ja 62%) on oluline muutus halvemuse poole. Tervishoiusüsteemi ja inimeste ootusi kirjeldava kirjanduse järgi ei ole võimalik üheski tervishoiusüsteemis korraga täita kõiki kolme inimeste peamist ootust: maksimaalne kvaliteet, kõigi inimeste juurdepääs teenustele ja ooteaja puudumine.

Seega tuli Eestis majandussurutise tingimustes leppida mõningase ravikindlustuskatte vähenemisega ja ooteaegade pikenedamisega, et patsientide omaosalus ei suureneks ja arstiabi kvaliteet säiliks.

Üks võimalus tervishoiusüsteemi kulutõhususe parandamiseks peitub tervishoiupersonali struktuuri muutustes. Muutes arstide ja õdede suhet tervishoius ning laiendades võimalusi õdede iseseisvaks tööks on võimalik veidi leevendada ka üldist ressursivajaduse survet tervishoius. Nii on RTA esimese perioodi jooksul suurendatud pereõe rolli, loodud võimalus ämmaemanda iseseisvaks vastuvõtuks ning tehtud teisi samalaadseid algatusi. Siiski ei ole nende võimaluste loomine veel kajastunud RTA indikaatorites – arstide arv 100 000 elaniku kohta oli 2009. aastal 329 (320 aastal 2006) ja õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta oli 2006. aasta 680-lt langenud 2009. aastaks 666-le.

RTA indikaatorite tulemused viitavad vajadusele parandada tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkust, et vältida võimalikku edasist olukorra halvenemist, millega võivad kaasneda juba ka negatiivsed rahvastiku tervise muutused.

## **2. Ülevaade järgnevate aastate tegevustest ja tegevussuundadest 2012. aasta tegevuskavasse ja 2013–2015. aastate rakendusplaani**

Lähtuvalt „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ esimese perioodi (2009–2010) tulemusaruandest ning Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammist 2011–2015 on olulised alljärgnevad tegevused ja tegevussuunad.

### **I valdkond. Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused**

- rahvatervise seaduse kaasajastamine;
- pikaajalise töötuse ennetamine (eelkõige noorte osas);
- ravikindlustusega hõlmamata isikute arvu vähendamine;
- rahvatervise paikkondlike võrgustike töö järjepidevuse tagamine;
- vaimse tervise teenuste arendamine;
- krooniliste haiguste põdejate elukvaliteedi ja töövõime säilitamine ja parandamine.

### **II valdkond. Laste ja noorte turvaline ja tervislik areng**

- raseduskriisiaegse ja -järgse nõustamise toetamine;
- viljatusravi toetamine;
- huvihariduses osalemise tagamine;
- tervisekontrolli mahu suurendamine;
- noorsportlaste tervisekontrolli süsteemi laiendamine;
- vanemahariduse tõhustamine;
- koolieelsete lasteasutuste ja koolide tervisedenduse kontseptsiooni rakendamine;
- hariduslike erivajadustega laste koolide kontseptsiooni uuendamine;
- lastekaitse süsteemi kaasajastamine.

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

- koolieelsete lasteasutuste ja koolide terviseriskide hindamine ja ennetamine;
- tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi rakendamine töökeskkonna tingimuste parandamiseks;
- toidutekkeliste nakkushaiguste ennetamine;
- nõuetekohase joogiveega varustatuse parandamine;
- välisõhu hea kvaliteedi säilitamine;
- müra taseme vähendamine linnades.

#### **IV valdkond. Tervislik eluviis**

- vigastussurmade vähendamiseks erinevate valdkondade vigastussurmade ennetamise poliitikate rakendamine;
- laste ja täiskasvanute ülekaalisuse vähendamine;
- koolitoidu, -piima ja -puuvilja programmi toetamine;
- liikumisharrastuse edendamine;
- riikliku alkoholi- ja tubakapoliitika kaasajastamine;
- narkootiliste aine leviku tõkestamine ning sõitlaste ravi ja taastusabi süsteemi arendamine;
- HIV-nakkuse ennetamine.

#### **V valdkond. Tervishoiusüsteemi areng**

- elanikkonna esmaabi-/eneseabialaste teadmiste parandamine;
- arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamine;
- tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamine;
- Eestis töötavate tervishoiutöötajate eriti õdede arvu suurendamine;
- ravimite omaosaluse määra vähendamine ja kättesaadavuse parandamine;
- meditsiiniuenduste edendamine.